

Vértigo, mareo, síncope y ataxia.

Cuando un enfermo dice que “esta mareado” debe de encuadrarse por la historia clínica y exploración en uno de estos cuatro grupos para poder diagnosticarle:

1. Vértigo:

El paciente nota sensación de movimiento de él o de su entorno.

2. Sensación de desmayo inminente (síncope).

3. Inestabilidad al caminar.

4. Ninguna de las anteriores, mareo inespecífico.

Vértigo:

Lo define la ilusión de movimiento que conviene concretar moviendo la mano delante de los ojos del enfermo pues a veces “se mueve todo” no se refiere a una sensación de movimiento. El vértigo se acompaña con frecuencia de náuseas y vómitos, de inestabilidad al caminar y de nistagmo, y se debe a una alteración del funcionamiento vestibular central o periférica. Los trastornos periféricos se suelen deber a que los canales semicirculares de uno de los dos laberintos funcionan mal y queda descompensada su señal con respecto al otro laberinto. Los trastornos laberínticos generalmente producen inhibición de uno o más canales semicirculares y eso produce un nistagmo con la fase lenta hacia el oído dañado y la fase rápida que es la que se ve y define la dirección del nistagmo alejándose de dicho oído. El nistagmo aumenta en intensidad cuando los ojos se desvían en la dirección del componente rápido, es decir, hacia el oído normal y cuando extienden los dedos al frente tienden a desviarlos en dirección de la fase lenta, es decir, hacia el oído dañado. Cuando el enfermo cierra los ojos nota una sensación de rotación del cuerpo en dirección opuesta al vestíbulo dañado en el caso del vértigo periférico.

El nistagmo multidireccional es más frecuente con intoxicaciones medicamentosas o de otro tipo o con trastornos del tronco cerebral o fosa posterior. En concreto el nistagmo vertical es casi patognomónico de lesiones de tronco cerebral o cerebelosas de línea media.

En la rotación por Neurología el objetivo es distinguir el vértigo periférico que es el más habitual, más espectacular, pero menos grave del vértigo central que es menos frecuente pero más grave y que además de las características referidas del nistagmo suele tener otras anomalías en la historia y exploración neurológica que nos lo hacen sospechar (cefalea, alteración de pares craneales o vías largas, disimetría, etc...).

Cuando el vértigo es posicional (el vértigo posicional benigno es el vértigo periférico más frecuente) la maniobra de Barany nos ayudará a distinguir el vértigo central del periférico:

Al hiperextender el cuello y dejarlo colgando por debajo del plano horizontal de la camilla (tanto en un ángulo neutro como girado a derecha o a la izquierda), observaremos el nistagmo que esto produce que en el caso del vértigo periférico tardará algunos segundos en aparecer, se mantendrá en la misma dirección y repitiendo la maniobra se producirá una acomodación con disminución y finalmente desaparición del nistagmo, mientras que en el vértigo central aunque puede acompañarse de malestar, náuseas y vómitos (como en el periférico), el nistagmo se produce inmediatamente tras hiperextender la cabeza (no hay latencia), la dirección del nistagmo puede variar, y no desaparece aunque repitamos la maniobra (no hay acomodación). Si queremos comprobar si uno de los dos laberintos funciona mal podemos hacerlo irrigando con un jeringa de agua fría cada conducto auditivo por separado mientras el enfermo está tumbado con la cabeza flexionada 30°. Ello producirá normalmente náuseas y nistagmo con fase rápida hacia el oído contralateral. Una respuesta reducida en un oído implica un trastorno de dicho laberinto (previamente hay que comprobar que la membrana timpánica está intacta).

El tinnitus o pérdida de audición de un oído con el vértigo señala a ese oído como la causa periférica de dicho vértigo. Por el contrario la diplopia, la debilidad facial, disartria, disfagia o debilidad de extremidades o su incoordinación indican que la causa está en el sistema nervioso central.

No vamos a entrar en causas periféricas de vértigo que son más propias de la rotación por ORL, pero sólo decir que tiene mucho interés conocer las maniobras de reposicionamiento de los otolitos que son la causa de el vértigo posicional periférico y que no deben utilizarse los sedantes vestibulares tipo Torecan durante más de 3 días pues retrasan la compensación central de los problemas laberínticos.

Causas comunes de vértigo en el anciano incluyen el vértigo paroxístico posicional benigno, neurolaberintitis viral, trauma, toxicas, e isquemia de la circulación posterior cerebral o laberíntica. Los adultos jóvenes son frecuentes la enfermedad de Meniere y la neurolaberintitis viral, el trauma y las toxicas. Y en los niños con tímpanos normales y sin signos de otitis media son vértigo paroxístico benigno y migraña.

El vértigo episódico generalmente es de comienzo brusco pero la duración varía mucho. Los episodios de vértigo paroxístico posicional benigno duran de segundo a 1 minuto.

Los ictus transitorios minutos a horas y el síndrome de Meniere horas. Los vértigos episódicos con síntomas autonómicos (vómitos, palidez y sudoración) con mayor frecuencia son el vértigo paroxístico posicional benigno, la migraña y la enfermedad de Meniere. Los ictus transitorios, la migraña, pueden asociarse con síntomas o signos del sistema nervioso central y el síndrome de Meniere se acompaña de síntomas auditivos. El nistagmo debe observarse tanto con la mirada al frente como con las miradas laterales aunque las miradas extremas laterales producen nistagmo en individuos normales. La fijación de la vista en un objeto puede inhibir el nistagmo periférico pero no el central.

Como se ha dicho, el nistagmo por hipofunción vestibular periférica bate en sentido opuesto al vestíbulo hipofuncionante y la amplitud del nistagmo y su frecuencia aumenta con la mirada en la dirección de esta fase rápida de batida. Hay que sospechar que el nistagmo es por una enfermedad del sistema nervioso central cuando:

1. El nistagmo tiene movimiento pendular.
2. El nistagmo (fase rápida) cambia de dirección al mirar en diferentes direcciones.
3. El nistagmo no se suprime con la fijación.
4. Hay poco vértigo o es leve.
5. No existen náuseas.
6. Hay signos o síntomas neurológicos centrales pero hay que ser especialmente cuidadoso con los ancianos pues pequeños infartos cerebelosos pueden simular lesiones laberínticas.

Causas periféricas de vértigo:

1-Neuronitis vestibular: Se caracteriza por un ataque súbito y severo de vértigo con náuseas y vómitos, con el nistagmo con fase lenta hacia el oído anormal y rápida hacia el sano, con excitabilidad calórica disminuida en un oído. En un tercio existe nistagmo posicional y en un 40% hay acúfenos o sensación de presión en el oído, aunque oyen bien. El vértigo agudo se resuelve en unas horas pero puede recaer en los días siguientes y algunos pacientes notan una disfunción leve residual vestibular al moverse (por ejemplo cruzar un río de piedra en piedra). El tratamiento en fase aguda para aliviar los síntomas con 1 comp de Torecán cada 8 horas no debe durar más de 3 días. Un curso breve de esteroides parece que disminuye las secuelas vestibulares. La causa más probable es una infección por virus herpes.

2-Laberinitis: Se acompaña de pérdida de audición y vértigo súbito, con hipofunción vestibular. Puede ser viral en cuyo caso se incluye en la misma categoría que la neuronitis vestibular y el tratamiento es el mismo. También puede ser bacteriana, con fiebre, cefalea o dolor, y que se puede asociar a meningitis, mastoiditis, otitis media con fístula. Mal pronóstico si no se trata con antibióticos rápidamente.

3-Vértigo posicional benigno: Es el síndrome vestibular más frecuente y son pacientes que no tienen vértigo si están quietos pero lo desarrollan cuando giran la cabeza en un plano particular (por ejemplo al darse la vuelta en la cama), durando el vértigo segundos. Se debe a otolitos en conducto semicircular y cede rápidamente con maniobras de reposicionamiento de otolitos o más lentamente con ejercicios de rehabilitación vestibular. Lo distinguimos de un vértigo central por los datos de la maniobra de Barany que se han descrito y por la ausencia de signos y síntomas neurológicos.

4-Vértigo postraumático: Puede cursar como un vértigo agudo por una paresia vestibular o como un vértigo posicional a veces de inicio varios días tras el traumatismo. Ambos suelen ceder en menos de 3 meses. Un traumatismo (o un aumento de presión como la tos o el buceo) también puede provocar una fistula perilinfática en la que el vértigo y hipoacusia son intermitentes. Suelen remitir espontáneamente.

5-Síndrome de Menière: consiste en ataques severos de vértigo, acúfenos e hipoacusia que duran minutos a horas y que entre ellos puede haber una falta de equilibrio. Cursa con recaídas y remisiones y la audición se va deteriorando. Tratamiento complejo por ORL.

6-Neurinoma de acústico y tumores de ángulo pontocerebeloso: Los neurinomas del octavo par comienzan a crecer en el conducto auditivo interno y producen pérdida de audición progresiva o/y acúfenos, más una sensación de mareo que auténtico vértigo. Más adelante se produce hipoalgesia facial ipsilateral, disminución del reflejo corneal, del sentido del gusto, parálisis facial y ataxia a medida que el tumor sale del conducto auditivo interno y comprime el tronco cerebral. Los meningiomas, epidermoides y otros tumores también pueden localizarse en el ángulo pontocerebeloso y producir síntomas similares. Estos tumores se sospechan por los síntomas y signos neurológicos acompañantes y se diagnostican por una resonancia magnética. El tratamiento es por cirugía o radiocirugía.

7-Isquemia vertebrobasilar establecida y reversible: además del vértigo o ataxia en el 80% hay otros signos y síntomas: disartria, acorchamiento facial, ataxia, hemiparesia diplopia u otras alteraciones visuales. Es importante detectar signos o síntomas de afectación del tronco cerebral como puede suceder en la isquemia vertebrobasilar o la esclerosis múltiple, dado que el tratamiento y pronóstico es muy diferente a los trastornos periféricos.

8- Vértigo inducido por medicamentos: Varios grupos de medicamentos como los anticonvulsivantes, salicilatos, el alcohol, o aminoglucósidos producen síntomas laberínticos y nistagmo

Síndrome de hiperventilación y mareo psicógeno:

La hiperventilación produce hipocapnia, alcalosis y disminución de flujo cerebral por vasoconstricción. Se acompaña de un mareo inespecífico “como de flotar” más que vértigo, parestesias en manos y labios, ansiedad y a veces síntomas autonómicos (sudoración, temblor, palpitaciones y sensación de que no cabe en el pecho todo el aire que se necesita). La causa suelen ser ataques de pánico o fobias (agorafobia, claustrofobia) que no cuenta el enfermo salvo que se le pregunte dónde se produce el

mareo. Tratamiento con antidepresivos (y ansiolíticos cuando hay mucha ansiedad concomitante).