

Cuadro vertiginoso que no mejora con nada

García González, María Joana; Carbajo Martín, Laura; Chávez Sánchez, Julia Cristina; Cantalejo Rodríguez, Elena; Ruiz Carbajo, Francisco Jose

INTRODUCCIÓN

Ante un cuadro de vértigo lo más importante es descartar un origen central pero no siempre es fácil. Generalmente son cuadros banales pero siempre hay que estar alerta para que no se nos escapen procesos agudos.

Un vértigo puede tener su origen en un accidente cerebrovascular como el que nos ocupa.

CASO CLINICO

Varón, 75 años que acude por síndrome vertiginoso con cervicalgia.

Antecedentes: prótesis aórtica metálica e hiperlipemia por lo que toma anticoagulantes orales.

Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, no nistagmus, no pérdida de fuerza pero marcha muy atáxica con aumento de la base de sustentación y Romberg positivo.

Pruebas complementarias:

- Hemograma, bioquímica y orina normales
- Coagulación: INR en bajo rango
- EKG ritmo sinusal a 50 lpm, eje normal y sin alteraciones de la repolarización
- TAC craneal sin signos de isquemia aguda ni lesiones hemorrágicas
- Eco-doppler de troncos supraaórticos: ateromatosis en ambas bifurcaciones carótideas

Juicio clínico final: Ictus isquémico agudo de territorio vertebro-basilar.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El vértigo es un motivo frecuente de consulta atención primaria y urgencias, es descrito por el paciente como la ilusión de movimiento, generalmente rotacional. La importancia del abordaje del vértigo radica en la alarma e inquietud que produce en el paciente y su familia, En la evaluación es importante determinar si es de origen periférico o central. Los síndromes vestibulares periféricos son generalmente de curso benigno y corresponde aproximadamente al 90% de las consultas, los síndromes vestibulares centrales son menos frecuentes (5-10%), se caracterizan por aparición lenta y progresiva, sensación de inestabilidad, manifestaciones vegetativas escasas y recuperación lenta.

BIBLIOGRAFIA

1. C R Archer and S Horenstein. Basilar artery occlusion: clinical and radiological correlation. Stroke. 1977; 8: 383-390
2. Sean I. Savitz, M.D., and Louis R. Caplan, M.D. Vertebrobasilar Disease. N Engl J Med 2005; 352:2618-2626 June 23, 2005 DOI: 10.1056/NEJMra041544

PALABRAS CLAVES: Vertigo Stroke. Mitral Valve

