



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



377/36 - LA DOBLE EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

N. Cubelos Fernández¹, M. Ajenjo González², A. Cubelos Fernández³, N. Contreras Mercado⁴, M. Martínez Fernández⁵, N. Fernández Valverde¹, M. Piro⁶, S. Anselmi González⁷.

¹Centro de Salud José Aguado. León. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. Pinilla. León. ³Farmacéutica. ⁴Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ⁵Médica Adjunta. Servicio de Urgencias del CAULE. León. ⁶Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ⁷Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 69 años, que acude a la consulta de AP por episodio brusco de mareo con giro de objetos, inestabilidad de la marcha y visión borrosa. Se trata con Sulpirida. A los dos días, reacude al C.S. por no mejoría con tratamiento, donde es nuevamente explorado por el médico, que objetiva dismetría en extremidades derechas y nistagmus, disartria y cefalea. Se activa el código ictus y se traslada en helicóptero a Urgencias del hospital. AP: NAMC. Exfumador desde hace 30 años. Bebedor 2 vasos vino/día. Episodio sincopal 2014, IQ hernia inguinal derecha.

Tto actual: Lanzoprazol 1 comp/24 horas, Adiro 100/24horas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 131/87 mmHg, FC:70 lpm. Afebril. Sat O2:96%. BEG, obesidad. Telangiectasias malares y rubicundez. AC: rítmico. AP: MVC. Abdomen: Globuloso. Hepatomegalia de 3 traveses de dedo. EEII: no edemas ni signos TVP. Ligero eritema palmar bilateral. NRL (a la llegada): dismetría en extremidades derechas y nistagmus, disartria y cefalea. Babinsky-. Reflejo extensor izquierdo. Niega pérdida de fuerza en extremidades. Dificultad para exploración de la marcha. NRL (al alta): NIH: 1. COC. Leve disartria. Nistagmus horizontal, con fase rápida hacia derecha, en todas las posiciones de la mirada. Sin oftalmoparesias ni paresia facial. Pares craneales conservados. Sin claudicación en Barré ni Mingazzini. Reflejos simétricos con plantares flexores. Sin déficit sensitivo ni dismetrías.. ROT ++/+++. No déficit sensitivo. Hemograma, coagulación, bioquímica: normales.TSH 7.37,T4:1.03, Serología Lúes y VIH: negativos. ECG: ritmo sinusal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. RX tórax: ICT aumentado, no condensaciones. TAC craneal +AngioTC TSA y Willis: Quiste cisura coroidea en núcleo caudado derecho vs infarto lacunar. Dominancia de arteria vertebral derecha, ambas se visualizan de pequeño calibre. Resto normales. TC control: No signos de hemorragia. Extensa hipodensidad en parte más externa del hemisferio cerebeloso derecho, que ejerce efecto de masa, borrando surcos, improntando discretamente el cuarto ventrículo y cisterna del ángulo pontocerebeloso derecha. Esta lesión no se evidenciaba en el TC previo y es compatible con infarto isquémico subagudo. Eco-doppler TSA, TC: Pequeña placa en bifurcación izquierda,flujos normales. Vertebrales permeables, de mayor calibre la derecha. Polígono de Willis permeables. Ecocardiograma transtorácico: VI

tamaño normal con función conservada. Disfunción diastólica sin elevación de presiones de llenado. Quistes hepáticos.

Juicio clínico: Ictus isquémico vertebro-basilar. Hipotiroidismo subclínico.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico.

Comentario final: El vértigo es el síntoma más reconocible y, en muchas ocasiones el único, en el inicio de un ictus vertebrobasilar. La correcta exploración general, y en este caso la neurológica, es suficiente para detectar enfermedades importantes. En este caso, hizo falta una segunda exploración más exhaustiva para determinar el posible diagnóstico del paciente. El vértigo periférico aparece de manera brusca, intensa, y es de corta duración. Presenta sensación de giro de objetos, y se acompaña muchas veces de sintomatología vegetativa. Se asocia con nistagmus horizonte-rotatorio Barré hacia el lado enfermo. La colaboración entre varias especialidades favorece la rápida actuación, unos mejores resultados y una disminución del gasto sanitario.

Bibliografía

Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol. 2007;60:753-69.

Michael C. Levin, MD. Manual MSD de exploración neurológica. Roberto Neuspiller. Vértigo periférico. Disponible en:

<http://www.montpellier.com.ar/separatas/sepVertigoperifericoOtorrinoM.pdf>.