

Síndrome vertiginoso en la mujer

HOSPITAL UNIVERSITARIO "FAUSTINO PÉREZ HERNÁNDEZ ". MATANZAS
Síndrome vertiginoso en la mujer
Vertiginous syndrome in women.

AUTORES:

Dra. Elsa Boyero Palenzuela (1)
Dra. Carmen Lidia Peña Casal (2)
Dr. Javier Alfonso Rodríguez (3)
Dra. Diancys Barrera Rivera (4)

(1) Especialista de 2do. Grado en Otorrinolaringología. Profesora Auxiliar.
Investigadora agregada
(2) Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y en
Otorrinolaringología. Diplomada en Audiología
(3) Especialista de 1er. Grado en Medicina General y en Otorrinolaringología
(4) Especialista de 1er. Grado Otorrinolaringología

RESUMEN

En este trabajo se realiza un estudio de las causas que originan vértigo, con mayor frecuencia en la mujer, así como la asociación de este síntoma con otras enfermedades, en especial la menopausia y la obesidad. Se tuvo en cuenta que estas dos enfermedades se acompañan de daños sistémicos, como la artrosis cervical, osteoporosis, entre otras, que pueden ocasionar vértigo. Se realizó un estudio de desarrollo descriptivo donde el universo de estudio fue todas las mujeres que acudieron a la consulta de Otorrinolaringología refiriendo vértigo. Los objetivos que perseguimos en este trabajo fueron: identificar los factores de riesgos, definir las causas etiológicas y mejorar la calidad de vida de la población femenina. En las conclusiones encontramos que: la causa periférica más frecuente fue el vértigo posicional paroxístico benigno y la insuficiencia vértebro-basilar fue la causa central de mayor incidencia. Podemos señalar que la relación menopausia-vértigo demostró gran evidencia en la población estudiada, así como la obesidad.

DESCRIPTORES(DeCS):

VÉRTIGO/etiología
MENOPAUSIA
OBESIDAD/complicaciones
OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA/complicaciones
HUMANO
FEMENINO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

El vértigo es uno de los síntomas más frustrantes para el médico y el paciente, ya que se trata de una sensación subjetiva que no se puede cuantificar. Los pacientes

que refieren sensación de vértigo experimentan gran ansiedad por la disminución de sus capacidades al distorsionarse su equilibrio. Este síntoma en muchas ocasiones se encuentra asociado a otras enfermedades. (1) En el caso de las mujeres existen riesgos propios del sexo, como es específicamente la menopausia, con la consecuente aparición de la osteoporosis (2) y los trastornos de la columna vertebral por la falta de ejercicios y malos hábitos posturales, siendo en extremo frecuentes los daños cervicales que llevan a la disminución del riego sanguíneo por compresión de la arteria vértebro-basilar. Los malos hábitos alimenticios y la obesidad son otros factores importantes en la aparición del vértigo asociado a otras patologías como la diabetes, hipertensión, hipertiroidismo y diarreas crónicas. (3)

El vértigo es motivo de consulta en muchas especialidades, por lo que consideramos importante su estudio para definir las causas etiológicas de esta patología en cada paciente y actuar con eficacia, realizando el tratamiento adecuado para garantizar una óptima atención y garantizar la calidad de vida de la población. (4)

Los objetivos que perseguimos en nuestro trabajo son los siguientes:

- Identificar los factores de riesgo en la población femenina.
- Definir las causas etiológicas más frecuentes.
- Mejorar la calidad de vida de la población femenina.

MÉTODO

Se realiza un estudio de desarrollo descriptivo, donde el universo son todos los pacientes femeninos que acuden a consulta de ORL por presentar vértigo, recogiéndose todos los datos en un anexo que contiene la historia clínica completa, que incluye en la anamnesis los antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos tóxicos y uso de fármacos. También examen físico otorrinolaringológico y neurológico específico, así como resultado de complementarios y de pruebas vestibulares y audiométricas. Los resultados se presentan en tablas estadísticas.

RESULTADO

Tabla No. 1. Grupo de edades

Grupo de edades	No. Casos
15-30	3
31-45	20
46-60	22
+60	5
Total	50

Fuente: Anexo 1

Tabla No. 2. Grupo de edades antecedentes patológicos personales

Patologías encontradas	15-30	31-45	46-60	+60
Enfermedades ORL	2	5	3	3
Enf. crónicas no transmisibles	2	5	20	5
Hábitos tóxicos	2	10	5	3

Fuente: Anexo 1.

Tabla No. 3. Pruebas audiológicas .

Pruebas Vestibulares		Audiometría			
		Normal	Hipoacusia		
			Lig.	Mod.	Sev.
Normal	32	19	2	-	-
Arreflexia	5	-	1	2	2
Hiporreflexia	13	5	12	5	
Hiperreflexia	0	-	-	-	-
Total	50	26	15	7	2
				24	

Fuente: Anexo 1

DISCUSIÓN

El diagnóstico positivo de la causa que origina el vértigo es difícil y debemos tener presente algunos conceptos fundamentales como son: El síndrome vertiginoso: Es un conjunto de síntomas y signos vitales caracterizados por alteraciones de la audición y el equilibrio, acompañado de náuseas, vómito, fatiga, sudoración, malestar general y bradicardia dependiendo de la etiología. (5)

Ante un vértigo lo primero es averiguar si es:

- Periférico (oído medio, laberinto, coclea, VIII par).
 - Central (afecta primera neurona, cerebro, cerebelo y protuberancia).
 - Sistémico (fármacos, psicógenos, tóxicos, etc.).

Etiologías más frecuentes

Vértigo Periférico

- Enfermedades del oído medio (otitis medias agudas y crónicas)
- Otoesclerosis
- Herpes zoster del ganglio geniculado (Ramsay Hunt).
- Tapón de cerumen.
- Neuritis vestibular o laberintitis aguda : Es la causa más frecuente para algunos autores y está precedida a veces de cuadro viral o bacteriano, puede verse a cualquier edad. No se acompaña de sordera, tinnitus, ni signos centrales, dura horas o varios días, suele haber nistagmus espontáneo.
- Enfermedad de Meniere (vértigo laberíntico crónico). Presenta triada característica: vértigo, sordera y tinnitus unilateral; el vértigo es el último en aparecer, dura horas.

- Vértigo posicional paroxístico benigno o vértigo episódico (cupulolitiasis). No hay hipoacusia, los tests calóricos son normales, duración corta; es ideopático, aunque puede deberse a formación de otolitos en utrículo y sáculo, más frecuente en la mujer, dura minutos y se produce con los cambios de posición.
- Traumatismos accidentales o quirúrgicos.
- Ototoxicidad.
- Neurinoma del acústico.

Vértigo Central

- Tumores de fosa posterior (cefalea, vómitos matinales y vértigos), signos cerebelosos y cerebrales, fondo de ojo patológico.
- Enfermedad vascular como hipertensión, arritmias, anemia, insuficiencia vertebro-basilar (diplopia, disartria, parestesias, entumecimiento facial, disfagia que acompañan al vértigo). Muchos autores la consideran causa frecuente en la mujer (5, 6, 8-10).
- Hemorragia o infarto cerebeloso (imposibilidad de caminar).
- Síndrome del robo de la subclavia (claudicación del brazo, soplo sobre la subclavia).
- Epilepsia temporal. Es una causa importante de vértigo.
- Vértigo post-traumático (paroxístico).
- Migraña basilar de Bickerstaff (trastorno de la arteria basilar, problemas visuales, cefalea occipital).
- Esclerosis múltiple (difícil de distinguir del periférico, síntomas de SNC), afecta más frecuentemente a jóvenes.
- Tumores del cerebelo y del tronco cerebral. Primarios en niños, en los adultos metastásicos.
- Síndrome de Bruns (por quiste o tumores del cuarto ventrículo que hacen efecto de válvula, se ve en la Cisticercosis).
- Patologías degenerativas.
- Malformaciones.
- Neurinoma del acústico (4, 6, 7).

Vértigos de comienzo periférico y final central . Causas .

- Afecciones del VIII par. Neurinomas del acústico.

Comienza con la vaina de la porción vestibular apareciendo tinnitus, hipoacusia, vértigos: a medida que el tumor crece, aparece:

Pérdida del reflejo corneal.

Paresia facial.

Signos cerebelosos (ataxia).

Vértigo Sistemático. Causas.

- Fármacos y tóxicos (Periférico).
- Vértigos psicógenos (Central).
- Vértigo ideopático.

Como refleja la tabla # 1 las edades más frecuentes de aparición del vértigo en la mujer es a partir de los 30 años y es entre 45-50 en nuestra muestra donde es más evidente, coincidiendo con el climaterio que se plantea; puede tener un período de hasta 10 años. (3-9)

Las enfermedades de otorrinolaringología asociadas al vértigo según los resultados reflejados en la tabla # 2: tenemos en primer lugar el síndrome cocleo vestibular periférico de él, el vértigo posicional paroxístico benigno que según todos los autores revisados es más frecuente en la mujer, dura poco tiempo y puede repetirse a largo plazo, generalmente es producido por otolitos en utrículo o sáculo y se agudiza con los cambios de posición, no hay hipoacusia y los tests calóricos son normales. Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles la hipertensión, diabetes, artrosis cervical, obesidad e hipercolesterolemia son las patologías más frecuentes que se relacionan al vértigo. (10-11). Si a estas enfermedades crónicas no transmisibles les adicionamos todos los trastornos hormonales que produce la menopausia y los cambios de artrosis dados por la osteoporosis, podremos comprender la relación que existe entre menopausia y vértigo en la mujer. Dentro de los complementarios específicos de ORL tenemos las Pruebas Vestibulares y Audiometrías. En nuestros pacientes, como refleja la tabla # 3, es significativo que 32 pacientes tuvieron PV normales, lo que nos hace pensar en una causa central o sistémica. (12-13). Dentro de las causas centrales la más frecuente en la mujer, según nuestra bibliografía y los resultados de nuestro trabajo, fueron las enfermedades vasculares y la migraña basilar; y dentro de la vascular son la hipertensión arterial y la insuficiencia vértebro-basilar las que predominan. La enfermedad de Meniere en la mujer no es frecuente según nuestros resultados (14-15) y la bibliografía revisada.

Los resultados de las audiometrías fueron importantes, ya que 26 fueron normales y 24 patológicas, de ellas podemos señalar que sólo las siete moderadas y las dos severas son de valor. En estas últimas una con una posible otoesclerosis, característica enfermedad sólo de la mujer y que se ve en la edad fértil fundamentalmente, y otra una presbiacusia, ya que corresponde a una paciente mayor de 60 años y sin antecedentes patológicos (12) .

Manejo del paciente

- Ante las múltiples causas, la conducta debe individualizarse en cada paciente.
- Hemos visto como la anamnesis y la exploración física pueden orientarnos en la mayoría de los enfermos.
- El uso de pruebas complementarias específicas va dirigida a cada paciente, según sus antecedentes y orientación diagnóstica.

Tratamiento

El tratamiento depende de las causas que lo originen :

- Habitualmente se emplean: anticolinérgicos, antihistamínicos, vasodilatadores, psicofármacos y simpático miméticos (adrenérgicos) (9, 10, 13).
- Los ejercicios de relajación fisioterapéuticos no deben realizarse en la fase aguda.

Actualmente se usan otras medidas complementarias al tratamiento farmacológico como son:

- Ozonoterapia
- Cámara Hiperbárica

- Fisioterapia (bipedestación, percepción plantar, estabilidad cerviceo y vestibulo ocular). Se utiliza en las intercrisis.
- Acupuntura.

Lo más importante es tratar la enfermedad de fase, hacer tratamiento preventivo y eliminar siempre que se pueda la causa que lo origina.

Las conclusiones finales de nuestra investigación fueron las siguientes:

- Las enfermedades metabólicas en la mujer, dígase diabetes y obesidad, tienen un gran peso en la aparición del vértigo, siendo los factores de riesgo más importantes.
- Las causas que lo originan son múltiples y en ocasiones van acompañando a otras patologías.
- El vértigo posicional paroxístico es la causa de mayor incidencia en la mujer.
- Las patologías del sistema cardiovascular son las más frecuentes en el vértigo central y de ellas la hipertensión y la insuficiencia vértebro-basilar.
- El tratamiento y pronóstico dependen de la causa que lo produce.
- Lograr y mejorar la calidad de vida de estos pacientes es nuestro objetivo fundamental y debe estar presente en la relación médico-paciente la Bioética, por lo que la atención a la obesidad y a las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión, artrosis cervical y osteoporosis en la mujer es fundamental para mejorar la calidad de vida.
- La menopausia es causa de vértigo en la mujer con mucha frecuencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boya Cristiá MJ, Riviera Casado JM. Hospital Clínico San Carlos. Madrid; 1998.
2. Thompson V. Clínica ORL . La Habana: Edic Revolucionaria; 1963.
3. Vértigo en la mujer. Copyringht Google 6; 2004.
4. Committee on Hearing and Equilibrium. Otolaryngol Head Neck Sur 1995;113(3); 181-5.
5. Vértigo. Revisión semiológica.La nueva revista de medicina y salud de Internet Med Spain;1999.
6. Dieterich M, Dizziness. Germany: Dpto Neurology University; 2004.
7. Brandt T. En:Vertigo: Its multisensory syndromes .2 ed.London:Spinger Vertag; 2000. p83-98.
8. Bernal Valls E, Bernal Valls R.Análisis del Vértigo y su tratamiento combinado con la fisioterapia.España: Hospital Universitario de Valencia; 2000.
9. Casani A P. Recurrent vertigo: a Challenge for the nuero-otologist. Acta otorrinolaringol 2003 Oct.
10. Campos Pérez I, Castillo R. Síndrome Vertiginoso. Guías clínicas, Zona Básica Linares; 2001.

11. Trancis S, Zoroddu JF. Evaluating patients with vertigo. Italy: U O Neurology; 2004.
12. Duvel P, Ligner V. Acta otorrinolaringología: clasificación de enfermedades vestibulares y pruebas calóricas. Alemania: Departamento de ORL de la Universidad Aachen; 2004.
13. Von Brevern M, Radtke A. Migrainous, vertigo, presenting as episodic positional vertigo nuerologiske. Germany: Klinickum Benjamin Franklin Berlin; 2004.
14. Janes A, Thorp M. Meniere`s disease. Clin evidence 2001 Jun.
15. James AL, Burton MJ. Betahistin for Meniere`s disease En: The Cochrane library 3. Oxford: Software EEUU; 2001.
16. Verrazzo G. Hyperbaric oxygen, oxygen-ozone therapy, and Rheologic parametus af blood in patients with peripheral occlusive arterial disease. Undersea hyperb med 1995; 22(1): 17-22.

SUMMARY

A study is carried out on the causes originating vertigo, more frequently in women, and on the association of this symptom with other diseases, especially menopause and obesity. It was taken into account that menopause as well as obesity, are accompanied by systemic damages like cervical arthrosis, osteoporosis, and other that can cause vertigo. A development, descriptive study was carried out, where the matter of study was all the women attending the otolaringologist office referring vertigo. The conclusions are: that the most frequent peripheral cause was the bening paroxistic positional vertigo; the vertebrobasilar insufficiency was the central cause of major incidence and we can point out that the menopause-vertigo relation as well as obesity among the studied population demonstrated a great evidence.