

347/1248 - ¿UNA CAÍDA ACCIDENTAL?

R. Barrera Moyano^a, N. Aguilera Vereda^b, A. Narváez Martín^a y A. Cabello Romero^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena. Sevilla. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años sin antecedentes de interés que acude a su médico de Atención Primaria por sensación de mareo, siendo diagnosticado de vértigo periférico e iniciando tratamiento con betahistina. Acude al hospital traído por equipo de urgencias tras precipitación de 5 metros de altura mientras limpiaba el tejado.

Exploración y pruebas complementarias: Vía aérea permeable. No hemorragias visibles. Consciente, orientado, colaborador. Glasgow 15/15. Tensión arterial: 130/80. Relleno capilar menor de 1 segundo. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Pelvis estable. Sondaje con orina clara. Rodilla derecha edematosas, con dolor y reducción de la movilidad. Tobillo izquierdo deformado y edematoso, movilidad reducida. Pulsos conservados. Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Acidosis respiratoria. Resto sin hallazgos. Body TAC: hemorragia subaracnoidea leve. Fractura-aplastamiento de L3, con desplazamiento del muro posterior. Fractura conminuta bicondilea de meseta tibial derecha, con hundimiento y desplazamiento. Fractura conminuta del pilón tibial izquierdo, asociada a fractura conminuta peronea.

Orientación diagnóstica: A su llegada y durante su estancia en Observación fue tratado como politrauma grave tras caída accidental. Tras 24 horas de ingreso, se realiza electrocardiograma al persistir bradicardia en torno a 40-45 lpm, objetivándose bloqueo auriculoventricular de 2º grado Mobitz II con conducción 2:1. Probablemente la sensación de mareo que describía previa a la caída, fuera en relación a la bradicardia originada por el bloqueo auriculoventricular.

Diagnóstico diferencial: -Vértigo periférico. Vértigo central. Politraumatismo tras caída accidental.

Comentario final: Al reinterrogar a la familia refieren que el paciente presentaba sensación de mareo a pesar del tratamiento, limitándole en sus actividades diarias. En Atención Primaria es fundamental la historia clínica, así como la exploración física y la realización de pruebas complementarias en aquellas patologías que así lo precisen. Además es importante reevaluar al paciente tras el inicio del tratamiento y continuar realizando el diagnóstico diferencial si la respuesta a éste no es el deseado.

Bibliografía

1. Chase M, Goldstein JN, Selim MH, et al. A prospective pilot study of predictors of acute stroke in emergency department patients with dizziness. Mayo Clin Proc. 2014;89:173.

2. Tuohy S, Saliba W, Pai M, et al. Catheter ablation as a treatment of atrioventricular block. Heart Rhythm. 2018;15:90.

Palabras clave: Bloqueo auriculoventricular. Vértigo.