

# Causas más frecuentes del síndrome vertiginoso. Matanzas. Año 2004

HOSPITAL UNIVERSITARIO "CDTE FAUSTINO PÉREZ HERNÁNDEZ".  
Causas más frecuentes del síndrome vertiginoso. Matanzas. Año 2004  
The most frequent causes of the vertiginous syndrome . Preliminary work in  
Matanzas 2004.

## AUTORES:

Dra. Elsa Boyero Palenzuela (1)  
DR. Mario Bacot Campos (2)  
Dra. Leonor González Hernández (3)  
Dra. Carmen Lidia Peña Casal (4)

(1) Especialista de 2do Grado Otorrinolaringología. Profesor Asistente  
(2) Especialista de 1er Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor  
(3) Especialista de 1er Grado en Otorrinolaringología

## RESUMEN

Con la realización de este trabajo pretendemos identificar las causas más frecuentes de Síndrome Vertiginoso que asisten a la consulta de Otorrinolaringología (ORL) en el Hospital Faustino Pérez de Matanzas, así como identificar los antecedentes personales y enfermedades otorrinolaringológicas acompañantes, definiendo las edades en que este síndrome es más frecuente. Se creó consulta especializada donde se toman todos los datos en modelo diseñado que refleja el resultado de la exploración así como complementarios y resultado de pruebas audiométricas y pruebas vestibulares. Se demostró que la causa más frecuente es el vértigo paroxístico benigno y la insuficiencia vértebro basilar, las edades de más frecuente aparición es después de los 40 años y generalmente van acompañado de otra patología. El síndrome vertiginoso es una entidad frecuente en nuestras consultas

## DESCRIPTORES (DeCS):

VÉRTIGO/diagnóstico  
VÉRTIGO/etiología  
ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS/etiología  
ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS/diagnóstico  
HUMANO  
ADULTO

## INTRODUCCIÓN

La búsqueda de perspectivas para una atención clínica más adecuada conlleva en el campo de la medicina a enfrentar investigaciones que partiendo de la realidad que se presentan en el diario acontecer de la consulta médica redunden en una profundización de los principales problemas de salud. Una de las razones más frecuentes en el adulto de consulta es el vértigo asociado a diferentes

enfermedades. Aunque en la mayoría de los casos es benigno en otros es manifestación de una enfermedad grave. Según M.J. Boyn del Hospital Clínico de San Carlos Madrid la frecuencia aumenta con la edad. En mayores de 85 años un 7% de los pacientes que consulta en atención primaria lo hacen por mareos. Representa la tercera causa de consulta en mayores de 65 años y la primera en los que sobrepasa los 75 años (1,2). La geriatización en nuestro país al aumentar el promedio de vida de nuestra población adquiere una importancia vital y nos obliga a revisar y tomar medidas con relación a las enfermedades más frecuentes en este grupo poblacional. En el caso de los ancianos la presencia del vértigo se suele asociar a un empeoramiento de su situación funcional que le afecta la calidad de vida (3). Por lo que es nuestro objetivo fundamental profundizar en esta patología que como ya dijimos es muy frecuente en nuestras consultas. Pretendemos en este trabajo presentar las causas etiológicas más frecuentes según las revisiones bibliográficas y la experiencia de nuestro trabajo diario, así como el manejo de los pacientes para garantizarles una óptima atención médica que es el principio fundamental de nuestro sistema de salud.

Los objetivos que perseguimos son los siguientes:

- Profundizar en las causas más frecuentes del síndrome vertiginoso.
- Definir la conducta a seguir en cada paciente según la etiología de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida de nuestra población.
- Garantizar una óptima atención médica a nuestros pacientes.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza un estudio de desarrollo descriptivo, donde el universo es todos los pacientes que acuden a consulta de ORL por presentar vértigo, recogiendo 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. Examen físico otorrinolaringológico y neurológico específico así como resultado de complementarios y de pruebas vestibulares y audiométricas. Los resultados se presentan en tablas estadísticas.

## **DISCUSIÓN**

Para poder llegar a un diagnóstico positivo de la causa que origina el vértigo debemos tener presente algunos conceptos fundamentales como son: El síndrome vertiginoso : Es un conjunto de síntomas y signos caracterizados por alteraciones de la audición y el equilibrio acompañado de náuseas, vómitos, fatiga, sudoración, malestar general y bradicardia, predominando unos síntomas sobre otros dependiendo de la etiología.(4)

El vértigo: Implica sensación de giro en el paciente (gira el mismo o su entorno)

El vértigo patológico se desencadena cuando hay un desequilibrio en el sistema vestibular por una alteración dentro de las vías vestibulares desde el oído hasta la corteza cerebral.

Existe un vértigo fisiológico que se produce en individuos sanos cuando hay un desequilibrio entre los sistemas vestibular somato sensorial y visual.

El vértigo patológico puede ser:

Objetivo( giro de objetos)

Subjetivo( gira uno mismo)

Ante un vértigo lo primero es averiguar si es:

Periférico ( oído medio, laberinto, cóclea,VIII par)

Central, afecta primera neurona y órgano terminal (cerebro, cerebelo,

protuberancia)

Sistémico (fármacos, psicógeno, tóxicos, metabólicos, etc )

## **DIAGNÓSTICO.**

¿LESIÓN PERIFÉRICA O CENTRAL? VERTIGO PERIFÉRICO

Nistagmus: Fase rápida hacia el oído sano y se agota con la repetición, horizontal, rotatorio.

VÉRTIGO severo, con vómitos y comienzo agudo. Hipoacusia de percepción Tinnitus

VÉRTIGO CENTRAL.

Signos o síntomas centrales (ataxia, toma de pares craneales, diplopia, disartria, papiledema)

NISTAGMUS marcado hacia el lado de la lesión, que no se agota ni cambia al variar la posición de la cabeza, vertical, rotatorio, y es disociado ( distinto en ambos ojos, es signo de enfermedad encefálica, puede ser multidireccional).

VÉRTIGO leve a moderado. (5)

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
- La neuritis vestibular o laberintitis aguda: es la causa más frecuente para algunos autores y está precedida a veces de cuadro viral o bacteriana, 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 test 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 accidental o quirúrgicos.
- Ototoxicidad
- Neurinoma del acústico. (4-7)

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 vertebrobasilar (diplopia, disartria, parestesias, entumecimiento facial, disfagia que acompañan al vértigo). La cervico-artrosis no es causa habitual de vértigo según Bernal Walls (7). Sin embargo, otros autores la consideran causa frecuente (4-9). En nuestra experiencia si es motivo de vértigo en nuestro medio.

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 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. (4-7)

#### VÉRTIGOS DE COMIENZO PERIFÉRICO Y FINAL CENTRAL. CAUSAS.

- Afecciones del VIII par. Neurinomas del acústico.

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

- Pérdida del reflejo corneal.
- Paresia facial.
- Signos cerebelosos (ataxia). (4-7)

#### VÉRTIGO SISTÉMICO. CAUSAS.

- Fármacos y tóxicos (PERIFÉRICO)
- Vértigos psicógenos (CENTRAL)

#### VÉRTIGO IDEOPÁTICO.

Es ocasional, después de una evaluación cuidadosa que no se ajusta a ningún diagnóstico anterior. Debe seguirse su evolución

#### VÉRTIGO EN NIÑOS

#### EXPLORACIÓN BÁSICA.

- Atención sistema cardiovascular (TA, arritmias, soplos, etc.)
- Estudio de la marcha.
- Test de Romberg.
- Exploración neurológica completa ( pares craneales y cerebelo)
- Nistagmus.
- Otoscopia
- Tic-tac del reloj, voz cuchicheada, roce de los dedos.
- Maniobra de Barany. (10)

Las características del nistagmus dependen del lugar de la lesión y es de suma importancia para la orientación temprana del diagnóstico. Existen trabajos de gran valor donde se demuestra el significado de la electronistagmografía

comparativa antes y durante las pruebas calóricas, Duwel en Alemania realizó una investigación con 387 pacientes demostrando la poca modificación entre ambas con relación al nistagmus. (11)

#### COMPLEMENTARIOS:

- ECG, Ecocardiograma
- Glicemia, hemograma, lipidograma
- Pruebas funcionales hepáticas (ciertos casos)
- Audiometría.
- Electronistagmometría.
- Pruebas vestibulares calóricas
- EEG.
- Prueba de imagen craneal (Rx. de craneo, TAC, RM).
- Potenciales evocados. (12)

#### TRATAMIENTO

El tratamiento depende de las causas que lo originen :

-Habitualmente se emplean: anticolinérgicos, antihistamínicos, vasodilatadores, psicofármacos y simpaticomiméticos (adrenérgicos).

En el vértigo agudo se recomienda:

- Reposo en cama.
- Cuarto oscuro
- Levantarse lentamente, no movimientos bruscos.
- Dormir con almohada baja.
- Fármacos inhibidores de la función vestibular. meclizine (25 mg c/ 12h), gravinol (50 mg c/ 6h, betahistina (8-a 16 mg c/8h), trimetazidina (20 mg c/ 8h)
- Vasodilatadores ( ácido nicotínico (50mg c/8h), trifusal (200 mg diarios). ASA ( 125 a 250 mg/día)
- Relajantes del tipo del diazepam.
- Diuréticos ( hidroclorotiazidas (de 25 a 50 mg / día, acetazolamida (250 mg c/8 12 h)
- Suplemento de potasio. Cloruro de potasio (300 mg diarios o c/12 h)
- Dieta baja de sal
- Restringir líquidos (8,9,12)

Los ejercicios de relajación fisioterapéuticos no deben realizarse en la fase aguda.

En la enfermedad de Meniere se plantea instalación intratimpánica de gentamicina o el tratamiento quirúrgico del vértigo(drenaje del saco endolinfático, laberintectomía, sección del nervio vestibular). (13)

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

- Ozonoterapia. (14)
- Cámara hiperbárica. (14)
- Fisioterapia (Bipedestación, percepción plantar, estabilidad cervice y vestibulo ocular) intercrisis.

- Acupuntura

## RESULTADOS

**Tabla # 1 GRUPOS DE EDADES**

GRUPO DE EDADES	No. Casos
15-30	3
31-45	22
46-60	10
+ 60	5
TOTAL	40

Fuente: Anexo 1

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

**Tabla # 2. GRUPO DE EDADES**

PATOLOGÍAS ENCONTRADAS	15-30	31-45	46-60	+60
Enfermedades ORL	2	5	3	1
Enf. crónicas no transmisibles	-	3	2	8
Traumatismo cráneo encefálico	1	1	-	-
Hipercolesterolemia	-	-	8	2
Hábitos tóxicos	3	15	9	5

Fuente: Anexo #1

**Tabla # 3 PRUEBAS AUDIOLÓGICAS**

PRUEBAS VESTIBULARES		AUDIOMETRÍA			
		NORMAL	HIPOACUSIA Lig.	Mod.	Sev.
Normal	7	5	2	-	-
Arreflexia	5	-	1	2	2
Hiporreflexia	28	4	14	5	5
Hiperreflexia	0	-	-	-	-
Total	40	9	17	7	7

Fuente: Anexo #1

### Diagnósticos Positivos

De causa periférica: Se diagnosticaron 21 pacientes

- 3 Tóxicas .
- 3 Enfermedad de Meniere
- 6 de causa viral. o bacteriana. Neuritis Vestibular o Laberintitis aguda.

- 1 OMCS
- 7 Casos de vértigo posicional (PV normal)

De causa central: 19 pacientes

1 Trauma de cráneo.

- 14 Patológicas sistema cardiovascular:

2 Anemias

1 AVE

1 Insuficiencia mitral

5 Hipertensión arterial

5 Insuficiencia vertebrobasilar (artritis cervical)

- 3 Enfermedad metabólica (Diabéticos)
- 1 Tumor cerebral.

Las conclusiones finales de nuestra investigación fueron las siguientes:

- Por su complejidad resulta difícil llegar a un diagnóstico positivo.
- Las causas que lo originan son múltiples y en ocasiones van acompañados de otras patologías.
- La neuritis vestibular y el vértigo posicional paroxístico son las causas periféricas de mayor incidencia.
- Las patologías del sistema cardiovascular son las más frecuentes en el vértigo central y de ellas la hipertensión y la insuficiencia vertebrobasilar.
- El manejo del paciente es complejo y debe estar presente en la relación médico-paciente la bioética.
- El tratamiento y pronóstico depende de la causa que lo produce.
- Lograr y mejorar la calidad de vida de estos pacientes es nuestro objetivo fundamental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boya Cristiá MJ, Ribiera CasadoJR. Hospital Clínico San Carlos. Madrid,España; 1998.
2. Thompson V. II Clínica ORL.La Habana: Edic Revolucionaria; 1963.p. 158-63.
3. Committee on Hearing and Equilibrium. Otolaryngol Head Neck Sur 1995;113 (3): 181-5 .
4. Vértigo.Revisión semiológica. La nueva revista de medicina y salud de Internet Med Spain.España: Departamento ORL Universidad de Pisa; 1999.
5. Brandt T. En: Vértigo: Its multisensory syndromes. 2 ed. London: Spinger-Vertag; 2000. p. 83-98.
6. Bernal Valls. E, Bernal Vallls R. Análisis del vértigo y su tratamiento combinado con la fisioterapia.España: Hospital Universitario de Valencia; 2000.
7. Casani A P. Recurrent vértigo: a Challenge for the nuero-otologist. Acta otorrinolaringológica 2003;23(4).
8. Campos Pérez I, Castillo R. Síndrome Vertiginoso. Guías clínicas. España: Zona Básica Linares (Jaén); 2001.

9. Trancis S, Zoroddu JF. Evaluating patients with vértigo. Italy: U O Neurology, Oziery; 2004.
10. Duvel P, Ilgner V. Acta otorrinolaringológica clasificación de enfermedades vestibulares y pruebas calóricas. Departamento de ORL de la Universidad Aachen ; 2004.
11. Von Brevern M, Radtke A. Migrainous, vértigo, presenting as episodic positional vértigo nuerologishe, Klinikum Benjamin Franklin. Berlin, Germany; 2004.
12. Janes A, Thorp M. Meniere's disease. Clin evid 2001;21(4): 348-55.
13. James AL , Burton MJ. Betahistin for Meniere's disease. Oxford,EEUU:The Cochrane library ; .2001.
14. Verrazzo G. Hyperbaric oxigen, oxigen-ozone therapy, and rheologic parametus af blood in patients with peripheral occlusive arterial disease. Hyperb med 1995; 22 (1): 17-22.

## **SUMMARY**

With the achievement of this work we pretend to identify the frequent causes of the vertiginous syndrome in Faustino Pérez Hospital in Matanzas as well as to know the personal antecedent and otorhinolaryngology illness, determining the frequent ages of this syndrome. An specialized consultation was created where all the facts are taken in patterns that reflect the results as well as the audiometric and vestibular samples. It was demonstrated that the frequent causes were the benign paroxysmal giddiness and the vertebra basilar insufficiency, the predominant age is after 40 and generally has other pathology. This syndrome is very frequent in our hospital.