



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/367 - ¿SIEMPRE ES VÉRTIGO?

C. Cobos Bosquet^a, B. Carrera Moyano^b, M. Gallardo Pastor^c y J. Moreno Macías^d

^aMédico de Familia. Hospital Alta Resolución Lebrija. Sevilla. ^bMédico de Familia. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Sevilla. ^cMédico de Familia. DCCU San José de la Rinconada. Sevilla. ^dMédico de Urgencias. Hospital Alta Resolución de Lebrija. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años que consulta a médico de familia por episodio vertiginoso. Sufre hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y vértigo paroxístico benigno con crisis frecuentes. Realiza tratamiento con metformina 850 mg, enalapril 10 mg y betahistina 16 mg (si crisis). La paciente refiere episodio vertiginoso, no giratorio, y náuseas al adoptar bipedestación estando previamente en decúbito, de 3 horas de evolución. Asocia episodio aislado de vómito y sudoración profusa posterior. Niega dolor torácico, palpitaciones, disnea o pérdida de conciencia. Ha tomado betahistina 16 mg, con alivio parcial pero persistiendo la sensación vertiginosa, motivo por el que consulta. Tras explorar a la paciente, se solicita electrocardiograma, en el que se constata trastornos en la repolarización, por lo que se administra 300 mg clopidrogel + 300 ácido acetilsalicílico + 3500 UI HBPM, ante la sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación de ST. La paciente se traslada a hospital de referencia. A su llegada, los cambios eléctricos persisten y se objetiva elevación de reactantes de daño miocárdico, confirmándose el diagnóstico. Se realiza coronariografía, que revela lesiones en arteria coronaria derecha y arteria descendente anterior que se revascularizan. Evolución muy favorable. Asintomática actualmente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normotensa. Normohidratada y normoperfundida. Eupenica. Auscultación cardiorrespiratoria y neurológica anodina. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70. Ondas T negativas en II, III y AVF e infradesnivelación ST v4-v6 de 2 ms. Hemograma, coagulación y bioquímica anodina excepto Troponina T: 300 y creatinquinasa 300.

Orientación diagnóstica: SCASEST. Killip I.

Diagnóstico diferencial: Incluye etiología periférica (síndrome de Ménière, neuritis vestibular...), etiología central (AVC, tumores...) etiología psicógena y cardiopatías.

Comentario final: Destacar la importancia de una correcta exploración y anamnesis como base para la orientación diagnóstica. Es importante saber reconocer síntomas de alarma y ponerlo en contexto de factores de riesgo.

Bibliografía

- Tracas S, Coronda GF, Seca MT, et al. Evaluating patients with vertigo: bedside examination. Neural Sic. 2004;25 Suppl 1:S16.

2. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med.* 2000;342:1163.

Palabras clave: Vértigo. Infarto de miocardio.