

VÉRTIGOS

El **vértigo** se define como la sensación de rotación en el espacio, ya sea del propio paciente o del medio que le rodea.

Los sistemas implicados para adoptar la correcta posición corporal en el espacio son el visual, el vestibular, el propioceptivo, el esteroceptivo -con sus núcleos y vías-y, el cerebro, que coordina la información recibida.

Existen otras alteraciones del equilibrio, que a veces son descritas por el paciente de forma similar, pero que manifiestan otro conjunto de enfermedades de origen puramente central o relacionadas con el comportamiento.

Podemos clasificar el vértigo en dos grandes grupos:

- **Vértigo periférico.** La causa asienta en la primera neurona o en el órgano terminal (máculas del utrículo y sáculo o en las crestas de los canales semicirculares).
- **Vértigo central.** La causa radica en los núcleos vestibulares o por encima de ellos.

ETIOLOGÍA

VÉRTIGOS PERIFÉRICOS	VÉRTIGOS CENTRALES
Cocleovestibulares	Supratentoriales
<u>Intralaberínticos</u> Enfermedad de Ménière Neurólúes Traumatismo acústico Complicación de otitis crónicas Secuelas de intervenciones quirúrgicas óticas Tumores del oído medio	<u>Corticales</u> Abscesos temporales, tumores Traumatismo craneoencefálico Accidente cerebrovascular Meningoencefalitis Epilepsia del lóbulo temporal Síndromes de Vogt y de Cogan
<u>Extralaberínticos</u> Tumores del ángulo pontocerebeloso Neurinoma del acústico Neuritis tóxicas, metabólicas, infecciosas, etc. Estenosis de la arteria cerebelosa anteroinferior	<u>Núcleos de la base</u> Tortícolis espasmódica, parkinsonismos
Vestibulares	Infratentoriales
<u>Intralaberínticos</u> Vértigo paroxístico benigno de Bárány o cupulolitiasis	<u>Síndrome mixto del ángulo pontocerebeloso.</u> <u>Trastornos del tronco cerebral</u> Esclerosis múltiple Degeneraciones espinocerebelosas Siringobulbomielia Síndrome de Barré-Lieou Vasculopatías: síndrome de Wallenberg, insuficiencia vertebrobasilar, migraña basilar
<u>Extralaberínticos</u> Cerumen, cuerpos extraños en oído externo Neurinitis vestibular o laberintitis aguda tóxica Síndrome de Ramsey-Hunt o herpes zóster ótico	<u>Síndromes cerebelosos</u> Tumores de la fosa posterior Abscesos cerebelosos Esclerosis múltiple Degeneraciones espinocerebelosas

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Deben indagarse los siguientes hechos:

- Si el paciente sufre una verdadera sensación de giro
- La forma de presentación y de evolución. Generalmente, episodios bruscos y recortados de vértigo con intervalos asintomáticos traducen un proceso benigno periférico. La sensación continua y progresiva de vértigo sugiere un proceso de origen central.
- Los antecedentes de episodios similares o de enfermedad ótica (otorrea, otitis media aguda de repetición, etc.) sugieren un origen periférico.
- El cortejo sintomático (náuseas, vómitos, sudoración y palidez) del vértigo episódico sugiere enfermedad laberíntica. La asociación con acúfenos e hipoacusia indica un origen periférico y participación de la cóclea.
- El empeoramiento con los cambios de posición sugiere afectación del sistema vestibular.

Según la clínica, podremos orientar el tipo de vértigo:

- Síndrome de Ménière: caracterizado por crisis de vértigo rotatorio de horas de duración con náuseas y vómitos, con intervalos asintomáticos entre crisis, acúfenos e hipoacusia.
- Neuritis vestibular: Crisis de vértigo rotatorio, de inicio gradual, con máxima expresión a las 24-48 horas, incapacitando al paciente durante 3-5 días ya que lo desencadena cualquier movimiento de la cabeza. Disminuye gradualmente en unas semanas. Con náuseas y vómitos acompañantes.
- Vértigo posicional benigno: episodio brusco de vértigo al cambiar de posición, con duración de entre 5 y 30 segundos. Se acompaña de nistagmo.

Exploración física

Debe iniciarse con la realización de una otoscopia, mediante la cual pueden detectarse tapones de cerumen o cuerpos extraños impactados en la membrana timpánica, como causa del vértigo.

A continuación debe investigarse la presencia de nistagmo, ya sea espontáneo o provocado. El nistagmo es un movimiento rítmico de los ojos, con un componente lento en una dirección seguido por un movimiento rápido en la dirección opuesta. La dirección del nistagmo es la de su componente rápido. En un vértigo periférico la dirección del nistagmo es hacia el lado contrario de la lesión e inverso al desplazamiento postural obtenido con el resto de las exploraciones clínicas, constituyendo un cuadro clínico disarmónico (nistagmo a un lado-el sano- y el resto de las pruebas al otro -el patológico-), diferente del cuadro clínico armónico que se obtiene en el vértigo de origen central (el nistagmo y el resto de las exploraciones se dirige hacia el lado enfermo).

Según el tipo de movimiento, el nistagmo puede ser horizontal, vertical, rotatorio o mixto. Los nistagmos vertical, rotatorio y mixto sugieren un origen central, mientras que los nistagmos horizontal y horizontal-rotatorio apuntan hacia un origen periférico.

El nistagmo provocado ocurre durante la realización de pruebas para demostrar las reacciones laberínticas, y no aparece en personas sanas. Entre estas pruebas, la más utilizada es la maniobra de Nysten-Bárány consistente en colocar al paciente sentado en la camilla; se le gira la cabeza hacia la izquierda suavemente y se le reclina bruscamente, de modo que la cabeza quede por debajo de la horizontal, sujetándola con la mano y haciendo que el paciente mire un dedo de la otra mano hacia la izquierda, con los ojos del examinado dirigidos lateralmente y algo hacia abajo. El nistagmo debe aparecer en 15 s; si no aparece, se realiza de nuevo la prueba previo pase a la posición inicial pero con la cabeza en posición neutral y con los ojos dirigidos hacia arriba; si el nistagmo no aparece, se repite de igual modo, pero con la cabeza girada hacia la derecha. En pacientes con enfermedad vestibular periférica esta prueba desencadena el vértigo y provoca la aparición del nistagmo.

La prueba de Romberg consiste en colocar al paciente en posición de firme con los ojos cerrados y los pies juntos. En caso de afección vestibular, el paciente cae hacia un lado u otro, en el síndrome vestibular periférico, y hacia delante, atrás u oblicuamente en el síndrome vestibular central.

El signo de Romberg es también positivo cuando hay afección de la sensibilidad propioceptiva consciente (síndrome tabético); sin embargo, se corrige con la abertura de los ojos, hecho que no ocurre en el síndrome vestibular. Por el contrario, el signo de Romberg es negativo en el síndrome cerebeloso.

En cuanto a las *alteraciones de la marcha*, en el síndrome vestibular periférico hay una lateropulsión hacia un lado que aumenta al cerrar los ojos.

Las *alteraciones neurológicas*, como disimetría (pruebas dedo-nariz y talón-rodilla), las deficiencias motoras de extremidades o la afección de pares craneales orientan hacia un origen central.

Exploraciones complementarias

Están indicadas para llegar al diagnóstico etiológico del vértigo, pero se circunscriben al estudio ambulatorio o del paciente ingresado, y no se realizan con carácter urgente. Entre ellas destacan el electroencefalograma, la electronistagmografía, la tomografía computarizada y la audiometría.

En urgencias, en la sospecha de vértigo periférico sólo se determina la glucemia y se realiza un electrocardiograma. Únicamente cuando el síndrome emético sea importante y haya signos clínicos de deshidratación, se solicita hematimetría con fórmula y recuento leucocitario y bioquímica sanguínea que incluya glucosa, urea, creatinina e iones. Si se sospecha afección intracraneal, está indicada además la práctica urgente de una TC craneal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es fundamental discernir si el vértigo es de origen periférico o central.

En general, el vértigo periférico difiere del central en que suele ser más intenso, de inicio más brusco, empeora más con los cambios de posición y se asocia con más frecuencia a náuseas, vómitos y síntomas cocleares como acúfenos e hipoacusia. Además, en el periférico, el vértigo predomina sobre el nistagmo. Por otra parte, la presencia de signos o síntomas neurológicos focales y la alteración del estado mental sugieren enfermedad del sistema nervioso central.

	PERIFÉRICO	CENTRAL
Anamnesis		
Comienzo	Brusco	Insidioso
Intensidad	+++	+
Evolución	Episódico	Continuo, progresivo
Duración	Segundos, minutos, días	Meses
Síntomas vegetativos	+++	+
Hipoacusia y otros síntomas cocleares	+++	-
Empeoramiento con cambios posturales	+++	+-
Exploración física		
Nistagmo	Horizontal, horizontorrotatorio Abolido al fijar la mirada	Vertical, rotatorio, mixto No abolido al fijar la mirada
Signo de Romberg	+	+
Alteración de la marcha	+ (lateropulsión hacia el lado hipofuncionante)	+ (tambaleante con pulsión variable)
Presencia de signos neurológicos	-	+
Audiograma	+	-

CRITERIOS DE INGRESO

Se ingresará en observación de Urgencias:

- Pacientes con vértigo periférico, de intensidad moderada o grave, que no mejoran después del tratamiento de urgencia.
- Pacientes con vértigo periférico que requieran la administración de fármacos por vía intravenosa.
- Pacientes en los que, después de la exploración inicial, no pueda concluirse sobre el origen central o periférico del vértigo.

Deben ingresar en el servicio de neurología los pacientes con vértigo de características centrales.

TRATAMIENTO

Las medidas terapéuticas de urgencia sólo son eficaces en el vértigo periférico, hecho que puede ser de ayuda diagnóstica.

Tratamiento sintomático

Medidas generales

- Reposo absoluto en cama. Normalmente el paciente se encuentra mejor en decúbito lateral, con el oído afectado hacia arriba. La fijación de la mirada en un punto favorece el reposo vestibular.
- Dieta absoluta o líquida, si la tolera, canalizando una vía venosa periférica y se perfunde suero glucosado
- Control de la presión arterial.
- Corrección de las alteraciones electrolíticas si las hubiera.

Maniobras posicionales

En el vértigo posicional paroxístico benigno puede ser efectiva la *maniobra de Epley* o de reposicionamiento de partículas. Consta de cuatro posiciones, de 30 s de duración cada una. Se inicia con el paciente sentado y las piernas estiradas a lo largo de la camilla, se realiza una rotación de la cabeza hacia la derecha de unos 45°, se espera 30 s, y a continuación se efectúa una rotación izquierda de 45°. Se coloca entonces al paciente en decúbito lateral izquierdo para posicionar la cabeza recta, y se procede a realizar otra rotación de cuello hacia la izquierda, colocando la cabeza del paciente mirando al suelo. Transcurridos otros 30 s, se recoloca al paciente sentándolo en el borde de la camilla. Cada vez que aparezca el nistagmo, hay que esperar 30 s, hasta que desaparezca.

Tratamiento farmacológico

• *Sedantes vestibulares*

El tratamiento se basa en la administración simultánea de: Sulpiride (Dogmatil® vía oral o intramuscular. Tietilperazina (Torecan®) y Betahistina (Serc®).

• *Antieméticos*

Si el paciente tiene vómitos incoercibles, se administra metoclopramida (Primperan®) por vía intravenosa o intramuscular.

• *Ansiolíticos*

Diazepam (Valium®) vía oral. Si inicialmente se requiere la vía intramuscular, es preferible administrar midazolam (Dormicum®).

Como alternativa, puede utilizarse lorazepam (Orfidal®) por vía sublingual.

• *Piracetam(Nootropil®)*

Es útil en los pacientes con crisis recurrentes de vértigo periférico y en los que presentan vértigos de origen central de causa postraumática o por insuficiencia vertebrobasilar.

• *Soluciones hiperosmolares*

Eficaz en el síndrome de Ménière ya que favorecen el paso de líquido al torrente vascular, lo cual disminuye la presión endolinfática. Se administra glucosa hipertónica por vía intravenosa en dosis de 10 g. Está contraindicado en los pacientes diabéticos.

Es aconsejable utilizarlos en el tratamiento inicial de urgencia de vértigos periféricos muy sintomáticos, aunque no se trate de un auténtico síndrome de Ménière.

• *Corticoides*

En los casos graves que no respondan al tratamiento puede ser útil la administración de metilprednisolona por vía intravenosa.

Tratamiento etiológico

Después de la administración del tratamiento sintomático descrito es importante establecer la estrategia terapéutica específica para la causa del cuadro vertiginoso.