



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-272 - A propósito de un mareo

M.C. Portero Luque^a, A.A. Romero Gandul^a y V. Arjona García^b

^aCS Almodóvar del Río. ^bCS D. Rafael Flores Crespo.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 66 años, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica revascularizada con dos stents, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido secundario. No fumador ni bebedor. En tratamiento con Sintrom 4 mg, clopidogrel 75 mg, doxazosina 4 mg, ivabradina 7,5 mg, losartán/hidroclorotiazida, parche de nitroglicerina, cloroquina fosfato 250 mg, lorazepam 1 mg, pantoprazol 20 mg y prednisona 100 mg. Avisan a DCCU por presentar mareos de un día de evolución con malestar general, llegando a sufrir una caída sin pérdida de conocimiento. No dolor torácico ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Sudoroso, bien perfundido. Saturación O₂: 98%, TA 140/70, FC 33 y temperatura 36,2 °C. Exploración neurológica: sin focalidad. Auscultación cardiorrespiratoria: Tones rítmicos a unos 30 lpm sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: normal. Miembros inferiores: pulsos pedios conservados y simétricos. Electrocardiograma: bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado, frecuencia de 33 lpm, eje eléctrico derecho, onda p normal, onda T sin alteraciones, onda ST isoeléctrica en todas las derivaciones, complejo QRS de duración mayor de 0,12 ms. Ante este electrocardiograma se avisa a dispositivo 061 que a su llegada confirman el resultado electrocardiográfico y colocan marcapasos transcutáneo con frecuencia de 70 y amperaje de 60 previa administración de 2 ampollas de midazolam 5 mg en bolo iv y 1 ampolla de fentanilo 0,15 mg iv. El paciente es trasladado a HURS donde avisan a cardiólogo de guardia y se ingresa en UCI para colocación de marcapasos definitivo.

Juicio clínico: Bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado.

Diagnóstico diferencial: Vértigo (periférico y central), trastornos visuales (defectos de refracción ocular, desequilibrios musculares, glaucoma), trastornos circulatorios (arritmias, miocardiopatías, hipotensión ortostática e hipertensión, disfunción de marcapasos, presíncope), trastornos endocrinometabólicos (diabetes mellitus, diabetes insípida, hipoadrenalinismo, hipotiroidismo hipoparatiroidismo), alteraciones del sistema propioceptivo (pelagra, alcoholismo crónico, anemia perniciosa, tabes dorsal), infecciones del sistema nervioso central (sífilis, meningoencefalitis, absceso cerebral), traumatismo craneoencefálico, trastornos respiratorios (hipoxemia e hipercapnia), trastornos hematológicos (leucemias, anemias, trombocitopenias, policitemia vera), trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión) y psicofármacos.

Comentario final: El mareo es un motivo frecuente de consulta y su evaluación sistemática consume bastante tiempo. Es un síntoma difícil de definir por los pacientes, lo que dificulta el proceso diagnóstico y terapéutico. Las principales causas de mareos son benignas y transitorias, sin embargo existen causas

potencialmente letales que deben ser consideradas en la evaluación sistémica. El proceso diagnóstico es muy importante y está centrado en la historia clínica, búsqueda de factores de riesgo cardiovascular y el examen neurológico, que permiten diferenciar los procesos más benignos y de fácil manejo de condiciones infrecuentes y potencialmente graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ladislao Morel C, Rodrigo Poblete U, Sergio Alvizú C, Daniel Cabrera T, Fernanda Bellolio A, Fernando Saldías P. Evaluación del paciente con mareos en la unidad de urgencias. Rev Chil Med Intensiv. 2007;22:260-6.
2. Barbudo Merino J, Jiménez Murillo L, Martos López MC, et al, coords. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuació, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.