



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



262/297 - DOCTORA, NO ME TENGO EN PIE

M. López Gómez-Tostón^a, M. Rodríguez García^b, L. Domínguez Piriz^c, G. Salguero Abrego^d, M. Martín Chamorro^b y M. González Manso^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 60 años de edad con AP de HTA y DLP que consulta en su centro de salud por sensación de mareo e inestabilidad de la marcha de varios días de evolución. La paciente refiere además náuseas sin vómito y cefalea holocraneal leve. Ante esta sintomatología y la sospecha de vértigo periférico se inicia tratamiento con sulpirida 50 mg (1-0-1) y se cita en una semana para ver evolución. Una semana después acude de nuevo refiriendo empeoramiento de la clínica a pesar de tratamiento por lo que, tras explorar de nuevo a la paciente se pauta nuevo tratamiento con betahistina 16 mg (1-0-1) y diazepam 5 mg (0-0-1), y se deriva a consultas de ORL. Tres días después avisan para que se la visite en domicilio por empeoramiento de la clínica, vómitos incoercibles y cefalea opresiva por lo que se decide derivación a urgencias hospitalarias. Una vez en Urgencias y ante la sintomatología de la paciente se decide realización de TAC craneal donde se objetiva lesión quística cerebelosa izquierda. La paciente pasa a cargo de Neurocirugía donde es intervenida con éxito y dada de alta asintomática unas semanas después.

Exploración y pruebas complementarias: REG, VOC, sin poder mantener la bipedestación por aumento de vértigo. ACP normal. ABD: normal. Neurológico: PICNR, nistagmo a la izquierda que se agota, no alteraciones en lenguaje ni visión, sin déficits motores ni sensitivos en miembros. Romberg no explorado por imposibilidad para la bipedestación. Analítica: normal. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Sin alteraciones de la repolarización. TAC craneal: lesión quística de 44 3^{er} 36 mm en hemisferio cerebeloso izquierdo.

Juicio clínico: Lesión quística cerebelosa. Vértigo de origen central.

Diagnóstico diferencial: Vértigo de origen central VS vértigo de origen periférico.

Comentario final: Cuando nos encontramos ante un vértigo que no cede con tratamiento ambulatorio, con empeoramiento a pesar del tratamiento hay que pensar siempre en un posible origen central aunque no sea lo más frecuente. A veces lo menos frecuente es lo más importante a descartar.

Bibliografía

1. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2013.
2. Martínez D, Andrade T. Vértigo, ¿Central o Periférico? Aproximación diagnóstica en APS. Medicina Familiar. UC. CL. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/334.html>