

AUTORES:

Dra. Elsa Boyero Palenzuela(1)
E-mail: hfp.mtz@infomed.sld.cu
Dra.Diancy Barrera Rivera (2)

- (1) Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Profesora Auxiliar.
Investigadora Agregada.
(2) Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Profesora Instructora

RESUMEN

El Vértigo es una de las principales manifestaciones de alteración del sistema del equilibrio, síntoma que provoca una gran cantidad de consultas médicas en el accionar diario otorrinolaringológico y de otras especialidades, siendo necesario abordarlo por ser una problemática de Salud actual. Habitualmente el vértigo puede ser muy incapacitante y en algunas ocasiones, actúa como señal de una enfermedad de pronóstico reservado. Es indispensable que cada profesional que se encuentre en relación con estos casos cuente con la actualización necesaria. Para ello, les presentamos una revisión del Síndrome Vertiginoso, en su forma de aparición y cuadro clínico, teniendo en cuenta su clasificación etiológica en periféricos y centrales. El uso de complementarios adecuados para llegar al diagnóstico positivo y la indicación del tratamiento correcto es fundamental para garantizar calidad de vida a estos enfermos. Llevar a cabo una atención óptima a los pacientes que padecen esta enfermedad y complementar la preparación de pos grado de nuestros médicos, es el objetivo fundamental de este trabajo.

DeCS:

VÉRTIGO/diagnóstico
VÉRTIGO/etiología
VÉRTIGO/complicaciones
FISIOTERAPIA
TERAPIAS ALTERNATIVAS
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

Hay pocos médicos dedicados a su profesión que no experimenten una leve opresión del espíritu al saber que la molestia que sufre su enfermo es vértigo. Con frecuencia esto significa que, luego de un interrogatorio exhaustivo, aún no quedará del todo claro qué es lo que el paciente siente mal, y aún menos por qué lo siente". Mattews, W. B., con estas palabras definió la complejidad que

encierra un síntoma tan común como es el vértigo. (1)

Una de las molestias más frecuentes por la que un paciente busca atención médica es el vértigo. Su valoración, a menudo, es frustrante tanto para el médico como para el paciente. (2)

De todos los pacientes mayores de 60 años, 20 % experimentaron vértigo lo bastante grave para que afectara sus actividades cotidianas. Entre las personas con vértigo que buscan atención, casi 70 % son valoradas al inicio por internistas generales o médicos familiares, mientras que sólo el 4 % son enviados a especialistas (2). Los estudios revisados permiten referir, también, que resulta difícil valorar el vértigo, pues se trata de una molestia subjetiva que no puede medirse. (2)

Gorrini V y Kaminszczik I, en Curso de actualización de vértigo, plantean que los síndromes vertiginosos obedecen a múltiples causas y que presentan muy diversos grados de morbilidad: desde formas leves, benignas, a las formas muy severas o graves. (3)

Para abordar el tema se hace necesario conocer los aspectos esenciales de la anatomofisiología del sistema vestibular. El sistema vestibular está formado por una porción periférica y una porción central. El sistema vestibular periférico consta del órgano laberíntico y de la rama vestibular del VIII par craneal. El sistema vestibular central incluye los núcleos vestibulares protuberanciales y el complejo floclonodular cerebeloso. El laberinto actúa como receptor de los movimientos de la cabeza: los desplazamientos angulares y los lineales. Los desplazamientos angulares (movimientos de rotación) son detectados por los conductos semicirculares, mientras que los desplazamientos lineales y la gravedad son detectados por el utrículo y el sáculo. Los estímulos sensitivos recogidos en el laberinto discurren a través de la rama vestibular del VIII par hacia los núcleos vestibulares y el cerebelo, estableciéndose desde aquí conexiones con otras áreas del Sistema Nervioso Central.

Principales arterias:

- 1) La arteria auditiva interna que irriga el aparato vestibular y coclear
- 2) La arteria basilar que es responsable de la irrigación de los núcleos vestibulares a través de arterias penetrantes y circunferenciales cortas
- 3) La PICA (Arteria Cerebelosa Postero Inferior) que sus dos ramas, la lateral y la medial, son responsables de la irrigación cerebelosa.

Cuando por diversas causas se produce un desequilibrio en los estímulos vestibulares o una alteración del funcionamiento integrado del sistema, aparece el síndrome vestibular. (4)

Ante un paciente que refiere mareo es necesario realizar una anamnesis dirigida y estructurada en la que no debe faltar definir los siguientes aspectos: características del vértigo, frecuencia, duración, factores desencadenantes, síntomas acompañantes, antecedentes de trauma, consumo de fármacos, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales y familiares.

Es conveniente así mismo efectuar una exploración física que incluya: aparato cardiovascular, neurológico completo y de Otorrinolaringología.

La valoración de laboratorio debe dirigirse a la orientación diagnóstica. En pacientes en los que el vértigo es difícil de evaluar o en aquellos en los que se sospechan múltiples problemas, las pruebas de detección básicas pueden incluir funcionamiento tiroideo, glucosa, lípido grama, urea en sangre, calcio, funcionamiento hepático y hematocrito. El vértigo relacionado con fluctuaciones auditivas debe valorarse mediante una prueba de absorción de anticuerpo treponémico fluorescente para descartar origen luético. El vértigo que tiene relación temporal con la alimentación debe estudiarse mediante una prueba de tolerancia a la glucosa en cinco horas. (2)

Si se sospecha un trastorno vestibular, también se incluyen pruebas auditivas,

consistentes en umbrales de tonos puros y discriminación del habla. La enfermedad del VIII par craneal, como un tumor acústico, a menudo da lugar a una pérdida desproporcionada de la discriminación del habla en el oído afectado en relación con el audiograma de tonos puros.

Una reacción auditiva evocada del tallo encefálico es una prueba aún más sensible y puede indicar lesiones en el VIII par craneal y en ciertas porciones de las vías centrales del equilibrio. Si se desean imágenes diagnósticas del encéfalo o están indicadas, es preferible la resonancia magnética con administración de gadolinio, ya que su resolución para detectar lesiones del tallo encefálico es mayor que la de la tomografía computadorizada.

Existe controversia sobre la utilidad del monitoreo Holter de electrocardiografía ambulatoria en el paciente con vértigo. El examen Doppler de las arterias carótidas y vertebral es útil si el cuadro clínico sugiere ataque de isquemia transitorio.

El funcionamiento del sistema vestibular se explora mediante la valoración visual del nistagmo y la electronistagmografía o videonistamografía. Además, hay varias modalidades de pruebas especializadas con objeto de valorar aún más el funcionamiento vestibular, como vídeo infrarrojo, posturografía en plataforma y silla rotatoria (2). La prueba calórica con observación directa del nistagmo es la prueba diagnóstica específica que se utiliza en nuestro medio. Las pruebas vestibulares calóricas muestran el estado de respuesta vestibular y su simetría. Se realizan instalando agua fría y caliente en cada oído. Por la incomodidad que pueden ocasionar y la necesidad de experiencia para interpretarlas, se deben realizar por el especialista y sólo en casos seleccionados. La audiometría puede obviarse en ausencia de hipoacusia subjetiva si el cuadro desaparece como lo esperado en las tres primeras semanas. (5,6)

Para comprender este Síndrome es necesario tener presente algunos conceptos:

Vértigo: Existe una falsa ilusión de que uno se mueve (subjetivo) o se mueve el medio alrededor del paciente (objetivo), acompañado de grados variables de náuseas, vómitos, palidez y diarrea. Nunca existirá pérdida de conciencia ni caída. En un 85 % los síntomas proceden del laberinto, pero un 15 % tienen su asiento en el tronco cerebral.

Presíncope: Aparece una sensación de desmayo inminente que puede acompañarse de zumbidos en la cabeza, aflojamiento de las piernas, disminución o pérdida de la visión, palidez, sudoración y náusea. Se diferencia del síncope en que en éste llega a perderse la conciencia. Si bien el cuadro clínico puede manifestarse de forma aguda, también es frecuente que aparezcan en episodios prolongados. La severidad de los síntomas depende de la reducción del flujo sanguíneo al cerebro del paciente.

Desequilibrio: Aparece cuando ocurre una interrupción en la integración entre los estímulos sensoriales y las respuestas motoras y se definen como la sensación de pérdida de la estabilidad sin percepción de movimiento ni de pérdida de conciencia inminente, se está bien mientras se permanece sentado o acostado, reaparecen los síntomas con la deambulación. En personas ancianas puede representar una situación casi fisiológica, pero en sujetos jóvenes suele tener una causa neurológica.

Mareo: Implica una vaga sensación, diferente a las anteriores, en las que el paciente no muestra seguridad en la percepción de la gravedad y el movimiento, a veces, tras haber padecido un auténtico ataque de vértigo. Frecuentemente la sensación de estar mareado puede ser inducida por estados de ansiedad mediante un proceso de hiperventilación que el paciente no reconoce. Se puede

acompañar de taquicardia, cefalea, parestesias peribucales y de extremidades (6,7). Es de importancia en la práctica clínica la diferenciación entre vértigo periférico y central, lo cual se presenta en forma resumida, atendiendo a la clínica, exploración y causas.

Vértigo periférico. Clínica y Exploración: Giro de objetos rotatorio bien definido, vértigo de aparición súbita y corta duración influenciado por los movimientos, alteraciones vegetativas importantes, no signo de focalización neurológica.

- **Nistagmo:** horizontal rotatorio, siempre en la misma dirección, proporcional a la intensidad del vértigo, fatigable, con fase rápida al lado contrario de la lesión. **Romberg:** cae al lado de la lesión. **Babinski:** marcha hacia la lesión, contrario al nistagmo. **Prueba de índices:** desvía los dos al mismo lado. (8-9)

Causas: Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB), laberintitis, neuronitis vestibular, Enfermedad de Menière, trastornos circulatorios laberínticos, traumatismos, neurinoma del acústico, fístula perilinfática, ototóxicos, cerumen impactado, mareo del viajero, cuerpo extraño en CAE, degeneración vestibular asociada a la edad (multifactorial), malformaciones del oído interno y otros, sin olvidar que en algunos casos no se encuentra la causa.

b) Vértigo central: Clínica y Exploración: Giro de objetos mal definidos, vértigo de aparición lenta y larga duración no influenciado por los movimientos, alteraciones vegetativas mínimas, signo de focalización neurológica de aparición común.

- **Nistagmo:** horizontal, vertical o rotatorio, en varias direcciones, desproporcionado a la intensidad del vértigo, no fatigable, con la fase rápida al mismo lado de la lesión. **Romberg:** cae indistintamente a los dos lados. **Babinski:** marcha hacia el lado del nistagmo. **Prueba de índices:** sólo se desvía un solo lado. (8,9)

Causas: vasculares (disturbios de la vasorregulación cerebral y trastornos sistémicos, en estos últimos la toxemia infecciosa, alteraciones metabólicas y medicamentosas, enfermedades cerebro vasculares, migraña); tumorales (tronco, cerebelo, hipertensión endocraneal); degenerativas (enfermedades desmielinizantes como la esclerosis múltiple y asociadas a isquemia cerebral); infecciosas (encefalitis viral y bacteriana); metabólicas (Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia); traumatismos (lesión directa del tejido cerebral, hematoma intracraneano); tóxicos o medicamentosos (alcohol, café, benzodiazepinas, aminoglicosidos); epilepsia; oculares (estrabismo de evolución reciente).

El tratamiento del vértigo debe ser aplicado por la necesidad de aliviar de inmediato al enfermo, la mayoría de las veces cuando todavía no se sabe la etiología, ya que frecuentemente se presenta con un cortejo de síntomas neurovegetativos y psico-afectivos que afectan mucho al paciente. De inicio el tratamiento es siempre sintomático, no olvidando que el paciente debe ser estudiado cuidadosamente para llegar al diagnóstico positivo de la causa etiológica que origina el vértigo. Muchas causas son tratables, pero otros procesos que generan el cuadro son irreversibles, aunque se puede mejorar la sintomatología con tratamiento paliativo. Los medicamentos vestibulopresores disminuyen o eliminan el vértigo. Pero no debe olvidarse que la evolución natural de muchos vértigos, por compensación del Sistema Nervioso Central, es la mejoría y finalmente la desaparición espontánea y el exceso de vestibulopresores puede afectar este mecanismo. (10)

El tratamiento sintomático tiene cuatro objetivos: 1) eliminar el vértigo; 2)

mejorar el compromiso vestibular; 3) disminuir o eliminar los síntomas neurovegetativos y psicoafectivos que acompañan al vértigo; 4) identificar los factores desencadenantes que pueden ser prevenidos y tratados así como, ayudar al paciente a aprender técnicas para mejorar su independencia. Los medicamentos más característicos son los Antihistamínicos H 1 de primera generación, para el tratamiento del vértigo se usan: el Clorhidrato de Meclizina, Dimenhidrinato y Difenhidramina (pertenecientes al grupo Etanolaminas), de ellos la meclizina es la de mejor efecto para los vértigos, náuseas y vómitos. Se ha demostrado que éstos reducen los síntomas de pacientes con vértigo de causa central o periférica. Un fármaco más eficaz entre estos antihistamínicos es la Prometacina (del grupo Fenotiacina). Son supresores vestibulares eficaces y pueden ayudar a que no haya náusea. Causan diversos efectos adversos, de los cuales el más importante es una reacción distónica que se ve sobre todo en los muy jóvenes o en los ancianos. Tienen una duración entre 4-6 horas y producen somnolencia y sedación.

Los de segunda generación no atraviesan la barrera hematoencefálica por lo que no tienen acción sedante ni producen somnolencia, se mantienen en sangre de 12-24 horas. Los más conocidos son la Elastina, Terfenadina, Fexofenadina, Azelastina, Epinastina (3). Los Anticolinérgicos, como Escopolamina y Atropina, disminuyen la descarga espontánea de los núcleos vestibulares y por tanto reducen la reacción a la estimulación vestibular (2). Las Benzodiazepinas inhiben la actividad en reposo de los núcleos vestibulares y pueden reducir la actividad en el sistema reticular activador. El efecto tranquilizante disminuye el desequilibrio vestibular y se ha dicho que esto puede hacer que la compensación central no sea lo bastante eficaz (2). Los histaminérgicos como la Betahistina han resultado de mucha eficacia para el vértigo y los síntomas neurovegetativos. La Betahistina es un análogo sintético de la histamina, por su farmacodinamia no se recomienda su asociación con antihistamínicos. De igual acción se plantea los Antidopaminérgicos entre ellos el Sulpiride como fuerte supresor vestibular. En casos extremos se ha utilizado Aminoglucósidos para suprimir el funcionamiento vestibular (2,4). También se plantea por varios autores el uso de Corticoides, Antagonistas del Calcio y Simpaticomiméticos. Cuando se sospecha que la etiología es de origen viral se valora la incorporación al tratamiento de Antivirales como el Aciclovir y otros. (10-7)

En el vértigo agudo se recomienda:

- Reposo en cama
- Cuarto oscuro
- Levantarse lentamente, no movimientos bruscos.
- Dormir con almohada baja o sin almohada.
- 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)
- Sedantes: Fenobarbital (100 mg) 1 tab c/8h.o Meprobamato(400 mg) 1 tab/8h.
- Diuréticos: Hidroclorotiazidas (de 25-50 mg /d), Acetazolamida (250mg c/8-12 h)
- Suplemento de potasio. Cloruro de potasio (300 mg diarios o c/12 h)
- Dieta baja de sal
- Restringir líquidos
- Se puede indicar Vitaminoterapia del complejo B. (11-17)

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

Remitir al especialista: Otorrinolaringólogo, si se sospecha de vértigo periférico. Neurólogo, si pensamos que la causa es central.

Cuando fracasa el tratamiento médico y las crisis generan una discapacidad importante debe replantearse el diagnóstico y de acuerdo al mismo definir tratamiento quirúrgico, en el caso que sea indicado y posible. La cirugía para el vértigo consiste en operaciones conservadoras y destructivas.

Cirugía conservadora: Estos procedimientos consisten en un intento por modificar la función del oído interno o destruir la función vestibular del oído en forma selectiva sin afectar la audición. Ejemplos típicos de aquellos son las operaciones del saco endolinfático, con descompresión y colocación de diversas derivaciones y tubos de drenaje. En muchos trabajos encontramos el uso de Gentamicina o Dexametazona directa en el saco endolinfático(18). Cirugía destructiva: El tratamiento quirúrgico último del vértigo periférico es destruir el órgano blanco afectado. La operación, conocida como laberintectomía, ofrece una tasa de curación de vértigo periférico muy alta, pero el costo es obviamente la destrucción de la audición en el oído afectado. (2, 10)

La rehabilitación, al igual que en casi todos los trastornos médicos, es importante en el tratamiento del vértigo. La tendencia del paciente es evitar mover la cabeza y otros tipos de movimientos por temor a exacerbar los síntomas. Actualmente se usan otras medidas complementarias al tratamiento farmacológico como son: Ozonoterapia, cámara hiperbárica. Fisioterapia utilizando bipedestación, percepción plantar, estabilidad cervical y vestibulo ocular siempre entre las crisis. Y las técnicas de MNT como: acupuntura con todas sus variantes, magnetoterapia, calor y otros. El síndrome cócleo vestibular periférico es una patología frecuente de etiología variada. Su conocimiento ha servido de estímulo para realizar el presente trabajo, y se pretende con este estudio continuar ampliando el mismo por ser un tema trascendente en el accionar diario otorrinolaringológico y de otras especialidades, siendo necesario abordarlo por ser una problemática de salud actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matthews WB. Practical Neurology. 3 ed. London: Blackwell Scientific Publications; 1975.
2. Derebery J. Diagnóstico y tratamiento del vértigo. Rev Cubana Med 2000; 39(4):238-53.
3. Ramos Martínez A, Moya Mir MS. Mareo y vértigo. En: Moya Mir MS, editor. Normas de actuación en urgencias. Madrid: IM&C; 2000. p. 425-30.
4. Ramírez Camacho R. Tratamiento de los trastornos del equilibrio. Inf Ter Sist Nac Salud [Seriada en línea] 2002; 26(2):44-47. Disponible en: URL: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200202-02.pdf> (Consultado Enero 31, 2006).
5. Hernández Núñez J, Núñez Palomo S, López Ruano P. Mareo y vértigo. Urgencias en Atención Primaria. JANO EMC 2003 ; 64(14):31-2.
6. García Sieiro R. Diagnóstico diferencial entre vértigo periférico y central. Guías Clínicas 2001; 11(2).
7. Jorge Carvalho S. Vértigos. Topo Diagnóstico-Conducta Práctica. Brasil: Universidad Coimbra; 1998.
8. Ricote Belinchón M. Vértigo. En: Alonso Gómez F. Terapéutica en la atención primaria. España: Zona Básica Linares; 2000. p. 383-8.
9. Campos Pérez I. Síndrome Vertiginoso. Guías clínicas. España: Zona Básica Linares(Jaén); 2001.p.5

10. Von Brevern M, et al. Migrainous, vértigo, presenting as episodic positional vértigo nuerologiske. Berlin, Germany: Klinickum Benjamín Franklin; 2004.
11. James AL, et al. Betahistin for Meniere's disease .Oxford:Atlándida; 2001
12. Janes A, Thorp M I. Meniere's disease. Clinical evidence 2001;23(2) 348-55.
13. Theil D, Derfuss T, Paripovic I. Latent herpesvirus infection in human trigeminal ganglia causes chronic immune response. Am J Pathol 2003; 163(1):179-84.
14. Antonio Navas R. Laberintectomía Química: El uso de Gentamicina transtimpánica para el control del vértigo en el síndrome de Menière. Rev Clín-quirúrg ORL 2003; 2(1).
15. Corvera J. Tratamiento quirúrgico del vértigo: revisión bibliográfica. Anal Otorrinolaringol México 1999; 45(1):31-6.
16. Riveros M. Héctor. Uso de la terapia transtimpánica con Dexametazona o con Gentamicina. Rev Otorrinolaringol Cir cabeza y cuello 2004; 64(1):57.
17. Verrazzo G. Hyperbaric oxigen, oxigen-ozone therapy, and Rheologicparametus af blood in patients with peripheral occlusive arterial disease. Undersea Hyperb Med 1995; 22(1):17-22.

SUMMARY

Vertigo is one of the main manifestations of the equilibrium system alterations, symptom provoking a great quantity of medical appointments in the Service of Otorhinolaryngology and other specialties. It is necessary to work on it because of it is an actual problem in Public Health. Vertigo can be, frequently, very incapacitating, and sometimes, it is a sign of a reserved prognosis disease. It is indispensable that every professional related with these cases were updated. For that reason, we present a review on the Vertiginous Syndrome, the form it appears, and its clinical characteristics, taking into account its etiologic classification as periferal and central. It is fundamental the usage of complementary tests, necessary to arrive to the positive diagnosis and to indicate the correct treatment, to guaranty the life quality of this patients The main objective of our work is to give an optima attention to the patients suffering this disease and to complement the post-graduate studies of our doctors.

MeSH:

VERTIGO/diagnosis
VERTIGO/etiology
VERTIGO/complications
PHYSICAL THERAPY
ALTERNATIVE THERAPHIES
HUMAN
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO.

Boyero Palenzuela E. Vértigo: motivo frecuente de consulta médica. Rev. méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(4). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol4%202007/tema11.htm> [consulta: fecha de acceso]