

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11227

88



FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado



Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado.

**ESTUDIO DE PACIENTES VERTIGINOSOS
EN HOSPITAL GENERAL.**

T E S I S
TRABAJO DE TERMINACION DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
P r e s e n t a

DR. MAURO UBALDO GARIBALDI ALBERT

Dirigió: Dr. Abel Nájera

México, D. F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1



Universidad Nacional
Autónoma de México




UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

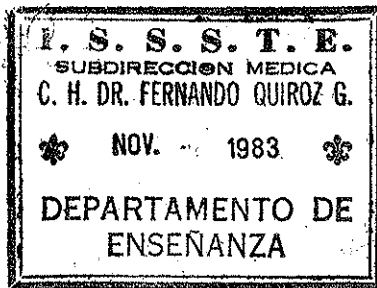
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


Profesor Encargado del Curso
Dr Oscar Mourry Rodriguez

Amair
Capel



"ESTUDIO DE PACIENTES VERTIGINOSOS EN HOSPITAL
GENERAL"

TESIS RECEPCIONAL DE MEDICINA INTERNA.

PRESENTA: DR MAURO UBALDO GARIBALDI ALBERT
RESIDENTE DE TERCER AÑO
MEDICINA INTERNA
HOSPITAL DR FERNANDO QUIROS GUTIERREZ
I.S.S.S.T.E.
1983.

RECONOCIMIENTOS:

A mis padres: Fte. Crnl. M. Cirj:

Dr. Antonio Garibaldi y Castillo
Ma del Consuelo Albert de Garibaldi.

Pr su constante amor y apoyo.

A mis Maestros de todas las áreas.

El trabajo de acuerdo a Protocolo de Investigación se encuentra conformado por los siguientes puntos:

- 1) TITULO
- 2) ANTECEDENTES
- 3) PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS
- 4) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION
- 5) DISEÑO
- 6) DETERMINACION DE RECURSOS
- 7) ESTIMACION DE LOS PELIGROS Y
CONSIDERACIONES ETICAS.
- 8) TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS
DATOS.
- 9) RESULTADOS
- 10) BIBLIOGRAFIA.

TITULO:

" ESTUDIO DE PACIENTES VERTIGINOSOS
EN HOSPITAL GENERAL".

ANTECEDENTES:

Dentro de este apartado incluyo los motivos por los que se realiza la presente tesis, y esto se remonta desde los primeros días de residencia en donde me enfrenté con varios casos de Vértigo, clasificados en un principio como de etiología a determinar o bien como Enfermedad de Meniere.

Al querer estudiar un poco más a fondo, me encontré con lo difícil e intrincado de el abordaje diagnóstico, así como la diversidad de etiologías, cuadros clínicos y protocolo de manejo por lo que me interesó en forma muy particular.

DEFINICION:

Es importante para los fines que persigue este trabajo definir lo que se considera como Vértigo:

"Es una desorientación en espacio, combinado con sensación de movimiento rotatorio, el cuál puede ser subjetivo u objetivo".

Revisando la literatura nos encontramos con las siguientes causas , las cuáles son las más socorridas:

I) CAUSAS OTOLÓGICAS:

Otitis media serosa aguda
Laberintitis aguda
Neuritis Vestibular
Colesteatoma
Otitis Media Purulenta.

Petrositis
Síndrome PostEstapedectomía
Fístula Perilinfá
Enfermedad de Meniere
Vértigo Posicional Benigno
Neurinoma del Acústico Intracanalicular
Drogas Ototóxicas.

2) CAUSAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Padecimiento vascular Cerebral
Ataque Transisquémico
Esclerosis Múltiple
Trauma
Tumores Metastásicos
Neurosífilis
Meningitis
Encefalitis
Tumores de Fosa Posterior
Insuficiencia Vertebro Basilar
Drogas
Epilepsia del Lóbulo Temporal

3) CUELLO:

Trauma
Osteoartritis
Síndrome de el Robo de la Subclavia
Insuficiencia Arterial Vertebral
Enfermedad Vasculat Carotídea
Tiromegalia.

4) CAUSAS METABOLICAS Y HEMATOLOGICAS:

Diabetes Mellitus
Hipoglicemia
Sífilis
Hipoadrenalismo
Síndrome Perdedor de Sal
Hiper o Hipotiroidismo
Anemia
Leucemia
Policitemia

5) DROGAS

Estreptomycin, Kanamicina
Diazepam, Sedantes, opiáceos
Aspirina, nicotina, cafeína.

6) INFECCIONES:

Herpes Zóster Genuculado
Influenza
Parotiditis

7) CARDIACAS:

Arritmia, Myxoma, Estenosis
aórtica, Bradicardia, Bajo
Gasto, Hipotensión Ortoestá-
tica.

8) MISCELANEAS:

Shock por calor
Síndrome de Cozten(articu-
lación temporomandibular).

Explicando características clínicas y fisiopatológicas de las causas más comunes nos encontramos con lo siguiente:

a) Enfermedad de Meniere:

Es una distensión del laberinto por aumento de la presión endolinfática, inicialmente con afectación monoaural y posteriormente en el 25% de los casos la afectación es bilateral.

Clínica: Vértigo, náusea, vómito, sordera de tipo perceptivo y tinnitus. El cuadro tiene exacerbaciones y remisiones y su investigación incluye:

Audiometría que demuestra sordera perceptiva y pruebas calóricas.

b) Neuronitis Vestibular:

Se considera como una infección transitoria de el ganglio de Scarpa quizá de etiología viral.

Los pacientes generalmente preceden con enfermedad febril y tienen ataques de vértigo con la salvedad que su audición es normal y el calorigrama es anormal..

c) Vértigo Posicional Benigno:

Por una condición degenerativa de el sáculo y el utrículo, visto en adultos , los ataques duran unos pocos segundos, seguidos por los movimientos de la cabeza y existe una prueba de Hallpicke positiva y calorigrama normal..

d) Insuficiencia Vertebro Basilar:

Generalmente por ateroma de las arterias vertebrales, espondilosis cervical, existe vértigo por rotación del cuello o bien por hiperextensión, alterando el aporte sanguíneo a el tallo cerebral y el cerebro.

e) Alteraciones Metabólicas:

Como la Diabetes Mellitus, Uremia, etc, que dan una hidropesía laberíntica y condicionan cuadros tipo Meniere. que desaparecen con el tratamiento de la causa subyacente.

f) Tumores de Fosa Posterior:

De los más representativos son los tumores de el ángulo Cerebelo pontino y de este el Neurofibroma del acústico, se asocia con vértigo, tinnitus y sordera progresiva, parálisis facial y pérdida de la sensibilidad facial ipsilateral.

Existe ataxia, síndrome de Cráneo Hipertensivo, y alteración piramidal.

El método más rápido y fácil de Dx de gabinete es la placa de Stenvert, demostrando erosión y ensanchamiento del canal auditivo interno.

Se puede realizar Pneumoencefalografía y Tomografía axial computarizada.

g) Encefalopatía Hipertensiva:

Con formación de microhemorragias que alteran el metabolismo cerebral con formación de edema y si éste se encuentra en las áreas de asociación de equilibrio y conexiones vestibulo cerebrales, condicionan vértigo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

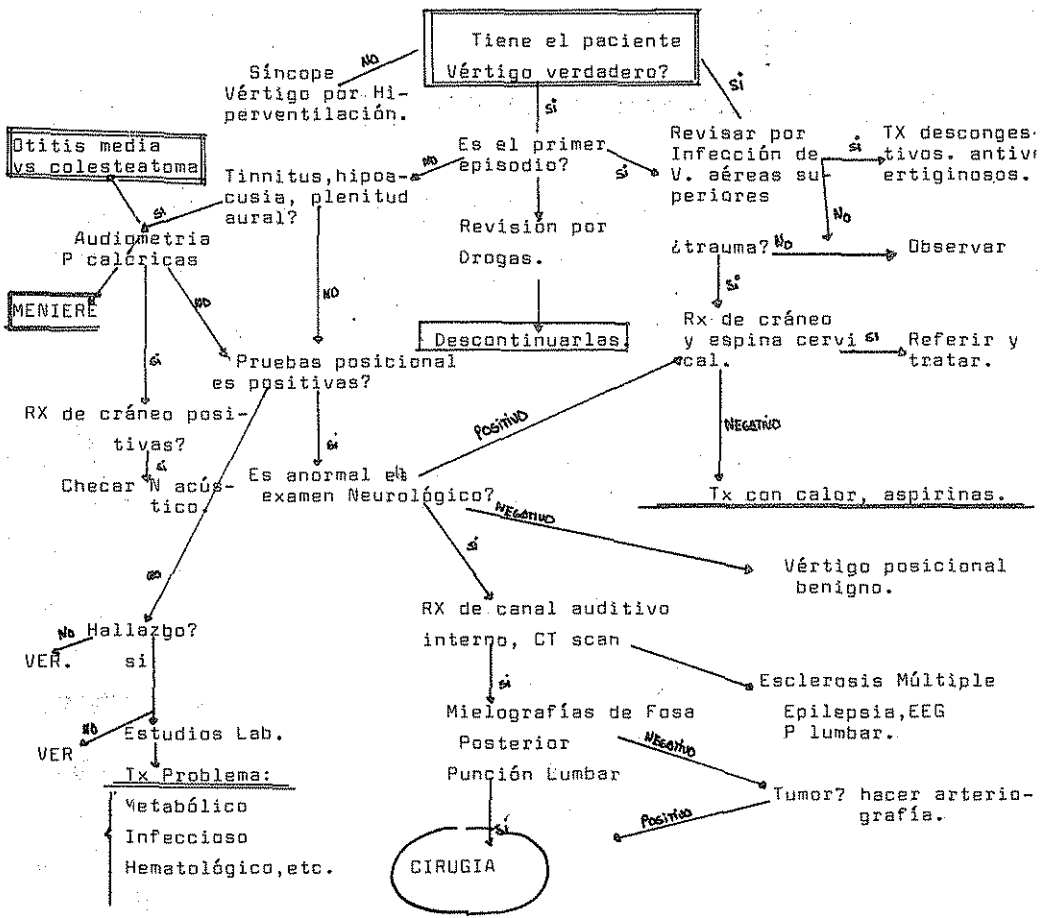
Como se puede evidenciarse con facilidad, debido a su alta complejidad etiológica, es en donde radica la dificultad para abordar adecuadamente a estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS:

Para el conocimiento integral de este Síndrome existe una carta de flujo diagnóstico que me pareció muy adecuada y que además cubre el planteamiento del problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESQUEMA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

UBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Los objetivos de este trabajo fueron 3:

#1: Conocer el síndrome y sus implicaciones etiológicas, diagnósticas y terapéuticas.

#2: Elaborar un esquema lógico y fácil de utilizar en nuestro medio para abordar a estos pacientes.

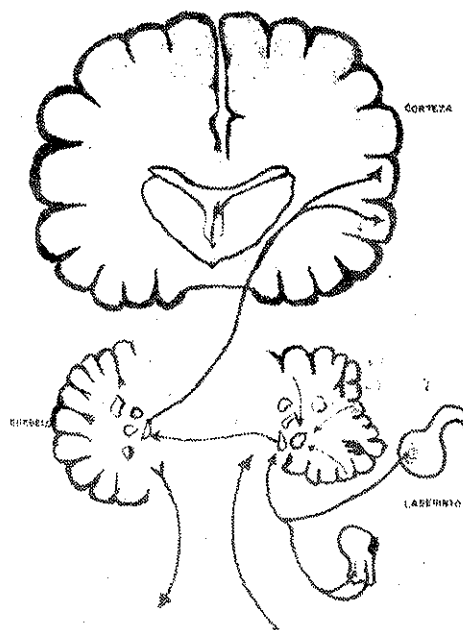
#3: Correlacionar los resultados obtenidos en nuestro medio con los de la estadística publicada.

Analizando el primer punto, nos encontramos con que al existir la sintomatología vertiginosa, el clínico tiene que investigar mentalmente todos los aparatos y sistemas involucrados para hacer un juicio adecuado.

Para recordar brevemente se menciona y se explica en dibujos la interrelación de el aparato Vestibular-Cerebelo -Corteza(Gráfica #1), Vía Optica(Gráfica #2), y la vía Propioceptiva(cordones posteriores, Gráfica#3)

LABERINTO CEREBELO CORTEZA

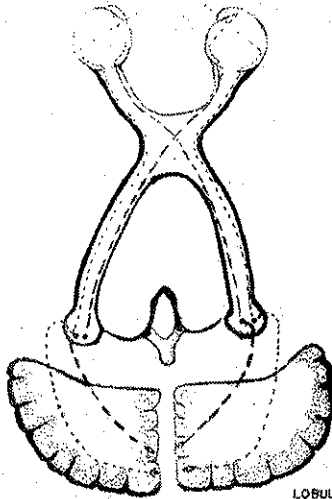
GRAFICA #1
VESTIBULO-CEREBELO
CORTEZA.



EL SIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIA OPTICA

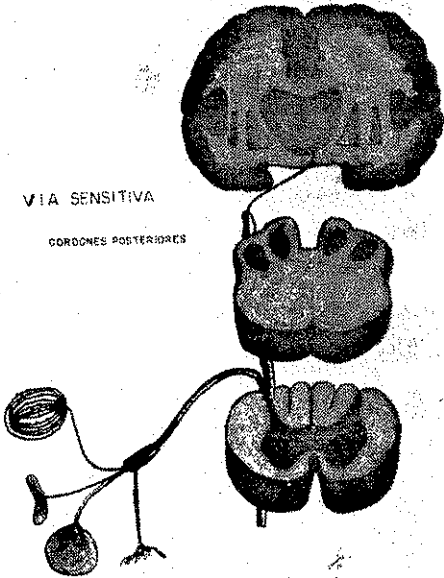
VIA OPTICA(Gráfica #2)



LOBULO OCCIPITAL

VIA SENSITIVA

CORDONES POSTERIORES



VIA PROPIOCEPTIVA.

(Gráfica #3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La forma de abordar a este tipo de pacientes debería de ser la siguiente, tomando como base a uno de los esquemas propuestos por el Dr Richard Holt:

Historia clínica completa haciendo énfasis en: Alergias drogas, trauma. así como una completa semiología del síntoma, presencia o no de Vértigo verdadero, inicio, duración, presencia con el cambio de posición de el cuerpo, hipoacusia, acúfenos, etc.

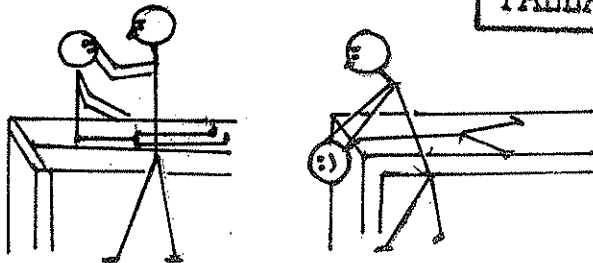
Examinación: Física general, haciendo incapié en la exploración Neurológica; con integración Vestíbulo Cerebelloso así como una de las interpretaciones que a mi juicio son más importantes como la presencia de el NISTAGMO ya que si se encuentra presente , habla de la validez de el síndrome.

De las características que se le deben de estudiar al Nistagmo nos encontramos con las siguientes:

a) Dirección: es horizontal? si es así habla de que es de origen vestibular, mientras que si es diagonal o en otras direcciones indica preferencialmente enfermedad de el Sistema Nervioso Central.

En los paciente en los cuáles el Nistagmo no era obvio se les realizó pruebas de estimulación , de tipo HALLPI-CKE o bien de tipo CALORICO.

PRUEBA DE HALLPICKE:



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿En que consiste la prueba de Hallpicke?

Se coloca al paciente sentado y se gira la cabeza hacia la derecha, para en un movimiento brusco poner la cabeza a 10 grados por abajo de la línea horizontal(en este caso la cama) y al observar la respuesta de Nistágmo, se realiza la maniobra de el otro lado, esto es girando la cabeza a la izquierda.

Otro de los puntos claves es la exploración Otorrinolaringológica, estudiando la membrana timpánica, observando la presencia de timpanoesclerosis, así como si existen perforaciones(centrales o marginales), así como la presencia de infecciones, tapones de cerumen, etc.

En este tipo de exploración uno de los datos a revisar es si existe el signo de la Fístula, el cuál consiste en la siguiente maniobra: presión de el trago hacia el canal auditivo, liberando en ese momento Nistagmo así como sensación vertiginosa, el valor semiológico de esta prueba radica en que se transmite la presión sobre la perilinfa y es indicativo de trastorno a nivel de el aparato vestibular periférico.

Se realiza medición de agudeza auditiva por "voz de cuchicheo" o bien con el uso de los diapasones , de preferencia recomendándose las frecuencias de 256 O 512 c/segundo.

Se realiza exploración física completa, chequeando en forma intensiva:Cardiopulmonar, vascular periférico, sin olvidar la marcha en donde nos podemos encontrar con diferentes tipos..

Se recomienda desde el punto de vista Laboratorial:

Citología Hemática

Química Sanguínea

RPR o bien en caso de poder hacerlo FTA ABS

Lípidos Totales.

Gabinete:

Desde el punto de vista radiológico, para enfermedades no retrocoqueares: RX de cráneo en 3 posiciones y comparativa de mastoides.

Para estudio de tipo retrocoquear: Politomografía
Angiografía
Cisternografía

Desde el punto de vista no invasivo, Dubois reporta hallazgos positivos con estudios convencionales hasta en el 90% de los pacientes estudiados con proyecciones: Stenvert, Towne, Transorbitaria, y submentoniana.

Se les realiza además electrocardiograma.

Así como se sugiere : Audiometría , cuando se pueda realizar Electronistagmometría con pruebas vestibulares.

Así como estudios de base de acuerdo a la patología subyacente como es Pruebas oculares, electroencefalografía, Tomografía axial computarizada , etc.

TRATAMIENTO MEDICO:

Se ha dividido de acuerdo a los fármacos utilizados:

Antihistamínicos: Ayudan a la desaparición del vértigo por actividad sobre el núcleo vestibular.

Existen 5 grupos: *Etenolaminas: Difenhidramina
que es el Benadryl, Dimenhidrinato: Dramamine.

*Etilendiaminas

*Alkilaminas: Clorfeniramina:

que es el clorotrimeton.

*Piperazinas: Antivert

*Fenotiazinas: Fenegan.

todo este grupo es de primera intención para el vértigo de origen VESTIBULAR;

Anticolinérgicos: por su acción de bloqueo, ya que se cree que los receptores vestibulares son colinérgicos, Atropina y escopolamina de primera elección para la Cinetosis (vértigo en movimiento).

Sedantes: No tienen acción vestibular, son útiles por su acción tranquilizante, se han usado otros medicamentos como son las Vitaminas y diuréticos así como dietas en el caso de Hydrops Laberinticusy también se han usado dietas.

Uno de los tratamientos farmacológicos más agresivos es el de Laberintectomía Química con Estreptomicina, se recomienda para enfermedad Biaural severa en donde se encuentre contraindicado el tratamiento quirúrgico.

Se realiza un audiograma con Nistagmograma así como pruebas calóricas y se administra 2 gramos diarios intramusculares requiriendo una dosis promedio de 39 gramos o bien 19 días de administración, teniendo como síntomas de toxicidad: ataxia, náusea, vómito. El tratamiento termina cuando ya no existe respuesta calórica.

Las variantes terapéuticas desde el punto de vista quirúrgico son:

* Procedimientos de Preservación de

Organos: Descompresión de el Saco endolinfático, Shunt Mastoide-endolinfa.

* Procedimientos Destructivos:

Neurectomía, Laberintectomía, Criocirugía, Ultrasonido.

DISEÑO:

El diseño ya fué relatado y explicado ampliamente en la parte de el estudio denominado objetivos de la investigación parte 2, por lo que a manera de resumen se menciona lo siguiente, a Todo paciente vertiginoso según el protocolo se le deberá de evaluar con las siguientes medidas:

Historia clínica completa

Examinación física integral

Examen Neurológico: enfatizando en Movimientos oculares, Nistagmo, Movimientos faciales, VIII par Integración Vestibulo cerebeloso, marcha, actitud

Exploración Otorrinolaringológica

Laboratorio y Gabinete:

Biometría Hemática

Química sanguínea, electrolitos séricos

RPR o FTA ABS(pruebas para sífilis)

Perfil de Lípidos

Electrocardiograma

Electroencefalograma (si en necesario)*

Gamagrama Cerebral *

Audiometría

Electronistagmograma *

Tomografía Axial Computarizada*

* En caso de ser necesario y de acuerdo a Recursos.

Dentro de Gabinete: Radiología:

Placas de Cráneo, comparativas de mastoides placas en proyección de Stenvert, Angiografía carotídea o Vertebro Basilar según el caso.

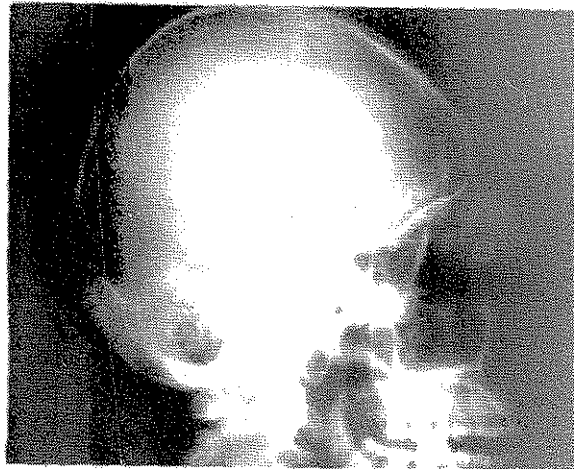
EXPLICACION GRAFICA DEL METODO:

a.- PARTE RADIOGRAFICA:

RX: Posición AP

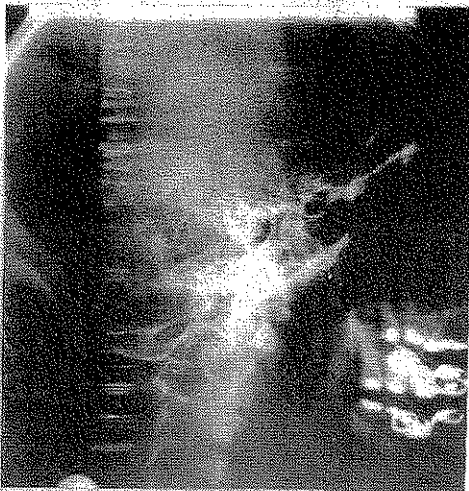


Rx: Posición Lateral.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RX: Posición Towne.



Rx : Mastoides (realizándolo en forma comparativa.)

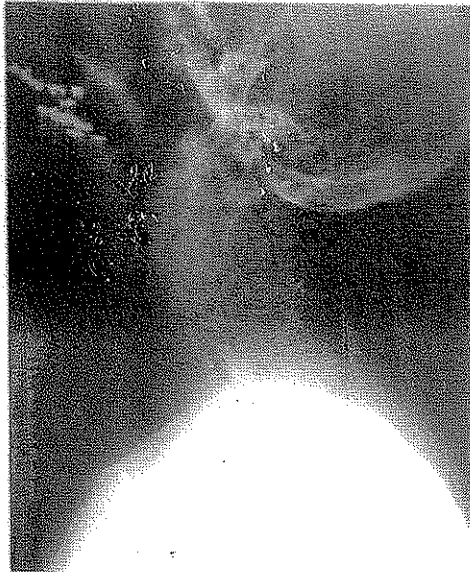
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rx: Columna Cervical

(Posición lateral)

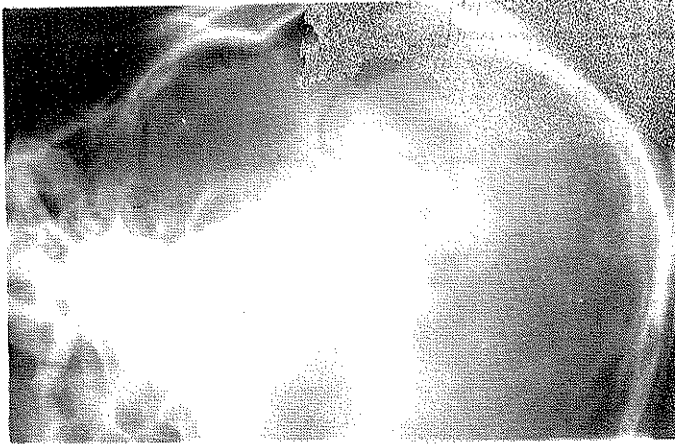


Rx: Columna Lateral
En extensión.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

Rx: Stenvert



Rx: Stenvert

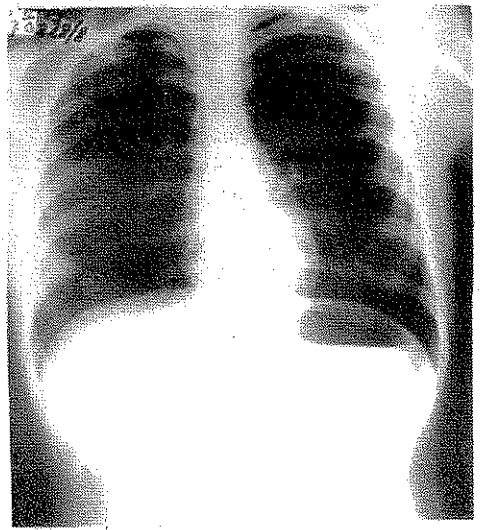


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Transorbitaria

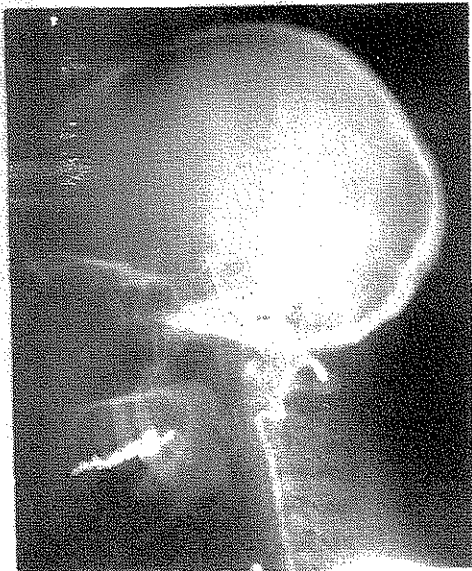
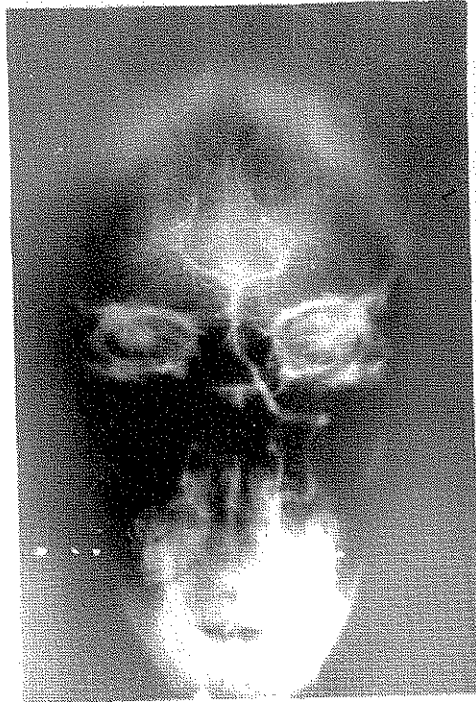


Teleradiografía en PA.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ARTERIDGRAFIA CARDTIDEA

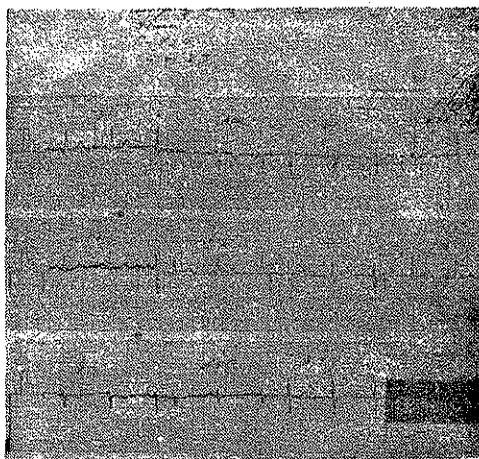


ARTERIDGRAFIA VERTEBRAL

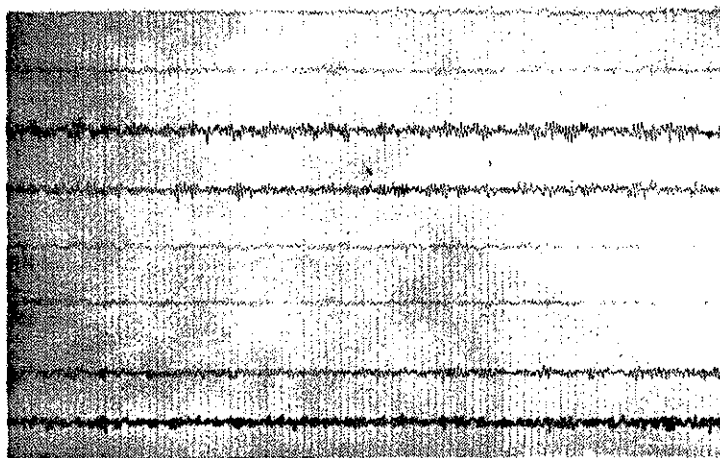
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B.-GABINETE:

ELECTROCARDIOGRAMA



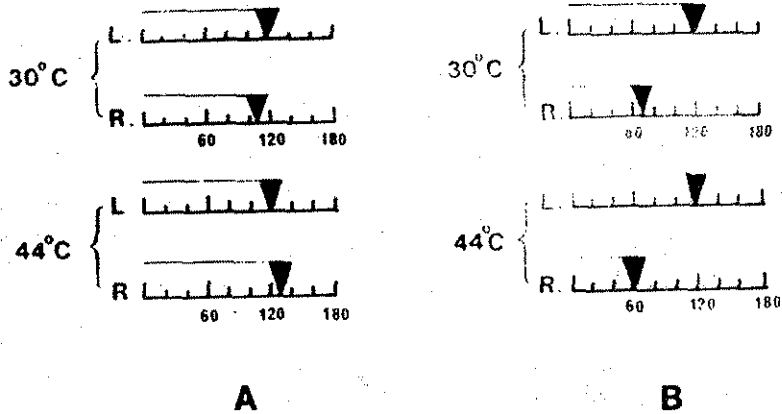
ELECTROENCEFALOGRAMA.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GABINETE:

PRUEBAS CALORICAS



AUDIOMETRIA:

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
 REPUBLICA MEXICANA

ANEXO: C.A.S. N.º 1. QUINCE (15).
 1307/56/1

EXAMEN AUDIOMETRICO

Nombre: RAFAEL MARGARITA MARTINEZ
 Edad: 28 Sexo: M Fecha: 28-7-56
 Lugar: San Juan de los Rios No. Traves: 10
 Expediente: 30314 CASOS N.º: Colaborador E. P. M.

EXAMEN AUDIOMETRICO

ODIO PERCEPTIVO		CLAVE	ODIO INSTRUMENTAL	
1000	10	OD: 10	1000	10
800	10	OD: 10	800	10
600	10	OD: 10	600	10
500	10	OD: 10	500	10
400	10	OD: 10	400	10
300	10	OD: 10	300	10
200	10	OD: 10	200	10
150	10	OD: 10	150	10
100	10	OD: 10	100	10

Clave: OD: 10, OI: 10, PE: 10, PO: 10, F: 10, P: 10, M: 10, S: 10, R: 10, B: 10, N: 10, L: 10, C: 10, G: 10, H: 10, J: 10, K: 10, Q: 10, X: 10, Z: 10, Y: 10, V: 10, W: 10, F: 10, P: 10, M: 10, S: 10, R: 10, B: 10, N: 10, L: 10, C: 10, G: 10, H: 10, J: 10, K: 10, Q: 10, X: 10, Z: 10, Y: 10, V: 10, W: 10

Comentarios: Normal

Observaciones: Normal

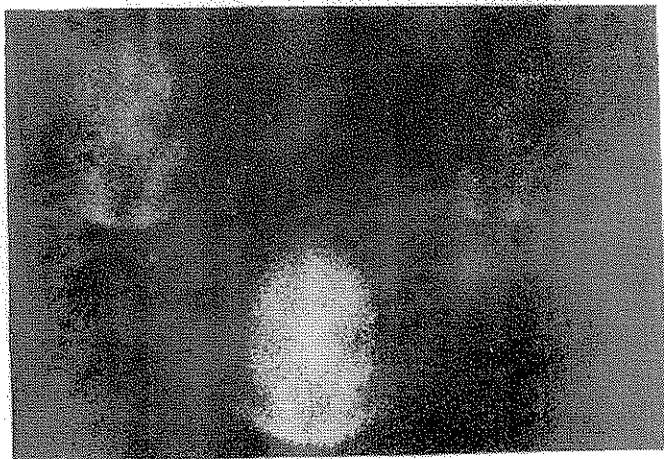
Recomendaciones: Normal

Nombre de Med. Esta: C. D. Func. de: C. D.

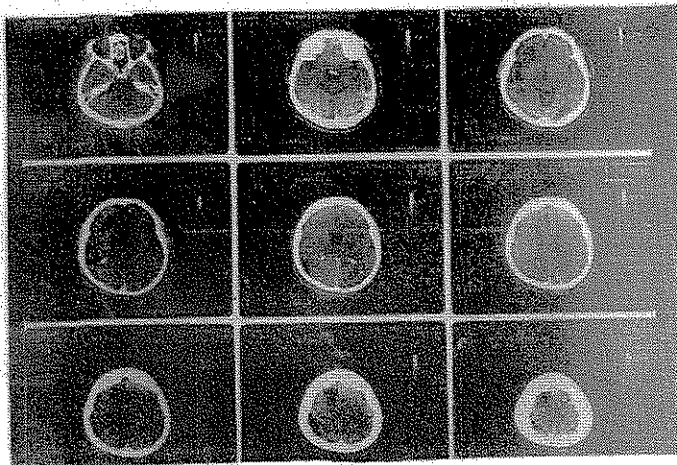
Nombre: C. D. Domicilio: C. D. Ciudad: C. D.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GAMAGRAFIA CEREBRAL



TOMOGRAFIA AXIAL
COMPUTARIZADA.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DETERMINACION DE RECURSOS:

El material lo conformaron 30 pacientes que eran portadores de el síndrome vistos en Los Servicios de Medicina Interna de el Hospital "Dr Fernando Quiroz Gutierrez", con los recursos propios de el Hospital desde el punto de vista laboratorio, así como de Electrocardiografía.

El departamento de Electroencefalografía se encuentra dentro de la misma unidad y los estudios de Gabinete radiológico y audiométrico se encuentran en la misma área física de el Hospital.

Cuando se requirió Tomografía axial computarizada y Medicina Nuclear para los estudios Gamagráficos se enviaron a los pacientes a los Hospitales "20 de Noviembre" Y "Lic. Adolfo López Mateos" Respectivamente.

No me queda más que agradecer el concurso y la ayuda prestada para la elaboración de este protocolo a los servicios involucrados.

ESTIMACION DE PELIGROS Y CONSIDERACIONES ETICAS:

Se previó en todos los pacientes los riesgos inherentes a que se iban a someter, principalmente aquellos a los que se les realizó estudios invasivos, no se presentaron desgracias en ninguno de ellos.

Así como tampoco se puso en riesgo por motivo de protocolo a ningún paciente que no requiera determinado estudio ya que éticamente no se fundamentaba.

DETERMINACION DE RECURSOS:

El material lo conformaron 30 pacientes que eran portadores de el síndrome vistos en Los Servicios de Medicina Interna de el Hospital "Dr Fernando Quiroz Gutierrez", con los recursos propios de el Hospital desde el punto de vista laboratorio, así como de Electrocardiografía.

El departamento de Electroencefalografía se encuentra dentro de la misma unidad y los estudios de Gabinete radiológico y audiométrico se encuentran en la misma área física de el Hospital.

Cuando se requirió Tomografía axial computarizada y Medicina Nuclear para los estudios Gamagráficos se enviaron a los pacientes a los Hospitales "20 de Noviembre" Y "Lic. Adolfo López Mateos" Respectivamente.

No me queda más que agradecer el concurso y la ayuda prestada para la elaboración de este protocolo a los servicios involucrados.

ESTIMACION DE PELIGROS Y CONSIDERACIONES ETICAS:

Se previó en todos los pacientes los riesgos inherentes a que se iban a someter, principalmente aquellos a los que se les realizó estudios invasivos, no se presentaron desgracias en ninguno de ellos.

Así como tampoco se puso en riesgo por motivo de protocolo a ningún paciente que no requiera determinado estudio ya que éticamente no se fundamentaba.

DESCRIPCION DE LOS CASOS:

CASO #1:

Nombre: R.S.E. REG: RISE 410329 Edad 40a

Sexo : Femenino Días de Estancia 8.

Antecedentes de Importancia:

AHF: Madre muerta por Ca. Laríngeo

APnP: Alimentación adecuada, tabaco NO, alcohol social,

AGO: Menarca 14 años, 28 por 4, IVSAs los 26 años, resto-

Motivo de Internamiento:

El día de ingreso con cuadro de cefalea asociada con sensación vertiginosa rotacional subjetiva, así como vómito e hipocusis con tinnitus izquierdo.

A la Exploración física de Ingreso:

Nistagmo horizontal franco con fase rápida a la derecha mucosa nasal clara con hipertrofia de cornetes inferiores Romberg positivo, marcha con lateropulsión a la izquierda. Se le realizó prueba de estimulación laberíntica calórica encontrando Hiperreflexia izquierda.

Laboratorio:

glucosa 122 mgs%

Nitrógeno de la Urea 15 mgs%

Cretinina de I mg%

Electrolitos normales

EGO normal

Biometría hemática normal

RPR negativo

Colesterol 178 mgs%

Audiometría compatible con

Enfermedad de Meniere,

Placas de Cráneo y mastoides

normales.

Impresión diagnóstica: Enfermedad de Meniere, Rinitis Alérgica y Sinusitis clínica de tipo alérgico, corroborada posteriormente con Waters.

MANEJO MEDICO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO #2

Nombre: A.P.M.G. REg 540I20 26 a
sexo: femenino 5 días de Internamiento

Antecedentes de Importancia:

AHF y Personales no patológicos sin datos que comentar

APP: Cuadro previo de poliartralgias migratorias y al parecer de carditis, tratado con penicilina.

Problema actual : 24 horas de evolución con náusea, vómitos , cefales, y posteriormente Vértigo rotacional de tipo subjetivo , con antecedente de haber ingerido alimento enlatado.

Explotación física: Sig.vitales normales

Ojos: Nistagmo Horizontal , timpanoesclerosis derecha, hiperexcitabilidad de laberinto derecho. Audición Normal.

Hipertrofia amigdalina 2/4, corazón con soplo aórtico en foco sistólico de baja intensidad, Lab oratorio y gabinete

Electrocardiograma normal

RPR negativo

Biomatría hemática normal

EGO con 12 leucocitos por campo

Química sanguínea normal

Lípidos totales normales

Antiestreptolisinas 500 u Todd

PLACAS DE Mastoides normales.

El cuadro remite a los 3 días de evolución..

Impresión diagnóstica: Laberintitis de el tipo de la
Neuronitis Vestibular.

MANEJO MEDICO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CASO#3

Nombre: A.E.R.

Reg. 411207

42 años

Maculino

Días de estancia: 5.

Ingresó procedente de Urgencias con el Diagnóstico presuncional de Infarto de Tallo Cerebral.

Antecedentes de Importancia:

APNP: Tabaco desde la edad de 18 años en forma regular así como alcohol de tipo social.

APP: Faringitis crónica, así como reporta sinusitis crónica, hipertensión arterial desde hace 1 año y medio con tratamiento irregular, traumatismo craneano sin consecuencias hace 20 años.

El motivo de internamiento: pródromos de adormecimiento de hemicuerpo derecho así como disartria y marcha con tendencia a la lateropulsión, se asocia con sensación de vértigo rotacional, subjetivo con ausencia de acúfeno.

Así como reporta diplopia en todas las direcciones.

Exploración Física: TA 190/110, ya tratada con fármacos de urgencia. Funciones Cerebrales superiores: normales, Pares craneales manifiesta diplopia con los movimientos, presencia de Nistagmo de tipo oblicuo, Fondo de ojo con Retinopatía Hipertensiva KWB1, Disminución de la sensibilidad de hemicara derecha, resto de pares craneales no se encontró patología.

Cerebelo: solo discreta disdiadococinecia izquierda

Motricidad: Normal

Reflejos Osteotendinosos normales. Resto de exploración física general normal.

Laboratorio: B. Hemática: normal, Colesterol 184 mgs% Triglicéridos 95 mgs%, Lípidos totales 470 mgs%.

Interconsulta con Oftalmología: Exoftalmometría no hubo alteraciones, tonometría ocular normal, Campimetría normal, Punción Lumbar sin alteraciones, Angiografía Vertebral Basilar sin alteraciones, evolución: Satisfactoria, desapareciendo la sintomatología, control de tensión arterial por medios químicos. Idx: Vértigo por Encefalopatía Hipertensiva

Manejo Médico.

CASO #4

Nombre M.I. R.

Reg: 510724/1

32 años

Masculino

Días de estancia: 9

Dentro de sus antecedentes de importancia:

APNP: Nivel socioeconómico bajo, con alimentación deficiente, malos hábitos higiénicos.

APP: Exantemáticos en la infancia, apendicectomía 1 año antes.

P. Actual: 12 días posterior a su ingreso sufre traumatismo craneano con contusiones múltiples, sufriendo cefalea náusea, vómito, alteraciones de la deambulación, así como vértigo rotacional Objetivo con Nistagmo horizontal.

A la Exploración Física de Ingreso:

Examen Neurológico:

- 1) Funciones Cerebrales Superiores intactas
- 2) Pares Craneanos: Reporta sensación de dolor a los movimientos oculares (III, IV, VI), V: dolor en la articulación temporo mandibular izquierda, VIII: con Hallpicke así como la presencia de Nistagmo, resto negativo.
- 3) Cerebelo: La marcha con lateropulsión a la Izquierda, hombro izquierdo caído, Holmes izquierdo positivo. Marcha de base ancha e inestable.
- 4) Motricidad: discreta disminución de el Hemicuerpo Izquierdo.
- 5) Sensibilidad Normal.

Exploración física general: Laceraciones dermoepidérmicas diseminadas, cardiopulmonar sin alteraciones, resto negativo, Evolución satisfactoria con manejo anti edema cerebral, Estudios: Laboratorio normales

Rayos X de cráneo : Normales

Electroencefalograma: Anormal por registro alterado difuso por edema cerebral.

Impresión diagnóstica: VERTIGO POSTRAUMATICO

MANEJO MEDICO.

CASO #5

Nombre: O.R.C.

Reg: 200717/1

62 años

Masculino

Días de estancia: 8

Antecedentes de importancia:

APNP: Carpintero, escolaridad primaria, tabaco no.

APP: Bronquitis crónica, Hipertensión arterial tratada con alfa metil dopa.

Padecimiento Actual: 48 horas antes de su ingreso con as-
tenia, hipodinamia, posteriormente parestesias de hemica-
ra derecha, con vértigo objetivo rotacional con acúfenos
fosfenos y cefalea occipital intensa, durante la mañana
previa a su ingreso desarrolló disartria y marcha con la-
teropulsión derecha. Se le encontró con hipertensión ar-
terial importante en el servicio de Urgencias.

Exploración física: Neurológica:

- 1) Funciones Cerebrales superiores: Confuso, con disartria
- 2) Pares Craneales: Sx de Horner derecho, con hipoestesia de
hemicara derecha, no asimetrías faciales, Nistagmo vertical
espontáneo, desviación de la úvula a la izquierda y ausen-
cia de el reflejo nauseoso.
- 3) Cerebelo; con Sx Cerebeloso incompleto.
- 4) Resto normal, exploración física general: Obeso, tran-
quilo, sin alteraciones craneanas, cardiopulmonar y abdo -
men sin alteraciones.

Laboratorio: glucosa 120 mgs%, Creatinina I mg%, coleste-
rol 191 mgs%, PFH: normales. Sodio de 141, k 3.8 meq/l,
Hemoglobina 16 gramos, Hto 50, diferencial normal.

EKG: datos de sobrecarga sistólica así como hipertrofia
de el Ventrículo izquierdo, Radiográficamente: Cardiome-
galia grado III con crecimiento de ventrículo izquierdo

Placas de cráneo normales.

Evolución satisfactoria.

Impresión dx: Encefalopatía Hipertensiva con Síndrome
de Wallenberg.

Manejo Médico.

CASO #6

Nombre: S.L.C.

Reg: 350629/3

47 años

Femenina

Días de estancia: 30

Ingresó procedente de urgencias con los diagnósticos presuncionales de Diabetes Mellitus descompensada, gastroenteritis probablemente infecciosa, y Vértigo en estudio.

Dentro de sus antecedentes de importancia:

APNP: Nivel socioeconómico bajo, tabaco, alcohol no.

AGO: Menarca a los 13 años, 30 por 3, IVSA a la edad de 18 años, GB, PB, AO, CO.

P.P: Exantemáticas, se sabe portadora de DM desde hace 14 años manejada con hipoglucemiantes orales, así como se reporta en expediente antecedente de Estado hiperosmolar no cetósico, y síndrome Nefrósico asociado.

El motivo de internamiento: 15 días de evolución con evacuaciones semilíquidas, amarilla, fétidas, asociadas con vómito, hipertermia, cefalea, atalgia izquierda y vértigo objetivo rotacional.

Exploración Física: Hipoacusia bilateral, adoncia total, cuello, tórax cardiopulmonar sin alteraciones, resto negativo.

Neurologicamente: se encuentra con alteraciones de la marcha, así como la presencia de Nistagmo, empezándose a manejar como DM tipo I..

Laboratorio: Glucosa de 400 mgs%, azoados normales,

Electrolitos: Sodio de 139, k 4.8, cl 114 mgs %.

Biometría hemática normal, reacciones febriles negativas VDRL negativo, perfil de lípidos normal.

Depuración de creatinina en 36 ml/minuto, Urocultivo +

a Proteus Mirabilis, . Gabinete: Placas de cráneo y mastoides comparativas normales, Gamagrama cerebral con Tecnecio 99 + a Cisticercos, TAC positiva, Audiometría disminución Neurisensorial. Impresión diagnóstica:

VERTIGO POR CISTICERCOSIS CEREBRAL ASOCIADO CON DM TIPO I
Manejo Médico.

CASO #7

Nombre: V.L.G. REg: No derechohabiente edad 52

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

AHF: Madre muerta por Diabetes Mellitus tipo II, hermana diabética tipo II.

APnP: Diestra, se dedica al hogar, inmunizaciones completas.

AGD: Menarca a los 12 años, ritmo 30 por 3, FUR hace 1 año y medio, GVI, P5, A1, CD.

APP: Litiasis renal, resto negativo.

Motivo de Internamiento: I4 horas antes de su ingreso con Síndrome vertiginoso rotacional Objetivo, asociado con náusea, vómito, con acúfeno, así como alteraciones en la marcha.

Exploración Física:

Exploración Neurológica: I) Funciones cerebrales superiores normales, Pares Craneales con: salvas de Nistagmo de tipo horizontal, hipoacusia aérea derecha.

Motricidad: normal.

Sensibilidad: Normal.

Reflejos osteotendinosos normales.

Funciones cerebelosas solo con Romberg.

Pruebas Vestibulares: OIDO DERECHO: Latencia 35 segundos desaparición a los 210 segundos, OIDO IZQUIERDO: latencia a los 35 seg, desaparición a 180 segundos.

Exploración física general normal.

Laboratorio: Hb de 15 gramos, resto normal, glucosa de 107 mgs%, urea 27, creatinina de 0.6 mgs %, Na de 139 K; 3.7, Placas de Cráneo: AP, Lateral y Towne normales comparativas de mastoids normales.

Impresión diagnóstica de ENFERMEDAD DE MENIERE de lado derecho.

Tratamiento médico en el servicio de urgencias Evolución satisfactoria en 8 horas, ~~pagéte~~ alta.

Manejo Médico.

CASO #8

Nombre: R.J.E.
Femenino

Reg: 351201/2
Externa.

46 años

Antecedentes de importancia:

AHF: Padre vivo portador de DM tipo II, resto negativo.

APNP: Originaria y residente del DF, ocupación secretaria, higiene regular, alimentación adecuada.

AGD: Menarca a los 12 años, 28 por 3, GV, PII, CI, AII.

APP: Amigdalectomizada, apendicectomizada.

P. Actual: 3 días de evolución con cuadro Vertiginoso con sensación de pesantez cefálica.

Exploración Física:

Obesa, sin datos positivos a la exploración general.

Exploración Neurológica: I) Funciones Cerebrales normales

Pares craneales normales, salvo presencia de salvas de

Nistagmo horizontal, Motor: normal, Sensitivo: normal

Vestibulo cerebeloso normal.

Exploración Otorrinolaringológica:

Paresia izquierda a pruebas calóricas, audiometría con caída tonal a tonos altos.

Laboratorio:

Hb de 14.5 gramos, leucocitos de 10 000.

glucosa de 82 mgs %, Urea de 31 mgs. creatinina nl, per-

fil de lípidos normales, Na de 145 meq, K 3.9, EKG nl.

Placas de cráneo y comparativas de mastoides normales.

Impresión diagnóstica: Laberintitis.

Manejo Médico/ con sedante laberíntico y dieta, desaparición del síndrome en 6 días.

CASO #9

Nombre: E. R. M.

Reg: 321011/2

51 años

Femenino

días de estancia :10

Antecedentes de Importancia:

APNP: Tabaco y alcohol negados, alimentación regular.

APP: Diagnosticada de soplo cardíaco a la edad de 10 años, resto negativo.

Padecimiento actual:

Lo inicia 20 días antes de su ingreso al presentar síncope al levantarse, acompañado de calosfríos así como vértigo rotacional subjetivo.

Exploración física:

Exploración Neurológica: Funciones cerebrales superiores normales, Pares craneales: Nistagmo oblicuo.

Resto normal.

Exploración General: Soplo aórtico de eyección, ventilación adecuada, obesidad, resto normal.

Evolucionó satisfactoriamente, desapareciendo el cuadro clínico de ingreso.

Estudios de laboratorio:

BH: Hb de 14.3 gramos, resto normal, VDRL negativo, Latex negativo, PCR negativa, ASL 250 u Todd, Glucosa de 120 mgs%, urea de 43, creatinina de 0.5 mgs, colesterol de 240 mgs, ésteres de 157, PFH normales.

Na de 140 meq, 4.1 de k,

Radiografías de cráneo normales

Comparativas de mastoides con otosclerosis derecha.

Gamagrama cerebral: disminución de la captación temporo-parietal derecha.

Electroencefalograma normal.

Angiografía vertebro Basilar normal

Audiometría normal.

Impresión diagnóstica: Vértigo por Insuficiencia Vascul- lar Cerebral y Otosclerosis derecha.

Manejo Médico.

CASO #10

Nombre: L.L.M.

Reg: 370828/8

18 años

Femenino

Antecedentes de importancia:

AHF: Diabéticos en línea materna, resto negativo.

APNP: sin importancia.

APP: faringoamigdalitis de repetición, traumatismo en pirámide nasal con fractura hace 3 años.

P. Actual: Inicio con su cuadro clínico 2 meses antes con vértigo subjetivo rotacional acompañado de cefalea occipital, náusea, vómito, posteriormente incoordinación así como lateropulsión por lo que se interna.

Exploración Física:

Otorrinolaringológico: Perforación timpánica derecha, cuello sin datos de patología, tórax: campos pulmonares y corazón sin problemas, abdomen y extremidades sdp.

Exploración Neurológica:

1) Funciones cerebrales superiores normales.

2) Pares craneales: V: disminución de la sensibilidad del conducto auditivo externo derecho. VII: Parálisis facial derecha, VIII: Nistagmo horizontal, IX: disminución del reflejo nauseoso.

3) Funciones Cerebelosas: Disdiadococinecia derecha, temblor distal más derecho, marcha atáxica, Disrtria.

4) Reflejos normales.

5) Motricidad y sensibilidad normal.

Laboratorio: BH normal, electrolitos y química sanguínea normal, PFH normal, VDRL negativo, PCR negativo, Latex y Células LE negativas, electroforesis de proteínas e inmunoglobulinas normales..

Gabinete: Placas de cráneo normales, Stenvert normal, Angiografía Vertebrobasilar: con compresión extrínseca de la Basilar a nivel del Clivus, Gamagrama cerebral y TAC masa ocupativa a nivel del ANGULO PONTO CEREBELOSO DERECHO CON DESPLAZAMIENTO DEL 4 VENTRÍCULO. Dimensiones de 4.7 por 4.1.

Impresión diagnóstica Glioma de angulo pontocerebeloso.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

CASO #11

Nombre: E.R. M. reg: 321011/2 edad 53 a.

Femenino Días de estancia: 11.

Antecedentes de importancia:

APNP: Medio socioeconómico medio bajo, resto negativo.

AGD: Menarca a los 12 años, 30 por 3, IVSA a los 18 años, GV, PIV, AI, CO, .

APP: Exantemáticos, tratada por hipotensión arterial. timpanoplastia derecha.

Motivo de Internamiento:

Cuadro vertiginoso objetivo rotacional de aparición súbita acompañado de escalofríos y sudoración, preferencialmente con los cambios de posición hacia adelante.

Exploración física:

Cabeza normal, angiotonía angioespática en el fondo del ojo, cuello: con los movimientos hacia adelante presenta: vértigo más cefalea, asociada con Náusea y sudoración, con presencia de Nistagmo oblicuo.

resto de exploración normal salvo soplo holosistólico multifocal.

Laboratorio:

HB de 14.3, Hct de 41, resto normal.

VDRL negativo, Asl 125 u Todd, latex negativo, Pcr - glucosa de 120 mgs, urea de 43, creatinina de 0.5 mgs%.

VES de 50 mm /hora, electrolitos normales.

Gabinete:

Placas de cráneo normales, cuello con osteoartritis degenerativa, electroencefalograma normal.

Gamagrama cerebral: disminución de la captación temporo-parietal derecho y occipital izquierdo.

Impresión diagnóstica:

Insuficiencia Vertebro Basilar con Insuficiencia Vas-cular cerebral, así como osteoartritis cervical.

Manejo Médico.

CASO:#12

Nombre M.G.C.

Reg: 210630/3

edad 51a.

Femenino.

Antecedentes de importancia:

APNP:Medio socioeconómico medio, lleva dieta pobre en carbohidratos, higiene adecuada, resto negativo.

APP:portadora de Diabetes mellitus desde hace 20 años actualmente bajo control con insulina, infección de vías urinarias crónica,y mal control metabólico.

Padecimiento actual:

Ingresa por cuadro vertiginoso rotacional subjetivo así como inestabilidad de 1 mes de evolución , asociado con náusea y vómito, motivo por lo que se agregó al cuadro laceración cardiesofágica.

A su ingreso: Signos vitales normales, Exploración Neurológica: Salvas de Nistagmo horizontal con disminución de la conducción ósea derecha así como marcha con inestabilidad , resto negativo.

Exploración Física General:

Adelgazada, con moderada deshidratación , cuello sin alteraciones, Tórax y cardiopulmonar normal, abdomen sin alteraciones, extremidades inferiores con Insuficiencia de sistema venoso superficial.

Laboratorio: HB 11.3 Hct 33 Plaquetas normales. Glucosa de 450 mgs%, Urea de 41, Creatinina de 1 mg Na de 136, Cl de 104, K3.

Audiometría: Pérdida auditiva para tonos graves tipo sensorial superficial derecho.

Electronistagmografía:Sacadas Nistagmicas a la derecha..

Pruebas Laberínticas: Hiperreflexia derecha.

Placas de Cráneo y comparativas de Mastoides: Normales.

Impresión diagnóstica:

Hidrops Metabólico.

Manejo médico.

CASO #13

REG 560312

edad 52a.

Femenino

Antecedentes de importancia:

Sin importancia, salvo que es el segundo cuadro vertiginoso que padece la paciente, así como portadora de secuela de parálisis facial derecha de tipo periférico.

Motivo de Ingreso:

Cuadro de 1 día de evolución con cefalea, Vértigo objetivo rotacional, imposibilidad para la marcha, Hipoacusia y tinnitus izquierdo.

Exploración Física:

Parésia facial descrita, Nistagmo horizontal con fase rápida a la derecha, sin problemas en las membranas timpánicas, existe ataxia de tipo Vestibular.

Así como también Romberg positivo.

Gabinete:

Radiografías de Cráneo en 3 posiciones y comparativas de mastoides normales..

Laboratorio:

Colesterol: 200 mgs%, ésteres de 52%, RPR negativo.

Biometría hemática normal, creatinina de 1 mgs, Nitrógeno de la urea normal, Glucosa de 205 mgs%,

Electrocardiograma normal, resto negativo.

Impresión diagnóstica:

Enfermedad de Meniere

Diabetes Mellitus tipo II

Manejo Médico.

CASO #I4

Reg: 89241

edad 71 a.

Femenina

Antecedentes de Importancia:

Hipertensión arterial descontrolada de 13 años de evolución, con control irregular con alfa metil dopa, furosemida y diazepam.

Padecimiento actual:

15 días de evolución con cuadro vertiginoso rotacional de tipo subjetivo, evidenciándose en forma más importante con los cambios de posición.

Exploración Física:

TA:200/120, Nistagmo horizontal franco, ORL negativo, datos Neurológicos negativos.

Exploración general: leve soplo sistólico plurifocal.

Laboratorio:

Glucosa 227 mgs%

Na y creatinina normal

Electrolitos normales

RPR negativo

Examen general de orina normal

BH normal

Gabinete:

Rx de cráneo y mastoides normales

Electrocardiograma normal.

Impresión diagnóstica:

Vértigo secundario a Hipertensión arterial acelerada

Insuficiencia cardíaca crónica, DM tipo II.

CASO #15

Reg:591110

edad:55a

Femenino.

Antecedentes sin importancia:

Ingresó por 2 problemas, #1: Vértigo rotacional de 5 días antes de ingreso asociado con acúfenos y cuyo cuadro se agrava con los cambios de posición.

No existe franca hipoacusia.

problema #2: Dolor epigástrico con pirosis compatible con hernia Hiatal sintomática.

Exploración Física:

Signos vitales normales, timpanoesclerosis bilateral con perforación antigua, de tipo central de el oído derecho. Nistagmo positivo horizontal a la estimulación con Hallpicke, así como reporta aumento de la sintomatología con la presión auricular "Signo de la fístula".

Pares craneales normales.

Pruebas vestibulo Cerebelosas: normales

Resto de exploración Negativa, excepto obesidad.

Laboratorio: BH normal, Glucosa 162 mgs%, colesterol de 133 mgs, triglicéridos de 165, lípidos totales de 660 mgs
Ego normal, RPR positivo.

Gabinete:

Electrocardiograma con bloqueo incompleto de rama derecha.

Radiografías de cráneo normales, mastoides con alteraciones de tipo mastoiditis derecha.

Impresión diagnóstica:

Vértigo por fístula de Canal semicircular

Mastoiditis derecha.

CASO #16

reg 531110

edad 21 a

femenino.

Antecedentes de Importancia:

Hemiparesia derecha transitoria a la edad de 7 años
cuadro de fiebre reumática a los 12 años, así como in-
toxicación medicamentosa con fines suicidas en 1976.

Cuadr actual:

Vértigo rotacional subjetivo así como acúfenos sin
náusea, vómito o hipoacusia, así como contracciones
musculares, se reporta antecedente de rechazo a una hi-
ja recién nacida.

Exploración Física:

Nerviosa, con labilidad emocional, signos vitales nor-
males, ORL con datos de congestión catarral de oído de-
recho.. NO se encuentra Nistagmo, así como ausencia de
el mismo con Hallpicke.

Respuesta normal al estudio calórico.

Pares craneales normales

Pruebas vestibulo cerebelosas normales

Resto negativo.

Laboratorio:

Glúcosa de 93 mgs%. Nitrógeno de la urea II, creatinina
normal, electrolitos normales. Triglicéridos de 73 mgs

BH normal

VDRL negativo

Gabinete:

Rayos X de cráneo normales

Mastoides normales

Electrocardiograma normal.

Impresión diagnóstica:

Vértigo por Hiperventilación

Neurosis de ansiedad.

CASO #17

reg:560312

edad 53 a

Femenino.

Antecedentes de importancia:

Cuadro de meningitis al parecer viral al año de edad sin secuelas.

Padece de paresia facial derecha de 5 años de evolución.

Resto negativo.

Padecimiento actual:

Cuadro Vertiginosorotacional con náusea, vómito ataxia cefalea frontal, reportando esta sintomatología desde hace 3 años, se ha ido exacerbando y remitiendo.

Se asocia con hipoacusia derecha.

Explotación Física:

Signos vitales normales, Nistagmo horizontal franco, ORL: con hipoacusia derecha, así como probables Síndrome de Cozten. Paresia facial derecha, Romberg positivo. Lateropulsión en la marcha.

Laboratorio:

Colesterolde 220 mgs%, ésteres de 52%, RPR negativo..

Biometría hemática normal.

Nitrógeno de la urea:16.3, Creatinina de 1 mg%.

Gabinete:

Electrocardiograma normal.

Audiometría: Hipoacusia superficial en frecuencias graves de el oído derecho.

Sacudidas nistágmicas de reojo con lentes de Frenzel.

Hiperexcitabilidad bilateral laberíntica.

Placas de cráneo normales, Stenvert no se realizó.

Impresión diagnóstica:

Vértigo Vestibular con involucro del SNC

A descartar Neurinoma del Acústico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

masculino.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: alcoholismo en forma importante, tabaquismo positivo, fué diagnosticado en una ocasión como portador de Eritema Nodoso, es hipertenso conocido desde hace 5 años tratadp a base de alfametildopa así como furosemeide.

PADECIMIENTO ACTUAL: Es ingresado por cuadro de HTA descontrolada , y en su evolución el hospital desarrolla cuadro de vértigo rotacional subjetivo, asociado con náusea, acúfeno fosfenos , a la exploración física se le encuentra con retinopatía grado 11, Nistagmo horizontal, así como lateropulsión a la izquierda, exámenes neurológicos y OTR sin evidencia de problema , lo que se evidenció fué alteración de la cifras de TA con los cambios de posición por más de 30 MM de Hg.

Laboratorio:

Colesterol de 300 mg

triglicéridos de 132 mgs

Biometría Hemática normal

Electrolitos Normales.

EGD: normal

Glucosa de 119 mg %

GABINETE:

Placas de Cráneo y mastoides normales, salvo calcificación del xifón carotideo.

EKG. Normal.

Impresión Diagnóstica:

Vértigo por hipotensión ortostática inducida farmacológicamente.

Hipertensión Arterial controlada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO # 19

REGISTRO 420331

edad 59 a.

Femenino

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Diabetes Mellitus de 20 años de evolución, tratada con hipoglucemiantes orales, así como en varias ocasiones pielonefritis,

15 días previos a su ingreso manifiesta alteraciones metabólicas, así como astenia, poliuria y polidipsia.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Lo inició hace 4 días con cuadro vertiginoso rotacional subjetivo con lateropulción a la derecha.

EXPLORACION FISICA:

Signos vitales normales, Nistagmo horizontal, resto de revisión ORL negativa.

Exploración Neurológica: solo lateropulción a la derecha.

El cuadro vertiginoso desapareció con el tratamiento farmacológico.

GABINETE

Rayos X de cráneo en 3 posiciones normales.

Radiografía comparativa de mastoides normal..

LABORATORIO:

Glicemia: 203 mg %.

Electrolitos y QS normal.

RPR: normal.

Impresión Diagnóstica:

Vértigo de origen metabólico.

Diabetes Mellitus tipo 11

Manejo Médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO #20
masculino

REG. 040929

Edad: 77 años

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Hipertensión arterial sistémica, así como hipoacusia por senilidad y aterosclerosis generalizada.

PADECIMIENTO ACTUAL

Lo inicia 3 días antes de su ingreso con cuadro catarral asociado con tos con flema, fiebre vespertina nocturna y hoy sufre lipotimia asociada con cuadro vertiginoso rotacional subjetivo.

EXPLORACION FISICA

Tensión arterial 210/ 110 mm de Hg Nistagmo horizontal de tipo fugaz, perforación timpánica central de oído derecho, el oído izquierdo con presbiacusia, sibilancias inspiratorias discretas, lateropulsión a la derecha, sin anomalías cerebelosas.

LABORATORIO:

Glucosa 152 mg %
Nitrogeno Ureico 18 mg %
Creatinina 2 mg %
Electrolitos y GH normal

GABINETE.

Radiografía de cráneo y mastoides normal

Impresión Diagnóstica:

Vértigo por Insuficiencia Vasculat Cerebral.

Presbiacusia

Perforación timpánica derecha antigua.

Manejo Médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

51

CASO #21 REGISTRO 461205

Edad 84 a

Femenino

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Insuficiencia venosa de miembros inferiores de 25 años de evolución, estrabismo convergente de 20 años, se conoce portadora de hipertensión arterial desde hace 2 años y reporta desde hace 2 años cuadros repetidos de vértigo y asociado con acúfenos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Ingresa por cuadro de vértigo rotacional con acúfeno e hipoacusia y nistagmo horizontal, con signos vitales normales, se realizó interconsulta con neurología y se manejó farmacológicamente.

Impresión Diagnóstica:

Vértigo de origen vascular

Aterosclerosis.

Manejo Médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO # 22

REG 301205

Edad 50 años

Femenino

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Padres muertos por accidentes vasculares cerebrales, hipertensión arterial por 13 años de evolución.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Lo inicia con cuadro vertiginoso y cefalea intensa, la cual se hace progresiva para posteriormente asociarsele diplopia y rigidez de nuca, se le realizó arteriografía cerebral tomografía acial computarizada, evidenciandose aneurisma de la cerebral media derecha.

Se intervino quirúrgicamente por herniación del Uncus con evolución tórpida postquirúrgica, desarrollando cuadriplegia oliguria y fallece

Impresión Diagnóstica:

Aneurisma de la cerebral media derecha roto con pródrómo vertiginoso.

Manejo Quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO #23

REGISTRO 120121

Edad 69 a.

Masculino

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Alcoholismo crónico , dos intervenciones quirúrgicas en la región inguinal derecha.

PADECIMIENTO ACTUAL

Ingresa procedente del servicio de Urgencias con el Dx de Síndrome de Meniere, relatando inicio de cuadro clínico el mismo día de ingreso con disminución de la fuerza de extremidades inferiores asociado con vértigo rotacional subjetivo, sin otro tipo de sintomatología.

EXPLORACION FISICA:

Se le encuentra consciente, disartrico, con nistagmo diagonal ataxia truncal disdiadococinecia izquierda. Dentro de la evolución intrahospitalaria se le agrega al cuadro clínico disfonía, síndrome de Horner izquierdo y hemiparesia izquierda.

LABORATORIO

Sin alteraciones.

GABINETE

Placas de Craneo y mastoides normales.

EKG: normal

Impresión Diagnóstica:

Vértigo central por Síndrome de Wallenberg.

Tratamiento médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO# 24

REGISTRO 151021

Edad 65

Masculino

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Dos internamientos en el último año, uno por migraña y el segundo por prostatectomía.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Ingresa procedente del servicio de Urgencias con el diagnóstico de S. de Meniere, reporta el paciente dolor auricular izquierdo con sensación ardorosa en el cuero cabelludo y posteriormente en la región temporal izquierda asociándose cuadro vertiginoso, niega hipoacusia o acufeno.

EXPLORACION FISICA:

Sin alteraciones vasculares temporales, nistagmo horizontal, no existiendo alteraciones en los pares craneales, así como no se encontraron alteraciones ni de laboratorio ni de gabinete.

Debido al curso clínico, la falta de involucro audiológico, se clasificó a esta patología como:

Impresión Diagnóstica:

Neuritis Vestibular.

Manejo Médico.

CASO # 25

REGISTRO 170136

Edad 45 a

Masculino.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Parálisis facial derecha de 5 años de evolución, con hipoacusia derecha de un año, ingresa por cuadro de debilidad progresiva de miembros inferiores, hiporexia y reporta sensación vertiginosa rotacional subjetiva, dificultad para la articulación de la palabra, diplopia a la mirada lateral y dificultad para la deglución.

EXPLORACION GENERAL Y NEUROLOGICA:

Datos francos de alteración cerebral, como fueron: pares craneales: recto externo derecho parético, parálisis facial derecha, estato acústico tomado en sus dos ramas, diagnóstico inicial: Neurinoma del Acústico.

Se le realizó arteriografía placas de Stenvert, tomografía axial computarizada y electronistagmometría con pruebas vestibulares, confirmandose la impresión de neurinoma del acústico.

El paciente no se interviene quirúrgicamente ya que se dió de alta voluntaria.

Manejo Médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO #26
masculino

Reg: 310429/1

52 a.

Antecedentes de importancia:

AHF: Abuela materna muerta por AVC, padre muerto por cardiopatía isquémica.

APNP: Clase media, dieta restricta de carnes rojas, policía judicial, alcohol regular, tabaco positivo +++.

APP: Dx de Gota hace 10 años tratado a base de colchicina, alopurinol, fenilbutazona, se conoce portador de Hipertensión arterial desde hace 3 años tratada con alfa metil dopa y diurético.

Reporta vértigo subjetivo rotacional con cambios de posición así como hipoacusia desde hace 4 años, se asocia con cuadros de diplopia, el motivo de ingreso por Hipertensión arterial acelerada.

Exploración física gral y Neurológica:

Normal, salvo disparos de Nistagmos Horizontal, de preferencia con los cambios de posición, prueba de Hallpike positiva. Existe además disminución de la agudeza auditiva y al fondo de ojo KWB1.

Exploración general: Cabeza, cuello. DRL, sin anomalías, tórax con fenómenos soplante de eyección plurifocal abdomen sin alteraciones, enfermedad tofácea diseminada.

Laboratorio:

Biometría hemática normal, química sanguínea y electrolitos normales, VDRL negativo, Latex y PCR negativo, colesterol de 224 mgs%, ácido úrico en orina de 24 horas: 203 mgs %, depuración de creatinina 150 ml/min.

Gabinete: EKG con sobrecarga sistólica, Audiometría normal, placas de cráneo y mastoides normales, pruebas caloricas sin datos de alteración

Impresión diagnóstica:

Gota Tofácea, vértigo por alteración metabólica más postural.

Manejo médico.

CASO #27

Reg: No derechohabiente 39a.

Antecedentes de importancia negativos.

Ingresó al servicio de urgencias por presentar vértigo objetivo rotacional asociado con cefalea sin predominio, inestabilidad para la marcha y lateropulsión a la derecha así como Romberg.

Exploración física:

Neurológica: Pares craneales sin alteraciones salvo presencia de Nistagmo horizontal.

Motoricidad normal.

resto de exploración normal.

Exploración General: Disminución de la agudeza auditiva con hiperemia timpánica, cuello sin alteraciones, cardiopulmonar, abdomen, genitales y extremidades sin datos de alteración.

Laboratorio:

Glucosa de 98 mgs%, Urea de 32, Creatinina normal.

Electrolitos normales.

Biometría hemática: HB de 16 grms, Hct de 50, leucocitos de 4 500 con 50% de Linfocitos.

Gabinete:

Audiometría: Trauma acústico bilateral probable laberintitis viral.

Placas de cráneo y comparativas de mastoides normal.

Impresión diagnóstica:

Laberintitis viral.

Manejo médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO #28
Masculino

Reg: 100412/4

73 años

Antecedentes de importancia:

AHF:hermano muerto por Accidente vascular cerebral, 3 hermanos con hipertensión arterial..

APNP: higiene, alimentación adecuada, alcohol +, tabaco moderado..

APP: 40 años de saberse hipertenso, se controla con alfa metil dopa y diurético.

A su ingreso con cefalea, diplopia, confusión mental, dislalia, vértigo, marcha atáxica, con TA de 190/130 mms por lo que se maneja de ingreso en urgencias y posteriormente se hospitaliza.

Revierte sintomatología dejando síndrome Cerebeloso derecho con hemianestesia derecha y moderado vértigo, se le realiza angiografía dejando secuela de alteración vascular sobre la Cerebral media izquierda.

Laboratorio:

Química sanguínea normal, electrolitos normales, biometría hemática y examen de orina normal.

Gabinete:

Electroencefalograma: brotes bilaterales compatibles con insuficiencia vascular cerebral.

Gamagrama cerebral: Asimetría de captación por aumento en frontoparietal izquierdo.

Angiografía con disminución de la circulación en general. EKG con crecimiento de ventrículo izquierdo.

Impresión diagnóstica:

Vértigo por Encefalopatía Hipertensiva.

Manejo médico.

CASO #29

Reg: 440713/3

36 a.

Femenino.

Antecedentes de importancia:

AHF: Hermana nefrectomizada, desconoce la causa.

APNP: Enfermera, tabaco y alcohol negado, resto negativo.

APP: Infecciones urinarias de repetición, traumatismo craneano hace 5 años con espondilolistesis de C6.

Padecimiento actual:

Manifestaciones de Vértigo objetivo rotacional asociado con diplopiay lipotimias así como palpitaciones.

Exploración Neurológica: Nistagmo vertical y oblicuo en salvas, Paresia del VI derecho, resto normal.

Exploración física general:

sin anormalidades que comentar.

Laboratorio:

Biometría hemática normal, química sanguínea y electrolitos normales, examen de orina y urocultivo sin alteraciones.

Gabinete:

Campimetría: disminución concéntrica de la agudeza visual derecha.

Audiometría: normal.

Electroencefalografía:

Alteración temporal izquierda activada por sueño fisiológico, datos que sugieren descarga epiléptica parcial.

Panangiografía: con rectificación de la cerebral posterior.

Tomografía axial computarizada: sin anomalías.

Impresión diagnóstica :

Epilepsia del lóbulo temporal Izquierdo.

Manejo médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Caso #30

reg 491104/6

65 a.

Femenino.

Antecedentes de importancia:

AHF: Madre viva con Hipertensión arterial.

APNP: alimentación pobre en aporte calórico.

APP: Exantemáticos, se reportan mareos de 20 años de evolución, colecistectomizada a los 64 años, cuadro precedido de ictericia obstructiva.

Acude a consulta por asociársele a su cuadro inestabilidad más importante así como vértigo rotacional subjetivo de preferencia con la cabeza en posición hacia arriba o con los cambios súbitos de posición.

Exploración física general normal.

Neurológica:

Hallpicke positivo, pares craneales normales, salvo presencia de Nistagmo horizontal, así como disminución de la agudeza auditiva bilateral y mixta.

Laboratorio: normal.

Gabinete: Placas de cráneo: Normales

Columna cervical: Osteoartritis cervical.

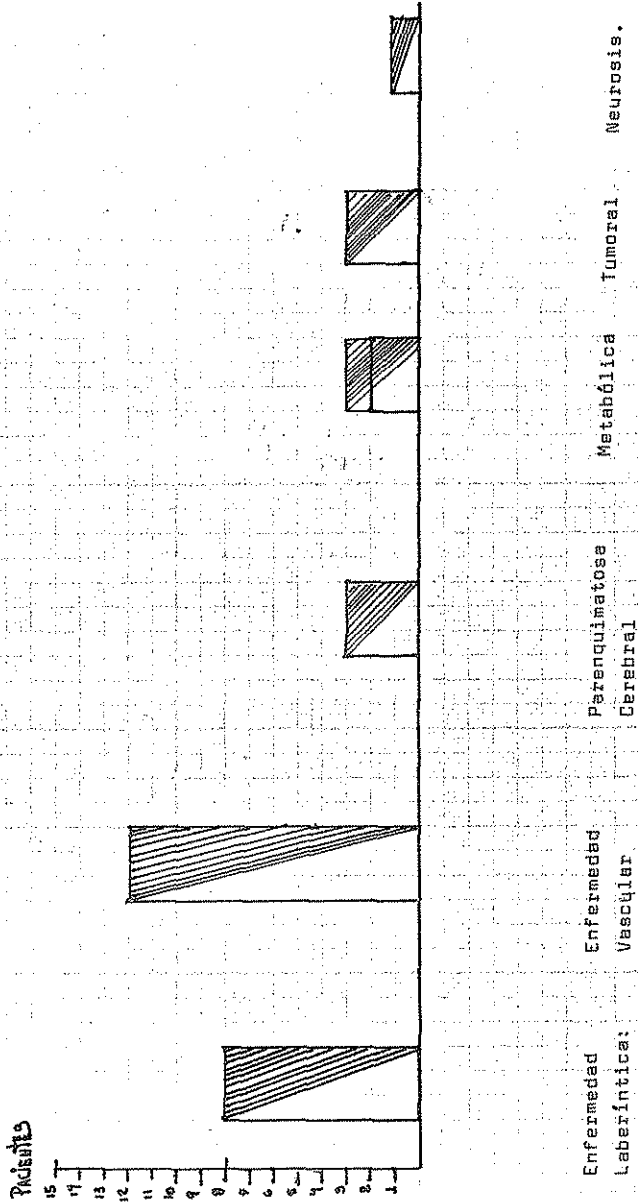
Impresión diagnóstica:

Insuficiencia Vertebro Basilar.

Manejo médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

Los resultados a que llego por el presente estudio son:

GRUPO #4

Enfermedades laberínticas:

Enfermedad de Meniere:

Casos: 1, 7, 13

Neuritis Vestibular:

Casos: 2, 24

Fístula de canal Semicircular

caso: 15

Laberintopatía Inespecífica:

casos: 8, 26.

GRUPO #2

Enfermedades Vasculares:

Encefalopatía Hipertensiva:

casos: 3, 28.

Insuficiencia Vertebro Basilar:

Casos: 11, 20, 30

Hipertensión arterial acelerada:

caso 14

Síndrome de Wallenberg:

casos : 5, 23

Insuficiencia Vasular cerebral:

casos: 9, 20

Hipotensión Ortostática:

caso: 18

Aneurisma con pródrómo Vertiginoso:

caso: 22

Vértigo Vasular:

caso: 21.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRUPO #3

Enfermedades Parenquimatosas Cerebrales:

Cisticercosis Cerebral:

caso 6

Vértigo postraumático:

caso:4

Epilepsia del Lóbulo Temporal:

caso: ~~19~~. 20

GRUPO #4

Enfermedades Metabólicas:

Vértigo Metabólico:

caso: 19, 22.

Alteración del metabolismo de las
purinas:

caso:27

GRUPO #5

Enfermedades Tumorales:

Glioma del ángulo pontocerebeloso

caso: 10

Neurinoma del Acústico:

caso: 17(sospecha)

25(probado)

GRUPO #6

Neurosis:

caso: 16.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

64

RESULTADOS:

Como se puede apreciar, la etiología es múltiple tal y como lo señalan las referencias Bibliográficas. Otra de las consideraciones que se hacen es que de los 30 pacientes, 29 tenían vértigo verdadero y uno de ellos no, caso 16, con Neurosis.

También hay que señalar que la presencia de nistagmo es necesaria para hablar de la validez de el síndrome, así como el tipo, esto es su dirección, ya que en la literatura se habla de nistagmo horizontal como alteración laberíntica y diagonal o bien oblicuo como alteración central, mismo que encontramos en nuestros pacientes, dependiendo de el tipo de afectación.

En los pacientes existió, por su edad, un gran involucro metabólico, esto es alteración de el metabolismo glúcido así como lipídico, pero solo en 2 casos fueron estas causas responsables directas de el síndrome.

No hubo positividad en los estudios para sífilis en nuestros pacientes salvo en uno de ellos y su cuadro vertiginoso no fué imputable a neurosífilis.

Así mismo el principal grupo de afectación lo conformaron los pacientes portadores de alteración vascular siendo estos los pacientes de mayor edad, así como los que mayor número de agravantes ateroscleróticas.

Se hizo una división entre Encefalopatía Hipertensiva y con Hipertensión arterial acelerada, en base a las cifras de tensión arterial así como la regresión de la sintomatología.

28 de los pacientes tuvieron manejo médico principalmente con fármacos del grupo de los antihistamínicos, derivados de las etanolaminas y piperazinas.

Resultados:

El tratamiento quirúrgico se les realizó a 2 casos.
Caso #10; Glioma de el ángulo pontocerebeloso, dicha paciente se encuentra perdida en los controles de hospital desde el punto de vista oncológico y probablemente ya halla fallecido.

Caso #22: Paciente portadora de aneurisma roto de la cerebral media derecha.

Mortalidad:

Probada; caso 22, probablemente el 10.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Richard Holt: "The Initial Assesment and Management Plan for the Vertiginous Patient"
Ear, Nose and Throat Journal.
Volume 59, Sept 1980, pags: 11-22.
- 2) Desmond O'oherty: "Neurologic Emergencies"
Sudden Onset Vertigo, Medical Examination Publishing, 1977, pags 232-252.
- 3) Torok N: "Experimental Evidence of Etiology Postural Vertigo": ORL, 40, 1978. Pags 32-42.
- 4) CVP de Jesús: "Neurologic Aspects of Vertigo"
Ear, Nose and Throat Journal: Volume 59, sept 1980, pags 59-70.
- 5) William Fryse: "Essential Neurology",
Tinnitus and Vertigo, Manual Moderno, 1980, pags: 290-298.
- 6) Dix M.R.: "Test of Vestibular Function".
British Medical Journal: 1969, 317-323.
- 7) J.C. Cooper: "The Audiovestibular Test Battery for Vertigo" Ear, Nose and Throat Journal Vol 59, Oct 80
jags: 24 a 36.
- 8) Charles P Lincoln: "Neuroradiologic Evaluation for Vertigo", Ear, Nose and Throat Journal, Vol 59 sep 80
pags: 38-42.

BIBLIOGRAFIA:

- 9) Douglas Mattox: "Medical Management of Vertigo"
Ear, Nose and Throat Journal, vol 59 oct 80, pages
7-13.
- 10) Olson J: "Surgical Treatment of Vertigo".
Ear, Nose and Throat Journal, Vol 59, Oct 80 pages:
17-28.
- 11) Suchenwirth: "Pocket Book of Clinical Neurology"
second edition, Medical Publishers, London. 1981.
pages: 128-130.
- 12) Friedman H: "Problem Oriented Diagnosis"
Dizziness and Vertigo, Little Brown Co, 1980, pages:
332-335.
- 13) Miles Foxen: "Diseases of the Ear, Nose and Throat"
Vertigo, Blackwell Scientific Publications, London
1975, pages 74-83.
- 14) Clínica Mayo: "Examen Neurológico", La Prensa
Médica Mexicana, 1980, pages 52-65.