



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

242/3118 - EN PACIENTES CON VÉRTIGO, ATENDER EL SÍNTOMA CLAVE ANTES DE QUE SEA MUY TARDE

G. Rosario Godoy^a, P. Minchong Carrasco^b, S. Lisca Pérez^c, S. Pini^d, J. Parra Jordán^e y M. El Sayed Soheim^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Laredo. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años acude a su médico de cabecera en primera consulta por cervicalgia e inestabilidad que empeora con movimientos de cabeza y cuello incluso al girarse en la cama de 1 mes de evolución, exploración: contractura cervical y componente vertiginoso; inicia betahistina 24 mg/noche y solicitud de Rx cervical. Segunda consulta: resultado de Rx: rectificación cervical grave, aparente pinzamiento intersomático C5-C6-C7, siendo derivada a fisioterapia durante 3 semanas, mejorando contractura y persistiendo inestabilidad y cefaleas intermitentes. Tercera consulta: empeoramiento del vértigo, acufenos, alteración de la marcha con sensación de disminución de fuerza en EEII, diplopía (valorada en Oftalmología como cataratas incipientes), alteración en articulación del lenguaje, derivación a neurología, pauta de sulpirida 50 mg 3 veces/día. Cuarta consulta: empeoramiento de cefalea, se pauta analgésicos y revisión en 15 días. No hay quinta consulta porque acude a urgencia tras caída con TCE. Se realiza TC cerebral y objetiva LOE en fosa posterior con efecto expansivo e hidrocefalia, precisó derivación ventriculoperitoneal que mejoró temporal y parcialmente la clínica con posteriores ingresos por crisis focales secundariamente generalizadas, fluctuación del nivel de conciencia, episodios broncoaspirativos, insuficiencia respiratoria y exitus. Trascurren 6 meses desde inicio de síntomas al diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias: TA 150/90, consciente, colaboradora, diplopía en mirada conjugada izquierda, dismetría dedo-nariz, inestabilidad de marcha con aumento de base de sustentación. Analítica normal. RNM tumoración intraventricular en IV ventrículo de $38 \times 32 \times 35$ mm condiciona efecto expansivo sobre vermis cerebeloso y tronco y edema vasogénico. Última RNM cambios posquirúrgicos y dos lesiones leptomeníngreas en cola de caballo compatibles con implantes metastásicos. Biopsia encefálica: meduloblastoma patrón clásico.

Juicio clínico: Meduloblastoma. Síndrome de fosa posterior. Hidrocefalia obstructiva.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico. Contractura cervical grave.

Comentario final: El meduloblastoma, tumor embrionario maligno que se localiza en cerebelo, es característico en niños, en adultos solo constituye el 0,4 a 1% de los tumores del Sistema nervioso (SN). La utilización de indicadores clínicos útiles en la anamnesis y exploración de síntomas guía en atención primaria

nos pondrán en la pista para el descarte de tumores del SN cuando la clínica aparece lenta y progresiva o con múltiples diagnósticos diferenciales que dificultan el diagnóstico y retrasan la derivación a atención especializada.

Bibliografía

1. Giglio P, Gilbert MR. Cáncer y sistema nervioso. Manifestaciones clínicas y complicaciones. En: Bradley WG, et al, ed. Neurología Clínica, 2006. pp.1351-3.

Palabras clave: Vértigo. Meduloblastoma.