



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-340 - ME MAREO

M.I. Valmorisco Rodríguez

CS San Fernando.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, con antecedentes de dislipemia y exfumador de 27 paq/año. Acude al servicio de urgencias por mareo e inestabilidad con sensación de giro de objetos sin náuseas, acompañado de parestesias en dedos de ambas manos y pies, alteraciones visuales con movimiento de las imágenes y cierto entumecimiento de la lengua. Ante exploración física normal, es diagnosticado de vértigo periférico y se da de alta con diazepam y control en su centro de salud. Al día siguiente, el paciente acude a su médico por persistencia de la clínica, refiriendo alteraciones visuales con movimientos de imágenes acompañado de hipoestesias en miembros, más acusadas en hemicuerpo izquierdo y entumecimiento de la lengua.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 55 lpm, TA: 125/84, SatO₂: 100%, Afebril. DTX: 119. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: PICNR con pares craneales normales, reflejo nauseoso conservado, no pérdida de fuerza, disestesias en miembros, sobre todo en hemicuerpo izquierdo. ROT ++. No rigidez axial, no disimetrías ni disidiadococinesias, no claudicación de miembros. No alteraciones de la marcha aunque cierta inestabilidad inicial que corrige, Romberg negativo. ECG: RS a 48 lpm, eje normal, PR 0,20 ms, sin alteraciones de la repolarización ni criterios de CVI. Tras exploración neurológica y ante sospecha de posible ACV, su médico decide derivarlo de nuevo al servicio de urgencias para completar estudio. En el servicio de urgencias, analítica con 3 series normales. Se solicita TC cráneo, sin alteraciones significativas. Ante clínica del paciente y ausencia de hallazgos en pruebas complementarias, se ingresa en neurología. Exploración neurológica: VOC, PICNR, Bobbing ocular, nistagmus horizontal, lenguaje normal, PPCC normales, balance muscular normal, hipoestesias en extremidades superiores e inferiores de predominio distal, y en extremidades izquierdas sin nivel sensitivo. Hiporreflexia generalizada. Marcha con ligera inestabilidad y dificultar para el tándem. Hemograma, coagulación y hormonas tiroideas normales. Bioquímica: TG 186, CT 213, resto normal. Serología para lúes, brucela, VIH, VHB, VHC negativos. LCR normal, con cultivo negativo. Estudio de autoinmunidad y trombofilia pendiente. RMN cerebral: imagen hiperintensa en zona inferior del bulbo de localización central, sugestivo de lesión isquémica aguda/subaguda. Doppler TSA: placa de ateroma en segmento proximal de arteria carótida interna derecha que no condiciona estenosis significativa.

Juicio clínico: Ictus isquémico agudo bulbar medial de etiología indeterminada.

Diagnóstico diferencial: Ictus. Emergencia hipertensiva. Crisis migrañosa con aura. Encefalitis. Neoplasia cerebral. Lesiones medulares. Absceso cerebral. Tóxicos/fármacos. Vértigo periférico. Guillain-Barré.

Comentario final: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial. Es nuestro deber como médicos de atención primaria tratar de prevenir los factores de riesgo

cardiovascular modificables que las precipitan. Además de tratamiento farmacológico, debemos instar a nuestros pacientes a modificar su estilo de vida manteniendo una dieta equilibrada baja en sal, haciendo ejercicio físico, manteniendo un peso adecuado y abandonando los hábitos tóxicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.