



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/707 - NO TODO VÉRTIGO SIEMPRE ES PAROXÍSTICO NI BENIGNO

I. Barón Igeño¹, R. Ávila García¹ y M. Aguilar González²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años sin antecedentes de interés. Consulta telefónicamente en el centro de salud por presentar desde hace una semana varios episodios autolimitados de inestabilidad y vómitos. Se orienta inicialmente como un probable vértigo periférico y se pauta tratamiento con sedantes vestibulares. Ante la escasa mejoría, vuelve a consultar dos semanas después: los episodios de inestabilidad son de mayor frecuencia y duración, presentando también cefalea opresiva parietooccipital izquierda de forma constante, que empeora con los cambios posturales y con las maniobras de Valsalva. Además, presenta astenia generalizada y debilidad en hemicuerpo izquierdo con dificultad para la escritura y el uso de cubiertos. Ante el empeoramiento y aparición de síntomas de alarma, citamos en consulta para valoración presencial.

Exploración y pruebas complementarias: TA 132/75. Afebril. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Neurológico: vigil orientada y colaboradora, pupilas isocóricas y normorreactivas. Nistagmo horizontorrotatorio de batida rápida derecha. Pares craneales simétricos y conservados. Fuerza 4/5 en miembro superior izquierdo y en flexores de cadera izquierda. Marcha con base pequeña, dubitativa, puntillas y talones conservados. Romberg negativo. No meningismo. Fondo de ojo sin aparente papiledema bilateral. Dismetría dedo-nariz izquierda. Otoscopia bilateral normal.

Orientación diagnóstica: Vértigo central.

Diagnóstico diferencial: Vértigo migrañoso, hemorragia cerebelosa, esclerosis múltiple, tumores de fosa posterior, AIT.

Comentario final: Se derivó a urgencias hospitalarias realizándose TAC craneal donde se visualiza extensa lesión quística en región cerebelosa izquierda compatible con hemangioblastoma. El mareo y el vértigo son un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria constituyendo hasta el 5% de todas las consultas. Hay que realizar una detallada anamnesis y exploración física para determinar si el paciente presenta un verdadero vértigo, así como si este se trata de un cuadro periférico o central. Ante la sospecha de un vértigo central con exploración neurológica alterada (ataxia, cefalea, alteraciones visuales..) es necesario la realización urgente de pruebas de imagen para descartar organicidad.

Bibliografía

1. García R. Mareo. Fistera [Internet]. A Coruña. 2019 [actualizado 11 junio de 2019; consultado el 18 junio 2020]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/mareo/>

Palabras clave: Vértigo. Mareo. Cefalea.