



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3586 - ¡NO TODOS LOS PACIENTES CON MAREOS TIENEN VÉRTIGO!

D. García Santos<sup>a</sup>, S. Roncero Martín<sup>b</sup>, Á. Ruiz -Risueño Montoya<sup>c</sup>, A. Sánchez de Toro Gironés<sup>d</sup>, L. Bañagasta Jaquez<sup>e</sup> y M. Pancorbo Carro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Mazarrón. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer francesa de 43 años, tras levantarse comienza con acufeno derecho, seguido de hipoacusia, mareo con giro de objetos e inestabilidad para la marcha, náuseas y vómitos. Es valorada en domicilio por SUAP, quien administra tratamiento con Dogmatil + Primperan. Tras una leve mejoría inicial, presenta empeoramiento clínico, por lo que se traslada a hospital para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos con murmullo vesicular conservado. Neurológico: Pupilas isocóricas reactivas. No nistagmus, Dismetría franca dedo nariz y talón rodilla izquierda con maniobra de Stewart-Holmes positiva bilateral. Romberg no se puede explorar. ECG: ritmos sinusal sin alteraciones de la repolarización. Monitorización ECG 48 horas sin eventos arrítmicos. Rx tórax normal. TAC cerebral simple: sin signos de patología intracraneal aguda. RM cerebral: lesión córtico-subcortical cerebelosa izquierda, con discreta afectación del pedúnculo cerebeloso medio y borde más posterior de protuberancia, de morfología triangular y que sigue distribución vascular de cerebelosa superior y también anteroinferior. Restricción en difusión, correspondiente a lesión isquémica de evolución aguda-subaguda precoz. Ecodoppler troncos supraaórticos: ejes carotídeos ortodrómicos y simétricos. No ateromatosis carotídea. Ecodoppler venoso de miembros inferiores: trombosis de vena gemelar interna en tercio medio de pierna izquierda.

**Juicio clínico:** Ictus agudo cerebeloso izquierdo por embolismo paradójico.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo. Tumor cerebral. Enfermedad de Menière.

**Comentario final:** Los infartos cerebelosos suponen entre el 1,5 y el 3% del total de ictus isquémicos. Su presentación clínica es muy diversa y en ocasiones inespecífica y se puede confundir con otras patologías. La resonancia craneal ha permitido definir de forma más fidedigna el territorio afectado y la existencia de otras lesiones asociadas. La edad media de aparición es alrededor de los 65 años. De los infartos de tipo isquémico en pacientes jóvenes, 20% tienen origen embólico. En esta paciente se colocó un filtro de vena cava por el riesgo hemorrágico de la anticoagulación. Actualmente en rehabilitación.

### Bibliografía

1. Edlow JA, Newman-Toker DE, Savitz SI. Diagnosis and initial management of cerebellar infarction. *Lancet Neurol.* 2008;7:951-64.
2. Hyung L, Ji-Soo K, Eun-Ji C, et al. Seong-Ryong Infarction in the territory of anterior inferior cerebellar artery: Spectrum of audiovestibular loss. *Stroke.* 2009;40:3745-51.

**Palabras clave:** Mareo. Acúfenos. Hipoacusia.