



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/143 - DOCTOR, TODO ME DA VUELTAS

I. Ostolaza Tazón¹, M. Castillo Iglesias², A. Santos Lastra³, S. Quintanilla Cavia¹, A. Azagra Calero¹, J. Bustamante Odriozola⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés, que acude a su Centro de Salud por cuadro vertiginoso de 24 horas de evolución. Refiere que ha comenzado con una sensación vertiginosa muy intensa que le incapacita para la deambulación, con giro de objetos, continuo, que no se relaciona con los cambios posturales. Asocia un cuadro muy intenso de náuseas y vómitos. No cuenta acúfenos o hipoacusia. Niega cefalea, síncope o pérdida de fuerza.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente hemodinámicamente estable. Otoscopia bilateral normal. Se explora los reflejos vestibulooculares (VOR), objetivando un nistagmo espontáneo horizonto-rotatorio grado III derecho y unas maniobras de impulso oculocefálico (MOC) positivas hacia la izquierda, test alternante negativo. Los reflejos vestibulo-espinales (VER) muestran una marcha muy inestable, con un Romberg, un Unterberger y un Babinsky-Weil positivo con caída a la izquierda. La exploración neurológica descarta focalidad neurológica. Desde atención primaria, según el protocolo HINTS, pudimos descartar casi con total seguridad un vértigo de origen central (MOC positivo, Nistagmo horizonto-rotatorio derecho no cambiante, y test alternante negativo), pudiendo tratar la patología ambulatoriamente, sin embargo dada la intensidad de la clínica remitimos para valoración en urgencias. Finalmente ingresó en ORL, donde realizaron una analítica y audiometría que resultó normal y una prueba de V-HIT que objetivó una hipofunción vestibular izquierda. Se administró tratamiento sedante hipovestibular (diazepam 5 mg iv/12 horas), corticoterapia (metilprednisolona 60 mg iv/24 horas) y antieméticos (metoclopramida 10 mg/2 ml iv/8h). Fue dada de alta a las 48 horas con tratamiento sintomático y ejercicios de rehabilitación vestibular.

Juicio clínico: Neuritis vestibular aguda izquierda.

Diagnóstico diferencial: Lo primero habría que diferenciar entre vértigo central (ACV isquémico, tumor cerebeloso, enfermedades desmielinizantes...) o periférico. Entre los periféricos se debería hacer el diagnóstico diferencial con un VPPB, enfermedad de Ménière, ototoxicidad vestibular, etc.

Comentario final: El vértigo es una de las patologías más frecuentes referidas por los pacientes que acuden tanto a las urgencias de atención primaria. Bajo la aparente inocuidad de esta entidad, hay un porcentaje no despreciable de pacientes que esconden patologías de mayor gravedad. El alto porcentaje de síndromes vestibulares agudos hace de vital importancia la realización de un correcto diagnóstico diferencial entre patología central y periférica. Ese papel principal recae sobre el médico de atención primaria que será la herramienta fundamental para poder diferenciar rápidamente el manejo que ha de realizarse con cada

paciente. Basándose en los resultados de su exploración debe ser capaz de decidir y actuar según gravedad y pronóstico, saber si es necesaria una derivación urgente hospitalaria o un manejo ambulatorio y sintomático respectivamente. Dada la falta de disponibilidad de pruebas complementarias es necesario conocer técnicas como el protocolo HINTS. Exploraciones baratas, sencillas, de menos de un minuto de duración que con únicamente 3 signos claves son capaces de descartar patología de gravedad en pacientes con síndromes vestibulares agudos con una muy alta especificidad.

Bibliografía

Batuecas-Caletrío Á, et al. Vértigo periférico frente a vértigo central. Aplicación del protocolo HINTS. Rev Neurol. 2014;59(8):349-53.

Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. Hospital el Bierzo, 5^a ed. 2013.