



## VÉRTIGO: ¿CENTRAL O PERIFÉRICO?

Autores: Cuesta Pérez-Camino A (1), Velázquez Álvarez J (2), Crespo González S (2), Díez Cruz C (3), Pérez Bol R (2), Augusto Rendo B (4)  
Centro de trabajo: (1) Médico de SUAP C.S.Colindres, (2) Médico de Familia C.S.Cudeyo, (3) Médico de SUAP C.S.Cudeyo, (4) Enfermera C.S.Cudeyo.

### INTRODUCCIÓN:

En nuestra práctica clínica, uno de los dilemas que se plantean en cuanto al cuadro de vértigo es diagnosticar el origen periférico o central del mismo. En ocasiones, nos encontramos pacientes con sintomatología neurológica muy florida que nos generan dudas acerca de la etiología del mismo.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Mujer de 46 años, sin antecedentes personales de interés salvo CIN II tratado en ginecología, que acude a urgencias por cefalea, mareo e hipoacusia de 8 horas de evolución acompañado de desviación de la marcha al lado derecho y un episodio de vómito. Los 3 o 4 días previos había presentado una infección respiratoria de vías altas. Exploración: afectada, somnolienta, palidez cutánea y náuseas. TA 118/76, Frecuencia 87 lpm, glucemia 90 mg/dl. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones del trazado. Analítica: 12700 leucocitos. Resto normal. Neurológica: presenta nistagmo horizonte-rotatorio al mirar al frente y a la izquierda y Romberg positivo a la derecha. Se decide traslado para valoración hospitalaria. Vista por neurología, tras observación de 24 horas, se decide el alta con diagnóstico de vértigo periférico y posible neuronitis vestibular en relación con la infección de vías altas.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Mediante una completa anamnesis y exploración neurológica, nos será más fácil realizar el diagnóstico diferencial del vértigo y poder llegar a un correcto enfoque terapéutico. Dentro de las entidades más frecuentes ante un vértigo, debemos diferenciar:

- Vértigos periféricos, síndrome de Meniere, neuronitis vestibular, el vértigo paroxístico benigno y el vértigo vascular, en los que podemos observar hipoacusia, acúfenos, nistagmo y manifestaciones vagas; suelen tener inicio súbito y con tendencia a la recuperación en 2 o 3 semanas.
- Vértigos centrales, que son más permanentes, con nistagmo que puede ser vertical y sin hipoacusia ni manifestaciones vagas

**PALABRAS CLAVE:** Vértigo; neuronitis; nistagmo; Menière.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Plaza Mayor G, Honrubia T, Hernández Carnicero A. Diagnóstico y tratamiento del vértigo periférico. JANO [revista en internet] 2009 octubre [acceso el 20 de febrero de 2015]1749, 48-56.
2. Pérez Paz M, Covadonga Ivarez MJ, Aldama P, Ivarez JC, Fernández ML. Valoración del conocimiento del vértigo posicional paroxístico benigno en la atención primaria y especializada de primer nivel. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008; 59(6):277-82.

■ **Tabla I: Diferencias entre vértigo periférico y central**

	Vértigo periférico	Vértigo central
Inicio	Súbito	Progresivo
Duración	Segundos o días	Crónico
Curso	Tormentoso	Solapado
Tipo de vértigo	Rotatorio	Lateropulsión
Cuadro vegetativo	Intenso	No
Síntomas cocleares	Sí	No
Síntomas neurológicos	No	Sí
Nistagmo	Armónico Fatigable Con latencia	Disarmónico No fatigable Sin latencia
Romberg	Positivo	Negativo
Barany	Positivo concordante	Negativo
Babinsky-Weill	Positivo	Negativo