

CAPÍTULO III

Vértigo

*Edgar Osuna, MD
Sección de Neurología, Fundación Santa Fe de Bogotá
Profesor Titular
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*

*Alejandro Tobón, MD
Residente de Neurología
Universidad El Bosque
Fundación Santa Fe de Bogotá*

La sensación de mareo constituye una de las consultas más frecuentes en un servicio de urgencias. Los pacientes con esta sintomatología se pueden clasificar en una de las siguientes categorías:

- Vértigo o sensación rotacional.
- Desequilibrio o sensación de perder el balance corporal.
- Síncope o sensación de desvanecimiento.
- Una sensación “difícil de describir”.

Solamente la primera categoría corresponde a vértigo verdadero y es el objeto de revisión en la presente guía.

FISIOPATOLOGÍA

Normalmente los dos laberintos mantienen una actividad neural constante y simétrica cuando la cabeza no está en movimiento. Al movilizar la cabeza en una dirección, un imbalance en la actividad neural laberíntica es percibida en el puente y otras estructuras centrales. Por lo tanto, una lesión en el laberinto, tallo cerebral, cerebelo o sus conexiones puede causar disbalance permanente de la acti-

vidad neuronal y desencadenar la sensación de vértigo.

HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

Una vez se haya establecido que el paciente refiere sensación de vértigo verdadero, lo más importante es evaluar la duración del síntoma, forma de inicio y factores precipitantes (tabla 1).

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB): Es la causa más frecuente, se origina por la acumulación de productos de desecho en el canal semicircular posterior, que ocasionan desplazamientos anormales de la cúpula al mover la cabeza. Típicamente el paciente refiere sensación de vértigo que dura menos de un minuto y ocurre al mover la cabeza con respecto a la gravedad (por ejemplo al levantarse de la cama, mirar hacia arriba, inclinarse). Factores precipitantes frecuentes incluyen trauma craneoencefálico e infecciones virales, pero ocasionalmente la migraña, la enfermedad de Menière y la neuronitis vestibular pueden inducir VPPB. La enfermedad es usualmente autolimitada a menos de dos semanas,

sin embargo en algunos casos puede durar años y la tasa de recurrencias es cercana a 20%.

El diagnóstico se realiza con la maniobra de Dix-Hallpike. Al llevar la cabeza hacia el lado afectado se observa la presencia de nistagmus con una latencia de 1-5 segundos y duración menor a 1 minuto (usualmente 15 segundos), acompañado de sensación de vértigo. El tratamiento con la maniobra de Epley es muy efectivo, con tasas de curación cercanas al 90%.

Enfermedad de Menière: es causada por exceso de endolinfa, la cual distorsiona el laberinto membranoso y desplaza la cúpula. La historia clásica es de vértigo de aparición lentamente progresiva, con varias horas de duración y cese gradual. El vértigo se acompaña de dolor auricular, sensación de presión en el oído, tinitus y pérdida de audición. Ataques repetidos originan pérdida de la función vestibular y auditiva. La electrococleografía puede ser útil en el diagnóstico en casos difíciles si se realiza en las primeras 48 horas del ataque. Sin embargo, la sensibilidad del examen es sólo de 70%. Para el tratamiento se recomiendan dietas con 1,5 gramos de sodio, restricción de cafeína, utilización de acetazolamida 250 mg/día iniciales con incrementos graduales de 250 mg cada cuatro días.

La enfermedad puede autolimitarse cada 2 ó 3 años, pero puede recurrir varios años después. Si el tratamiento médico no es efectivo, las alternativas terapéuticas incluyen aplicación de gentamicina transtimpánica, laberintectomía o neurectomía vestibular.

Migraña vestibular: corresponde a migrañas con un componente vertiginoso que predomina sobre la cefalea. Con frecuencia los pacientes refieren fotofobia, fonofobia, aura visual e historia personal o familiar de migraña. El tratamiento es idéntico al de otros tipos de migraña y para la profilaxis se pueden utilizar beta bloqueadores, ácido valproico y antidepresivos tricíclicos, entre otros.

Neuronitis vestibular: el inicio de los síntomas puede ser escalonado, lentamente progresivo o, con mayor frecuencia, súbito. Produce nistagmus horizontal con la fase rápida dirigida en sentido contrario al oído afectado. Los pacientes sufren de vértigo constante que dura días y cede lentamente. El tratamiento se realiza con benzodiazepinas tipo clonazepam 0,25 mg dos veces al día a 1mg tres veces al día. Cuando el vértigo se acompaña de pérdida de la audición, el manejo debe ser más agresivo, adicionando prednisona 60 mg por 7 días, con posterior descenso gradual hasta suspenderla; se recomienda la utilización concomitante de famciclovir 500 mg por 7 días.

TABLA 1. CAUSAS DE VÉRTIGO

ENFERMEDAD	PRECIPITANTE	APARICIÓN	DURACIÓN
Vértigo posicional paroxístico VPPB	Movimientos de la cabeza	Súbita	Menos de 1 minuto
Ataque isquémico transitorio	Ninguno	Súbita	2-5 minutos
Migraña	Ninguno	Minutos	Horas
Enfermedad de Menière	Ninguno	Minutos	Horas
Neuronitis vestibular	Ninguno	Variable	Días
ECV	Ninguno	Súbita	Días
Ototoxicidad	Movimientos de la cabeza/ después de medicación	Días	Instantáneo

Ototoxicidad: usualmente es un fenómeno iatrogénico. Agentes causantes incluyen aminoglucósidos, gentamicina, salicilatos, cisplatino, vancomicina y antimetabólicos, entre otros. El mejor tratamiento es la prevención, utilizando otras opciones terapéuticas siempre que sea posible. En caso de presentarse los síntomas, debe suspenderse la medicación y realizar ejercicios vestibulares.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Baloh R, Halmagyi M. Disorders of the Vestibular System. Oxford University Press, New York ,1996.
2. Baloh RW. Clinical practice. Vestibular neuritis. N Engl J Med 2003; 348:1027-1032.
3. Epley J. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 107:399-404.
4. Furman J, Cass S, Bening paroxysmal positional vertigo. N Engl J Med 1999; 341:1590-1596.
5. Hoston J, Baloh R. Acute vestibular syndrome. N Engl J Med 1998; 339:680-685.
6. Johnson R. Current Therapy in Neurologic Disease. New York. Mosby, 2002.