

# Vértigo de origen vascular.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO-QUIRÚRGICO "JOSÉ RAMÓN LÓPEZ  
TABRANE"

Vértigo de origen vascular  
Vascular vertigo

## COMUNICACIÓN BREVE

### AUTOR:

Dr. Ihosvany Ruiz Hernández (1)  
Dra. Clara Medina Otero(1)  
Dr. Wilfredo Ibarrola Pedroso(1)

(1) Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente

EL vértigo aislado puede ser causado por infartos de cerebelo, accidente isquémico transitorio(ATI) u oclusiones de la arteria basilar . Los episodios de vértigo en pacientes que sufren isquemias en la distribución de la circulación vertebro basilar son frecuentes y se denominan vértigo de origen vascular. (1)

La edad media de los pacientes es de 63 años, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre. Los factores de riesgo que predominan son la hipertensión, diabetes, hábito de fumar, cardioembolias (2). Puede ocurrir aislado, acompañar a otros síntomas vértebro-basilares o asociarse signos de tronco o cerebelo. Cuando otros signos y síntomas están presentes el diagnóstico es obvio, pero cuando el vértigo es aislado es difícil diferenciarlo de formas periféricas ya que los infartos agudos de cerebelo pueden mimetizar una enfermedad de fin de órgano. (3-5) Los infartos cerebelosos en el territorio de la PICA o la oclusión de la arteria vertebral están subdiagnósticos en  $\frac{1}{4}$  de los pacientes si presentan vértigo aislado y nistagmus. (5)

El vértigo es una manifestación común de isquemia vértebra basilar, el 29% de los pacientes con infarto dicho territorio presentaron por lo menos un episodio de vértigo aislado que precedió al ACV de 4 semanas a 4 años (3-5) . Los ataques de vértigo duran 30 segundos a 15 minutos desapareciendo rápidamente en la mayoría de los pacientes, y horas en unos pocos. (2,3) El síntoma asociado frecuentemente reportado fue visual (diplopía, ilusión, alucinación, defectos campo visual y ceguera) seguido por ataques de caída, pérdida de audición y tinnitus. (3)

A nivel del tronco los núcleos vestibulares están irrigados por arterias penetrantes y circunferenciales cortas de la arteria basilar. La arteria auditiva interna proviene directamente de la basilar o desde la AICA , suple en nervio vestibulococlear, la cóclea y el laberinto. Como los colaterales laberínticos son pequeños y reciben menos fluido colateral es posible que el laberinto se transforme en un blanco más prominente a los efectos de la arteriosclerosis sobre el territorio vértebro basilar. En contraste la cóclea recibe colaterales desde la arteria carótida interna que suple parte del hueso temporal por lo cual puede ser más resistente a los AIT (2) . Cuando el vértigo esta acompañado por otros síntomas troncales se puede argumentar que el mismo resulta de las Isquemias de los núcleos vestibulares en el

bulbo lateral, pero episodios aislados son difíciles de explicar sobre esta base, excepto sosteniendo que las estructuras vestibulares son más sensibles a las isquemias que las estructuras de alrededor, pero la mejor explicación de los ataques aislados de vértigo es sobre la base de isquemias transitorias del laberinto vestibular. Los daños de éste se manifiestan por un significativo descenso en las respuestas calóricas de un lado, con o sin ausencia de audición. El laberinto es más susceptible a la isquemia que la cóclea por razones anatómicas de circulación. Los pacientes con infarto de laberinto pueden desarrollar ataques típicos de vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).(3)

El vértigo es un rasgo prominente en los infartos de la PICA pero no en los infartos de la arteria cerebelosa superior, esto se debe probablemente a las abundantes conexiones del lóbulo flocculonodular con el vermis inferior, ambos suplidos por la PICA. Infartos en dicho territorio pueden presentar otros signos: dismetría o ataxia. (5)

De acuerdo con AMARENCO cuando los pacientes presentan vértigo aislado el sitio del infarto más probable son las ramas medias de la PICA 5. La precisa localización y función de la corteza vestibular es desconocida. La corteza parieto-insular vestibular es la que mejor se corresponde con las regiones de PENFIELD y JASPER. Cuando se estimuló eléctricamente con electrodos de profundidad en la cisura SILVIANA medial a la corteza auditiva primaria se desencadenó sensaciones vestibulares; observándose así también que pacientes con infartos de la arteria cerebral media pueden presentar vértigo de días de evolución. (1) La oclusión vertebral se diagnostica por doppler pero esta técnica no sirve para el diagnóstico diferencial con hipoplasia, oclusiones trombóticas u otras anomalías. (5)

Cuidadosa atención se debe prestar a los cambios de dirección del nistagmus, con los cambios de posición y postura de la cabeza y el cuerpo, a la lateropulsión axial y a la disartria ya que todo puede sugerir infarto del cerebelo. El 91% de los pacientes tienen anomalías en el test calórico caracterizado por disminución o ausencia de respuestas en un lado, los movimientos oculares muestran una alteración atáxica en el seguimiento ocular. (5)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. T.brandt. Rotational vertigo in embolic stroke of the vestibular and auditory cortices. Neurology 1999; 45(5):42-4.
2. Gómez AI. Isolated vertigo as a manifestation of vertebrobasilar vertigo as a manifestation of vertebrobasilar ischemia. Neurology 1996;46(4): 94-7.
3. Grad Baloh. Vertigo of vascular origin clinical and electrostagnographic features in 84 patients. Arch Neurología 1989; 46(5): 282-4.
4. GuiangR, Ellington. Acute pure vertiginous dysequilibrium in cerebellar infarction-eur. Neurología 1997; 16(4):11-5

Norrving All. Isolated acute vertigo in elderly in elderly vestibular or vascular disease. Acta neurol scand 1995:91(5): 43-8.