



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3837 - VÉRTIGO, ¡OJO A LOS SIGNOS DE ALARMA!

A. Casal Calvo^a, J. Cepeda Blanco^a, G. Rijo Nadal^b y A. Asturias Saiz^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morante. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años, fumador activo con IPA 50 paquetes/año, sin otros antecedentes, acude por cuadro de una semana de evolución de sensación de inestabilidad, sin giro de objetos, que se desencadena con la bipedestación, mejora en minutos con el decúbito y se acompaña de vómitos. Previamente asintomático. No déficit motor. Niega hipoacusia, acúfenos o cefalea. No dolor torácico ni palpitaciones, ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca la exploración neurológica: Pupilas ICNR. MOES normales. No nistagmo espontáneo ni evocado. Pares craneales normales. Cover test negativo. Prueba dedonariz normal. Marcha no posible por inestabilidad. Romberg positivo derecha. Utemberger caída derecha (no giro). Ante estos hallazgos se remite a urgencias, donde es valorado por otorrinolaringología, que solicita RMN preferente para descartar origen central. RMN craneal: múltiples lesiones quísticas infra y supratentoriales bilaterales, la mayor de $4 \times 3,5 \times 4$ cm, en hemisferio cerebeloso izquierdo. TC toraco-abdomino-pélvico: Lesiones pulmonares en ambos hemitórax, múltiples adenopatías mediastínicas, implantes hepáticos. EBUS. Carcinoma de células grandes.

Orientación diagnóstica: Vértigo central secundario a LOEs cerebrales en paciente con carcinoma de pulmón estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico: VPPB, neuronitis vestibular, laberintitis, enfermedad de Ménière, colesteatoma, otoesclerosis, neurinoma del acústico, síndrome de Ramsey Hunt, fístula perilinfática. Vértigo central: hemorragia o isquemia cerebelar, malformación arteriovenosa, migraña vertebrobasilar, Tumor de ángulo pontino, hipertensión intracraneal, esclerosis múltiple, Infecciones de SNC.

Comentario final: El síndrome vertiginoso es un motivo de consulta frecuente que resulta difícil de definir por los pacientes, dificultando el proceso diagnóstico. Es fundamental el diagnóstico diferencial entre causas de origen central y periférico. El vértigo de origen central tiene inicio insidioso, duración de semanas/meses, con poco cortejo vegetativo, no asocia síntomas otológicos y suele haber focalidad neurológica. El nistagmo es variable, vertical, multiposicional, sin latencia y no se agota. Pruebas cerebelosas alteradas. Romberg y Barany alterados. En nuestro paciente, durante el ingreso se inicia radioterapia holocraneal, sin mejoría, por lo que se decide drenaje de lesión quística, con cese de la sintomatología. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia paliativa.

Bibliografía

1. Furman JM. Pathophysiology, etiology, and differential diagnosis of vertigo. UpToDate, 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-etiology-and-differential-diagnosis-of-vertigo>

Palabras clave: Vértigo. Diagnóstico diferencial. Central.