



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

482/1536 - DOCTORA, ¿ES NORMAL ESTE MAREO?

M. Lorente Callejo¹, M. Ayora Rodríguez², F. Morillo Rojas³ y J. Toribio Vázquez⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva Centro. Huelva. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva-Centro. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años con factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e hipertensión arterial no tratada) que acude a Urgencias de su Centro de Salud por presentar sensación de inestabilidad de inicio progresivo, de 7 días de evolución y que empeora con los movimientos. Indica un episodio de vómito al día, de contenido bilioso, desde el inicio del cuadro, así como cefalea frontotemporal con irradiación a ojo derecho. Había sido valorada previamente en consulta, pero, ante empeoramiento del cuadro, escasa mejoría con betahistina y atendiendo a los criterios indicados por su médico para volver a consultar acudió a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Tensión arterial 125/75 mmHg, Frecuencia cardíaca 70 lpm, Saturación de oxígeno 99%. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal sin hallazgos relevantes. En la valoración neurológica se observan pupilas isocóricas y normorreactivas y nistagmo multidireccional, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas, detectando leve marcha inestable y Romberg positivo. Otoscopia sin hallazgos. Ante posible focalidad neurológica se decide derivar a la paciente a su hospital de referencia para realización de pruebas complementarias. Analítica sin alteraciones. En la tomografía axial computarizada (TAC) se objetiva lesión isquémica aguda/subaguda localizada en hemisferio cerebeloso derecho, en el territorio de la arteria cerebelosa postero-inferior, así como hipodensidades periventriculares como signos de enfermedad isquémica de pequeño vaso. Tras los hallazgos de la prueba de imagen se decide ingreso en planta de Neurología donde se amplía estudio con ecodoppler de troncos supraaórticos, Holter y ecocardiograma.

Orientación diagnóstica: Infarto de cerebelo y/o tronco cerebral.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia de cerebelo-tronco cerebral. Accidente isquémico transitorio vertebrobasilar. Contusión cerebelo-tronco cerebral. Tumores en el ángulo pontocerebeloso. Esclerosis múltiple. Intoxicación por alcohol/drogas. Migraña basilar.

Comentario final: Es importante el manejo de la incertidumbre en Atención Primaria, dejando siempre la puerta abierta al paciente si tras la observación domiciliaria detecta algún cambio en su situación. Ante el empeoramiento o aparición de nuevos síntomas el paciente debe volver a consultar.

Bibliografía

1. Halmagyi GM, Cremer PD. Assessment and treatment of dizziness. *J Neuro Neurosurg Psychiatry*. 2000;68:129-36.

Palabras clave: Inestabilidad. Romberg. Cerebelo.