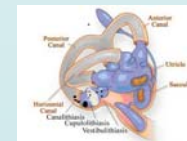


DOCTOR, ME MAREO... DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VÉRTIGO



Martínez Pérez, Patricia; Delgado Redondo, José Ignacio; Berrocoso Sánchez, Juan Ignacio; Curto Alonso, Clara; De Dios Rodríguez, Elena; Marcos García, Raquel

Introducción:

El vértigo es una sensación de rotación. Hay varios tipos, el más prevalente de origen periférico (85%): posicional paroxístico benigno, neuritis vestibular, Meniere, o de origen central (15%): accidente cerebro-vascular, esclerosis múltiple...

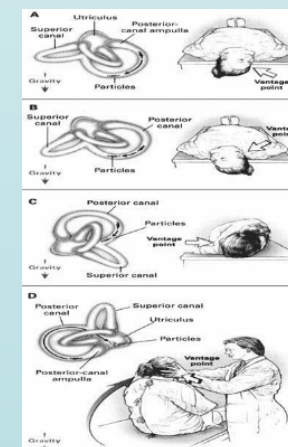
Descripción sucinta del caso:

Mujer de 87 años, con pérdida de conocimiento durante segundos con traumatismo craneoencefálico, tras levantarse de la cama, precedido de náuseas y sudoración, que después ha continuado con cuadro de mareo con giro de objetos, acompañado de náuseas, desde hace 4 días, hoy ha empeorado. No pérdida de conocimiento. Hipoacusia leve bilateral de años de evolución. Antecedentes relevantes: obesa e hipertensa. Toma Enalapril y Furosemida, y ocasionalmente analgésicos por artrosis de cadera. No hábitos tóxicos.

Sospechamos vértigo periférico paroxístico benigno (VPPB), neuritis vestibular o Meniere como cuadros más probables.

Exploración física: Normal, excepto presencia de nistagmo, test Romberg positivo y maniobra Dix-Hallpike positiva.

Se realiza maniobras de Epley y se cita en tres días en la consulta para comprobar evolución. Cuando vuelve la paciente presenta mejoría sintomática.



Estrategia práctica de actuación:

Diagnóstico diferencial del vértigo: el periférico es súbito, paroxístico, intenso, rotatorio, postural y con síntomas vegetativos y el central es más lento, progresivo, leve, no postural.

El VPPB son episodios breves, desencadenados por movimientos de la cabeza, la neuritis vestibular es un cuadro brusco, incapacitante, con cortejo vegetativo, duración de minutos a días. Inestabilidad residual semanas. El Meniere cumple la triada: vértigo, acúfenos e hipoacusia.

Exploraciones a realizar: nistagmo, Romberg, Barany, Dix-Hallpike, Unterberger

Tratamiento: maniobras de Epley, en la fase aguda se pueden emplear sedantes vestibulares. No hay evidencia que recomiende tratamiento farmacológico del VPPB.

Palabras clave:

Vértigo periférico paroxístico benigno, diagnóstico diferencial vértigo

Bibliografía:

- Mari Corell, M, Abuso Martín, J vértigo posicional paroxístico Benigno. Actualización en Medicina de Familia. 2014; 10(10):541-634
- Gil-Carcedo LM, Vallejo LA, Gil-Carcedo E. Exploración del paciente vertiginoso. En: Síndromes vertiginosos. El problema del paciente con vértigo en atención primaria. Jarpyo. Madrid, 2002: 39-56.

Claves	Vértigo periférico	Vértigo central
HALLAZGOS EN LA MANIOBRA DIX-HALLPIKE (estandar de oro en VPPB)		
Latencia de síntomas y nistagmos	2 a 40 segundos	NO
Severidad del vértigo	Severo	Moderado
Duración del nistagmos	Menor a 1 minuto	Mayor a 1 minuto
Fatigabilidad	SI	NO
Habituaación	SI	NO
OTROS HALLAZGOS		
Inestabilidad postural	Capaz de caminar con inestabilidad unidireccional	Cae al caminar, con inestabilidad severa
Tinnitus y pérdida de la audición	Puede estar presente	Usualmente ausente
Otros síntomas neurológicos	Ausentes	Usualmente presentes