

VERTIGO

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Salvador Pertusa Martínez

Médico de Familia. Doctor en Medicina.
Coordinador Médico del Centro de Salud de Carrús (Elche, Alicante).

Juan Gomis Ferraz

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 3º año.
Centro de Salud de San Rafael (Ontinyent, Valencia).

Herminio Pérez Garrigues

Médico Especialista en ORL. Hospital Universitario de La Fe (Valencia).
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Valencia



1. INTRODUCCION

Resulta difícil introducir el tema del vértigo sin hablar de un término mucho más popular, amplio e inespecífico como es el de mareo. Y ello es así porque los pacientes que acuden a nuestras consultas de Medicina General, a los Servicios de Urgencias de nuestros Centros de Salud o a la puerta de Urgencias de nuestros Hospitales refieren sensaciones que muchas veces no forman parte de un vértigo propiamente dicho y que han aprendido a nombrar con el término mareo. “Doctor me mareo” nos dicen y eso puede significar vértigo, mareo, desequilibrio, fatiga, angustia, inseguridad, ahogo...

El mareo constituye un síntoma muy frecuente en Atención Primaria (supone cerca del 2% de las consultas médicas) y especialmente molesto y angustiante para las personas que lo padecen. El paciente mareado, si no es correctamente abordado y orientado por su médico de cabecera, suele ser derivado a diferentes especialistas (ORL, traumatólogo, neurólogo, psiquiatra,...) iniciando una larga peregrinación a la que se van sumando pseudodiagnósticos, con riesgo de iatrogenia y de incremento de la angustia del enfermo. De este modo, se produce la cronificación del cuadro clínico y la perpetuación del síntoma mareo.

Es fundamental, pues, la distinción entre las entidades vértigo, mareo y desequilibrio. El mareo suele ser expresado como una sensación de malestar o desazón similar a la que se experimenta en el “*mal de mar*”. En ocasiones, se corresponde con estados de prelipotimia o presíncope; puede cursar con sudoración y náuseas, pero no es lo habitual. El desequilibrio se expresa como la dificultad objetiva para mantener el equilibrio en bipedestación o, más frecuentemente, en la deambulación. El vértigo, cuya prevalencia se estima en torno al 1 % de la población y cuya incidencia es difícil de establecer, es el objeto de estudio de este artículo y se define más adelante.

Un médico de Atención Primaria con un cupo aproximado de 2.000 pacientes puede atender a unos 40 pacientes al año que presentan mareo, en 13-14 de ellos el mareo será atribuido a una causa otológica. Este médico atenderá probablen-

te un caso de vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) al año y 2-3 casos de síndrome de Ménière cada 10 años. La incidencia de VPPB ajustada por edad y sexo se estima en 64 por 100.000 habitantes y año.

Aproximadamente, el 40 % de los pacientes con mareo presentarán una alteración vestibular periférica, el 10 % una lesión central, el 15 % un trastorno psiquiátrico, el 25 % otro tipo de problemas como presíncope u otro trastorno del equilibrio, y en el 10 % de los casos no conoceremos el diagnóstico exacto.

2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.

El vértigo se define como una falsa sensación (ilusión) de movimiento del entorno o del propio cuerpo del paciente, con más frecuencia una sensación de giro rotatorio. Se trata de una pérdida de la orientación espacial, una sensación errónea y subjetiva de desplazamiento de los objetos en relación al sujeto y viceversa. La palabra vértigo procede del término latino “vérttere” que significa “dar vueltas” y tiene su expresión más definida en la típica crisis aguda vertiginosa con una sensación giratoria muy intensa, por un espacio de tiempo muy limitado.

En realidad, es una sensación muy subjetiva y de difícil precisión cuando preguntamos al enfermo. Lo que parece claro es que si no hay sensación de movimiento, de que gira a una velocidad importante, no hay vértigo.

De forma habitual y desde los puntos de vista clínico y etiológico se acepta la clasificación del vértigo en 2 tipos:

- 1.- Vértigo central.
- 2.- Vértigo periférico.

Sus características diferenciales se recogen en la tabla 1.

El vértigo es periférico en el 85-90 % de los casos. Las causas del vértigo son múltiples y con más frecuencia (en más del 75 % de las ocasiones) es debido a la afectación del sistema vestibular. Dentro del grupo de los vértigos de causa vestibular, el vértigo paroxístico posicional benigno es el más frecuente ya que ocurre en más del 50 % de casos. En la tabla 2 se reflejan las causas más habituales de vértigo.

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico. Para el médico de Atención Primaria como para el médico especialista, la anamnesis es la herramienta más potente de que dispone para el diagnóstico.

La primera dificultad con la que nos encontraremos es interpretar la terminología usada por el paciente que, como hemos visto anteriormente, puede ser muy

variada. En ese sentido, es imprescindible hacer una anamnesis detallada que nos permita aclarar lo que el paciente siente con exactitud. Es muy importante hacer inicialmente la pregunta abierta para no inducir la respuesta. Preguntaremos por ejemplo:

- ¿Qué quiere decir cuando dice que se marea?, o
- ¿Cómo diría usted que es ese mareo?, o
- ¿Con qué lo compararía?, o simplemente
- Intente definir o explicar con sus propias palabras las molestias o sensaciones que sufre.

Si no lo acabamos de entender hay que insistir y si tiene dificultades para definir las podemos ayudarle con preguntas dirigidas e incluso con “menú” de respuestas o ejemplos. Por ejemplo:

- ¿le falta aire o se ahoga? o
- ¿nota alguna sensación anormal en la vista como visión borrosa, lucecitas o visión doble? o
- ¿tiene la sensación de ir a perder la conciencia o a desmayarse? o
- ¿nota que le fallan las piernas? o
- ¿nota como si le girara todo a su alrededor o girara usted mismo? o
- el giro de su entorno ¿es a una velocidad alta o sólo un poco?

Con respecto a cada uno de los síntomas es importante establecer o detallar:

- a) la forma de comienzo;
- b) la actividad que estaba haciendo el paciente en el momento de producirse;
- c) la intensidad;
- d) el perfil evolutivo, es decir, la duración y la frecuencia de las crisis;
- e) influencia de la oscuridad o de la oclusión ocular;
- f) los factores desencadenantes o que lo modifican: movimientos y posiciones de la cabeza; cambios de posición corporal; deambulación; traumatismos; otros factores como la alimentación, fármacos, esfuerzo físico, estrés psicosocial, altura, viajes, temperatura ambiental, etc;
- g) síntomas asociados o acompañantes: auditivos, visuales, neurológicos, neurovegetativos, cardiorrespiratorios, etc.

Por último, puede ser interesante recoger los antecedentes personales y familiares del paciente.

A continuación describimos brevemente algunos de los procesos vertiginosos más importantes:

1.- Vértigo de Menière: se caracteriza por episodios paroxísticos y recurrentes de vértigo, acompañados de acúfenos e hipoacusia. Habitualmente aparecen manifestaciones neurovegetativas como náuseas o vómitos. El paciente debe haber tenido al menos dos crisis de vértigo de entre veinte minutos y varias horas de duración. Los acúfenos y la hipoacusia deben estar relacionados con la enfermedad y no deberse a otra causa.

2.-Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB): se trata de episodios de vértigo intenso de breve duración desencadenados por cambios de posición, sobre todo al levantarse y tumbarse en la cama y al adoptar la posición de decúbito lateral.

3.- Neuronitis vestibular: consiste en un episodio agudo de vértigo, único, con importante cortejo vegetativo, de inicio súbito, causa desconocida y duración superior a 24 horas.

4.- Vértigo periférico recurrente: se caracteriza por episodios recurrentes de vértigo de duración superior a 20 minutos y de causa desconocida, sin coincidir con hipoacusia ni con acúfenos. Incluye los vértigos asociados a migraña.

5.- Laberintoplejia: es un episodio de vértigo con las mismas características que la neuronitis vestibular pero que cursa al mismo tiempo con pérdida de audición. Se trata de una urgencia y conviene remitir al paciente a un centro hospitalario para tratarlo con medicación vasoactiva por venoclisis y, habitualmente, corticoides. En caso de que se sospeche que se deba a una embolia o trombosis puede ser requerida la actuación sobre la coagulación sanguínea.

6.- Otros vértigos: crisis de vértigo que no puedan ser incluidas en las definiciones anteriores. Las causas productoras son muy diversas: inflamaciones o infecciones del laberinto, traumatismos del hueso temporal, medicamentos ototóxicos, etc (ver tabla 2).

4. VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO.

Tras realizar una anamnesis en profundidad es imperativo llevar a cabo una exploración física:

a) General: toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, estado de piel y mucosas, visión, auscultación cardíaca y de troncos supraaórticos.

b) ORL: otoscopia, audición y diapasones, exploración del cuello.

c) Otoneurológica: estado de conciencia y funciones mentales, estudio del nistagmus, exploración cerebelosa (eumetría, diadococinesia), test de Romberg, test

de la marcha (Fukuda-Untemberger), prueba de los índices de Barany y tests posicionales como el de Hallpike.

d) Neurológica (cuando se considere pertinente): exploración de los pares craneales, sensibilidad, fuerza y reflejos.

Un esquema detallado y práctico de la exploración de un paciente con vértigo figura en la tabla 3.

Ante un paciente que sufre vértigo es fundamental valorar si tiene nistagmo y sus características.

El nistagmo es un movimiento conjugado, involuntario y rítmico de los ojos. Se trata de un signo neurológico cuya presencia indica que “algo funciona mal”. Puede indicarnos la localización del problema (periférica o central), si bien nunca nos va a decir de qué enfermedad se trata.

En el nistagmo hemos de valorar su dirección, frecuencia y amplitud de las oscilaciones. Consta de una fase rápida que indica la dirección del nistagmo y otra lenta que hace girar el ojo a su posición normal. Primero se explora el nistagmus espontáneo solicitando al paciente que mire al centro y luego desvíe la mirada aproximadamente 30° a la derecha y luego 30° a la izquierda. Si desvía la mirada más de 30° puede aparecer un nistagmus de mirada extrema que no tiene valor nosológico. Se trata de un nistagmus fisiológico.

A continuación se explora la posible aparición de un nistagmus posicional o inducido: con el paciente sentado en la camilla, el explorador le sujeta la cabeza y la impulsa bruscamente hacia un lado, contra la camilla, y se observa si se ha desencadenado nistagmo; a continuación se le endereza la cabeza y se repite con igual brusquedad la maniobra hacia el otro lado (maniobra de Dix-Hallpike).

El nistagmo periférico es horizontal u horizonto-rotatorio, siempre unidireccional y nunca vertical. Indica siempre enfermedad. En la crisis de vértigo el componente rápido del nistagmus suele dirigirse hacia el laberinto sano. La caída, en el test de Romberg, es hacia el laberinto afectado.

El nistagmo central puede ser de cualquier tipo, amplitud y frecuencia. Es de larga duración o puede incluso persistir toda la vida. No se modifica con la mirada. El nistagmo vertical o el diagonal son patognomónicos de lesión central. En la tabla 1 se recogen las características diferenciales del nistagmo.

Algunas pruebas complementarias pueden ayudarnos en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. Las causas del mareo y del vértigo son tan diversas que hoy por hoy no existe ninguna prueba complementaria diagnóstica de estos trastornos, y las pruebas que podrían ayudarnos en la orientación de estos problemas la mayoría de las veces no están al alcance del médico de Atención Primaria. En cualquier caso, algunas pruebas resultan útiles en algunos enfermos.

La elección de la prueba depende de la presentación, duración y gravedad del problema y debe hacerse en función de la historia clínica y la exploración física. Un médico de familia podrá solicitar desde su consulta:

- Un análisis de sangre con hemograma y bioquímica básica para descartar anemia, trastornos tiroideos o del metabolismo de la glucosa, entre otros.
- Un electrocardiograma, para descartar fundamentalmente arritmias.
- Una audiometría que, aunque generalmente queda fuera de su alcance, es una prueba rutinaria para el ORL.

En centros especializados y cuando se precisen técnicas más avanzadas, el especialista correspondiente podrá solicitar:

- Pruebas calóricas con electronistagmografía.
- Potenciales auditivos evocados.
- Estudios dinámicos como posturografía, etc.

Y si la anamnesis y exploraciones orientan hacia una patología de origen central o radicular serán imprescindibles técnicas de neuroimagen como el TAC o la RMN, o la angiografía, la cisternografía, etc.

Podemos, por fin, asegurar que existen unas claves diagnósticas de este proceso:

- confirmar que el paciente padece realmente vértigo.
- realizar un perfil evolutivo.
- valorar la patología asociada.
- hacer una exploración oftalmoneurootológica minuciosa.
- definir el nivel lesional y etiológico (cuando sea posible).

5. TRATAMIENTO.

En principio y durante la fase aguda, en ausencia de focalidad neurológica, resultará prioritario tranquilizar al paciente y conseguir las condiciones ambientales apropiadas para el reposo y la adopción de una postura que disminuya el vértigo. Conviene desdramatizar la situación.

Disponemos de distintos fármacos que alivian los síntomas y acortan la clínica. El mejor fármaco antivertiginoso es aquel que, con menos efectos secundarios, mejore los síntomas del paciente. Existen distintos grupos farmacológicos que enumeramos a continuación y que deben ser usados en función de los síntomas y las características del paciente:

- Neurolépticos fenotiacínicos: el más usado es la tietilperazina que en la fase aguda y cuando están presentes las náuseas y vómitos debe administrarse por vía rectal a una dosis de un supositorio cada 8 ó 12 horas.

- Antihistamínicos anticolinérgicos como el popular dimenhidrinato, conocido por su acción preventiva de la cinetosis. Otros fármacos de este grupo son la meclizina, la ciclicina, la difenhidramina y la prometazina.

- Benzodiacepinas como el diazepam y el clorazepato dipotásico.

- Antagonistas del calcio como la flunarizina y la cinarizina.

- Sustancias como el sulpiride o análogos de la histamina como la betahistina.

Una pauta práctica de tratamiento de una crisis vertiginosa aguda podría ser:

- Reposo, preferentemente en decúbito, inmóvil y lejos de ruidos y excesos de luz.

- Dieta absoluta.

- Fármacos:

- Sulpiride o betahistina 1 cápsula cada 8 horas por vía oral.

- Tietilperazina 1 gragea o 1 supositorio, si existen vómitos, cada 8 ó 12 horas.

- Metoclopramida 1 cucharada o comprimido o 1 ampolla i.m o i.v cada 8 horas.

- Diazepam 5 mg 1 comprimido oral o 1 ampolla 5 mg i.m o i.v. cada 8 ó 12 horas.

En el vértigo paroxístico posicional benigno es de gran utilidad efectuar los ejercicios posicionales de Brandt-Daroff que consisten en inducir el vértigo en un intento de desensibilización; las maniobras de reposición otolítica: liberadoras de Semont; o las de Epley que consisten en colocaciones sucesivas de la cabeza con ángulos de desplazamiento de 90°, de forma rápida y manteniéndola hasta que desaparece el nistagmo. En este tipo de vértigo no deben administrarse medicamentos.

Una vez superada la crisis aguda de vértigo hemos de retirar cuanto antes sea posible el tratamiento farmacológico sedante descrito para iniciar el tratamiento etiológico propio del proceso (cuando sea conocido). Prolongar el tratamiento innecesariamente dificulta el fenómeno de compensación central y facilita que el paciente permanezca con sensación de mareo largo tiempo. Si desconocemos la etiología habrá que recurrir a la consulta con el especialista que determinará el tipo de tratamiento específico.

En caso de vértigos periféricos, fundamentalmente el vértigo de Ménière, que tienen una mala evolución a pesar del tratamiento médico, existe la posibilidad de

utilizar técnicas quirúrgicas. Estas técnicas se clasifican en conservadoras y destructivas según se respete o no la audición en la intervención quirúrgica. Entre las conservadoras existe la laberintectomía química (aplicación de tóxicos vestibulares en el oído), la descompresión del saco endolímfático y la neurectomía vestibular. La técnica destructiva es la laberintectomía quirúrgica. En los casos de VPPB que no responden a las maniobras de reposición otolítica existe la posibilidad de ocluir quirúrgicamente el canal semicircular posterior para evitar los vértigos.

6. DERIVACIÓN/INTERCONSULTA.

En muchos casos un médico de Atención Primaria preparado, motivado y que siga el esquema de trabajo que proponemos podrá llegar al diagnóstico del proceso y aconsejar un tratamiento adecuado con el que podrá resolver el problema de su paciente sin necesitar la ayuda del especialista.

En otros casos, sin embargo, el médico de familia se verá obligado a consultar con el especialista:

- Cuando la sintomatología del paciente no ceda pasadas 3-4 semanas.
- Cuando el paciente presenta ataques recurrentes o desequilibrio continuo.
- Cuando el trastorno del equilibrio se acompañe de signos o síntomas neurológicos como afasia, cefalea intensa, parálisis facial periférica, etc.
- En los casos de vértigo asociado a síntomas auditivos como hipoacusia, acúfenos y otorrea.
- Cuando se sospeche un vértigo central.

Actuación frente a posibles complicaciones.

Muchas veces el médico de Atención Primaria será requerido al domicilio del paciente que ha sufrido un trastorno repentino del equilibrio y se encuentra postrado en cama sin posibilidad de acudir al Centro de Salud. Tras la evaluación del paciente, el médico debe decidir si trata al enfermo en su propio domicilio o bien le deriva a Urgencias del Hospital de referencia para su tratamiento.

La mayoría de las causas de desequilibrio residen en cuadros no peligrosos para la vida del paciente a pesar de lo aparatoso y angustioso del cuadro. Sin embargo, la aparición de las siguientes complicaciones nos aconsejarán la derivación inmediata del paciente al Hospital más cercano:

- Crisis intensa de vértigo que pasadas unas horas no cede con el tratamiento sedante habitual, o incluso se recrudece.
- Vértigo asociado a los siguiente signos neurológicos:
 - Pérdida de conciencia.

- Confusión mental, desorientación, deterioro de las funciones intelectuales, afasia o trastornos del lenguaje como disartria.
 - Cefalea muy intensa o dolor facial muy intenso.
 - Meningismo.
 - Parestesias en hemicara o hemicuerpo.
 - Parálisis de cualquiera de los pares craneales.
 - Exploración cerebelosa positiva.
 - Disfonía brusca.
 - Disfagia.
- Síntomas visuales:
 - Pérdida parcial de visión.
 - Visión borrosa.
 - Oftalmoplejia.
 - Diplopia.
 - Alucinaciones visuales.
- Síntomas ORL:
 - Sordera brusca.

7. PUNTOS CLAVE

- 1.- Es fundamental aclarar el tipo de sensación que padece el paciente cuando refiere que se marea.
- 2.- El vértigo es una falsa sensación (ilusión) de movimiento del entorno o del propio cuerpo del paciente, con más frecuencia una sensación de giro.
- 3.- Para mantener la estabilidad en bipedestación tienen que estar preservados por lo menos 2 de los 3 sistemas del equilibrio (visión, vestibular, propioceptivo).
- 4.- La anamnesis es la herramienta más potente de que dispone el médico de Atención Primaria para el diagnóstico de vértigo, ayudado por una exploración física básica.
- 5.- La alteración del sistema vestibular es responsable de más del 75 % de los vértigos.
- 6.- Desde los puntos de vista clínico y etiológico, el vértigo se clasifica en central y periférico. Su diagnóstico diferencial es fundamental.
- 7.- La sospecha de un vértigo central nos obliga a derivar al paciente al neurólogo del hospital de referencia.

- 8.- El nistagmo acompaña casi de forma invariable a la disfunción vestibular.
- 9.- Es necesario realizar siempre un control evolutivo del paciente con vértigo no clasificado.
- 10.- La mayoría de las crisis agudas de vértigo ceden con medidas generales y sedantes vestibulares que deben usarse hasta superar la crisis, habitualmente durante unos pocos días.

8. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Canal Santos R, Casabella Abril B, Tamayo Ojeda C. Mareo. En curso autoformativo de Atención Primaria (CAAPS). Fundació de Atenció Primaria. Barcelona 1995.
- 2.- Muñoz Casares FC, Liñán López M, Sánchez Cane I, Gómez Fiñana MS, Díaz Castellanos MA. Mareo y vértigo: manejo diagnóstico y terapéutico por el médico de familia. Jano 1998, vol LV nº 1278.
- 3.- García Ruiz JM. El sistema del equilibrio y sus trastornos. Programa de actualización sobre los trastornos del equilibrio. 1994.
- 4.- Herrero Pardo de Donlebún M, Macías Cadavid CA, Carretero Sánchez MB, Salcedo Joven I, Sánchez González AB, González López E. Vértigo. Jano 2001, vol LX, nº 1371.
- 5.- Rivas Lacarte MP, Limón Ramírez E, Prat Marí J. Diagnóstico del vértigo periférico. Jano 1998, vol LV, nº 1260.
- 6.- Pertusa S, Andreu J, Cardona E, Sánchez López F, García Ortega F. Exploración ORL básica para el médico de familia. Cd interactivo y dossier. Alicante, 2000.
- 7.- Paparella-Shumrick. Diagnóstico diferencial del mareo y vértigo. 1987.
- 8.- Writh T. Vértigo. Duphar, 1989.
- 9.- Rubin W. Dizziness: aethiologyc approach to management. 1991.
- 10.- Sharpe JA. The vestibulo-ocular reflex and vertigo. 1994.
- 11.- Claussen CF. Otoneurooftalmología. Ed. Springer-Verlag, 1987.
- 12.- Helms. Sensorineural hearing loss and equilibrium disturbance. 1990.
- 13.- Glasscock ME, Cueva RA, Thedinger BA. Handbook of vertigo. Raven Press. Nueva York, 1990.
- 14.- Aguilar M, Barraquer Bordas LL. Síndrome vestibular. Etiología, fisiopatología y semiología. En: R. Carmena, M. Dalman y M. Foz. Ed. Toray. Bases de la Medicina Interna. Barcelona 1987: 1221-1227.

9. TABLAS.

TABLA 1: Características diferenciales entre vértigo central y periférico.

Vértigo periférico

Anamnesis:

- Comienzo brusco e intensidad acusada.
- Evolución episódica, paroxística
- Rotatorio. Bien definido.
- Duración de seg., min. u horas.
- Hipoacusia y acúfenos frecuentes.
- Náuseas y vómitos frecuentes.
- Influencia postural.

Vértigo central.

- Comienzo insidioso e intensidad leve.
- Evolución continua, progresiva.
- Sensación rotatoria rara. Mal definido.
- Duración muy variable (días, meses, años)
- Hipoacusia y acúfenos raros.
- Escasas manifestaciones vegetativas.
- Escasa influencia postural.

Exploración:

Vértigo periférico:

- Nistagmo espontáneo horizonte-rotatorio, unilateral, de corta duración. Abolido al fijar la mirada.
- Nistagmo posicional siempre existe y es fatigable.
- Signos centrales raros.
- Otoscopia normal o patológica.
- Signo de Romberg positivo.
- Prueba de Barany con desviación bilateral.
- Pruebas calóricas alteradas.

El vértigo periférico es completo, proporcional y armónico.

- Completo: vértigo, desequilibrio, náuseas, vómitos y nistagmo.
- Proporcional: a más vértigo, más nistagmo y desequilibrio.
- Armónico: sigue las leyes de la excitabilidad laberíntica, es decir, desequilibrio y fase corta de nistagmo hacia el lado afectado.

Se produce por afectación del órgano receptor (laberinto, ojos, cervicospinal) o el VIII par craneal.

Vértigo central:

- Nistagmo espontáneo horizontal, rotatorio o vertical, variable y duradero.
- Nistagmo posicional suele aparecer, no fatigable.
- La fijación visual no inhibe el nistagmo y vértigo.
- Signos centrales frecuentes, generalmente por déficit neurológico (alteraciones visuales, disartria, etc.).
- Signo de Romberg positivo.
- Prueba de Barany con desviación unilateral.
- Pruebas calóricas normales.

TABLA 2: Causas más frecuentes de vértigo.

Vértigo periférico:

a) Lesiones del laberinto o estructuras vecinas:

- Enfermedad de Menière o sordera neurosensorial recurrente.
- Ingesta de fármacos ototóxicos (aminoglucósidos, AAS, anticomiciales, diuréticos), o tóxicos como el alcohol.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Infecciones como laberintitis aguda.
- Causas otológicas como afectación del oído medio por otitis, tumores, etc.
- Vértigo paroxístico posicional benigno.
- Laberintoplejia

b) Lesiones del VIII par craneal:

- Infecciones.
- Tumoraciones.

Vértigo central.

a) Patología del SNC:

- Infecciones.
- Traumatismos.
- Tumores.
- Causas vasculares como ACVA o migrañas.

b) Enfermedades desmielinizantes como la esclerosis múltiple.

- c) Epilepsia (sobre todo temporal.)
- d) Tumores de la fosa posterior, etc.

Otras causas:

- a) Patología ocular como alteración aguda de la visión.
- b) Patología cervical como traumatismos o inflamaciones.

TABLA 3. Exploración de un paciente con mareo/vértigo paso a paso.

1.- Exploración física general:

Toma de presión arterial.

Auscultación cardíaca y de troncos supraaórticos.

Determinación de la frecuencia cardíaca y si el pulso es rítmico o no.

Valorar cambios de la presión arterial con el ortostatismo.

2.- Exploración ORL:

Otoscopia bilateral.

Pruebas con diapasones.

Exploración del cuello.

3.- Exploración otoneurológica:

Estado de conciencia y funciones mentales.

Fondo de ojo.

Nistagmo: espontáneo y posicional.

Coordinación. Exploración cerebelosa (eumetría, diadococinesia)

Test de Romberg.

Exploración de la marcha: pruebas de Babinski-Weil y de Fukuda-Untemberger.

Prueba de los índices de Barany.

Pruebas posicionales de Dix-Hallpike.

4.- Exploración neurológica (cuando se considere pertinente):

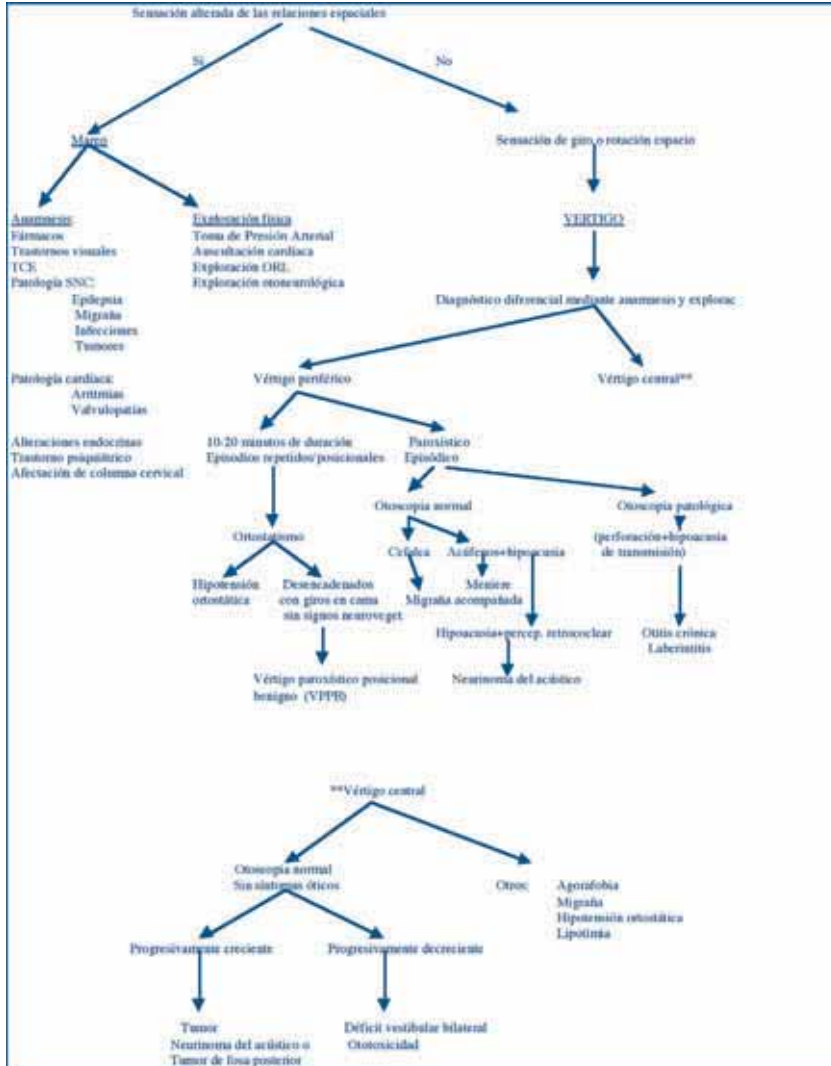
Exploración de pares craneales.

Fuerza y reflejos.

Sensibilidad.

10. ALGORITMOS

ALGORITMO DIAGNOSTICO



ALGORITMO DE COMPLICACIONES.

La aparición de las siguientes circunstancias o complicaciones del vértigo son potencialmente graves y exigen ser examinadas en el Hospital:

1.- Crisis intensa de vértigo que no cede con tratamiento habitual o incluso se recrudece.

2.- Vértigo asociado a:

- a) Signos neurológicos.
- b) Signos o síntomas visuales.
- c) Síntomas o signos ORL importantes.

En estos casos se sospechará vértigo central y se pondrán en marcha los mecanismos para el traslado urgente del enfermo al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia.

ALGORITMO TERAPEUTICO.

Tratamiento práctico de una crisis vertiginosa aguda:

1.- Tranquilizar al paciente y a su familia y desdramatizar la situación.

2.- Reposo..

3.- Dieta absoluta.

4.- Fármacos:

a) Sulpiride 1 cápsula cada 8 horas por vía oral o Betahistina 1 comprimido cada 8 horas por vía oral.

b) Tietilperazina 1 gragea o 1 supositorio, si existen vómitos, cada 8 horas.

c) Metoclopramida 1 cucharada o comprimido o 1 ampolla im o iv si existen vómitos.

d) Diazepan 5 mg si el componente de ansiedad es muy manifiesto 1 comprimido o 1 ampolla im cada 8-12 horas.



VERTIGO.

El vértigo se define como una falsa sensación (ilusión) de movimiento del entorno o del propio cuerpo del paciente, con más frecuencia una sensación de giro rotatorio. Se trata de una pérdida de la orientación espacial, una sensación errónea y subjetiva de desplazamiento de los objetos en relación al sujeto y viceversa.

De forma habitual y desde los puntos de vista clínico y etiológico se acepta la clasificación del vértigo en 2 tipos:

- 1.- Vértigo central.
- 2.- Vértigo periférico.

DIAGNOSTICO/SEGUIMIENTO

El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico. Para el médico de Atención Primaria como para el médico especialista, la anamnesis es la herramienta más potente de que dispone para el diagnóstico.

Tras realizar una anamnesis en profundidad es imperativo llevar a cabo una exploración física:

- a) General: toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, estado de piel y mucosas, visión, auscultación cardíaca y de troncos supraaórticos.
- b) ORL: otoscopia, audición y diapasones, exploración del cuello.
- c) Otoneurológica: estado de conciencia y funciones mentales, estudio del nistagmus, exploración cerebelosa (eumetría, diadococinesia), test de Romberg, test de la marcha (Fukuda-Untemberger), prueba de los índices de Barany y tests posicionales como el de Hallpike.
- d) Neurológica (cuando se considere pertinente): exploración de los pares craneales, sensibilidad, fuerza y reflejos.

Algunas pruebas complementarias pueden ayudarnos en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. Las causas del mareo y del vértigo son tan diversas que hoy por hoy no existe ninguna prueba complementaria diagnóstica de estos trastornos, y las pruebas que podrían ayudarnos en la orientación de estos problemas la mayoría de las veces no están al alcance del médico de Atención Primaria.

La elección de la prueba depende de la presentación, duración y gravedad del problema y debe hacerse en función de la historia clínica y la exploración física. Un médico de familia podrá solicitar desde su consulta:

- Un análisis de sangre con hemograma y bioquímica básica para descartar anemia, trastornos tiroideos o del metabolismo de la glucosa, entre otros.
- Un electrocardiograma, para descartar fundamentalmente arritmias.
- Una audiometría que, aunque generalmente queda fuera de su alcance, es una prueba rutinaria para el ORL.

TRATAMIENTO

Una pauta práctica de tratamiento de una crisis vertiginosa aguda podría ser:

- Reposo, preferentemente en decúbito, inmóvil y lejos de ruidos y excesos de luz.
- Dieta absoluta.
- Fármacos:
 - Sulpiride o betahistina 1 cápsula cada 8 horas por vía oral.
 - Tietilperazina 1 gragea o 1 supositorio, si existen vómitos, cada 8 ó 12 horas.
 - Metoclopramida 1 cucharada o comprimido o 1 ampolla i.m o i.v cada 8 horas.
 - Diazepan 5 mg 1 comprimido oral o 1 ampolla 5 mg i.m o i.v. cada 8 ó 12 horas.

Una vez superada la crisis aguda de vértigo hemos de retirar cuanto antes sea posible el tratamiento farmacológico sedante descrito para iniciar el tratamiento etiológico propio del proceso (cuando sea conocido).

DERIVACION/INTERCONSULTA

El médico de familia se verá obligado a consultar con el especialista:

- Cuando la sintomatología del paciente no ceda pasadas 3-4 semanas.
- Cuando el paciente presenta ataques recurrentes o desequilibrio continuo.
- Cuando el trastorno del equilibrio se acompañe de signos o síntomas neurológicos como afasia, cefalea intensa, parálisis facial periférica, etc.
- En los casos de vértigo asociado a síntomas auditivos como hipoacusia, acúfenos y otorrea.
- Cuando se sospeche un vértigo central.