Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):50

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1328 - Mareo e inestabilidad

N.E. Terrero Ledesma[a], M.J. Prado Coste[b], R.M. Acosta Mercedes[a] y M. Azorín Ras[a]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Zona IV. Albacete. [b]Médico Residente. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años, que acude por mareo desde las 9:00 am, con sensación de giros de objetos, cortejo vegetativo, sudoración profusa, náuseas y vómitos, Empeoraba con los movimientos bruscos de la cabeza. Niega otra sintomatología, niega patología viral en días pasados. Refiere antecedentes similares, tratados con Dogmatil. Reinterrogando la paciente, tras mejoría clínica, refiere que el cuadro inició con disnea brusca. Antecedentes personales: no antecedentes patológicos de interés. Cirugías: 2 cesáreas. Osteosíntesis de mano izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: REG, NC, NH. Eupneico en reposo. TA: 90/55 TA: 112/60 FC: 105 Glucemia: 195. ACyP: normal. Neurológico: sin focalidad. Meníngeos negativos. Nistagmo horizontal con fase rápida hacia la derecha. Funciones superiores normales. PICNR. MOEs normales. Resto de pares craneales normales. No déficit motor ni sensitivo. ECG: ritmo sinusal a 90 L/min, bloqueo de rama derecha. T negativas en v3 a V6. Patrón SI. Q3 T3. Ante la alteración del ECG: se solicita analítica con dímero D: 4.500. Troponinas: 120 y resto BQ. Hemograma y coagulación: normal. AngioTAC: TEP bilateral. Tratamiento y plan de actuación: Inicialmente Dogmatil 100 y Primperan 10 mg. Posteriormente ingreso en servicio de Neumología en tratamiento con Clexane para ver evolución y completar estudio de causa.

Juicio clínico: TEP sub-masivo de etiología desconocida.

Diagnóstico diferencial: IAM. Neumotórax. Pleuritis. Taponamiento pericárdico. Vértigo de origen periférico.

Comentario final: Es importante la toma de los constantes vitales y la realización de ECG, para dirigir la sospecha, métodos que tenemos acceso en nuestros centros de salud de atención primaria y que si esta alterado muchas veces nos orientan al diagnóstico.

Bibliografía

1. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M.Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). Lancet. 1999;353:1386-9.
2. Righini M, Le Gal G, Aujesky D, et al. Diagnosis of pulmonary embolism by multidetector CT alone or combined with venous ultrasonography of the leg: a randomised non-inferiority trial. Lancet. 2008;371:1343-52.

Palabras clave: *Mareo. Inestabilidad. Taquicardia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.