



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de caso

El vértigo como primer síntoma de un infarto cerebeloso The dizziness as the first symptom of a cerebellar stroke

Isabel María Fernández Agudelo*, Eileen Vanesa Vargas**, Javier Chacón Martínez***

* Otorrinolaringóloga IPS Universitaria Clínica León XIII. Master en audiolgía y cirugía endoscópica. Medellín Colombia.

** Residente de otorrinolaringología III año Complejo hospitalario de Toledo España.

*** Otorrinolaringólogo del Complejo Hospitalario de Toledo. Epidemiólogo. Docente Hospital Virgen de la Salud. Toledo, España.

Forma de Citar: Fernández IM, Vargas EV, Chacón J. El vértigo como primer síntoma de un infarto cerebeloso. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello; 2015;43(4):273-276.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 10 de junio de 2014

Revisado: 18 de septiembre de 2014

Aceptado: 12 de diciembre de 2014

Palabras clave:

Enfermedades del Nervio Vestibulococlear, Sistema Nervioso Central. Accidente Cerebrovascular.

RESUMEN

Introducción: El vértigo es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias, por lo tanto es primordial para iniciar un tratamiento adecuado diferenciar un origen periférico de uno central. La historia clínica y la exploración neurológica completa son fundamentales para llegar a un diagnóstico, ya que las pruebas de imagen tienen una baja sensibilidad en la fase aguda y no siempre están disponibles en los servicios de urgencias. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de una paciente de 74 años con vértigo agudo que sugiere inicialmente un origen periférico, pero que se debe a un infarto cerebeloso. **Diseño:** Reporte de caso. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 74 años que acude a urgencias por presentar de manera súbita vértigo objetivo con los movimientos cefálicos, intenso cortejo vegetativo, sin síntomas otológicos, con factores de riesgo cardiovascular importantes; al examen físico nistagmo horizontal derecho, no agotable, disimetría, disdiadocinesia izquierda e inestabilidad marcada que le impide la bipedestación. En tomografía craneal, se observa hipodensidad en región superior del hemisferio cerebeloso izquierdo sugestiva de lesión isquémica aguda en territorio vascular de la arteria cerebelosa superior. **Resultados:** Se diagnosticó mediante resonancia magnética nuclear, infarto isquémico en fase subaguda en el territorio de arteria cerebelosa superior izquierda. **Conclusiones:** Es importante diferenciar el vértigo aislado por causa vascular de trastornos más benignos que se relacionan con el oído interno, ya que la estrategia terapéutica y el pronóstico difieren considerablemente.

Correspondencia:

Isabel Fernández Agudelo

Correo electrónico: isabelmariaf@hotmail.com

Tel 3004359477

(4)3120229

ABSTRACT

Key words:

Vertigo, Vestibulocochlear Nerve Diseases, Central Nervous System, Stroke.

Introduction: Vertigo is a frequent reason for consultation in the emergency department, therefore it is essential to differentiate between peripheral and central origin to initiate a suitable treatment. The clinical history and neurological examination are essential to reach a diagnosis, because imaging tests have low sensitivity in the acute phase and are not always available in the Emergency Department. **Objective:** To present the clinical case of a 74 year old patient with acute vertigo which initially suggested a peripheral origin, but it was due to an acute cerebellar infarction. **Design:** Case report. **Materials and methods:** We present the case of a patient of 74 years who came to the emergency department because of a sudden objective vertigo with was presented with head movements, severe vegetative symptoms without otologic symptoms. Important cardiovascular risk factors was identified; physical examination revealed an inexhaustible, horizontal, right nistagmus; dysmetria, left dysdiadochokinesia and marked instability. In tomography, a suggestive image of acute ischemic injury in vascular territory of the superior cerebellar artery hemisphere was seen. **Results:** A subacute ischemic stroke in the territory of the left superior cerebellar artery was diagnosed by nuclear magnetic resonance. **Conclusions:** It is important to differentiate isolated vertigo caused by more benign inner ear disease from those caused by vascular disorders, since therapeutic strategy and prognosis differ considerably.

Introducción

Los síntomas vestibulares son un motivo frecuente de consulta en urgencias. En un amplio meta-análisis (1) de pacientes que acudían a urgencias por mareo, un 44% presentaban vestibulopatía periférica, un 11% una causa central, en un 13% de los casos el origen era desconocido y en un 16% los síntomas eran de patología psiquiátrica.

Es importante realizar una historia clínica completa recogiendo los antecedentes patológicos del paciente: factores de riesgo cardiovascular, traumatismos, reacciones medicamentosas, intervenciones quirúrgicas, migraña, infecciones virales recientes y medicación habitual.(2).

La anamnesis y los datos obtenidos en la exploración física son fundamentales para diferenciar el origen central o periférico del vértigo, para indicar las pruebas diagnósticas necesarias e iniciar el tratamiento adecuado. Clínicamente no es siempre fácil llegar a un diagnóstico porque en algunas ocasiones los síntomas vestibulococleares pueden preceder a los neurológicos (3).

Caso clínico

Mujer de 74 años que acude a urgencias por presentar de manera súbita sensación de mareo con giro de objetos que empeora con los movimientos cefálicos, acompañado de intenso cortejo vegetativo, sin síntomas otológicos. No refiere episodios previos similares.

Como antecedentes personales presenta hipertensión y dislipidemia. Actualmente en tratamiento con valsartán, hidroclorotiazida, clopidogrel y atorvastatina.

En la exploración general se encuentra una paciente consciente, orientada y con intenso cortejo vegetativo. Signos vitales estables. Otoscopia: normal.

En la evaluación neurológica: pares craneales normales, no afasia, no disartria, fuerza muscular y sensibilidad conservada. Nistagmo horizontal derecho, no agotable, que no disminuye con la fijación de la mirada, acompañado de intenso cortejo vegetativo. Pruebas cerebelosas: dismetría y disdiadococinesia izquierda. Inestabilidad marcada que le impide la bipedestación.

Con sospecha de vértigo central se realiza tomografía craneal, en la que se observa hipodensidad en región superior del hemisferio cerebeloso izquierdo con leve efecto de masa sobre cuarto ventrículo, siendo sugestivo de lesión isquémica aguda en territorio vascular de la arteria cerebelosa superior (Figura 1).

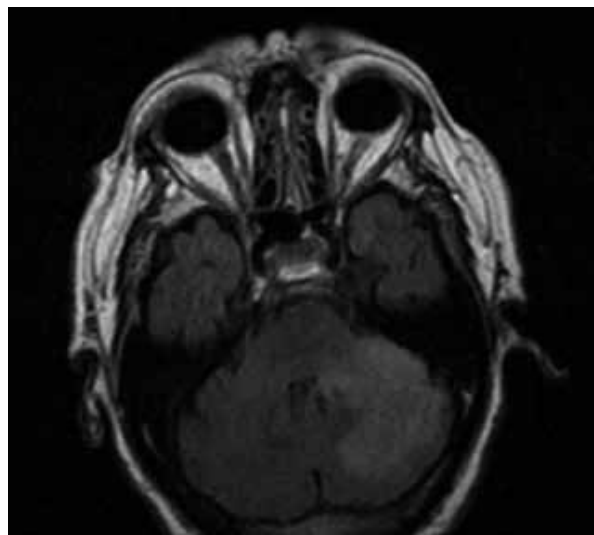


Figura 1. TAC (Corte axial): hipodensidad en región superior del hemisferio cerebeloso izquierdo con leve efecto de masa sobre cuarto ventrículo, siendo sugestivo de lesión isquémica aguda en territorio vascular de la arteria cerebelosa superior (Flecha).

Se ingresa para iniciar tratamiento y completar estudio mediante la realización de una resonancia magnética nuclear que confirmo un infarto isquémico en fase subaguda en el territorio de arteria cerebelosa superior izquierda (Figura 2).

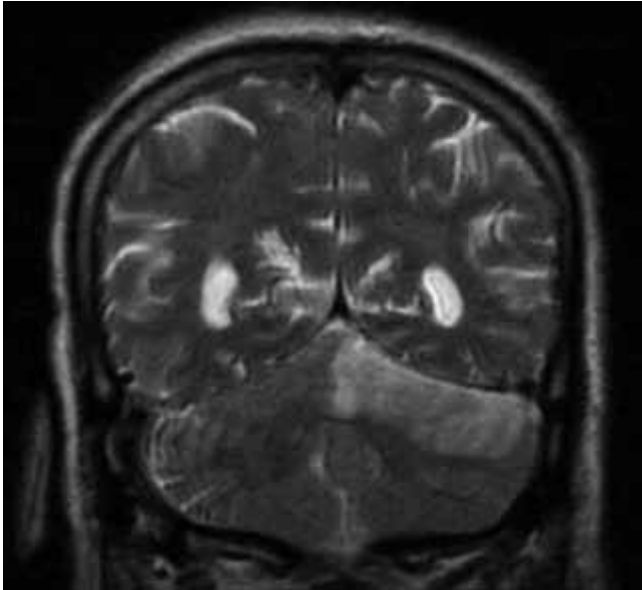


Figura 2. RMN (Corte coronal): infarto isquémico en fase subaguda en el territorio de la arteria cerebelosa superior izquierda (Flecha).

Discusión

Dentro de las causas de vértigo central, los infartos cerebelosos representan cerca del 3%, pueden resultar de la oclusión de la arteria cerebelosa superior (SCA), de la arteria cerebelosa anteroinferior (AICA) o de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) (4). La identificación temprana del infarto cerebeloso es importante para realizar el manejo adecuado y tener un mejor pronóstico. El infarto cerebeloso puede desarrollar un efecto de masa en el 10-25% de los casos con mayor probabilidad en el territorio de PICA, pudiendo causar compresión cerebral que conduce a hidrocefalia, complicaciones cardiorrespiratorias, coma y la muerte (5, 6).

Al recibir en el servicio de urgencias pacientes de mediana edad con importantes factores de riesgo cardiovascular como Hipertensión Arterial, dislipidemia, diabetes Mellitus asociado a sintomatología de síndrome vestibular agudo caracterizado por vértigo de rápida evolución (entre minutos y horas), náuseas, emesis, marcha inestable y nistagmo; en la gran mayoría de las ocasiones podríamos diagnosticarlos como un cuadro periférico una posible neuronitis vestibular o una laberintitis aguda siendo esta llamada una vestibulopatía aguda periférica (7, 8), por esto es tan importante realizar una descripción precisa de la historia clínica del inicio del vértigo, que suele ser insidioso y de curso lento en la mayoría de las patologías centrales pero que en los casos de infartos cerebelosos es de inicio súbito e intenso, simulando un cuadro periférico.

Los síntomas otológicos como taponamiento o acúfenos, hipocusia y cortejo vegetativo intenso orientan a un origen periférico sin poder descartarse la causa de centralidad (9).

En los cuadros centrales los síntomas de focalidad neurológica como la ataxia de miembros, disartria u otro signos neurológicos obvios que no siempre son tan evidentes ni para el paciente ni para el clínico se presentan cerca de un 10% acompañando el vértigo como síntoma aislado (Tabla 1).

Tabla 1. Orientación diagnóstica inicial

	PERIFÉRICO	CENTRAL
Inicio	Súbito	Insidioso, lento
Curso	Episódico	Constante, progresivo
Intensidad	Severa	Leve
Cortejo vegetativo	Marcados	Leves o ausentes
Edad	Variable	Variable
Factores de riesgo cv	Presente o no	Presentes
Focalidad	Ausente	Presente
Síntomas otológicos	Presentes	Raramente presentes
Marcha y lateralización	Marcha y Romberg al lado de la lesión	Marcha atáxica, Romberg indiferente
Signos de tronco o cerebelosos	Ausentes	Generalmente presentes
Compensación	Rápida	Lenta
Pérdida de conocimiento	Ausente	Puede estar presente
Movimientos cefálicos	Cambio	No cambio

Se ha comprobado que la exploración oculomotora temprana en las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas en la cual incluimos la evaluación del nistagmo sus características según las leyes de Alexander, si es evocado por la mirada, el movimiento oculocefálico y la alineación ocular vertical son más sensibles que cualquier exploración radiológica (8), convirtiéndose está en la mejor herramienta para la diferenciación de vértigo por ictus central o periférico (Tabla 1).

Tabla 2. Características del nistagmo

	PERIFÉRICO	CENTRAL
Aparición	Siempre	Si/no
Dirección	Horizontal rotatorio	Cambiante
Fijación visual	Disminuye	Aumenta
Movimiento cefálico	Aumenta	No varía
Características	Armónico/no disociado	Disarmónico/disociado

Dada la escasa rentabilidad diagnóstica del TAC (0.74%) o de la RMC (12.2%) muchos de estos estudios desaconsejan claramente la utilización del TAC en los servicios de urgencias para descartar patología central en el paciente con vértigo debido a la escasa sensibilidad, recordando la importancia de realizar una correcta historia clínica y exploración del paciente (10, 11).

Conclusiones

Es importante diferenciar el vértigo aislado de una causa vascular de trastornos más benignos que se relacionan con el oído interno, ya que la estrategia terapéutica y el pronóstico difieren en estas dos condiciones. Realizar un diagnóstico erróneo del ictus agudo puede resultar en aumento significativo de la morbilidad y mortalidad, mientras que el sobre diagnóstico de vértigo vascular llevaría a un aumento innecesario y costoso de pruebas diagnósticas.

REFERENCIAS

1. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J*. 2000; 93(2): 160-7.
2. Caplan LR. Vertebrobasilar disease. *Adv Neurol*. 2003; 92: 131-40.
3. Hotson JR, Baloh RW. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med*. 1998; 339(10): 680-5.
4. Furman J. Central Disease. En: Goebel JA. *Practical management of the dizzy patient*. 2ª Ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 287-296.
5. Ishiyama A, Jacobson KM, Baloh RW. Migraine and benign positional vertigo. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000; 109(4): 377-380.
6. Central Vestibular Forms of Vertigo. En: Brandt T, Dieterich M, Strupp M. *Vertigo and dizziness, Common complaints*. 1ª Ed. Munich: Springer. 2004. p. 89-106
7. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, Smith Ma, Morgenstern LB. Stroke among patients with dizziness, vertigo and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke*. 2006; 37(10): 2484-7.
8. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*. 2009(11); 40: 3504-10.
9. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA, Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc*. 2008; 83(7): 765-775.
10. Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ*. 2011; 183(9): 571-92.
11. Kerber KA. Vertigo and dizziness in the emergency department: *Emerg Med Clin North Am*. 2009; 27(1): 39-50.