Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1388

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2335 - ¡Un mareo peculiar!

M.C. Quesada Martínez[a], D. Fernández Camacho[a], M. Almansa Rosell[a], N. Rodríguez García[b], M. Córcoles Vergara[c], M. García Palacios[d], J.I. Giménez[e], C.M. Cano Bernal[f], Y. Reverte Pagán[f] y L. Blázquez González[f]

[a]Médico Residente de 2º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. Murcia. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [d]Médico de Familia y Médico de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Murcia. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. [f]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años sin tratamiento. Antecedentes: cefalea tensional e hipoestesia en hemilabio izquierdo con RMN cerebral normal, atrapamiento cubital bilateral y episodios de vértigo periférico frecuentes. Intervenido de apendicitis. Acude a consulta por mareo intenso de tipo rotatorio al levantarse de la cama, intensificándose con movimientos de cabeza; se acompaña de palidez cutánea y náuseas. Hace 48 horas haciendo yoga mantuvo alguna posición forzada de cuello, pero actualmente no presenta cervicalgia pero si cierta molestia a ese nivel. Se realiza exploración neurológica normal. Dado los antecedentes del paciente y clínica se diagnostica de nuevo episodio de vértigo periférico; iniciando tratamiento sintomático con sulpirida y metoclopramida intramuscular y se pauta para domicilio. El día siguiente consulta urgente por empeoramiento, presenta vómitos intensos e imposibilidad de levantarse por inestabilidad con tendencia a caerse hacia lado izquierdo. Refiere que nunca los episodios de vértigo habían sido parecidos y que cedían con tratamiento. Afebril. No cefalea, no déficit motor. Ante la persistencia de focalidad neurológica y ninguna mejoría con tratamiento, derivo a urgencias para realizar analítica y TAC craneal.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Cabeza y cuello: pulsos carotídeos presentes y simétricos, sin soplos. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen: anodino. Neurológica: orientado en 3 esferas, lenguaje sin afasia ni disartria, pupilas isocóricas normoreactivas, nistagmo horizontorrotario hacia derecha y abajo. Diplopía con un objeto al lado del otro en mirada horizontal. No hemianopsia. Resto pares craneales normales. Hipoestesia en hemicara y braquiocrural izquierda. Fuerza conservada, reflejos conservados. Coordinación sin dismetrías. Marcha desviada a izquierda. ECG, analítica y radiografía tórax: normal. TAC craneal: lesión hipodensa en ambos hemisferios hemicerebelosos compatible con infarto de arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) derecha. RMN cerebral: infarto agudo/subagudo del territorio de PICA derecha. Compatible con disección de vertebral en segmento a nivel C3-C4.

Juicio clínico: Ictus isquémico en territorio de PICA derecha secundario a disección arteria vertebral derecha extracraneal.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Meniére, vértigo posicional paroxístico benigno, laberintitis aguda, neuritis vestibular, ictus hemorrágico cerebelo-tronco, migraña basilar, neoplasia ángulo pontocerebeloso.

Comentario final: Los infartos cerebelosos suponen entre el 1,5-3% del total de ictus isquémicos, la edad media es alrededor de 65 años, siendo 2/3 varones. Su presentación clínica es diversa, en ocasiones, inespecífica y se puede confundir con patologías benignas sobre todo cuando la clínica comienza con vértigo, debemos pensar en ellos como diagnóstico diferencial. Los infartos de la PICA son principalmente de causa aterotrombótica y su clínica más frecuente es: disartria, nistagmo, inestabilidad, dismetría, diplopía y vértigo. Es una urgencia médica que debe atenderse mediante protocolos de actuación para que en el menor tiempo posible se haya realizado una adecuada valoración clínica, asegurando soporte vital básico y realizando pruebas complementarias siendo el TAC la técnica de elección en fase aguda; permite diferenciar lesiones isquémicas de hemorrágicas y de procesos tumorales, de esta forma se pondrá en práctica medidas terapéuticas desde la fase inicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Enfermedad cerebrovascular. Manual Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre 2012, 7ªed. p:1203-22.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.