

Vértigos y Mareos

manejo en la práctica clínica



Dr. Ronald Salamano

Prof. Agregado, Cátedra de Neurología,
Instituto de Neurología,
Facultad de Medicina de Montevideo,
Uruguay.

La consulta por mareos y vértigos es una consulta de todos los días en la práctica clínica:

- *alarmante para el paciente, dado que muchas veces se traduce en una invalidez funcional,*
- *alarmante para el clínico que debe discernir si se trata de una patología que oculta una causa grave o no.*

Introducción

Varias son las interrogantes cuando un paciente nos relata una supuesta dolencia vestibular:

- *¿Los síntomas que relata el paciente orientan realmente a una disfunción vestibular?*
- *Si efectivamente los síntomas apuntan a dicha disfunción, ¿cuáles son las causas más frecuentes de un síndrome vestibular? y ¿Cuáles son los exámenes a solicitar?*
- *¿Qué mecanismos fisiopatológicos están involucrados en esta disfunción? ¿Cómo distinguimos clínicamente un Síndrome Vestibular Periférico (SVP) de un Síndrome Vestibular Central (SVC)?*
- *¿La patología del paciente tendrá algo que ver con la patología cervical degenerativa artrósica?, ¿será un ataque cerebrovascular (ACV) del sector posterior?, ¿porqué tiene cefalea?, ¿el vértigo traduce una crisis epiléptica?*
- *Y por último, ¿Qué opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas puedo brindarle al paciente?*

Síntomas y signos que orientan a una disfunción vestibular

Vértigo: Alucinación del movimiento, rotatorio (de los objetos en relación al eje corporal, del eje corporal en relación a los objetos), ascendente-descendente, etc., que es causado por una alteración del balance de los estímulos que llegan al laberinto o sus conexiones centrales.

Importa saber si el episodio fue precedido de otros similares, la duración de estos, maniobras que lo provoquen, movimientos cefálicos, ponerse de pie, trauma acústico (fenómeno de Tulio), si fue provocado por la tos o estornudos (orienta a fistula perilinfática) y síntomas asociados de la esfera acústica tales como acúfenos, disminución de la agudeza auditiva, sensación de presión en el oído, etc.

Mareo: No existe una definición precisa del término, se acepta que alude a cierta sensación de inestabilidad postural que el paciente tiene en diferentes circunstancias y que puede indicar una alteración en los órganos sensoriales (visual, vestibular, propioceptivos) o del Sistema Nervioso Central que genera un procesamiento inadecuado de la información brindada por los receptores periféricos.

Lateropulsión: La lateropulsión puede verificarse en la estática o en la marcha.

Oscilopsia: sensación de movimiento continuo de oscilación de los objetos observados, que traduce habitualmente la existencia de un *nistagmus*.

Síntomas vegetativos acompañantes: náuseas, vómitos, sudoración, palidez, palpitaciones, etc., que señalan la descarga vegetativa que muchas veces existe.

La presencia de **vértigo** involucra siempre al Sistema Vestibular Periférico (SVP), Central, o sus vías. El SVP suele acompañarse de alteraciones de disminución de agudeza auditiva o acúfenos.

Si el **test del impulso cefálico** es positivo, existe sin duda una disfunción vestibular; este test sencillo de realizar se practica rotando súbitamente la cabeza del paciente hacia los lados, habiendo fijado previamente el paciente su mirada en la nariz del examinador. En caso de disfunción vestibular se produce un giro de la mirada hacia el lado que ha rotado la cabeza con una rápida corrección sacádica. Lo normal es que no exista tal desplazamiento.

En el examen es capital detectar la existencia de nistagmus, la existencia de anomalías cerebelosas, practicar la maniobra de Romberg, de los Índices (maniobra de Barany) y la maniobra de Untemberger o marcha con ojos cerrados. También es importante el examen de agudeza auditiva, mediante la maniobra de Weber, Rinne y Schwabach.