

347/3483 - UN VÉRTIGO TRAICIONERO

M. Orellana Beltrán^a, E. Serrano Cabrera^b y G. Navarro Lorenzo^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. Almería. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. Almería. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huercal de Almería. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial y carcinoma de mama derecha hace 11 años, acude a consulta por cuadro de vértigo rotatorio de 10 días de evolución de inicio subagudo con empeoramiento progresivo hasta no permitirle realizar sus actividades diarias, acompañado de leve cefalea holocraneal. No empeora con cambios de posición. No acúfenos, no hipoacusia, no náuseas ni vómitos. Está tomando sulpiride 50 mg/8h sin mejoría. No fiebre ni alteración de la conciencia.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada, afebril, TA 120/75, hidratada. ACR y abdomen normales. Otoscopia bilateral normal. Funciones cognitivas conservadas, pupilas isocóricas normorreactivas, nistagmo pendular rotatorio de mirada extrema no agotable. Dismetría. Reflejos osteotendinosos simétricos, fuerza 5/5. No afectación de la sensibilidad. Prueba de Romberg no valorable por inestabilidad, marcha tambaleante. Ante exploración sospechosa de vértigo de origen central se deriva a centro hospitalario de referencia para pruebas complementarias: Analítica sanguínea sin alteraciones electrolíticas ni de otro tipo. EKG normal. Se solicita TAC craneal con contraste hallándose tumoración cerebelosa con captación marginal de contraste, sugestiva de metástasis cerebelosa.

Orientación diagnóstica: Vértigo de origen central secundario a lesión cerebelosa.

Diagnóstico diferencial: Defectos visuales, alteraciones endocrino-metabólicas, meningoencefalitis, absceso cerebral, TCE, epilepsia de lóbulo temporal, esclerosis múltiple, insuficiencia vertebrobasilar, vértigos periféricos (enf. Ménière, vértigo paroxístico benigno, neuritis vestibular, neurinoma del acústico, otitis crónicas...), etc.

Comentario final: El paciente ingresó a cargo de Neurología para estudio etiológico y de extensión. No es fácil pero sí fundamental para un médico de familia saber discernir si un vértigo es de origen central o periférico mediante una buena anamnesis y exploración física. Por norma general, el vértigo periférico es más intenso, de inicio brusco, empeora con los cambios de posición y se asocia más a náuseas, vómitos, hipoacusia y acúfenos. El nistagmo vertical, rotatorio o mixto que no se agota, y la presencia de focalidad neurológica o alteración del estado mental sugieren origen central.

Bibliografía

1. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. Neurology. 1972;22:323-34.

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Nistagmo rotatorio. Inicio insidioso. Central.