

**FRAILE RODRIGO, J.J.**  
**LLORENTE ARENAS, E.**  
**NAYA GÁLVEZ, M.J.**  
**MARÍN GARRIDO, C.**  
**CARMEN SAMPÉRIZ, L.**  
**DAMBORENEA TAJADA, J.**

## Paciente que acude a urgencias por cuadro de vértigo giratorio que no cede con sedantes vestibulares

*Servicio de Otorrinolaringología.  
 Hospital Universitario "Miguel Servet". Zaragoza.  
 Jefe de Servicio: Dr. A. Ortíz García*

### Introducción y Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 66 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias presentando cuadro de vértigo giratorio severo que no cedía al tratamiento con sedantes habituales (que llevaba tomando en los últimos 4 días) acompañado de lateropulsión derecha e inestabilidad, así como de acúfeno en oído derecho sin hipoacusia.

Entre sus antecedentes destaca haber sido tratada en el Hospital Provincial "Nuestra Señora de Gracia" en 1.995 por Carcinoma ductal infiltrante de mama mediante cirugía seguida de quimioterapia y radioterapia.

La exploración otoscópica era normal, con nistagmus espontáneo de primer grado horizontal hacia la izquierda (explorado con gafas de Frenzel) y pruebas de ROMBERG y UNTERBERGER imposibles por su inestabilidad. Las pruebas cerebelosas practicadas por Neurología mostraron posible ataxia en la marcha. Exploración de pares craneales aparentemente normales.

Practicamos audiometría tonal liminar que mostró hipoacusia perceptiva moderada de oído derecho más intensa para frecuencias agudas (Figura 1).

El electrooculograma sin prueba calórica por el estado de la paciente, mostró una alteración en forma de disimetría importante en las sacadas horizontales y verticales, con alteración en el seguimiento pendular en forma de escalera y existencia de nistagmus bidireccional de mirada extrema (Figura 2 y 3). Todo ello sugería patología central de fosa posterior.

Solicitamos TAC craneal que confirmó la existencia de una tumoración cerebelosa única derecha, probablemente de origen metastásico (Figura 4). La paciente recibió tratamiento con radioterapia paliativa, presentando diseminación metastásica pulmonar y ósea, falleciendo a los 2 meses del diagnóstico.

### Comentario

Podemos preguntarnos por la aparición de un caso de tumor cerebeloso en una revista de ORL dirigida hacia otorrinolaringólogos. Como el interés de esta sección de casos clínicos estriba en las consecuencias que podamos extraer para nuestra práctica diaria, observamos una historia clínica que puede simular un vértigo laberíntico periférico, y de hecho, ingresó de Urgencia en nuestro Servicio de O.R.L. Vamos a repasar detenidamente los datos clínicos y

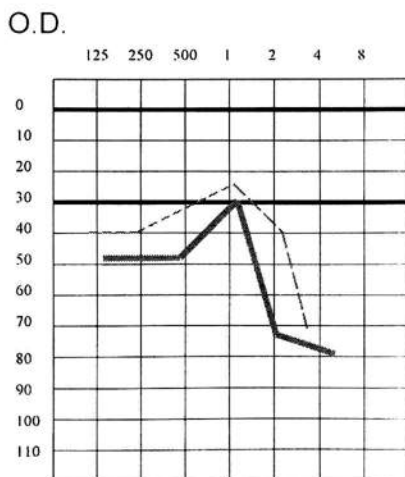


Figura 1. Audiometría Tonal Liminar que muestra hipoacusia perceptiva de oído derecho, más intensa en frecuencias agudas.

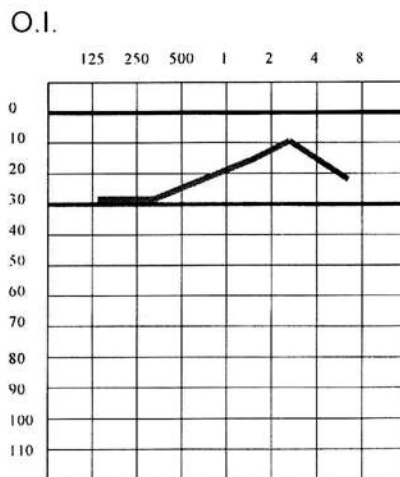


Figura 1. Audiometría Tonal Liminar de oído izquierdo normal.

exploratorios que presentaba la paciente para buscar indicios que pueden hacernos pensar en una patología central. En primer lugar, los datos de la historia clínica son insuficientes, salvo quizá la falta de efecto del tratamiento sintomático con sedantes vestibulares, que en caso de vértigo laberíntico siempre deben sedar y calmar el cuadro en un tiempo prudencial. Recordamos las características clínicas teóricas de uno u otro tipo de vértigo (1, 2). Tabla I



Figura 2. Electrooculograma: Seguimiento pendular horizontal. Imagen en escalera sugestiva de patología central

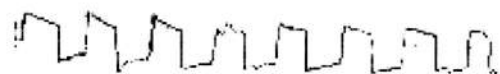


Figura 3. Electrooculograma: Sacadas horizontales. Imagen de disimetría por hipermetría hacia los dos lados.

La exploración clínica es bastante inespecífica, encontrando un nistagmus espontáneo de predominio izquierdo, además de alteración importante en las pruebas de equilibrio y en las pruebas cerebelosas. Debemos pensar que todas las pruebas que practiquemos son orientativas, y deben valorarse en el contexto clínico general del paciente. Además los datos exploratorios tanto de nistagmus como de equilibrio se modifican (sobre todo en la patología periférica) con el tiempo por los mecanismos de compensación, debiendo recurrir a maniobras de manifestación de nistagmus latente (maniobra Head shaking o sacudida de cabeza).

Recordemos en un cuadro las características que presenta el nistagmus sugestivo de alteración periférica y el de alteración central (1, 2), Tabla II.

Si nos fijamos en los datos de la exploración audiológica con la hipoacusia perceptiva derecha, para la que en principio no existe justificación por el cuadro, pensaríamos en un problema laberíntico o bien de ángulo pontocerebeloso. Es únicamente el electronistagmograma con la alteración en el

seguimiento sacádico y pendular el que nos orienta más en la dirección de patología central (sea troncoencefálica o cerebelosa), aunque los hallazgos de esta prueba no son completamente fiables o específicos (3). El TAC con contraste es el que nos da el diagnóstico.

Se considera que el 16% de las metástasis cerebrales ocurren en el cerebelo (4, 5) y los tumores primarios más frecuentes son: pulmón, mama, tracto digestivo y melanoma (4, 5). Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables, desde cefaleas, náuseas y vómitos por hipertensión intracraneal hasta alteraciones por disimetría y ataxia (4). El diagnóstico se hace por técnicas de imagen, por TAC o RMN y el tratamiento depende de si es única o múltiple y de la situación general de la enfermedad neoplásica, utilizándose fundamentalmente quimioterapia paliativa. La supervivencia depende de los factores vistos y del tipo de tumor, pero nunca es superior al año tras su diagnóstico.

Creemos que es un caso interesante para hacernos pensar en las alteraciones centrales graves, fundamentalmente troncoencefálicas y cerebelosas que en ocasiones pueden producir un cuadro que simule un vértigo laberíntico periférico.



Figura 4. TAC craneal con la imagen de tumoración cerebelosa con captación marginal de contraste sugestivo de metástasis cerebelosa.

	<b>VESTIBULAR</b>	<b>NO VESTIBULAR</b>
Vértigo: Términos de descripción	Rotatorio, movimiento, inclinación, desequilibrio	Sensación de inestabilidad, pérdida de visión
Curso	Episódico (en crisis)	Constante
Duración	Como máximo, días	Semanas, meses
Factores precipitantes o agravantes	Movimientos de cabeza, cambios posicionales	Stress, hiperventilación, arritmias cardíacas
Síntomas asociados: Vegetativos (nauseas) Alt. audiológicas Neurológicos Otros	Sí En general sí (no siempre) No Oscilopsia (movimiento del campo visual)	No No Sí, evidentes Parestesias, síncope,

Tabla I

	<b>PERIFÉRICO</b>	<b>CENTRAL</b>
Espontáneo: Aparición Tipo  Dirección Intensidad  Movimiento cefálico	Siempre Horizontal (horizonto-rotatorio) Fija Aumenta al mirar en la dirección del nistagmus Aumenta	Si/No Otros (Vertical, Rotatorio puro) Puede ser cambiante Puede ser cambiante y variar.  No varía
Posicional: Latencia Agotamiento Repetibilidad Fatigabilidad Vértigo	Sí Sí Sí Sí Sí, muy intenso	No No No No No/Sí

Tabla II

## Bibliografía

- 1.- Baloh, R.W.: "History. I. Patient with dizziness" en DISORDERS OF THE VESTIBULAR SYSTEM, BALOH, R.W., HALMAGYI, G.M., pags 157-170, Ed. Oxford, 1<sup>TM</sup> ed. New York, 1.996.
- 2.- Pérez Fernández, N.: "Anamnesis y exploración clínica otoneurológica" en EL SISTEMA VESIBULAR Y SUS ALTERACIONES, BARTUAL J., PEREZ, N., pags 83-94, Ed. BIBLIO STM, 1<sup>TM</sup> ed. Barcelona, 1.998.
- 3.- Hain, T.C.: "Background and technique of ocular movility testing" en HANDBOOK OF BALANCE FUNCTION TESTING, JACOBSON, G.P., NEWMAN C.W., KARTUSH, J.M.; 83-122, Ed. SINGULAR, 1<sup>TM</sup> Ed. San Diego, 1.997.
- 4.- Pitts, L.H., McDermott, M.W.: "Intrinsic brain tumors of the posterior fossa" en NEUROTOLOGY, JACKLER, R.K., BRACKMANN, D.E., pag 875, Ed. Mosby, 1<sup>TM</sup> Ed., St. Louis, 1.994.
- 5.- Galicich, J.H., Arbit, E.: "Metastatic brain tumors" en NEUROLOGICAL SURGERY, YOUMANS, J.R., pags 3204-3222, Ed. SAUNDERS, 1<sup>TM</sup> Ed Philadelphia, 1.990.