

MAREOS Y VÉRTIGOS

Dr. Miguel Angel Bernal Beltrá

Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

El término “mareo” define una serie de sensaciones relativas a la percepción del cuerpo en relación al espacio. Los pacientes utilizan el término mareo para referirse a distintas manifestaciones confundiendo términos como vértigo, mareo, desequilibrio, presíncope, acúfenos incluso la pesadez postprandial. Debe ser el médico quien interprete su significado. En el mantenimiento del equilibrio intervienen tres sistemas:

- **Vestibular:** laberinto, nervio vestibular y núcleo vestibular.
- **Visual**
- **Propioceptivo:** a través de receptores situados a nivel de piel, músculo y articulaciones.

Cualquier alteración en alguno de estos niveles será percibido por la persona como mareo, a la hora de expresar su malestar puede utilizar cualquiera de los términos anteriores. Una historia clínica detallada y dedicar el tiempo necesario para interpretar la sintomatología referida, nos hará llegar a un diagnóstico correcto.

CONCEPTOS

- **Vértigo:** Deriva del latín *vertere* que significa dar vueltas. Se define como la sensación ilusoria de movimiento del propio cuerpo o de los objetos que lo rodean.
- **Mareo:** Proviene del latín *mare* o sea mar. Hace referencia a las sensaciones que aparecen en los viajes marítimos. Es un término vago e inespecífico, cursa con inseguridad de movimientos sin llegar a caer.
- **Inestabilidad:** inestabilidad es la sensación que refiere el paciente de perder el equilibrio.
- **Desequilibrio verdadero:** Incapacidad para mantener la postura o mantener el equilibrio, es la lateropulsión que podemos poner de manifiesto en pruebas como el Romberg.
- **Presíncope:** sensación de pérdida inminente de la conciencia.
- **Síncope:** pérdida brusca y transitoria del conocimiento y del tono postural.
- **Náusea:** percepción del deseo del paciente de vomitar.
- **Vómito:** expulsión del contenido gástrico a través de la boca.
- **Acúfeno:** percepción de un ruido sin estímulo acústico externo.
- **Cefalea:** dolor a nivel de la cabeza.

ANTECEDENTES PERSONALES

- **Edad y sexo:** influyen en la prevalencia de algunos procesos.
- **Profesión:** trabajo con ordenadores, mecanografía, submarinismo.
- **Hábitos tóxicos:** alcoholismo, drogas.
- **Factores de riesgo cardiovascular:** hipertensión arterial o diabetes mellitus.
- **Patología previa:**
 - **O.R.L.:** investigar la posibilidad de barotrauma o bien historia de vértigos previos.
 - **Visual:** averiguar si la graduación de las gafas es correcta o detectar déficit de agudeza visual no conocidos.
 - **Neurológica:** historia personal o familiar de cefalea de características migrañosas.
 - **Cardiaca:** en el caso de síncope o arritmias.
 - **Traumatismo previo:** antecedente de traumatismo craneal (cuadro vertiginoso frecuente tras contusión craneal) o bien “latigazo” cervical por accidente de tráfico.
 - **Antecedentes de trastorno mental.**
- **Toma de fármacos.** Ajustes recientes de medicación, como en el caso de los hipotensores. La polifarmacia debe ser detectada sobre todo en ancianos.

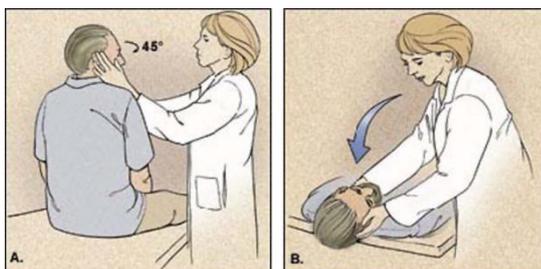
ANAMNESIS

- Dejar explicar al paciente lo que le ocurre.
- **Características del mareo:** la sensación de desvanecimiento puede orientar hacia presíncope y el giro de objetos nos hará pensar en vértigo.
- **Cronología:** comienzo de las molestias, duración (los vértigos periféricos son recurrentes y los centrales mantenidos), episodios previos.
- **Posibles desencadenantes:** como el giro de la cabeza en el vértigo posicional, cambios posturales como ocurre al incorporarse en el caso de hipotensión ortostática.

- **Síntomas acompañantes:**
 - Cortejo vegetativo (florido en caso de vértigo periférico, náuseas, vómitos, sudoración: laberinto).
 - Síntomas auditivos (hipoacusia o acúfenos: cóclea)
 - Síntomas neurológicos (diplopia, cefalea, alteración del nivel de conciencia)
- **Si pérdida de conciencia:** pensaremos en síncope.
- **Si empeoramiento con los cambios posturales:** pensaremos en vértigo posicional.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspección de piel y mucosas, buscando palidez (anemia).
- **Constantes:** TA en ambos brazos (la subida de las cifras tensionales puede sentirse como cefalea pero también como mareo), pulso (arritmias), temperatura (la fiebre puede ser expresada como mareo), frecuencia respiratoria (hiperventilación en la crisis de ansiedad), y glucemia capilar (hipoglucemias).
- **General:** debe incluir la auscultación cardiaca y carótidas.
- **ORL:** Otoscopia para descartar tapones de cerumen o posibles cuerpos extraños
- **Maniobras diagnósticas:** Maniobras de Nysten-Barany (también llamada de Dix-Hallpike) y maniobra de Epley.



Maniobra de Nysten-Barany

- **Neurológica:**
 - Nivel de conciencia.
 - Pares craneales. Incluido el estado de las pupilas.
 - Nistagmus: se trata de movimientos conjugados y coordinados de los ojos, definidos por el sentido de la fase rápida y por la dirección (horizontal, vertical o rotatorio). No es válido el nistagmo si aparece en la mirada extrema, por otro lado debemos explorarlo a más de 15 cm para evitar la fijación de la mirada.
 - Desviaciones corporales:
 - *Romberg:* se explora al paciente de pie con pies juntos, se le pide que cierre los ojos. Si hay afectación vestibular aparecerá caída hacia el lado afecto (lateropulsión).
 - *Untemberger:* se pide al paciente que simule la marcha cerrando los ojos y sin moverse del sitio. Aparecerá giro corporal hacia uno u otro sentido.
 - *Test de los índices de Barany:* se explora a la persona con los brazos e índices extendidos, enfrentados a los del explorador. Se le indica que cierre los ojos. Si presenta desviación simétrica de los dedos hacia un lado implica afectación laberíntica ipsilateral, si por el contrario se desvía solo un dedo o se elevan o descienden puede implicar patología central.
 - Diplopía: de inicio puede dar desorientación espacial y sensación vertiginosa.
 - Pruebas cerebelosas: coordinación dedo-nariz o talón rodilla para detectar dismetría, para detectar adiadococinesia (golpear los muslos alternativamente con la palma y el dorso de la mano), explorar la marcha para identificar ataxia.
 - Sensibilidad y reflejos para detectar neuropatías.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (según clínica del paciente)

- **Analítica general** con hemograma (anemias) y bioquímica con glucosa, urea y creatinina, iones (hipo o hipernatremias, sobretudo los cambios bruscos) y transaminasas (tóxicos). Se hará de entrada a todo paciente. El resto de pruebas según la sospecha diagnóstica.
- **ECG** en caso de sospecha de cardiopatía.
- **Radiografía de columna cervical** en dos proyecciones (frente y perfil).
- **TAC cráneo:** si vértigo central.

ANAMNESIS	CENTRAL	PERIFERICO
Comienzo	Insidioso	Brusco
Morfología	Mareo mal definido	Vértigo característico
Duración	Variable (días-meses)	2-3 días
Evolución	Continuo, progresivo	Episódico
Trastornos auditivos	Excepcionales	Habituales
Síntomas asociados	Neurológicos	Vegetativos
Cambios posturales	Variable	Empeoramiento

MANEJO EN EL HOSPITAL

- Medidas Generales.
- Después de ser atendidos en el Servicio de Urgencias la mayoría de los pacientes con vértigo pueden ser dados de alta a su domicilio para seguimiento por su médico de atención primaria.
- **Pasa a Observación:**
 - Vértigo periférico moderado-grave que no mejora tras tratamiento de urgencia.
 - Vértigo periférico e intolerancia oral.
 - Origen del vértigo no definido.
- **Ingresa en Sala:**
 - Vértigo central.
 - No mejoría tras tratamiento en Urgencias.
 - Intolerancia oral.
 - Focalidad neurológica.
 - Dudas entre vértigo central y periférico.

TRATAMIENTO

- **Reposo absoluto en cama**
- **Dieta líquida** (si tolerancia)
- **Antihistamínicos anti-H1:** dimenhidrinato 50mg/4h vo.
- **Sedantes vestibulares:**
 - Sulpiride (Dogmatil®) 100mg/8h im, ev, vo
 - Tietilperazina (Torecan®) 6.5mg/8h vo / rectal
 - Betahistina (Serc®) 8mg/8h vo
- **Antieméticos** (Primperan®) 10mg/8h vo, iv o im
- **Ansiolíticos** (Diazepam®) 5mg/8-12 h vo
- **Otros:** cuando ceda la fase aguda en los enfermos con neuritis vestibular deben indicarse ejercicios vestibulares para favorecer los mecanismos de compensación vestibular central.

ENFERMEDADES QUE CURSAN CON VÉRTIGO**VÉRTIGO POSICIONAL PAROXISTICO BENIGNO (VPPB)**

- Causa más común, sobre todo ancianos.
- Episodio brusco de vértigo.
- Aparece al cambiar de posición.
- Duración de 5-30''.
- Nistagmus periférico.
- A veces náuseas o vómitos.

SÍNDROME DE MENIERE

- Desencadenado por aumento de la P endolinfática.
- Vértigo espontáneo de 1-2h de evolución (intervalos asintomáticos intercrisis).
- Náuseas y vómitos.
- Nistagmus periférico.
- Hipoacusia unilateral.
- Acúfenos.

NEURONITIS VESTIBULAR

- 50% antecedente de IVRS.
- Vértigo rotatorio.
- Inicio gradual (máxima expresión 24-48h).
- Cualquier movimiento de cabeza lo desencadena.
- Náuseas y vómitos.
- No hipoacusia o acúfenos

VÉRTIGO SISTÉMICO

- Fármacos y tóxicos.

VÉRTIGO PSICÓGENO

- Ansiedad, neurosis de conversión, agorafobia.
- Anemia severa.
- Mixedema.
- Diabetes (mononeuropatía diabética).

VERTIGO VESTIBULAR CENTRAL

- Las causas vasculares son las más frecuentes y afectan a mayores de 50 años.
- Entre ellas:
 - **Insuficiencia vertebro-basilar:**
 - Vértigo e inestabilidad a los movimientos cervicales.
 - Asociado a diplopia, disartria, ataxia, hemiparesia, caídas súbitas, etc.
 - **Infartos y hemorragias**
 - **Migraña**

OTRAS ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

<p>Trastornos visuales: Defectos de refracción ocular Desequilibrios musculares Glaucoma Vertigo optocinético</p> <p>Trastornos endocrinometabólicos: Diabetes Mellitas / Insípida Hipoadrenalismo, hipotiroidismo Hipoparatiroidismo</p> <p>Trastornos circulatorios: Arritmias Miocardiopatías Hipotensión ortostática e hipertensión Disfunción marcapasos</p> <p>Alteraciones del sistema propioceptivo Pelagra Alcoholismo crónico Anemia perniciosa</p>	<p>Tabes dorsal</p> <p>Infecciones del SNC Sífilis Meningoencefalitis Absceso cerebral</p> <p>Traumatismos craneoencefálicos</p> <p>Trastornos respiratorios Hipoxemia e hipercapnia</p> <p>Trastornos hematológicos Leucemias Anemias Trombocitopenias Policitemia vera</p> <p>Trastornos Psiquiátricos Ansiedad, depresión Psicofármacos</p>
---	---

FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR VÉRTIGO

- **Alcohol**
- **Aminoglucósidos**
- **Analgésicos:** ácido acetilsalicílico, metamizol
- **Analgésicos opiáceos:** codeína, buprenorfina
- **Ansiolíticos y sedantes:** benzodiazepinas
- **Antianginosos:** nitratos
- **Antiarrítmicos:** amiodarona, quinidina
- **Anticoagulantes**
- **Antidepresivos**
- **Antidepresivos tricíclicos:** amitriptilina, clomipramina, nortriptilina
- **Antidepresivos IMAO**
- **Antidepresivos ISRS:** fluoxetina, sertralina
- **Antidiabéticos:** sulfonilureas, insulina
- **Antiepilépticos:** carbamacepina, fenitoína, primidona
- **Antihipertensivos:** diuréticos, bloqueantes alfa-adrenérgicos (doxazosina, prazosina, etc.), calcioantagonistas, bloqueantes beta-adrenérgicos, IECA, de acción central (metildopa, clonodina),...
- **Antihistamínicos:** terfenadina
- **Antiparkinsonianos:** levodopa, bromocriptina, pergolida, selegilina, biperideno.
- **Antipsicóticos:** promazina, levomepromazina, clozapina.
- **Cardiotónicos:** digoxina
- **Hipnóticos:** benzodiazepinas, fenobarbital,...
- **Quimioterápicos:** cistplatino, metotrexate

ALGORITMO DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SÍNTOMA MAREO

