



## 242/3716 - UN VÉRTIGO PERIFÉRICO INUSUAL

M. Fernández Pérez<sup>a</sup>, A. Fernández Bosch<sup>a</sup>, M. Sáez Moreno<sup>b</sup>, P. Alcantud Lozano<sup>c</sup>, M. López García<sup>c</sup> y R. Reolid Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 4. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 8. Albacete. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona 4. Albacete. <sup>d</sup>Médico de Familia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años sin factores de riesgo cardiovascular, y antecedentes de migraña con aura visual y episodios de vértigo periférico, que consulta en el Centro de Salud por mareo con giro de objetos, que empeora con los cambios de posición junto con náuseas y vómitos desde hace un día que no mejora con el tratamiento con sulpirida que a la paciente se le había pautado en otras ocasiones.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente presenta una auscultación cardio-pulmonar normal. En la exploración neurológica se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona y se observa nistagmo horizontal izquierdo sin componente rotatorio en todas las posiciones de la mirada, que es inagotable. Desviación de índices hacia la izquierda en maniobra de Barany y marcha con lateralización hacia la izquierda. Ante la exploración física y la ausencia de mejoría con sedantes vestibulares, se deriva a Urgencias para valoración por posible vértigo de origen central. Se realiza analítica, radiografía de tórax, ECG, sin hallazgos de interés. Se realiza TAC cerebral siendo normal. Es valorada por Neurología. Se realiza dúplex TC sin alteraciones, y TC de troncos supraaórticos donde la arteria carótida izquierda es mayor que la común ipsilateral. En angio-TAC se confirma agenesia de ICA izquierda y en RMN con civ se objetiva una lesión a nivel protuberancial y pedúnculo medio derecho compatible con glioma de bajo grado.

**Juicio clínico:** Glioma de bajo grado en protuberancia.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Vértigo periférico. 2. Enfermedad Inflamatoria. 3. Migraña. 4. Epilepsia.

**Comentario final:** No siempre es fácil determinar si un paciente tiene vértigo, y sobre todo si es central. En el vértigo periférico el nistagmo es horizontal u horizontorrotatorio, y se abole al fijar la mirada, algo que no ocurre en el vértigo de origen central donde suele existir nistagmo vertical, rotatorio o mixto que es abolido al fijar la mirada.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica

de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

2. Resi Urgencias. Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. Semergen AP.

**Palabras clave:** Vértigo. Nistagmo. Sulpirida.