



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

452/8 - DOCTORA, MI PADRE HABLA CON DIFICULTAD

O. Biesa Jiménez

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 74 años de edad sin alergias medicamentosas conocida, con antecedentes de HTA en tratamiento médico, insuficiencia mitral y SCASEST en el contexto de vaso espasmo coronario. En el último mes, algún episodio de hipotensión arterial con pródromos de visión borrosa y síncope. El paciente acude a consulta refiriendo inestabilidad cefálica con rotación de objetos y nistagmos horizontal de cuatro horas de evolución, con aparición de náuseas y vómitos que causan mal estado general. La orientación diagnóstica inicial es de vértigo periférico por lo que se administra prometazina con mejoría notable pasada una hora. Habiendo descartado patología urgente y aguda se le da el alta a domicilio con pauta de betahistina 16 mg cada 8 horas. Es en ese momento que la hija refiere que el paciente tiene dificultad para hablar. Revaloró al paciente que muestra desartria evidente por lo que se activa Código Ictus y el paciente es conducido a emergencias. El paciente muestra hipostesia y hemiparesia derechas con afectación facial izquierda y alteración de la movilidad en pares craneales IV-VI con un NISH de 23.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TAS 156/120, FC 83x', FR 20x', SatO2 88% AA. Exploración neurológica: nistagmos horizontal. Pares craneales conservados. Campos visuales preservados. No hay dismetrías. Fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha muy inestable con lateralización derecha. AS: Hb 15 g/dL, Hto 46, leucocitos 10.850, plaquetas 183.000, glucosa 135 mg/dL, urea 58 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, FG 49, Ionograma normal, PCR 0,1, coagulación normal. TAC craneal. Disección basilar con afectación difusa aneurismática.

Juicio clínico: Este caso clínico pone en evidencia la dificultad que entraña la orientación diagnóstica del paciente con inestabilidad cefálica siendo básico diferenciar entre vértigo central, periférico y mareo inespecífico. Destacar la rápida instauración del cuadro por lo que resulta de gran importancia la historia clínica y la exploración.

Diagnóstico diferencial: Hay que realizarlo con vértigo central y periférico, vértigo paroxístico posicional benigno, neuritis vestibular, vértigo vascular y mareo inespecífico.

Comentario final: Recordar siempre que la afectación del tronco viene caracterizada por desartria, disfagia y diplopía. Tener presente que la exploración neurológica es la herramienta clave en esta patología.

Bibliografía

Soto-Varela A, Rossi-Izquierdo M, Sánchez-Sellero I, Santos-Pérez s. Revised criteria for suspicion of non-benign positional vértigo. QJM. 2013;106:317-21.

Furman JM. Pathophysiology, etiology, and differential diagnosis of vértigo. 2017 Jul [citado 1 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Palabras clave: Disfagia. Diplopía. Disartria. Aneurisma. Vértigo.