



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/960 - ATAXIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. López Mostazo^a, P. Hermoso Oballe^b y J. Ruano García^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Sur. Málaga. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años con antecedente de fenómeno de Raynaud en manos y pies sin tratamiento habitual y fumador de 1 paquete/día. Acude a urgencias porque hace unas dos semanas, mientras jugaba al fútbol, comienza con sensación de inestabilidad en la marcha que ha ido aumentando progresivamente, sin vértigo ni cortejo vegetativo asociado. Refiere que hace una semana asocia disartria y parestesias faciales en zona de ramas mandibulares junto con cierta dificultad para la ingesta de líquidos. Niega fiebre ni cuadro viral los días previos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, alerta y orientado, lenguaje disártrico, normocoloreado, eupneico en reposo, afebril. TA 140/70 mmHg. Neurológico: PICNR, sin focalidad de pares craneales, no déficit sensitivos, impresiona de cierta debilidad generalizada, ROTs normales, RCP flexor, marcha inestable-atáxica con aumento de la base de sustentación, Romberg dudoso con tendencia a caer hacia la derecha, dismetría dedo nariz bilateral, no dismetría talón rodilla. Resto de exploración anodina. Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y tóxicos normal. ECG ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: Sin alteraciones significativas. TAC cráneo: Ocupación de oído medio derecho y de celdillas etmoidales bilateral por material de partes blandas. Ocupación de cavum por material de densidad de partes blandas de aspecto simétrico que podría corresponder con hipertrofia adenoidea.

Orientación diagnóstica: Inestabilidad de origen vestibular (labertintitis secundaria a otomastoiditis derecha).

Diagnóstico diferencial: Vértigo posicional paroxístico benigno, enfermedad de Ménière, neuritis vestibular, migraña, accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio, tumores del ángulo pontocerebeloso, esclerosis múltiple, encefalomielitis infecciosa, síndrome de Ramsay Hunt, vasculitis cerebral o sistémica, epilepsia del lóbulo temporal, infección por VIH, fístula perilinfática, traumatismo craneoencefálico.

Comentario final: La laberintitis bacteriana secundaria a una otitis media o mastoiditis precisa tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, así como tratamiento quirúrgico en algunas ocasiones para erradicar la infección del oído medio de forma urgente. En el caso de nuestro paciente, éste fue valorado tanto por Otorrinolaringología como Neurología para descartar la presencia de 2 patologías concomitantes al mismo tiempo.

Bibliografía

1. Bronstein A, Lempert T. Dizziness a practical approach to diagnosis and management. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007;78(7):779.

Palabras clave: Ataxia. Desequilibrio. Joven.