

377/54 - CUANDO EL VÉRTIGO ES ALGO MÁS

M. Pastor Hidalgo¹, C. López Ballesta¹, T. Sánchez Herrero², M. Pérez del Val², J. Brioso Rodríguez³, E. Avilés de Melchor⁴, P. Panero Argiello⁵, C. Llanes Álvarez⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. ²Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ⁴Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. ⁶Médico Residente de Psiquiatría. Complejo asistencial de Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 76 años, con antecedentes de EPOC, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y fibrilación auricular controlada. Lleva tratamiento con Formodual inhalador, Isosorbida, Metformina, Sintrom, Ácido acetilsalicílico y Atorvastatina. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por mareo e inestabilidad en la marcha de comienzo brusco mientras caminaba por la calle, de reciente aparición. Refiere que tras subir un escalón nota “un tirón en la espalda” y “no se puede poner derecho”. Apreciamos incapacidad para enderezar el tronco, con caída hacia la derecha y dificultad para la deambulación. Niega cefalea. Sospechamos accidente cerebrovascular embólico (por su antecedente de fibrilación auricular) o hemorrágico (por su tratamiento con Sintrom y Ácido Acetilsalicílico) y la instauración brusca de la clínica. El paciente fue derivado al servicio de Urgencias para realización de TC cerebral urgente, desde donde ingresó en el servicio de Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. TA: 149/93 mmHg. FC: 103 lpm. SatO2: 93%. Tº: 36,1. ACP: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreñadidos. Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias. EEII: no edemas ni signos de TVP. Neurológico: pares craneales normales, pupilas IC y NR, Glasgow 15, no rigidez de nuca ni signos meníngeos, fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas, ROT disminuidos, no dismetrías, no nistagmus, Romberg positivo con caída hacia la derecha, lenguaje normal en forma y contenido. Analítica (Urgencias): Hb 14.4, Leucocitos 6.260 (48.2% neutrófilos, 28.1% linfocitos, 23.1% monocitos), plaquetas 123.000, TP 22%, INR 3.23. Bioquímica: sin alteraciones. TC cerebral Urgencias: Sin evidencia de signos de sangrado ni otros hallazgos radiológicos de significado patológico. Analítica (Neurología): Hb 15,0, Leucocitos 3.420 (80.5% neutrófilos, 5.1% linfocitos, 13.9% monocitos), plaquetas 106.000, TP 68%, INR 1.31. Bioquímica: glucosa 141, bilirrubina total 1.7 (directa 0.64, indirecta 1.06), GOT 42, GPT 51, GGT 67. Serologías VIH, Brucella y Lues negativas. TC cerebral Neurología (4 días después): sin cambios radiológicos respecto al previo. Eco-Doppler de troncos supraaórticos. Izquierdo: Pequeña placa de ateroma en arteria carótida externa (ACE), que no ocasiona estenosis significativa. En arteria carótida común (ACC), ACE, arteria carótida interna (ACI) y arteria vertebral no se observan estenosis hemodinámicamente significativas. Derecho: Se aprecia ACC de características normales, íntima mínimamente engrosada. No se aprecian placas de ateroma. No se observan estenosis hemodinámicamente significativas.

Juicio clínico: Accidente cerebrovascular cerebeloso.

Diagnóstico diferencial: Disfunción vestibular periférica aguda, migraña basilar, trastornos tóxicos o metabólicos.

Comentario final: Los infartos cerebelosos son infrecuentes pero pueden presentar complicaciones graves. Es importante sospecharlos por la clínica y la exploración física desde atención primaria, dada la posibilidad de que sean susceptibles de tratamiento precoz antitrombótico y por las importantes secuelas resultantes si no son detectados. En el 71% de los casos las manifestaciones clínicas iniciales son sensación de inestabilidad y/o alteración de la marcha, lo que ocasiona que hasta en el 28% de las ocasiones sean diagnosticados erróneamente como cuadros de vértigo, con las implicaciones que puede tener la demora en el tratamiento.

Bibliografía

Cano LM, Cardona P, Quesada H, Mora P, Rubio F. Infarto cerebeloso: pronóstico y complicaciones de sus territorios vasculares. Neurología. 2012;27:330-335.