



Clínica cotidiana

Vértigo central como debut de esclerosis múltiple

Rebeca Hernández Román^{a,*}, Nubia Maritza Gutiérrez Tello^b, Susana Herrero Alonso^c,
 Cristina Fanarraga Vergel^a, Ana María García Rodríguez^a, Nuria Hierro Vallejo^d

^aCentro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^bCentro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. ^cHospital Universitario de Burgos. Burgos.

^dCentro de Salud Pisuerga. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Vértigo central

Esclerosis múltiple

Focalidad neurológica

Mareo

R E S U M E N

El mareo constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y representa un reto diagnóstico por la variedad de etiologías. La distinción entre vértigo periférico y central es fundamental, ya que este último puede reflejar patología neurológica grave que exige una actuación urgente. La identificación precoz de signos de alarma resulta esencial para optimizar el manejo clínico y evitar retrasos diagnósticos.

Se presenta el caso de una mujer de 34 años cuya sintomatología vertiginosa, inicialmente anodina, reveló hallazgos sugestivos de afectación central con posterior diagnóstico de esclerosis múltiple (EM).

Este caso pone de manifiesto la importancia de reconocer patrones clínicos atípicos y de mantener un alto índice de sospecha ante signos neurológicos sutiles, dado que el diagnóstico temprano y el inicio precoz del tratamiento modificador de la enfermedad son determinantes para mejorar la evolución y el pronóstico de los pacientes con EM.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Central vertigo as the initial presentation of multiple sclerosis

A B S T R A C T

Dizziness is one of the most frequent reasons for consultation in primary care and presents a diagnostic challenge due to the variety of etiologies. Distinguishing between peripheral and central vertigo is fundamental, as the latter can reflect serious neurological pathology requiring urgent intervention. Early identification of warning signs is essential to optimize clinical management and avoid diagnostic delays.

We present the case of a 34-year-old woman whose initially benign symptoms of vertigo revealed findings suggestive of central involvement, leading to a subsequent diagnosis of multiple sclerosis (MS).

This case highlights the importance of recognizing atypical clinical patterns and maintaining a high index of suspicion for subtle neurological signs, given that early diagnosis

Keywords:

Central vertigo

Multiple sclerosis

Neurological focality

Dizziness

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rhernandezrom@saludcastillayleon.es (R. Hernández Román).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.056>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

and prompt initiation of disease-modifying therapy are crucial for improving the course and prognosis of patients with MS.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 34 años que acude a consulta de atención primaria por sensación de giro de objetos de dos días de evolución. El episodio no le impide la realización de sus actividades diarias. Se acompaña de náuseas y malestar general. Niega hipoacusia, acúfenos, sintomatología infecciosa, consumo de tóxicos y antecedentes personales o familiares de interés.

La exploración física muestra cifras de presión arterial de 122/68 mmHg, frecuencia cardiaca de 72 latidos por minuto y saturación de oxígeno del 98 %. La auscultación cardiopulmonar es anodina. En la exploración neurológica destaca la presencia de nistagmo multidireccional de la mirada, claudicación de la extremidad superior izquierda en la maniobra de Barré y Romberg positivo, siendo el resto de la exploración normal. Se realiza también un electrocardiograma que no evidencia alteraciones significativas.

Ante la presencia de focalidad neurológica sugestiva de vértigo central, la paciente es derivada al Servicio de Urgencias Hospitalarias donde tras ser valorada por el Servicio de Neurología ingresa a su cargo y se diagnostica a la paciente de esclerosis múltiple (EM).

Comentario

El mareo constituye un motivo de consulta frecuente en atención primaria y supone un desafío diagnóstico debido a

la amplia variedad de etiologías posibles¹. Diferenciar entre vértigo periférico y central resulta esencial (tabla 1), dado que este último puede asociarse a patologías neurológicas graves que requieren actuación urgente. La identificación de signos de alarma es clave para orientar adecuadamente el manejo clínico y evitar retrasos diagnósticos potencialmente perjudiciales².

La EM es una enfermedad autoinmune desmielinizante que afecta al sistema nervioso central (SNC). Su presentación clínica varía ampliamente de acuerdo con la localización de las lesiones. El debut con vértigo central es poco frecuente³.

El vértigo supone un 5 % de las consultas diarias realizadas, alcanzando hasta el 20 % en mayores de 65 años. En torno al 90 % de los episodios son de origen periférico, mientras que el vértigo central supone entre el 5 y el 10 %; un porcentaje clínicamente significativo, dada la gravedad potencial de sus causas⁴.

Se estima que sólo un pequeño porcentaje de los pacientes experimentan síntomas predominantemente vestibulares en el debut de la EM, siendo más típico el inicio con neuritis óptica, mielitis, parestesias o fatiga. No obstante, el tronco encefálico y el cerebelo son localizaciones habituales de las lesiones desmielinizantes, lo cual puede producir nistagmo multidireccional, ataxia o alteraciones posturales, hallazgos claramente visibles en nuestra paciente³.

La EM presenta mayor incidencia en mujeres jóvenes entre los 20 y 40 años. Habitualmente cursa en forma de brotes. La forma remitente-recurrente es la más habitual y se caracteriza por brotes de disfunción neurológica seguidos de recuperación parcial o completa. Otras variantes incluyen la forma secundaria progresiva, marcada por deterioro neurológico progresivo tras una fase de brotes, y la forma primaria progresiva, que

Tabla 1 – Diagnóstico diferencial entre vértigo periférico y vértigo central.

Características	Vértigo periférico	Vértigo central
Inicio	Brusco	Insidioso
Duración/Intensidad	Corta/Muy intenso	Persistente/Leve
Síntomas vegetativos	Náuseas, vómitos	Poco frecuentes
Síntomas otológicos	Hipoacusia, acúfenos	Raro
Síntomas neurológicos	Ausentes	Sí
Tipo de nistagmo	Horizontal/rotatorio, inhibido por fijación	Vertical, multidireccional, no se inhibe
Causas	VPPB, neuronitis vestibular, Ménière	ACV, EM, tumores, migraña vestibular

VPPB: vértigo posicional paroxístico benigno; ACV: accidente cerebrovascular; EM: esclerosis múltiple.

Modificado de: Karatas M. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *Neurologist*. 2008;14(6):355-64.

curso con progresión clínica desde el inicio sin brotes claramente definidos³.

El diagnóstico de EM es clínico y se basa en los criterios de McDonald, que establecen la necesidad de demostrar diseminación en tiempo y espacio de las lesiones³.

La resonancia magnética (RM) constituye la herramienta más sensible para confirmar la afectación multifocal característica de la enfermedad. Las lesiones típicas se localizan en regiones periventriculares, infratentoriales, yuxtacorticales y en médula espinal. La identificación simultánea de lesiones con captación de gadolinio (activas) junto con otras sin captación permite demostrar diseminación temporal en un único estudio. Asimismo, la aparición de nuevas lesiones en controles posteriores aporta evidencia adicional de actividad inflamatoria³.

El análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) también contribuye al diagnóstico, especialmente en presentaciones atípicas o en casos en los que la RM no es concluyente. La presencia de bandas oligoclonales de IgG en el LCR, con ausencia de estas en suero, indica síntesis intratecal y apoya la naturaleza autoinmune crónica de la enfermedad³.

Aunque los potenciales evocados han perdido peso en los criterios diagnósticos recientes, permiten detectar lesiones subclínicas y contribuyen a demostrar diseminación en el espacio³.

La detección temprana de la EM tiene implicaciones pronósticas importantes, ya que permite iniciar tratamiento modulador de la enfermedad en fases iniciales, reduciendo la frecuencia de brotes y enlenteciendo la progresión de la

discapacidad³. Por este motivo, la identificación de signos neurológicos de alarma en atención primaria resulta crucial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young P, Castillo-Bustamante M, Almirón CJ, Bruetman JE, Finn BC, Ricardo MA, et al. Enfoque del paciente con vértigo [Approach to patients with vertigo]. *Medicina (B Aires)*. 2018;78(6):410-6.
2. Karatas M. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *Neurologist*. 2008;14(6):355-64.
3. Meca-Lallana JE, Martínez Yélamos S, Eichau S, Llana MÁ, Martín Martínez J, Peña Martínez J, et al. Consensus statement of the Spanish Society of Neurology on the treatment of multiple sclerosis and holistic patient management in 2023. *Neurologia (Engl Ed)*. 2024;39(2):196-208.
4. Domínguez-Durán E, Mármol-Szombathy I, Palmero-Olmo E, Nogales-Nieves A, López-Urbano MJ, Palomo-Sánchez A, et al. Epidemiology of balance disorders in primary care. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2021;72(1):11-20.