

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

## 424/1990 - NISTAGMO VERTICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Roldán Lafuente<sup>1</sup>, J. López Marín<sup>2</sup>, A. Palacio Liñares<sup>2</sup> y J. López Díez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años, sin antecedentes de interés, consulta por cuadro de vértigo con giro de objetos de segundos de duración que inició hace 5 días mientras trabajaba. Asocia inestabilidad de la marcha con cortejo vegetativo y empeoramiento con los movimientos cefálicos de flexoextensión. No presenta clínica auditiva asociada (no acufenos ni hipoacusia), otalgia ni otorrea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física neurológica y cardiovascular anodina. Desde el punto de vista otoneurológico presenta ausencia de nistagmo espontáneo ni con la fijación ni inhibición de la mirada. Cover test negativo, shaking head negativa y maniobra oculocefálica dudosa a la derecha. Dix-Hallpike bilateral con nistagmo vertical inferior, más intenso hacia lado izquierdo que tarda en agotarse más de 1 minuto y que aumenta de frecuencia e intensidad en posición supina y con la cabeza colgando. Romberg centrado, Untenberger normal, índice Barany muy dudosa a derecha, con marcha inestable y sin dismetrías. Se realiza electrocardiograma presentando ritmo sinusal con BICRDHH. Acumetría: Rinne positivo bilateral. Weber centrado. Ante la sospecha de vértigo paroxístico periférico benigno (VPPB) de canal superior, se realiza maniobra de recolocación de Yacovino presentando mejoría franca y se deriva a unidad de vértigo.

**Orientación diagnóstica:** VPPB de canal semicircular superior.

**Diagnóstico diferencial:** Lesiones troncoencefálicas y cerebelosas degenerativas, isquémicas o LOES. Síndrome de nistagmo vertical.

**Comentario final:** Desde atención primaria la anamnesis y exploración física continúan siendo los pilares fundamentales de diagnóstico. Ante la sospecha clínica de vértigo periférico deberemos realizar una exploración física completa y orientada. La presencia de un nistagmo horizonto-rotatorio o vertical que cumpla las leyes de Alexander de vértigo periférico, con test de HIT congruente y maniobras de provocación posicionales positivas, nos dan el diagnóstico concreto y orientan al tratamiento óptimo, que consiste en la recolocación vestibular. En nuestro caso, siendo todo congruente con vértigo periférico, a pesar de ser un nistagmo con claro componente vertical no estaría indicado la realización de pruebas de imágenes.

### Bibliografía

1. Esteban Sánchez J, Rueda Marcos A, Sanz Fernández R. Nistagmo vertical inferior: ¿es obligada la resonancia magnética? Revista de Neurología. 2016;62(3):107-12.

**Palabras clave:** Vértigo. Nistagmo. Cerebelo.