

Non todos os mareos son vertixes. A propósito de un caso.

No todos los mareos son vértigos. A propósito de un caso.

Not all dizziness is vertigo, about a case.

Rial Fernández, Carla¹.

¹ Médico Interno Residente de 2º ano de Medicina Familiar e Comunitaria no Centro de Saúde de Bertamiráns. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza

Autora para correspondencia: Carla Rial Fernández. E-mail: Carla.Rial.Fernandez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Muller de 72 anos con dislipemia e hipertensión arterial, tratamento: atorvastatina 40mg/24h e enalapril 5mg /24h.

Consulta en 2019 por sensación de mareo que define como inestabilidade ao camiñar ou no momento de levantarse ou sentarse, de segundos de duración, sen xiro de obxectos nin reacción vexetativa acompañante. Dado que a exploración é normal sospeitase unha presbivertixe e indicanse exercicios vestibulares e betahistina 16mg/12h, con melloría. Ao suspender betahistina, sofre un empeoramento clínico, polo que se solicita unha análise e un electrocardiograma (normais), un control ambulatorio da presión arterial (PA) (media 131/76), e unha radiografía de columna cervical (discopatía C5-C6 e C6-C7).

Dada persistencia da clínica faise e-consulta á unidade de vertixes en otorrinolaringoloxía (ORL) que aconsellan revisar medicación antihipertensiva, que se suspende, e realízase un holter de PA 24 horas, que demostra elevación da mesma prescribíndose candesartán 8mg.

DIAGNÓSTICO

Ante a persistencia da inestabilidade dérívase a ORL e a neuroloxía (NRL) cos seguintes diagnósticos diferenciais (1,2): Vertixe posicional/Presbivertixe; Neurite vestibular; enfermidade de Parkinson; patoloxía intracraneal.

En NRL solicitouse resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral que mostraba moderada leucoaraiose sobre substancia branca de ambos hemisferios e periventricular; foi diagnosticada de cadro de inestabilidade con exploración neurolóxica normal e indicaron tratamento con nootropil.

En ORL está en seguemento por inestabilidade a estudo, onde realizou posturografía sen éxito.

Tamén foi valorada en oftalmoloxía, cardioloxía e traumatoloxía, sendo dada de alta.

En todo este tempo a paciente segue con inestabilidade que lle afecta moito á súa calidade de vida, vén con frecuencia ao centro de saúde, dada a persistencia clínica e a demora na atención hospitalaria. Realizamos axustes de tratamento con sedantes vestibulares e mantemos exercicios vestibulares sen éxito. A situación clínica xunto coa incertidume do que lle ocorre ocasionalmente un cadro de ansiedade con insomnio asociado, que tratamos con bromazepam e trazodona con resposta parcial.

Finalmente a usuaria decide consultar cun neurociruxán privado, que lle pideu unha RMN de columna descartando causas compresivas ou vasculares.

Acudiu a neurólogo privado, que decide iniciar tratamento con paroxetina e, tras revisar novamente a RMN cerebral realizada (figura 1) conclúe que existe gran afectación do tronco cerebral sobre todo a nivel da decusación das vías dentatorrubrales, sendo finalmente diagnosticada de Síndrome de inestabilidade postural persistente precipitado por bipedestación e mirada conxugada, que podería implicar ás conexións do cerebelo vestibular co tronco e labirinto do oído, un cadro de perfil dexenerativo e un síndrome ansioso depresivo de carácter reactivo. Propón cambiar nootropil por diemil 8ml/12h.

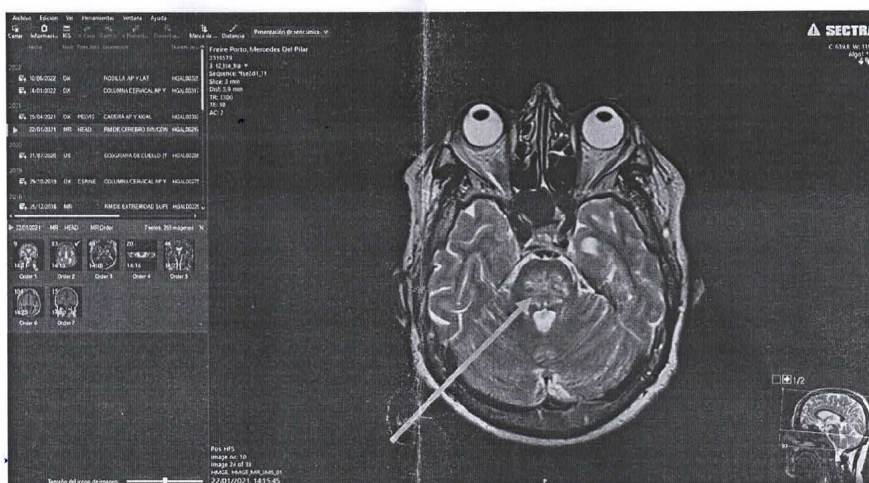
Finalmente a usuaria acode á consulta e manifesta alivio ao ter un diagnóstico, a pesar de comprender que se trata dunha patoloxía crónica con síntomas persistentes.

A inestabilidade postural é unha sensación de inseguridade na bipedestación/deambulación referida polo paciente como a sensación de desprazamento, de incapacidade para manter a postura/liña recta ao camiñar. Fundamentalmente, a sensación de inestabilidade pode ter tres etioloxías: vestibular (36%), neurolóxico (10%) ou psicóxena/normalidade (54%). O síntoma de vertixe propiamente dito, manifestado como unha sensación xiratoria do usuario/entorno, no 45% dos casos é unha vertixe posicional paroxística, pero no caso da sensación de inestabilidade o diagnóstico diferencial pivota entre vertixe psicóxena/normalidade pero non debemos infravalorar este síntoma dado que pode tratarse da manifestación do inicio dun trastorno neurolóxico potencialmente grave (3,4).

CONCLUSIÓNS

Como conclusión, destacar que este caso clínico pon de manifesto as características da atención primaria: accesible, continuada e lonxitudinal, relevante e integradora do proceso da enfermidade no seu diagnóstico e seguemento, onde se pode detectar tamén a estreita relación que se xera entre os usuarios e a súa médica de familia, establecéndose entre ambos unha relación de confianza. (5)

Figura 1. T RMN cerebral



Consentimiento informado: A autora declara que se obtivo consentimiento informado por escrito para a publicación deste caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santos Pérez S, Pérez Fernández N, Soto Varela A, Barona de Guzmán R. Síndrome vestibular periférico. *Revista-de-medicina* [Internet]. 16 de octubre de 2017 [citado 26 de julio de 2023];47(4):38-0. Disponible en: <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/9057>
2. Moraes DC, Lenardt MH, Seima MD, Mello BH, Setoguchi LS, Setlik MS. Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3146
3. Requena T, Espinosa-Sanchez JM, Cabrera S, Trinidad G, Soto-Varela A, Santos-Perez S, et al. Familial clustering and genetic heterogeneity in Meniere's disease. *Clin Genet*. 2014; 85(3): 245-52.
4. Ray J, Carr SD, Popli G, Gibson WP. An epidemiological study to investigate the relationship between Meniere's disease and migraine. *Clin Otolaryngol*. 2016; 41(6): 707-10.
5. J. Gené Badia, L. Perestelo Pérez. Atención centrada en la persona. En: A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez y J. Gené Badia. *Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia*. 5ª edición; Barcelona: Elsevier España; 2021. 24-32.