

OTORRINOLARINGOLOGÍA

**“MANEJO DEL VÉRTIGO
EN LA MEDICINA GENERAL”
(Revisión Bibliográfica)**

Johann Sauma Rodríguez *
Alvaro Villalobos Garita **

S U M M A R Y

Dizziness is the third most common complaint among all outpatients and the most common complaint among patients older than 75 years. The ongoing dizziness and imbalance can lead to loss of function, falls and injuries. Dizziness complaint encompasses weakness, presyncope, neurologic impairment, vertigo, visual disturbance and psychologic illness. Although otolaryngology, neurology and cardiology play an important role in the evaluation of the patient, a good history and focal physical examination in the primary care can reveal the diagnosis.

D E F I N I C I O N

El vértigo se define como una alucinación de movimiento, es decir, la percepción de movimiento inexistente. El movimiento puede incluir una percepción de que el entorno se mueve con el cuerpo fijo (vértigo objetivo) o de que el cuerpo se mueve con el entorno fijo (vértigo subjetivo) (3).

Fisiología

Los tres sistemas sensoriales que facilitan la orientación espacial y la postura son el vestibular, el visual y el somatosensorial. Los órganos terminales del sistema vestibular, son tres canales semicirculares y un aparato (utrículo y sáculo) en

cada lado (13). Los canales semicirculares detectan los cambios de dirección de la cabeza, mientras que los aparatos otolíticos actúan para percibir la posición de la cabeza. La información generada en los órganos terminales se envía a los núcleos vestibulares del tronco a través del octavo par craneal (13).

Palabras claves

- Vértigo, mareo, nistagmo, presíncope.

Key words:

- Vertigo. Dizziness, nystagmus, presyncope.

Historia clínica

Con una historia clínica completa se puede identificar si la causa del

* Médico General.

** Médico General.

TABLA 1.
DIFERENCIAS ENTRE VÉRTIGO CENTRAL Y PERIFÉRICO.

| Característica | Central | Periférico |
|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| Intensidad | Leve | Severo |
| Inicio | Gradual | Súbito |
| Duración | Semanas, meses | Segundos, minutos |
| Posicional | No | Si |
| Síntomas | Neurológicos, visuales | Auditivos |
| Nistagmo | Vertical | Horizontal |
| Fijación visual | Sin inhibir el nistagmo | Inhibe el nistagmo |

vértigo es central, el cual se origina en el tronco encefálico o en el cerebelo; o vértigo periférico, con origen en el laberinto. Ver tabla 1 (2, 10). Los síntomas auditivos del vértigo periférico incluyen sordera y tinitus. Los síntomas neurológicos del vértigo central se caracterizan por cefaleas, alteraciones visuales, mareos, ataxia y alteraciones en la marcha (2). También es importante la historia medicamentosa del paciente, debido a que algunas drogas producen ototoxicidad y vértigo. Algunos medicamentos que puede producir mareos se encuentran los aminoglicósidos, furosemida, ácido acetilsalicílico, amiodarona, antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, entre otros (10, 19).

En la historia clínica se debe investigar el abuso de drogas ilícitas,

el consumo de cafeína, alcohol y nicotina que puedan precipitar los síntomas de vértigo. También se debe investigar por trauma cefálico o cervical y por estados de depresión y ansiedad que se pueden manifestar con mareos (2, 10).

Examen físico

Se debe dar énfasis a la exploración ocular, la reactividad pupilar, los movimientos extraoculares, la presencia de nistagmo y realizar el fondo de ojo (20). Se debe valorar la dirección del nistagmo, horizontal o vertical. En caso de vértigo periférico, el paciente puede inhibir el nistagmo con la mirada fija. Si el nistagmo no se puede suprimir es de origen central 2.

El nistagmo y el vértigo se puede precipitar al colocar al paciente en

decúbito supino sobre la camilla de exploración y voltear la cabeza hacia el lado, esto es sugestivo de vértigo periférico (2, 10). La exploración del oído se debe realizar con otoscopio para determinar la presencia de cerumen, cuerpos extraños, perforación de la membrana o infección. Si el paciente presenta pérdida de la audición, se recomienda realizar la prueba de Rinne y Weber con el diapasón (2). Es importante cuantificar la presión sanguínea, el pulso, la auscultación cardiaca y de las arterias carótidas. La exploración neurológica incluye los pares craneales y la valoración de la marcha (2, 23). La prueba de DixHallpike consiste en sentar al paciente en la camilla, se le gira la cabeza 45° hacia un lado y se le acuesta rápidamente, luego de algunos segundos el paciente manifiesta vér

tigo y nistagmo cuya fase rápida se dirige hacia el suelo. Con esta prueba se valora la presencia del vértigo postural paroxístico benigno, causa más común de vértigo (13).

Causas del vértigo periférico

Son múltiples las causas del vértigo vestibular dentro de las cuales se encuentran el vértigo posicional paroxístico benigno, laberintitis, neuritis vestibular, enfermedad de Ménière, fístula perilinfática, cerumen, cinetosis, trauma, barotrauma, cuerpos extraños, neuroma acústico, entre otros (2, 13, 24).

Vértigo posicional paroxístico

Causa más común de episodios breves de vértigo, los cuales se producen con los cambios de postura al acostarse, levantarse, al girar la cabeza, etc. El examen neurológico es normal, excepto por el nistagmo (3, 8, 17). La principal causa es el desprendimiento de un otolito del sáculo o del utrículo que se desplaza al conducto semicircular posterior. Su diagnóstico se confirma con la prueba de Dix-Hallpike. Es de resolución espontánea con tratamiento conservador. Se utilizan los ejercicios vestibulares para acelerar la recuperación (12, 15, 21, 25).

Laberintitis aguda

Inflamación del oído medio a causa de una infección viral o bacteriana. Constituye una emergencia por el riesgo de sordera irreversible. Presenta tinitus e hipoacusia y se observa otorrea purulenta con el otoscopio. Se requiere tratamiento con antibióticos y de sostén (13).

Neuritis vestibular

Inflamación del nervio vestibular por causa viral. Se presenta con vértigo grave y súbito, náuseas y vómitos, no presenta hipoacusia ni otros síntomas neurológicos. Tratamiento de sostén con supresores vestibulares (3, 10).

Síndrome de Ménière

Se caracteriza por hipoacusia neurosensorial, tinitus y vértigo. Alcanza su máxima intensidad a pocos minutos del inicio y luego cede lentamente. El paciente queda con sensación de mareo después del episodio agudo. Los episodios pueden presentarse a intervalos regulares durante años (3, 16). Se recomienda dieta con restricción de sodio y cafeína. Los vasodilatadores y los diuréticos son útiles. En casos de vértigo persistente se debe realizar tratamiento quirúrgico como una laberintectomía, descompresión del saco endolinfático o derivación endolinfática (7, 9, 22).

Fístula perilinfática

Solución de continuidad anormal entre el oído medio y el interno, luego de un trauma cefálico, barotrauma o cirugía. Los accesos de vértigo son breves y se provocan con maniobras que modifican la presión en el oído medio. Suele acompañarse de hipoacusia neurosensorial progresiva. El tratamiento es conservador, con reposo en cama y elevación de la cabecera, en ocasiones se requiere parche quirúrgico (3).

Causas de vértigo central

Las causas más comunes del vértigo central incluyen las alteraciones vasculares, neoplasias, migrañas, enfermedades neurodegenerativas, encefalitis, trauma, etc (13).

Isquemia cerebral

La isquemia cerebral, especialmente del territorio cerebral posterior puede causar vértigo, disartria, ataxia, disfagia, lipotimias, cefaleas, etc. La insuficiencia vertebral ocurre por la estrechez de las arterias del cerebro posterior por aterosclerosis, esto provoca episodios de isquemia transitoria que se manifiestan con mareos, alteraciones visuales y debilidad (5, 11).

Hemorragia cerebral

La hemorragia en la fosa posterior

cerebelo) puede causar compromiso de la función medular, hidrocefalia obstructiva o herniación. Debe sospecharse en pacientes con déficit neurológico agudo (2).

Lesiones cerebrales ocupantes

Las neoplasias pueden provocar síntomas de vértigo progresivos junto a otros síntomas neurológicos. En caso de sospecha se deben realizar estudios de imágenes como tomografías o resonancias magnéticas cerebrales (2).

Migraña

La migraña es una enfermedad vascular caracterizada por cefaleas periódicas, con síntomas neurológicos (aura) como mareos o vértigo, fosfenos, antecedentes familiares y puede ser precipitado por algunos alimentos. En estos casos se recomienda utilizar medicamentos profilácticos como los B-bloqueadores, antidepresivos tricíclicos o algunos anti-convulsivantes (1, 14).

Otras causas de vértigo

El alcoholismo crónico, la sífilis terciaria, anoxia cerebral como la anemia severa, neoplasias, deficiencias vitamínicas, hipotensión ortostática, desórdenes metabólicos como la disfunción tiroidea y la hipoglicemia. Estos trastornos se pueden manifestar con síntomas de

mareos, desbalance y vértigo (2).

Vértigo psicógeno

La historia clínica es contradictoria con síntomas exagerados. Se acompaña de agorafobia (miedo a los espacios abiertos o a las multitudes). Existe un evento emocional que desencadena el cuadro 4.

Tratamiento

El tratamiento de sostén consiste en drogas que supriman la función vestibular como los anticolinérgicos, antihistamínicos y benzodiazepinas. Es importante tomar en cuenta que el tratamiento va dirigido a la causa 6. Los anticolinérgicos inhiben a los receptores muscarínicos. lo cual incrementa la tolerancia al movimiento. Se utilizan los que tienen efecto anticolinérgico central. Dentro de los efectos adversos se encuentran la sequedad de boca, midriasis y sedación 18. Los antihistamínicos pueden prevenir y reducir la severidad de los síntomas del vértigo. Estos medicamentos tienen efectos anticolinérgicos y antieméticos, ideal para controlar las náuseas. Las benzodiazepinas se utilizan en dosis bajas para el manejo del vértigo 6, 18. Estas drogas se deben suspender cuando se supera la etapa aguda ya que retrasan los mecanismos de compensación central, por lo que enlentecen la recuperación 6.

C ONCLUSIONES

El vértigo es un síntoma complejo con múltiples causas. La historia clínica y el examen físico son fundamentales para identificar el diagnóstico. Es muy importante reconocer las emergencias que se manifiestan como vértigo. El diagnóstico acertado y el tratamiento precoz mejora sustancialmente la calidad de vida del paciente.

R ESUMEN

El mareo constituye la tercera causa más común de quejas en los pacientes no hospitalizados y la causa más común en los pacientes mayores de 75 años. El mareo progresivo y el desequilibrio pueden conducir a pérdida de las funciones, caídas y lesiones. El término mareo abarca debilidad, presíncope, deterioro neurológico, vértigo, alteraciones visuales y enfermedad psicológica. Aunque el otorrinolaringólogo, el neurólogo y el cardiólogo tienen un papel importante en la evaluación de estos pacientes, una buena historia clínica y un examen físico focal en el nivel primario pueden revelar el diagnóstico.

B BIBLIOGRAFÍA

1. Brevern, M; Radtke, A; Clarke, A; Lempert, T. Migrainous vertigo presenting as episodic positional vertigo. *Neurology* 2004; 62: 469-472.
2. Chawla, N; Olshaker, J. Diagnosis and Management of Dizziness and Vertigo. *Med Clin of North Amer* 2006; 90: 291-304.
3. Derebery, J. Diagnóstico y tratamiento del vértigo. *Rev Cubana Med* 2000; 39: 238-253.
4. Furman, J; Jacob, R. Psychiatric Dizziness. *Neurology* 1997; 48: 1161-1167.
5. Gómez, C; Cruz, S; Malkoff, M; Sauer, C; Burch, C. Isolated vertigo as a manifestation of vertebrobasilar ischemia. *Neurology* 1996; 47: 94-101.
6. Hain, T; Yacovino, D. Pharmacologic Treatment of Persons with Dizziness. *Neurol Clin* 2005; 23: 831-853.
7. Hirsch, B. Surgical Treatment of Vestibular Disorders. *Neurol Clin* 2005; 23: 875-891.
8. Koelliker, P; Summers, R; Hawkins. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnosis and treatment in the emergency department a review of the literature and of canalith-repositioning maneuvers. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 392-400.
9. Kveton, J. Revision Surgery for Vertigo. *Otolaryng Clin of North Amer* 2006; 39: 741-750.
10. Labuguen, R. Initial Evaluation of Vertigo. *Am Fam Physician* 2006; 73: 244-251.
11. Lee, H; Sohn, S; Cho, Y; Lee, S; Ahn, B; Park, B et al. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo: Frequency and vascular topographical patterns. *Neurology* 2006; 67: 1178-1183.
12. Lempert, T; Gresty, M; Bronstein, A. Benign positional vertigo: recognition and treatment. *BMJ* 1995; 311: 489-491.
13. Murillo, F; Viquez, Z. Vértigo: una visión otorrinolaringológica para la medicina general. *Acta Med Costarricense* 2002; 44: 10-18.
14. Neuhauser, H; Radtke, A; Brevern, M; Feldmann, M; Lezius, F; Ziese, T et al. Migrainous vertigo: Prevalence and impact on quality of life. *Neurology* 2006; 67: 1028-1033.
15. Parnes, L; Agrawal, S; Atlas, J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo. *CMAJ* 2003; 30: 169-176.
16. Saeed S. Diagnosis and treatment of Ménière's disease. *BMJ* 1998; 316: 368-372.
17. Sakaida, M; Takeuchi, K; Ishinaga, H; Adachi, M; Majima, Y. Long-term outcome of benign paroxysmal positional vertigo. *Neurology* 2003; 60: 1532-1536.
18. Swartz, R; Longwell, P. Treatment of vertigo. *Am Fam Physician* 2005; 71: 1115-1122.
19. Tusa, R. Bedside Assessment of the Dizzy Patient. *Neurol Clin* 2005; 23: 655-673.
20. Tusa, R. Dizziness. *Med Clin of North Amer* 2003; 87: 609-641.
21. Valenzuela, V; Neira, P; Viada, J. Maniobra de reposición canalítica para el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno. *Rev med Chile* 2000; 128: 619-626.
22. Vales, O; Esteyrov, C; Andraca, R; Vilar, D; Becerril, P; Hinojosa, R et al. Descompresión del saco endolímfático en la enfermedad de Ménière: experiencia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Arch Neurociencias* 2001; 6: 194-197.
23. Weimer, L. Syncope and orthostatic intolerance for the primary care physician. *Prim Care: Clin in Office Prac* 2004; 31: 201-226.
24. Wiet, R; Kazan, R; Ciric, I; Littlefield, P. Acoustic Neuroma (Vestibular Schwannoma) Revision. *Otolaryng Clin of North Am* 2006; 39: 751-762.
25. Wrisley, D; Pavlou, M. Physical Therapy for Balance Disorders. *Neurol Clin* 2005; 23: 855-874.