

XXIII
Congreso Nacional
de medicina general
y de familia

GRA
NA
DA 2016
26-28 MAYO



VÉRTIGOS

Dr. Leopoldo Torres García

<http://www.sfmm.fr>



Definición de vértigo

- Es una alucinación de Movimiento: esta definición incluye:
- Sensación de movimiento de rotación
- El Techo se cae.
- El suelo se hunde.
- Las paredes se desploman.

Vértigo: Definición



- Sensación ilusoria o alucinatoria de movimiento de los objetos que nos rodean o de nuestro propio cuerpo, por lo común una sensación de giro.

Kasper et al. *Harrison Principios de Medicina Interna*, Sincope, desvanecimiento, mareo y vértigo. 2006, Cap 20. Pp 150-154

Sensación de movimiento

- Rotatorio o No rotatorio
- Rotatorio Objetivo: El paciente refiere movimiento de los objetos exteriores a él.
- Rotatorio Subjetivo: Su cabeza, su cuerpo son los que giran



Vértigo es siempre un sintoma

- De afectación del Sistema Vestibular, por diferentes causas:
- Afectación Oído interno.
- Lesión del VIII par craneal,.
- Lesión núcleos vestibulares.
- Lesión núcleos oculomotores.
- Lesión del Cerebelo.



MAREOS

- Puede ser consecuencia del vértigo.
- Estado de desazón.
- Nauseas.
- Sudoración fría.
- Palpitaciones.
- Palidez



Mareos

- Puede aparecer sin lesión vestibular.
- Por someter al órgano vestibular periférico a una estimulación, al permanecer en un vehículo en movimiento.



Duración y Evolución de los mareos.

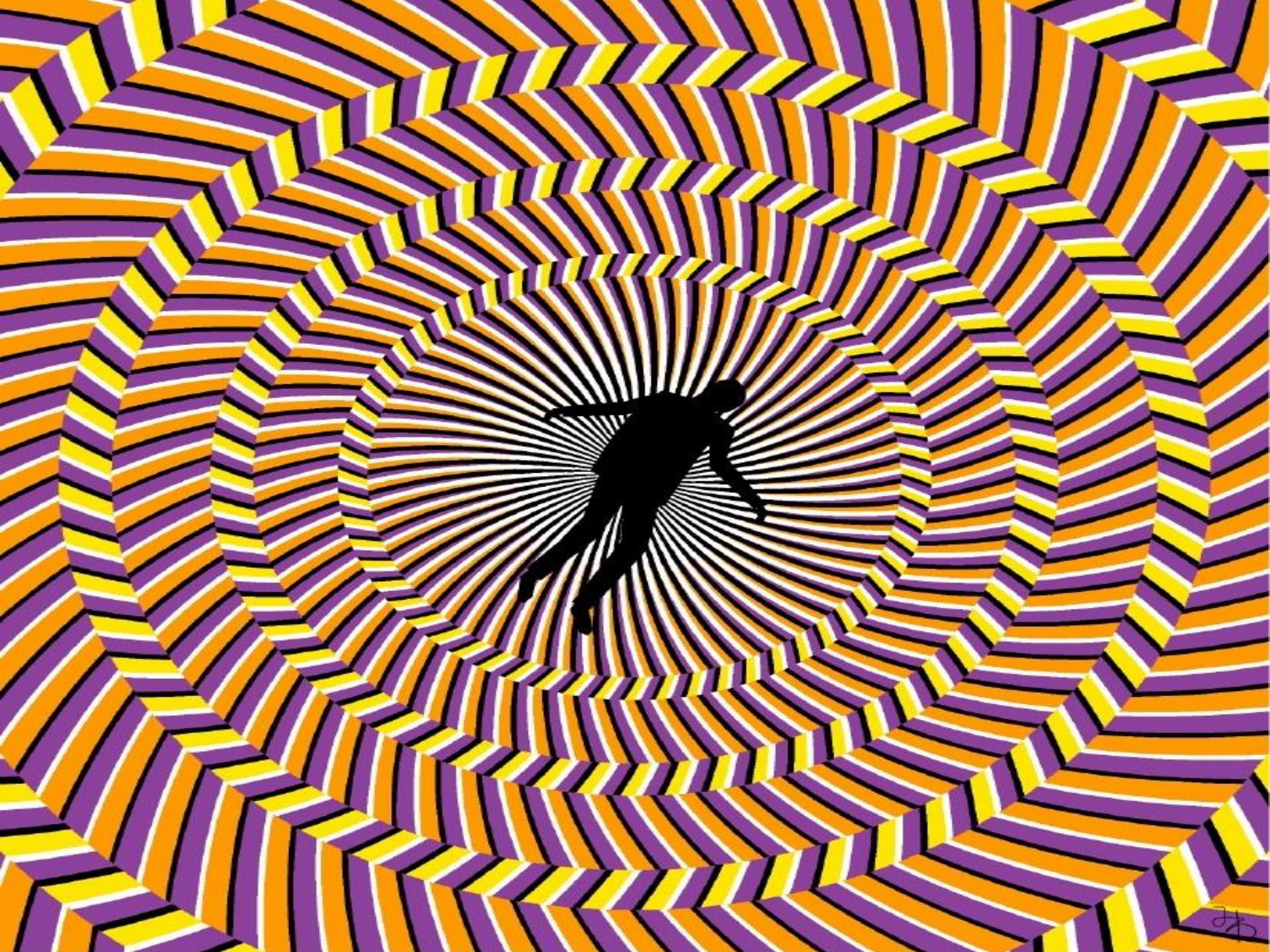
- Mareos persistentes, de larga evolución(años) y constantes son síntoma de enfermedad sistémica.



Un vértigo esporádico, severo que impide la actividad normal, que dura minutos u horas y esta ausente entre dos episodios, sugiere enfermedad del oído interno.

FACTORES PREDISPONETES O DESENCADENANTES.

- Cambios de posición, postural.
- Enfermedades virales recientes.
- Medicación ototoxica.
- Traumatismos.
- Alergias-tabaquismo-Alcohol-Drogas
- Enfermedades Metabólicas:
- Diabetes-Endocrinas- Vasculares.



TIPOS DE VÉRTIGO

CENTRAL: alteraciones a nivel del tronco cerebral o cerebelo (por ej: esclerosis en placas, insuficiencia vascular verebro-basilar)

PERIFÉRICO: otoneuropático, afectación de órgano estatoacústico

OTOPÁTICO EXTERNO: en relación con otitis media o externa, tapón de cerumen, etc.

Funciones del cerebelo

- El equilibrio (cerebelo-vestibular)
- La regulación tónica (el cerebelo espinal)
- La regulación motora (cerebelo-central)

Sus alteraciones afectan a la marcha, a la estática y movimientos voluntarios.

Son homolaterales

Diferencias de los trastornos vestibulares

- No se modifican con la supresión del control visual
- No hay Romberg
- Hipotonía motora
- Aumenta la base de sustentación
- No presenta nistagmo

Diagnóstico diferencial

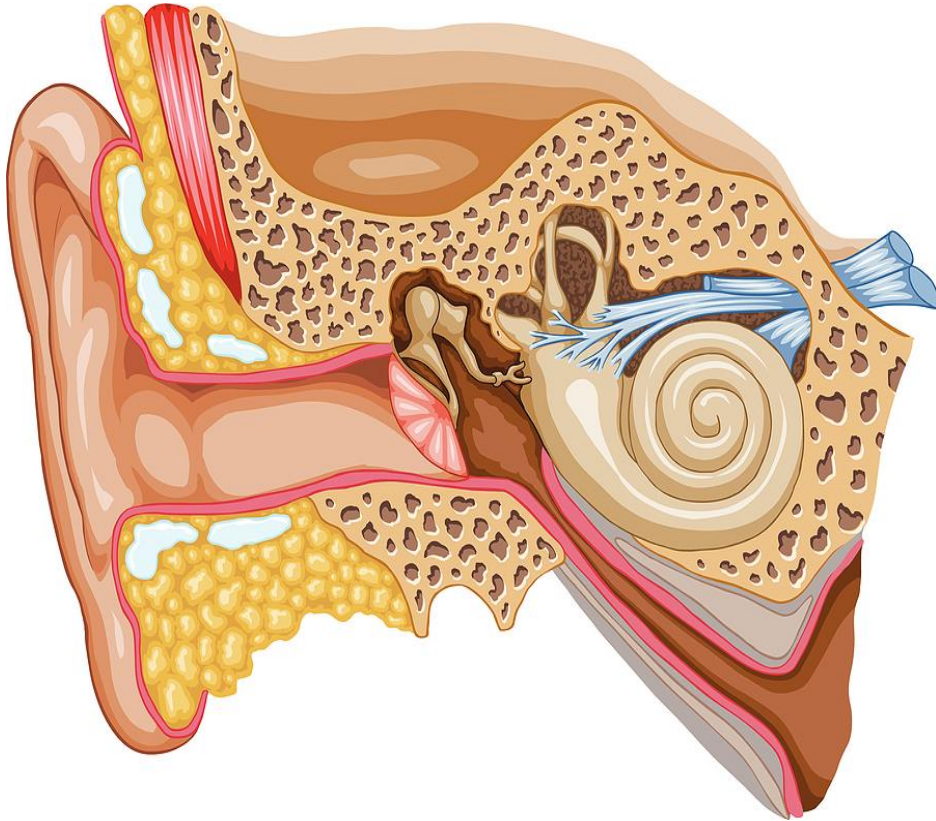
Sd. Cerebeloso

- Ataxia: marcha del beodo; aumento de la base de sustentación
- Hipotonía muscular
- Romberg –
- Desequilibrio; pero menos caídas
- Reacciones de adaptación

Sd Vestibular

- Vértigos (marcha en estrella)
- Nistagmo
- Romberg +
- Desequilibrio
- Reacciones de adaptación

Órgano cocleo-vestibular



Localizado en el
peñasco del temporal.

- Canales
semicirculares
- Utrículo
- Sáculo
- Endolinfa: maculas y
crestas.
- Nervio- ganglio de
Scarpa-
n.vestibulares (se
dirigen a Cerebelo,
médula y N.
oculomotores)
- FUNCIONES

ELEMENTOS DE LA SEMIOLOGÍA VESTIBULAR

- **VÉRTIGO**: sensación errónea de desplazamiento del cuerpo o de los objetos fijos de alrededor.
 - Causas:
 1. Perturbaciones estructurales o circulatorias periféricas a nivel del laberinto del oído interno y de su nervio vestibular
- **EQUILIBRIO**
- **NISTAGMO**

Clasificación de los vértigos

1. Crisis de vértigo única sin hipoacusia: Neuritis vestibular
2. Crisis de vértigo recurrentes con hipoacusia: Síndrome de Ménière
3. Crisis de vértigo recurrente sin hipoacusia: Vértigo posicional Paroxístico benigno
4. Crisis de mareo/vértigo recurrentes con /sin hipoacusia: Síndrome vestibular geriátrico

DIFERENCIAS ENTRE V.CENTRAL Y EL V.PERIFÉRICO

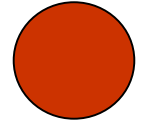
PERIFÉRICO

- Mejora al cerrar los ojos
- Acúfenos e hipoacusia
- Crisis recurrentes más limitadas
- Presenta componente vegetativo

CENTRAL

- No se modifica al cerrar los ojos
- Crisis recurrentes más prolongadas
- No presenta hipoacusia ni tiene componente vegetativo

Prevalencia



- Se encuentra entre uno de los síntomas más comunes presentados ante el médico.
- Presente en el 10% de las consultas de AP y el 30% de las consultas de ORL
- La prevalencia poblacional anual del vértigo se estima en un 1-5% llegando hasta el 23% si se consideran los datos epidemiológicos de los mareos
- En España en 2008 la incidencia del vértigo en la población general es de 17.8 casos por cada 1000 habitantes, de los cuales 7.6 casos presentan el síntoma por primera vez
- La aparición de vértigos es más frecuente en la población femenina con un riesgo relativo de 2.03
- De todos los pacientes mayores de 60 años, un 20% aproximadamente experimentará vértigo lo bastante grave para que afecte a sus actividades cotidianas

DIAGNÓSTICO: EXPLORACIÓN Y ANAMNESIS



Tratamiento Farmacologico





COMO LO TRATO!



TRATAMIENTO

- Fármacos:

- Sedantes vestibulares:

1. Tietilperacina: **extrapiramidalismo**
2. Sulpirida : **Torsales de pointe**
Benzodiazepinas

- Vasodilatadores

1. Betahistina
2. Ginkgo Biloba
3. Biorreguladores:
Vertigo heel(ambra, coculus, conium,petroleum)

- Anticolinérgicos:

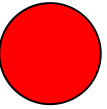
1. Cinarizida
2. Flunaricida

TRATAMIENTO

- Vasodilatadores periféricos:
Derivados alcaloides de Ergotamina
 1. Dihidroergocristina
 2. Dihidro + piracetan
 3. Dihidro + cinarizida
 4. Sedante y antimuscarínicas.
Dimenhidrinato



ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE



- EM segura o cierta: Cumple todos los requisitos clínicos y además se ha podido comprobar histológicamente (casos excepcionales)
- EM definitiva: Cumple todos los requisitos clínicos y se han excluido otras etiologías que puedan provocarlos, pero no se han efectuado estudios histológicos.
- EM probable: Padece acúfenos e hipoacusia pero solo ha tenido una crisis de vértigos. Se han excluido otras etiologías
- EM posible: Ha presentado varios episodios de vértigo sin poder documentar la hipoacusia, o esta documentada pero no tiene los típicos episodios de vértigo.

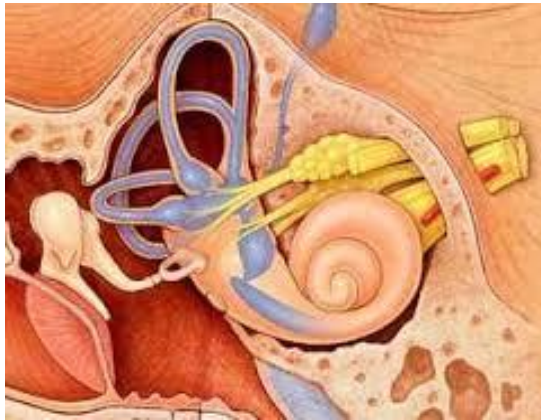
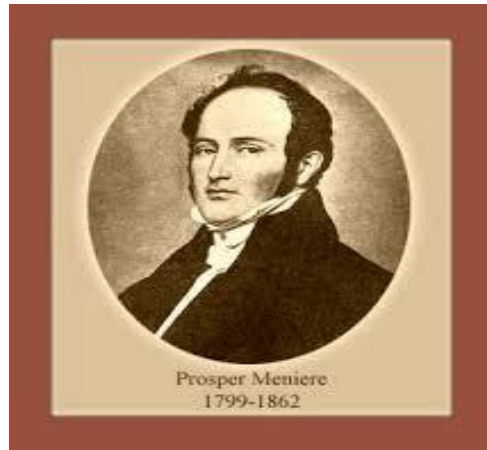
ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

- Afectación vestibular súbita.
- **Etiología desconocida: hidrops endolinfático¿?**
- Crisis de vértigo de horas de duración, con cortejo vegetativo.
- Con afectación coclear: hipoacusia neurosensorial fluctuante.
- Acúfenos y/o plenitud ótica.
- **Exploración: Difícil en brote agudo.**
- **Tratamiento: sedantes vestibulares, antieméticos y ansiolíticos.**

Prospero Meniere

- Año 1.891
- Caracterizado por
- Vértigos.
- Mareos.
- Vómitos.
- Perdida capacidad auditiva.

Prospero Meniere



- Por primera vez, relaciono vértigos con el oído y no con el cerebro

Triada de Meniere

- Episodios de vértigos.
- Perdida audición.
- **monolateral.**
- **Bajas Frecuencias**
- Zumbido de oídos



Historia Meniere

- 1934 Fustember de Michigan.
- Demuestra Hipernatremia
- Tratamiento.
- Dieta Baja en sodio.
- Diuréticos.

NEURITIS VESTIBULAR

- Afectación vestibular súbita.
- Proceso inflamatorio: Virus herpes simple tipo 1.
- Sin afectación coclear: audición conservada.
- Exploración:
 - Nistagmo espontáneo horizonto-rotatorio al lado sano.
- Romberg al lado lesionado.
- DD: Infarto cerebeloso y de tronco, esclerosis múltiple.
- Tratamiento: Sedantes vestibulares y corticoides.

VPPB

- Tipo de vértigo más frecuente:
- Prevalencia: 2,4% en la población general 9% en ancianos.
- Presencia extemporánea de partículas otoconiales en los CS.
- C.S. Posteriores 90%
- C.S. Anterior 5-7%
- C.S. Lateral 3-5%
- Etiología:
 - 70% Idiopático
 - 20% Tras NV.
 - 10% postraumático

VPPB

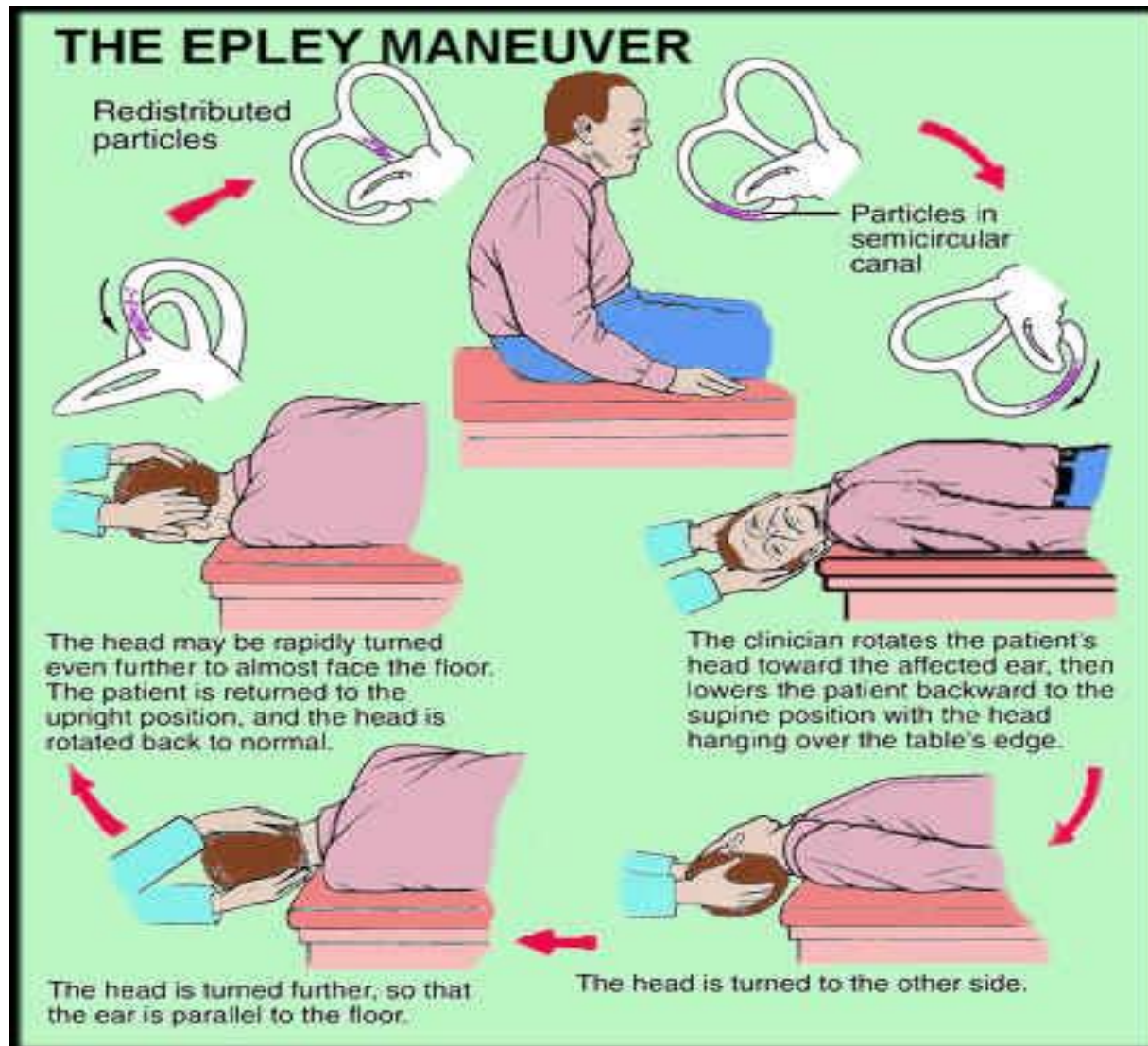
- V:Periférico de **segundos** de duración en relación con movimientos cefálicos.
- También flotación, inestabilidad.
- Cortejo vegetativo variable en función de la intensidad.
- **Mejora o desaparece al evitar los movimientos.**
- **Audición conservada.**

TRATAMIENTO:

- Maniobras:
 1. Epley
 2. Semon
 3. Dix Hall Pike
- Gafas de Frengel



VPPB: Maniobra de Epley



MANIOBRA DE SEMON



VPPB

- Exploración: Maniobra de provocación : Dix-Hall Pike.
- Latencia de unos 3 segundos.
- **Vértigo acompañado de nistagmo.**
- Horizonte rotatorio y geotrópico.
- **Desaparece en unos 10 segundos (agotable).**
- Al incorporarse:nistagmo más leve y contrario.
- **Si se repite no aparece(fatigable)**

VPPB

Maniobras de provocación: Dix-Hallpike



Tratamiento del VPPB

- No usar sedantes de manera rutinaria:
Enmascaran la exploración
Dificultan la compensación central.
- Si se utilizan solo durante 24/48 horas.
- 50% curación espontánea.
- Recurrencia anual un 20%(Múltiples maniobras no lo revierten)

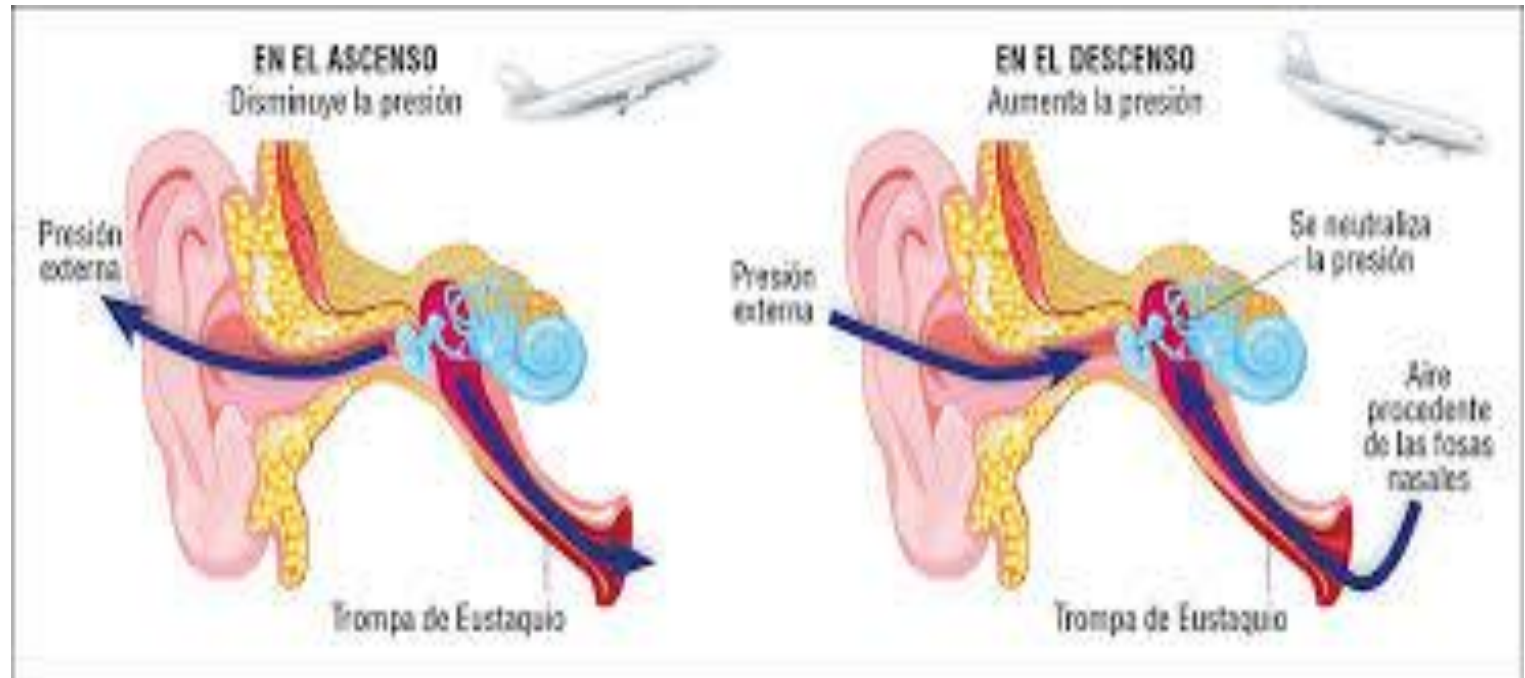
BAROTRAUMA



BAROTRAUMA

- Muy frecuente en la practica de
- Vuelo.
- Paracaidismo.
- Buceo.
- Lesión traumática del timpano.
- Fístula perilinfática por lesión ventana oval y ventana redonda. Por fractura longitudinal del Peñasco o por aumento de presión.

PRESIONES



Causas de Barotrauma

- Por aumento de presión.
- Estando afectada la rinofaringe por algún proceso catarral.
- Obstrucción de la trompa de Eustaquio, que impide compensar.
- Aumento de Gs en personas no habituadas.

Síntomas

- Dolor de oídos de aparición brusca.
- Se puede acompañar de :
- Hipoacusia.
- Tinnitus.
- Vértigos.que pueden persistir meses o años.

Tratamiento:

- de la afección infecciosa.
- Sobre todo preventivo, no practicar estas actividades, cuando se encuentre con rinofaringitis.
- Reposo.
- Betahistina
- Vertigoheel

Con Fistula perilinfatica.

Signo de la fístula
positivo.
Larga duración
(Años)
Reposo.
Tratamiento
quirúrgico si no
remite



SÍNDROME VESTIBULAR GERIÁTRICO

- Sensación de mareo aparece en el 47% de hombres y en el 61% de mujeres.
- Inseguridad, inestabilidad ó Vértigo franco.
- Síntomas: Desequilibrio que se incrementa con los movimientos.
- Miedo a caminar y abandono de actividad física.
- Asociado a presbiacusia

Geriátrico

- Deterioro calidad de vida
- Riesgo de caídas
- Aislamiento social

Diagnostico Geriátrico

- Anamnesis + Exploración complementaria (audiometría)
- (Simetría y pruebas vestibulares)
- (Inespecíficas)
- Tratamiento: Multifactorial
- Revisar fármacos (Tietilperacina)
- Evitar sedantes vestibulares (Sulpiride)
- (Benzodiacepinas)
- Vaso Dilatadores

Vértigos de Origen Cervical

- **Por alteraciones artrosicas cervicales**
- La uncoartrosis por delante
- La artrosis interapofisaria por detrás
- Son causas de estenosis del Agujero Vertebral
- **Por arterioesclerosis de las arterias tributarias del Laberinto y de la Coclea.**

Cervicales

- **Por traumatismos** (Latigazo cervical)
- Síndrome de Barrie-Lieau
- Cefalea posterior, sensación de inestabilidad y trastornos psíquicos
- Causados por compresión de la arteria vertebral, en los movimientos de giro y flexo extensión de la cabeza
- Isquemia del territorio vertebro basilar

VÉRTIGOS DE ORIGEN CERVICAL

- Hay que ser prudentes al hacer este diagnóstico con una Rx.
- Otras causas:
 - Contractura músculos cervicales
 - Posturas profesionales forzadas
 - Componente ansioso, estrés
 - Desórdenes posturales
 - Mensajes propioceptivos erróneos a centro del tono y equilibrio, creando falsas sensaciones vertiginosas.
 - Trata. Con miorrelajante-ansiolíticos fisioterapia, a veces mejoran el cuadro.

ANAMNESIS

- **ANTECEDENTES PERSONALES**
- Episodios anteriores, recurrencias.
- Historia de infecciones respiratorias recientes.
- Traumatismos previos.
- Consumo de sustancias tóxicas/fármacos.
- Enfermedades neurológicas.

SINTOMAS

- **Factores desencadenantes**
- Movimientos de cabeza, al levantarse, ruidos, Mareos, desvanecimientos, sensación de cabeza hueca, sensación de giro, acúfenos, otorrea, hipoacusia..
- presión.
- **Duración de los síntomas**

CASO CLÍNICO 1

- Paciente varón de 68 años de edad.
- Refiere haber tenido en varias ocasiones sensación de mareo en el último año sobre todo cuando sale a pasear.
- En algunas ocasiones con giro de objetos.
- Esta en tratamiento con tietilperazina, con escasa mejoría.

ANTECEDENTES PERSONALES

- HTA y DM con deficiente control últimamente.
- Portador de Audífono por presbiacusia
- Pendiente de intervención por cataratas.
- Hacia ejercicio diario ahora tiene miedo a caerse y solo sale acompañado.
- No hábitos tóxicos ni alergias conocidas.
- Sensación de mareos de minutos.
- Sin nauseas coincidiendo con el vértigo.
- Empeora al mover la cabeza.
- Hipoacusia, acúfenos , no plenitud ótica ni otorrea.
- Sensaciones parecidas en muchas ocasiones.

EXPLORACIÓN

- No nistagmo espontáneo.
- Romberg con aumento del balanceo sin clara positividad.
- No disimetrías, ni disdiadococinesia.
- Pares craneales normales.
- Maniobra de Dix Hallpike negativa.

DIAGNOSTICO

- Síndrome Vestibular Geriátrico o Presbivértigo



CASO CLINICO N°2

- Paciente de 58 años, con buen estado general.
- Sin antecedentes patológicos de interés.
- Padece vértigos y sensación de inestabilidad desde hace varios meses.
- Cefaleas importantes de predominio occipital, que a veces irradia a región frontal, sobre todo en los ojos.
- Cambios de carácter, se siente mas irascible, descansa mal.
- A veces cortejo vágal, nauseas sin llegar a vomitar.
- En la actualidad sin tratamiento,

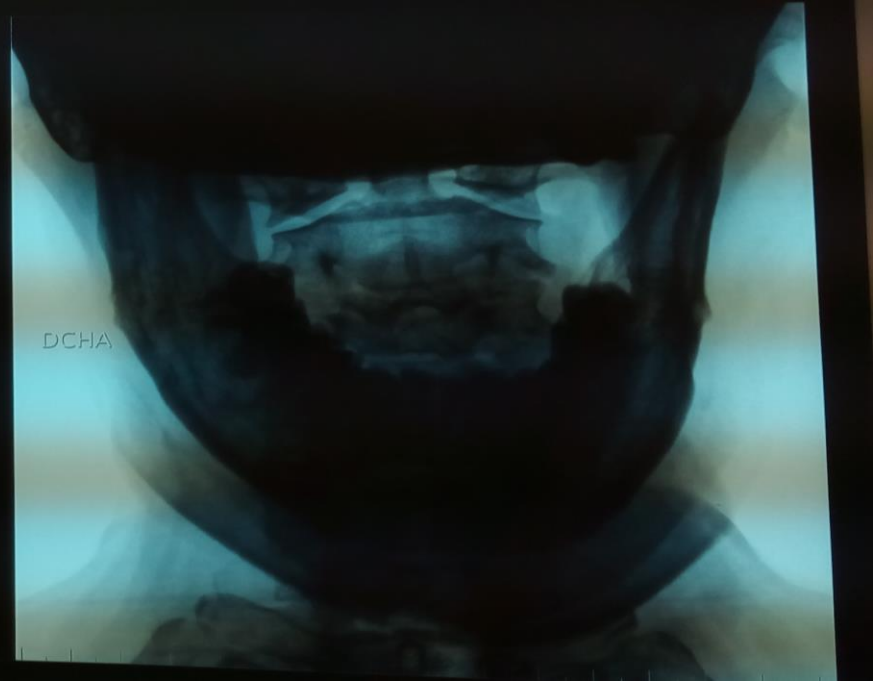
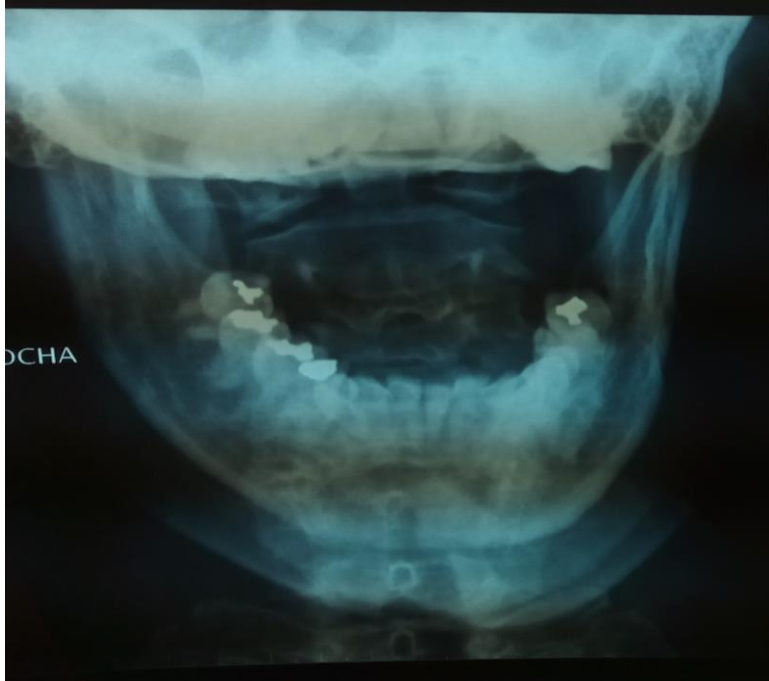
ANAMNESIS

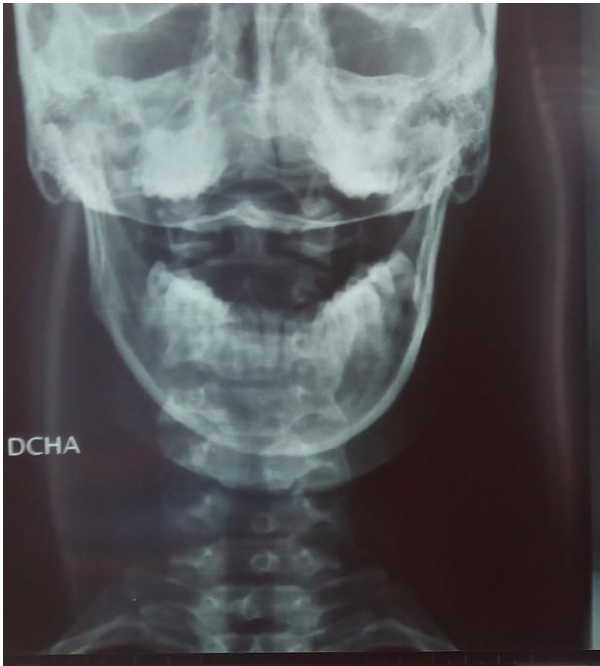
- Episodios recurrentes desde hace seis meses.
- Dolor en articulaciones dorsales y cervicales a veces tratada con Ibuprofeno.
- Hace cinco años accidente de trafico por alcance posterior (latigazo cervical). Siempre ha sentido molestias cervicales desde el accidente.
- No hay síntomas oticos de interés.
- Los vértigos suelen son fulgurantes, al levantarse de la cama bruscamente, al mirar hacia arriba o girar la cabeza bruscamente.
- La cefalea es intensa y persistente. Mejora parcialmente con analgesicos, Aines y reposo funcional.

- Desanimada ha sido vista en varios servicios (Madrid-Barna) y sometida a tratamientos múltiples, sin resultados.
- Deterioro calidad de vida.

EXPLORACION:

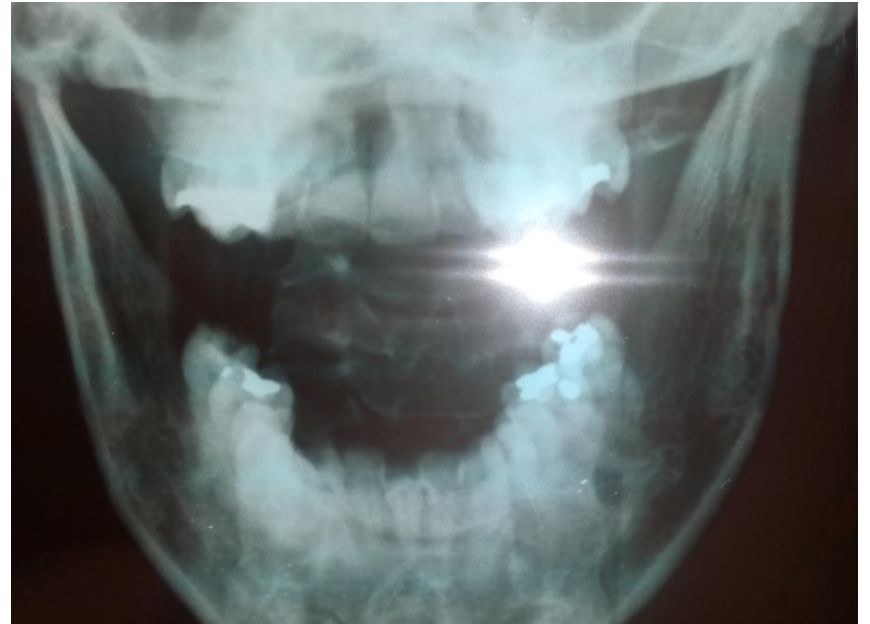
- Buen estado general.
- Datos de laboratorio dentro de la normalidad.
- RX.Cervical. Se aprecia disimetría en art.Atlanto axoidea, corrección de la curvatura cervical.
- Movilidad en plano horizontal de la cabeza, limitación al giro hacia izquierda.
- Limitación en la extensión de la cabeza.
- Contractura muscular a nivel de Músculo ECM, Angular del Omoplato y Trapecio en su porción derecha.





Articulación Atlantoaxoidea







TRATAMIENTO

- Manipulación cervical, con tracción longitudinal.en sentido del eje axial
- Betahistina
- Vertigoheel

DIAGNOSTICO

- **SINDROME**
POSTRAUMATIC
O CERVICAL



CASO CLINICO 3

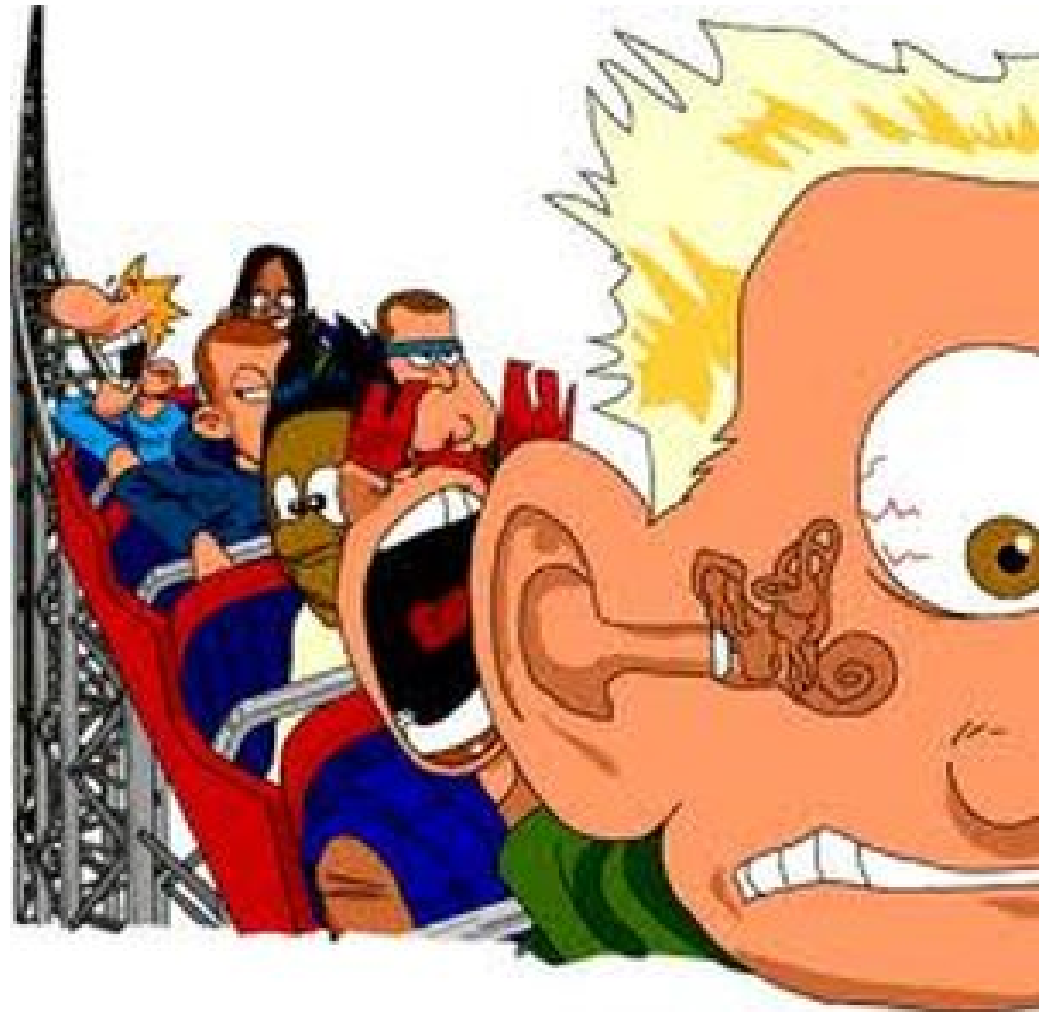
- Paciente varón de 32 años, por aparición brusca de dolor en ambos oídos más intenso en el drcho, tras realizar un vuelo de entrenamiento.
- Desde la noche anterior con febrícula, mal estado general, cefalea, tos y rinorrea con mucosidad acuosa.
- Se ha sentido mareado y al caminar sensación vertiginosa.
- Había tomado un sobre de paracetamol en el desayuno, por lo que se encontraba mejor y decidió volar.
- Se practica timpanometria que muestra baja capacidad de compensación(por deficiente permeabilidad trompa Eustaquio).

- Otoscopia: Tímpanos intactos.
- A nivel de oído derecho, nivel de liquido de aspecto hemático.
- Tratamiento:
Reposo, Antibióticos, Aines,
mucolítico, Analgésico si dolor.

- A las 48 horas ha remitido el dolor, el cuadro rinofaríngeo ha mejorado.
- Persisten vértigos.
- Practicamos maniobra de Epley.
- Vértigoheel prefiere una medicación más natural.
- Tras siete días desaparecen los síntomas.
- Tras 15 días de reposo se da alta para su actividad profesional.

Caso nº 3

- Barotrauma



Caso Clínico 4

- Hombre de 54 años, atendido en su domicilio por cuadro vertiginoso severo que no le permite deambulación.
- El cuadro de aparición brusca, en relación con un cambio de postura en la cama al girarse de lado.
- Sensación de giro de los objetos y la sensación de caída de la superficie de apoyo y desequilibrio que cede con el reposo.
- Se acompaña de sudoración y náuseas
- No hay pérdida de audición
- Exploración neurológica dentro de la normalidad
- Presenta nistagmus horizontal.
- Tímpanos y conducto auditivo normales.
- Prueba de Dix-Hallpike es positiva(patognomónica)
- Las crisis duran de 10 a 20”
- Si mantiene la posición de provocación ceden los vértigos momentáneamente.
- Paciente muy activo, deportista y sin antecedentes patológicos de interés.

TRATAMIENTO

- Tietilperacina con lo que mejoran la intensidad de las crisis, en menor grado la frecuencia, después de dos días de tratamiento avisa la esposa que no puede abrir la boca y que se encuentra mal.
- Ha iniciado una crisis extrapiramidal, le han dado para las nauseas Cleboprida
- Tratado con Biperideno
Iniciamos maniobra de Epley tras revertir S.ExtPir.
- Asociamos tratamiento con Vértigo heel
- Después de cinco días de inicio de las crisis inicia la deambulación, recuperación rápida hacia normalidad, se previene al paciente sobre la posibilidad de recurrencia de las crisis, y se le entrena en la auto practica de la maniobra.



VERTIGO POSICIONAL PAROXISTICO BENIGNO

UPAO 2014

LAS DESPEDIDAS



Expresión o gesto que usa una persona para despedirse de otra.



Toda despedida

debería realizarse
con el fin de un futuro reencuentro