

**Comentario
de Experto**

Consideraciones Diagnosticas del
Vértigo Periférico

Dr. Ray Salazar Minaya

Otorrinolaringólogo



Eurofarma

Ampliando horizontes



Comentario de Experto

Dr. Ray Salazar Minaya

Otorrinolaringólogo CMP: 28062 / RNE: 13244
ray@planet.com.pe / www.raysalazarminaya.com

- Miembro de la SPORL, FINO e IAPO
- Médico del Staff del Hospital Guillermo Almenara y de las clínicas San Felipe, San Pablo y Delgado.

Consideraciones Diagnosticas del Vértigo Periférico

Introducción:

EL vértigo es un síntoma que se define como una ilusión de movimiento, de tipo rotatorio, en donde el paciente percibe que él o el medio se mueve, habitualmente de tipo episódico y comienzo abrupto¹. Esta molestia muchas veces difícil de explicar por el paciente y que en muchos de los casos referirá más que todo mareo, involucra otras molestias como debilidad, inestabilidad, cefaleas, malestar general, cuadros de síncope e inclusive al verdadero vértigo, por lo que es muy importante determinar bien con una adecuada anamnesis la presencia de este síntoma.

El Vértigo representa el 5% de las consultas de un médico de familia y un 10% de la del otorrinolaringólogo². Esto puede llevar en el que lo padece, diversas limitaciones como caídas, ansiedad, incapacidad para manejar, disminuir su capacidad de socialización, pérdida de trabajo, problemas familiares, etc.

La manifestación de mareo es común en la consulta diaria, pero que muchas veces no es tomada en cuenta por el médico sea por su desconocimiento del tema o por centrarse en otras dolencias.

Desde el punto de vista del origen anatómico, el vértigo podría tener causa periférica, central o mixta. Los más frecuentes son los de tipo periférico e incluyen a las siguientes causas como vértigo posicional paroxístico benigno, neuronitis vestibular, enfermedad de Meniere, vestibulopatía bilateral, vestibulotoxicidad, enfermedades autoinmunes, laberintitis, etc. Los centrales tienen las siguientes causas epilepsia vestibular, vértigo central paroxístico de tronco, síndromes de tronco cerebral, astasia talámica y cortical, etc. Esta diferenciación es fundamental en el manejo terapéutico y en la evolución del paciente con vértigo, por lo que a continuación abordaremos su diferenciación.

En la evaluación:

Es importante para poder evaluar el paciente con vértigo realizar una buena anamnesis, es así que se afirma que esto nos permitiría un 85% del diagnósticos³. Paradójicamente esto sigue siendo el gran talón de aquiles de los trastornos vestibulares, debido a lo variado de definiciones a diversos términos como son mareo, vértigo, síncope, etc.⁴.

En la siguiente tabla, se ponen una serie de definiciones internacionalmente consensuadas.

Síntoma vestibular	Definición
Inestabilidad	Es la sensación de estar inestable sin ninguna preferencia direccional mientras se permanece sentado, de pie o caminando.
Mareo	Es la sensación de distorsión o deterioro de la orientación espacial sin una falsa ilusión de movimiento. Esto incluye expresiones como embotamiento, flotación pero NO vértigo.
Oscilopsia	Es la falsa sensación de que el entorno visual oscila.
Presíncope	Es la sensación de estar a punto de perder el conocimiento que puede o no estar acompañada de síncope
Pulsión direccional	Es la sensación de sentir inestable con una tendencia a desviarse o caer en una dirección en particular mientras se está sentado, de pie o caminando.
Síncope (desmayo)	Es la pérdida transitoria de la conciencia debido a hipoperfusión cerebral global transitoria caracterizada por un inicio súbito y seguido por recuperación espontánea. El síncope usualmente lleva a pérdida de control postural y caída.
Vértigo	Es la sensación de movimiento (de la cabeza o el cuerpo) cuando no existe movimiento alguno, o a la sensación distorsionada de movimiento cuando existe un movimiento cefálico normal.

Es importante para un buen diagnóstico, el poder determinar la duración del cuadro vertiginoso, que lo desencadena y síntomas o enfermedades asociadas que se presentan con la crisis. Un ejemplo de esto es el caso del vértigo posicional paroxístico benigno, en donde la crisis vertiginosa dura pocos segundos, se desencadena al realizar movimientos en especial al levantarse o recostarse y se asocia a personas mayores de sexo femenino con problemas de osteoporosis, hipocalcemia o hipotiroidismo.



Lentes de Frenzel

En un cuadro vertiginoso encontraremos el nistagmus que es un movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos. Este movimiento puede ser: de lado a lado (nistagmos horizontal) que es el más frecuente, hacia arriba y hacia abajo (nistagmo vertical) o circular (nistagmo rotatorio).

El nistagmus en un cuadro periférico es de dirección fija y frecuentemente de tipo horizontal rotatorio.

Para poder determinar si el cuadro vertiginoso es de tipo periférico o central, debemos tener en cuenta que el cuadro de nistagmus se incrementa cuando al paciente lo examinamos sin fijación visual, comparado a cuando fija la mirada. Por ejemplo: al usar los lentes de frenzel, que tienen lunas de 20 dioptrías, permite que el paciente no fije la mirada en un punto, pero al ser iluminados permite que el observador pueda ver el nistagmus y determinar las características del mismo y si se presenta incremento de su intensidad⁵.

Respecto a la estabilidad del paciente, en los cuadros periféricos se cae para el lado de la lesión y en los cuadros centrales no puede mantenerse de pie, realizar la marcha y al caer lo hará en diversas posiciones⁶.

Otro factor importante es evaluar el reflejo vestibulo ocular (VOR), que se puede realizar mediante el test del impulso céfálico (head impulse test), que normalmente al rotar la cabeza a un lado, producirá una rotación de los ojos al lado contrario compensando los movimientos de la cabeza, manteniendo los ojos fijos en el espacio y la consecuente estabilización de la imagen en la fóvea de la retina.

Para realizar el test de HTT, el paciente estará frente al examinador, con

la vista fija en un objeto o punto determinado (la punta de la nariz del examinador por ejemplo) y el examinador imprimirá a la cabeza del paciente una rotación rápida a un lado, en un paciente normal el ojo permanece fijo en el objeto, en los casos de lesión vestibular periférica, el paciente ante el movimiento céfálico, el ojo seguirá el movimiento de la cabeza lo que producirá que deje de mirar el objeto y posteriormente realice un movimiento correctivo para volver a mirar dicho objeto.

Otro dato importante es que cuando hay pérdidas auditivas en un síndrome vertiginoso agudo, uno debe estar en alerta por que es posible que estemos ante un problema central.

Finalmente, en un cuadro de tipo periférico, no debemos encontrar ningún

signo de tipo neurológico (disartria, deficiencia muscular, parálisis, desorientación, alteraciones de pares craneales, etc.), ni pérdida de conocimiento.

Bibliografía

1. Dr. Carmona. Neurología. tercera edición. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2012: pag. 31-35
2. Dra. Tapia Toca. Otoneurología. Barcelona: Medicina STM editores; 2004: pag 17-25
3. Dr. Sergio Carmona and Dr Jorge Kattah. Primera Edición. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2017: pag 13-23
4. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE, classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. J vestib Res 2009; 19 (1-2):1-13.
5. Dr. Zuma e Maia, Dr. Mangabeira y Dr. Carmona. Primera Edición. Rio de Janeiro: Editora Revinder; 2014
6. Dr. Sergio Carmona and Col. The diagnostic accuracy of truncal ataxia and HINTS as cardinal signs for acute vestibular Syndrome. front. Neurology 7:125. doi10.3389/fneur.2016.00125

Prueba de Impulso Céfalico horizontal a ojo desnudo NORMAL



Prueba de Impulso Céfalico horizontal a ojo desnudo ALTERADO

