

MANEJO DEL VÉRTIGO

Carlos Galera Román R3 MFYC CS Cartagena
Este





ÍNDICE



ANAMNESIS

- **Tercer síntoma más frecuente** en nuestras consultas.
Un 2% de la población española consulta por vértigo. Lo que constituye un 3-5% de las consultas en AP.
- Más frecuente e intenso en **mujeres y en >65 años**
- Los pacientes refieren sensaciones multiples, expresándolas como vértigo , mareo , desequilibrio , fatiga angustia.



CONCEPTO DE VÉRTIGO Y DE EQUILIBRIO

- El vértigo es la sensación ilusoria de desplazamiento o pérdida de orientación espacial, se describe como sensaciones de movimiento del entorno (vértigo objetivo) o del propio cuerpo (vértigo subjetivo)
- Mareo al contrario de lo fácil que es para el paciente definir sus sensaciones cuando ha sufrido un episodio vertiginoso.
- Desequilibrio o dificultad para mantener el equilibrio en bipedestación. En muchas ocasiones el desequilibrio es real y responde a una alteración vestibular o cerebelosa específica.
- El vértigo se puede clasificar en central o periférico

	Vértigo	Presíncope	Desequilibrio	Inespecífico
Descripción	Ilusión de movimiento Uno mismo o el medio	Sensación de inminente pérdida de conciencia	Inestabilidad postural	Sensación cabeza vacía
Significancia clínica	Alteración sistema vestibular	Reducción del flujo cerebral, usualmente de origen cardiovascular	Alteración neurológica Debilidad músculo- esquelética o alteración visual	Suele ser usado con el mismo significado de pre síncope



VÉRTIGO PERIFERICO VS CENTRAL

Para diferenciar uno de otro es importante realizar una ANAMNESIS DIRIGIDA preguntando por:

- **Edad**
- **Antecedentes patológicos (antecedentes de TCE)**
- **Descripción de la crisis**

Antigüedad o existencia de episodios anteriores

Forma de comienzo

Duración

Frecuencia

Intensidad

Factores desencadenantes

Manifestaciones acompañantes



VÉRTIGO PERIFERICO VS CENTRAL

En atención primaria debemos tener dos objetivos fundamentales:

- Diferenciar si se trata de vértigo, mareo o desequilibrio.
- Determinar si es un cuadro periférico o central

VERTIGO CENTRAL	VERTIGO PERIFERICO
Predomina la sensación de mareo e inestabilidad	Predomina la sensación de rotación del medio
Comienzo gradual de los síntomas	Comienzo brusco y súbito de los síntomas



EXPLORACIÓN FÍSICA

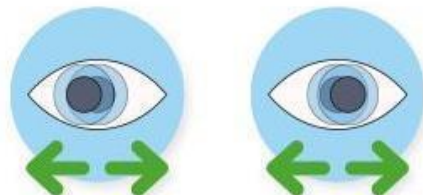
- Exploración general
- Examen de orl básico
- Incluye otoscopia, audiometría con diapasones y exploración de cuello
- Valoración otoneurológica
- Exploración del sistema vestibuloespinal:
 - Prueba de Romberg → en los trastornos periféricos es positiva, y aparece tras una cierta latencia con caída o desviación hacia el lado deficitario
 - Prueba de índice de Barany → explora el tono de los miembros superiores
 - Prueba de la marcha Babinsky –Weil
 - Prueba de la marcha Unterberg-Fukuda

EXPLORACIÓN FÍSICA

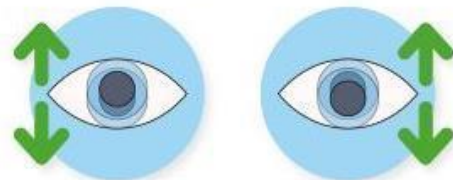
VALORACION DEL NISTAGMO

- Nistagmo latente (Cuando se modifica la dirección de la mirada)
- Nistagmo de provocación(cuanod don de breve duración y baten en el mismo plano en el que se ha agitado la cabeza, en este cason suelen tener un origen poeriferico, si es de larga duración o alternante hay que decartar causa central

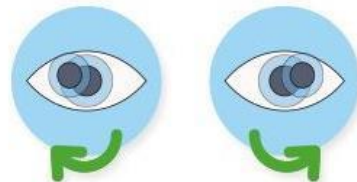
NISTAGMO HORIZONTAL



NISTAGMO VERTICAL



NISTAGMO ROTATORIO



Hallazgos	Vértigo periférico	Vértigo central
Latencia de síntomas y nistagmus	5 a 40 segundos	Ninguna
Intensidad de síntomas	Severa	Leve - moderada
Duración de nistagmus	Menor a un minuto	Mayor a un minuto
Dirección de nistagmus	Rotacional u horizontal, nunca vertical	Rotacional, horizontal o vertical
Fatigabilidad (remisión de síntomas al mantener la posición)	Si	No
Alteración en la marcha (lateropulsión)	Leve	Severa
Hipoacusia o tinnitus	Pueden estar presentes	Normalmente están ausentes
Focalización neurológica	No	Si



EXPLORACIÓN FÍSICA

VALORACION DEL NISTAGMO

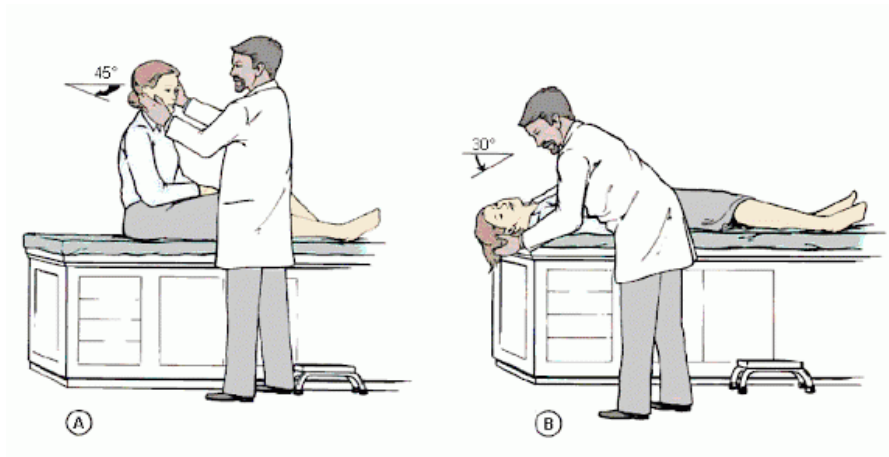
El método diagnóstico esencial son las maniobras de provocación: la maniobra de Dix-Hallpike⁸ (fig. 1) para los canales semicirculares posterior (CSP) y anterior (CSA), que son los afectados en el 90 % de los casos, y la maniobra de McClure⁹ o de giro cefálico en decúbito supino para el canal semicircular lateral (CSL).

Maniobras de proviocation para dx diferencial Dixx Hall pike:

Si la maniobra de Dix-Hallpike es positiva, el paciente refiere sensación vertiginosa y se observa, tras unos segundos (latencia), un nistagmo horizontal-rotatorio que desaparece en menos de 30s (fatiga). Posteriormente, sentamos al paciente y el nistagmo se invierte. La repetición de la prueba agota el nistagmo. En la maniobra de McClure, o de giro en decúbito supino, se sitúa al paciente en esta posición y se gira la cabeza sobre la horizontal 90°, con lo que se desencadena un nistagmo de mayor intensidad en el giro hacia el lado afectado.

EXPLORACIÓN FÍSICA

VALORACION DEL NISTAGMO



Maniobra que provoca el nistgmo
en el vértigo pperiferico Dix Hall-
Pike



Test del Impulso Cefálico o
hits



EXPLORACIÓN FÍSICA

VALORACION DEL NISTAGMO

Diagnostico clínico diferencial del nistagmo. En las lesiones centrales la dirección del nistagmo depende de la localización de la lesión: el punto nodal y vermis cerebeloso es horizontal hacia el lado lesionado: en la corteza cerebelosa hacia el lado sano, en las mesencefálicas es vertical y en las bulboes rotatorio. En las crisis de Ménière o VPPB el nistagmo va hacia el lado enfermo, mientras que en las lesiones destructivas lo hace al oído sano como en la neuritis vestibular.



ppcc

Ecg, holter

Pruebas de laboratorio analítica completa vs g sifilis
autoinmunitad

Técnicas de imagen como rx simple cervical y tac de
peñasco para distinguir posibles fracturas de peñasco

Audiometría

Potenciales evocados



PATOLOGIAS QUE CURSAN CON VERTIGO

ENFERMEDAD DE MENIERE

Es un sd idiopático de hidropresia endolinfatica expresado clinicamente por episodios espontaneos de vértigo paroxístico y recurrente , hipoacusia plenitud otica y acufenbos

Se considera sd de meniere cuando la etiología es conocida y solo se llamar enfermedad de meniere cuando la etiología sea desconocida

Para ñllegar al diagnostico el paciente de haber presentado dos crisi vertiginosas de 20 minutio sa horas de duración, con acufenos e hipoacusia neurosensorial acompñados de gran cortejo neurovegetativoy desequilibrio que le obliogan a enca,arse Acontecn de forma subittoa duran 30 minutos y 2-4h no presentan factores deseededncadenantes y puede despertar al paciente djrante el sueño

La otoscopia es anodina y en la exploración vestibuloocular se suele detectarse un nistagmo horizontorrotatorio al lado enfermo



EXPLORACIÓN FÍSICA

Enf meniere

Tto de las crisis tranquilizar al paciente, dejarlo en dieta absoluta, favorecer el reposo y la oscuridad y acortar los síntomas mediante:

- sulfiridimidimidato

- metoclopramida

Betahistina 48 mg 12/12 h durante 6 meses como máximo

Tratamiento intercrisis: betahistina

Diuréticos: acetazolamida

Corticoides

Restringir la ingesta de Na

epley

vppb

Es el trastorno vestibular más frecuente, probablemente originado por acumulación de material procedente de la membrana otolítica del utrículo. Prevalencia en la vida adulta es de 2,4%, suele haber mayor incidencia a los 80 años.

Clinica: se caracteriza por la aparición de episodios súbitos e intensos, de segundos de duración, en determinadas posiciones de la cabeza (habitualmente decúbito posterior) que duran pocos segundos.

En la exploración encontraremos un nistagmo de fase rápida hacia el oído afectado. Durante el periodo intercrisis el paciente se encuentra normalmente asintomático.

EF: son obligatorias las pruebas de los índices, roomberg, y la marcha. Se aconseja la maniobra de agitación cefálica.

Tratamiento

Consisten en las maniobras de reposición otolítica o maniobras de epley y semont o bien las maniobras de habituación de bard daroff.



a

b



semont



CRITERIOS DE DERIVACION

- OTORRINOLARINGOLOGIA
- -SI LA CLINICA NO CEDE PAASADAS 3-4 SEMANAS
- SI SE PRESENTA EN FORMA DE CRIWSSI RECURRENTES
- SI EÑ VERTIGO SE ACOMPAÑA DE SIKNTOMAS AUDITIVOS COMO HIPOACUSIA, ACUFENOS Y OTORREA, PORQUE PRECISARÍA REALIZAR PRUEBAS COMPLETARIAS
- ANTE SOSPECHA DE LABERINTITIS POR POSIBLE EXTENSIONY AFECTACION MENINGEA
- NEUROLOGIA
- -SIS E ACOMPAÑA DE SINTOMAS NEUROLOGICOS QWUR ORIENTAN A CENTRALIDAD
- URGENCIAS
- ANTE SOSPECHA DE ACV POR ACOMPAÑARSE DE PERDIDA DE CONOCIMIENTO , AFASI ADISATRIA CEFALEA MEIMGISMO AFECTACION. DE OARES CRANEALES ALTERACIONES CEREBELOSAS HIPOACUSIO BILATERAL DISFAGIA Y DISFONIA