



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

482/1073 - EL VÉRTIGO QUE PUDO HABER SIDO

M. Díaz García¹, M. Esclapez Boix², R. Gambín Follana³ y E. de la Sen Maldonado⁴

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Catral. Catral. Alicante. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Almoradí. Alicante. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Callosa de Segura. Callosa de Segura. Alicante. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Almoradí. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 33 años acude al centro de salud. Refiere que desde hace unas horas presenta cuadro clínico de: náuseas y vómitos, mareo tipo giratorio sin acúfenos ni hipoacusia y además pérdida de estabilidad en la marcha. No otra sintomatología asociada. No AP de interés. Fumador de 1,5 paquete/año. No consumo de tóxicos. Constantes vitales normales, ECG y exploración física normal. Destaca a la exploración neurológica leve nistagmus horizontal con Romberg difícil de explorar. Mejoría con sulpirida y metoclopramida en centro de salud. A las pocas horas, acude al PAC con misma clínica. Se remite a Urgencias Hospitalarias con pruebas analíticas dentro de la normalidad y TC craneal que descarta patología aguda intracraneal. Al alta se pauta corticoterapia y beta histina a dosis máximas. Al pasar 48 horas el paciente regresa a consultas de MAP, sin nistagmus pero con marcha atáxica y dismetría izquierda. Se remite con carácter urgente a consultas de ORL. Desde el servicio de ORL, tras exploración física y pruebas complementarias se remite para ingreso a Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales normales. Exploración física dentro de la normalidad, a excepción de lo referido neurológicamente. VHIT: no es concluyente de neuronitis vestibular. Ecocadio y Holter -ECG: estudio sin hallazgos significativos. RMN cerebral: lesión isquémica aguda-subaguda en la porción más medial del pedúnculo cerebeloso izquierdo. Analítica: anticoagulante lúpico elevado. Presenta 1 criterio de laboratorio positivo para síndrome antifosfolípido.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Ménière. Neuronitis vestibular. Lesiones tumorales o isquémicas.

Comentario final: Ante un cuadro vertiginoso, sin acúfenos ni hipoacusia, que perdura en el tiempo debemos realizar un diagnóstico diferencial con ACV de las arterias cerebelosas. Un tercio de los ACV en menores de 50 años, es causado por síndrome antifosfolipídico. Los anticuerpos AF incrementan el riesgo de trombosis, precisando de un factor de riesgo añadido para dar lugar a las complicaciones trombóticas, entre ellos destaca el tabaquismo. Del caso podemos extraer la gran importancia de las entrevistas motivacionales para el abandono del hábito tabáquico y más hoy en día con un tratamiento financiado.

Bibliografía

1. Levine JS, Branch DW, Rauch J. The antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med.* 2002;346(10):752-63.

Palabras clave: Tabaco. Ictus. Vértigo.