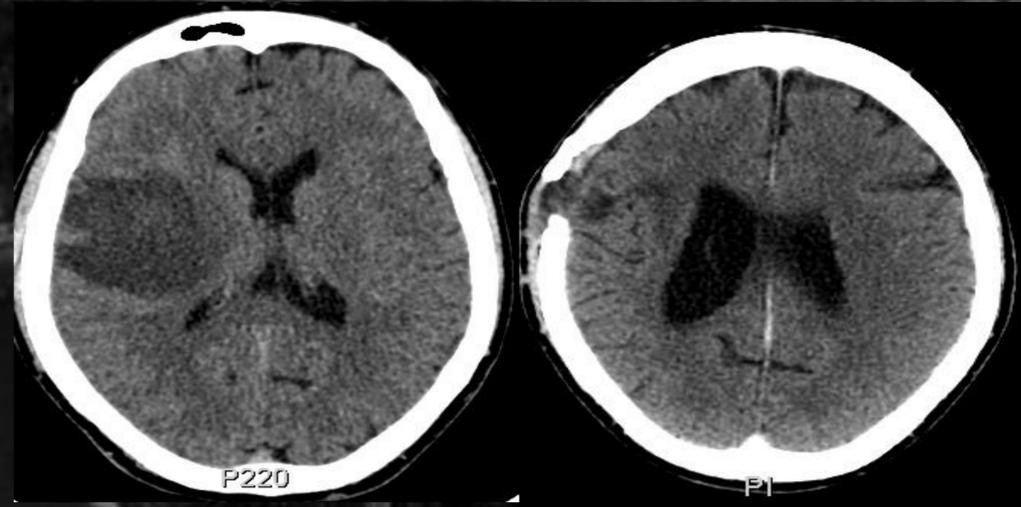


**Autores:** 1. Noguera Martínez, Irene. Residente 2º año MFyC, C.S. Reyes Magos, Alcalá de Henares, Madrid. 2. San Deogracias León, José. Residente 2º año MFyC, C.S. Luis Vives, Alcalá de Henares, Madrid. 3. Robres Oliete, Mariano. Médico especialista MFyC, C.S. Reyes Magos, Alcalá de Henares, Madrid. 4. Alonso Menéndez, Ángela. Médico especialista MFyC, C.S. Luis Vives, Alcalá de Henares, Madrid. 5. López Ortiz, Francisco. Médico especialista MFyC, C.S. Reyes Magos, Alcalá de Henares, Madrid. 6. Guijarro Abanades, Sandra. Residente 2º año MFyC, C.S. Reyes Magos, Alcalá de Henares, Madrid.

**Introducción:** El principal dilema del vértigo es el diagnóstico diferencial con posible patología de origen central. Para ello se ha determinado la eficacia del protocolo HINTS (*Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew*), demostrando gran sensibilidad y especificidad, y evitando así la morbimortalidad acompañante.

**Descripción del caso:** Varón de 40 años. Antecedente de transposición de grandes vasos. Vida activa. No alergias. No hábitos tóxicos. Consulta por inestabilidad de la marcha, sin claro giro de objetos y parestesias en mano izquierda. Un mes atrás rinorrea purulenta tratada con antibióticos. Exploración física: *Glasgow* 15, no claro nistagmo horizontal, *Romberg* retropulsión y lateralización a ambos lados, *Unterberger* sin desviación clara, *Barany* respuesta disarmónica divergente. Impulso oculocefálico negativo. Test oclusión ocular negativo. Posteriormente derivación hospitalaria, presentando crisis comicial, realizándosele pruebas analíticas e instaurando tratamiento. TC craneal: hipodensidades frontales con realce en anillo, sugerentes de absceso cerebral/ tumor primario. Diagnóstico final de absceso por contigüidad desde sinusitis. Drenaje quirúrgico y antibioterapia prolongada. Alta con hemiplejía residual, aceptable grado funcional.



**Estrategia práctica de actuación:** Se plantea la importancia de una correcta aplicación del protocolo HINTS (*nistagmo, maniobras oculocefálicas y test de oclusión ocular*) al explorar un paciente con vértigo. Son tres sencillas maniobras, con una sensibilidad y especificidad cercanas al 100%, frente a la sensibilidad del 16% de la TC para patología de fosa posterior, o del 86% de la resonancia magnética. La alta frecuencia del síndrome vestibular agudo, y el hecho de que en ocasiones es clínicamente indiferenciable de una patología central, junto con la gravedad de la misma, hacen que sea necesario un buen diagnóstico diferencial en la consulta, salvando la vida de nuestros pacientes.

**Palabras clave:** Vértigo, mareo, vestibular, Skew, HINTS, parestesias, absceso.

**Bibliografía:** 1. Batuecas A, Yáñez R, Sánchez C, González E, Benito J, Gómez JC, Santa Cruz S. “Vértigo periférico frente a vértigo central. Protocolo HINTS”. Rev Neurol 2014;59:349-353. 2. Arlotti M, et al. “Consensus document on controversial issues for the treatment of infections of the central nervous system: bacterial brain abscesses.”. Int J Infect Dis 2010; 14:S79-92.