

## TRASTORNOS VESTIBULARES PERIFERICOS

\*Dra. Roxana B. Burgos Portillo, \*Dra. Blanca Aruquipa Quispe, \*Dr. Mario Jáuregui Padilla  
\*Médicos Familiares Pol. Manco Kápac

### I. DEFINICION

El sistema vestibular se divide en: Periférico y Central. El vértigo es una alteración del equilibrio atribuible a un mal funcionamiento del sistema vestibular.

El vértigo se define como la ilusión que experimentan los pacientes de que uno mismo o el ambiente se mueven o rotan

### II. EPIDEMIOLOGIA

Los cuadros vertiginosos son muy frecuentes en la práctica ambulatoria, un 70% pueden ser resueltos por médicos familiares y sólo el 4% son enviados al especialista.

El 20% de pacientes mayores de 60 años, cursan con vértigo, que afectan sus actividades

cotidianas. El vértigo es una molestia subjetiva que no puede medirse.

### III. CLASIFICACION

Los síndromes vestibulares se clasifican en dos grandes grupos:

- 1) Vértigo de origen central: se origina en el cerebro.
- 2) Vértigo de origen periférico: se origina en estructuras extracerebrales; afectando el laberinto o el VIII par; aunque la lesión sea bilateral lo más frecuente es que sólo incida en el funcionamiento de un lado.

### IV. DIFERENCIA CLINICA:

#### VERTIGO

	<b>CENTRAL</b>	<b>PERIFERICO</b>
Comienzo	Lento	Brusco
Morfología	Vértigo mal definido	Vértigo característico
Duración	Días a meses	Episódico
Evolución	Progresivo, inusualmente con paroxismos.	No suele durar más 1 o 2 días
Trast. Auditivo	Excepcionales	Habituales
Sínt. Asociados	Neurológicos Deficitarios	Otológicos
Intensidad	Severo	Leve
	Posicional	No posicional

#### NISTAGMO

	<b>CENTRAL</b>	<b>PERIFERICO</b>
Desviación	Hacia el lado de la lesión	Hacia el lado sano
Dirección	Variable	Fija
Intensidad	Severo	Leve
Gafas de Frenzel	Disminuye	Aumenta

#### IV. SINDROME VERTIGINOSO PERIFERICO (SVP)

Es el más frecuente, se sospecha en presencia de nistagmus periférico y un examen neurológico normal.(1)

#### V. CAUSAS DE SVP

Las causas más comunes son:

- 1) Vértigo Posicional benigno
- 2) Enfermedad de Menière
- 3) Neuronitis vestibular, Laberintitis aguda, o vestibulopatía periférica
- 4) Vértigo Postraumático

##### 1) Vértigo Posicional benigno

- Más frecuente en mujeres y ancianos.
- Causas: Es idiopático y puede deberse a:
  - Formación de otolitos en utrículo y sáculo.
  - Envejecimiento
  - En oído interno: Infecciones, traumatismos, alteraciones del riego sanguíneo.
- Se produce vértigo cuando el paciente mueve la cabeza o cambia de posición.
- Clínica:
  - Vértigo: Crisis cortas, con duración de segundos.
  - Fatiga
  - Autolimitado con duración corta (seg. a min.)
  - Nistagmo posicional
  - No hipoacusia,
- Diagnóstico:
  - Estudio audiológico
  - Electronistagmografía, con pruebas calóricas normales
  - Resonancia magnética craneal con contraste, para descartar otras causas.
- Tratamiento:
  - Es de resolución espontánea, y completa en tres meses.
  - Fisioterapia: realizar maniobras que desencadenen vértigo y nistagmo, consiguiendo con ello una desensibilización.
  - Antivertiginosos: con escaso valor en ataques agudos.
  - Sección del nervio auditivo mediante una timpanoplastia, si el vértigo es persistente.

##### 2) Enfermedad de Menière

- Afecta a la quinta década y a ambos sexos.
- Es una hidropesía endolinfática recurrente.
- Es de causa desconocida
- Patogénia: Aumento de presión en la endolinfa con destrucción de las células filiales del aparato vestibular periférico y la cóclea.
- Generalmente es unilateral, suele afectarse un oído, pero hasta en un 10 a 15% de los casos están afectados los dos.
- Clínica: Hay una triada sintomática:
  - Vértigo (Crisis Rotatoria), acompañada de náuseas vómitos.
  - Tinnitus
  - Hipoacusia neurosensorial, fluctuante unilateral y progresiva, dejando una lesión permanente en cada episodio
- Tratamiento: El 90% de los casos se resuelve con tratamiento médico.
  - Sintomático: Sedantes, antihistamínicos y antieméticos durante el ataque
  - Tratamiento después de la crisis con cinnarizina.
  - Quirúrgico: neurectomía (sección de nervio vestibular) y laberintectomía.
  - Profilaxis: diuréticos y restricción de Cloruro de sodio, cafeína, cigarrillos.

##### 3) Neuronitis vestibular, Laberintitis aguda, o vestibulopatía periférica

- Etiología: Es discutida y múltiple, de origen:
  - Viral: casi el 30% van precedidos de un catarro, que alteran la microcirculación, son: (virus del catarro común, Herpes simple tipo1, Virus Herpes Zoster, influenzae, coxsackievirus, papovavirus, Rhinovirus y mixovirus.
  - Otros: Borrelia burgdorferi, Toxoplasma Gondii, Rickettsias, Protozoos.
- Clínica: los síntomas ceden en un plazo de dos meses hasta dos años
  - Puede o no haber acúfenos
  - Náuseas, vómitos de inicio brusco con duración de horas a varios días.
  - Palidez facial, Diaforesis
  - Hipo o arreflexia vestibular

- Nistagmus espontáneo horizontal – rotatorio – en resorte, que puede durar varios meses.
- Romberg positivo Lññ
- Tratamiento: Es:
  - Es sintomático en la fase aguda con :
    - Dieta hiposódica
    - Reposo absoluto
    - Reducción vestibular precoz en 4 niveles:
      - Ejercicios oculares
      - Ejercicios cefálicos y cervicales
      - Ejercicios de tronco y miembros acortados
      - Ejercicios progresivos

- Medicamentos:
  - Antivertiginosos de potencia mediana: Difenidol, Cinarizina, Flunarizina,
  - Supresores vestibulares: meclizina o diazepam
  - Hidratación adecuada para vómito prolongado. En casos graves se requiere hospitalización.

**4) Vértigo Postraumático**

- Se produce posterior a fracturas del hueso Temporal o lesiones cervicales
- Clínica: arreflexia vestibular, cofosis. Se pueden acompañar de otorragia y otoliquorrea. El vértigo cesa al establecerse la compensación central

**VI. DOSIFICACION DEL TRATAMIENTO**

GRUPO	MEDICAMENTOS	DOSIS
<b>Antihistamínicos</b>	Clorfeniramina	4mg c/12 hrs.
	Meclizine	25-50mg c/8hrs.
	Promethazine	25-50mg /día
<b>Anticolinergicos</b>	Escopolamina	0.45-0.50mg c/12 hrs.
<b>Simpaticomimeticos</b>	Epinefrina	25 mg/dia
<b>Antihemeticos</b>	Dimenhidrinato	50mg c/ 6-12 hrs/d. 100mg sup. c/8 hrs/dia.
	Promethazine	25-50mg/dia
<b>Antivertiginosos</b>	Cinarizina	
	Fluranizina	
<b>Supresores vestibulares</b>	Diazepam	5-10mg c/8-24hrs/d
	Haloperidol	0.5-1mg c/12hrs.
<b>Bloqueadores de los canales de calcio</b>	Verapamilo	80mg c/8-24 hrs/dia
<b>Corticoide</b>	Prednisona	1 mg/Kg peso
<b>Antipsicótico</b>	Fenotiazinas- Pelidora(dolantina)	100 mg c/12hrs EV en solución salina
<b>Vasodilatadores centrales</b>	Nimodipino	30mg c/18 hrs

**VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE SVP**

- Síncope, arritmias cardiacas, estenosis aortica, sincope del seno carotideo, hipotensión ortostática inducida por fármacos, insuficiencia autónoma.

- Trastornos psiquiátricos: síndrome de hiperventilación, neurosis de ansiedad, neurosis histérica y trastornos afectivos.
- Desequilibrio relacionado con trastornos neurológicos: trastornos sensoriales múltiples, disfunción cerebelosa, laberintos no

funcionales, trastornos extrapiramidales, intoxicaciones farmacológicas, tumores de la fosa posterior.

### VIII. PROTOCOLO

- Anamnesis
- Examen físico
- Examen Otoneurológico
- Evaluación vestibulo-auditiva periférica y central
- Exámenes laboratoriales:
  - Hemograma
  - Química sanguínea (Glucemia, triglicéridos, colesterol, función hepática, calcio)
- Exámenes de Gabinete:
  - Oscilopsia
  - Audiometría

### X. REFERENCIAS

1. Pichón A. Mareo y Vertigo. En : Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 1ª ed. Argentina; Edit. Médica Panamericana; 2001.p: 581-587.
2. Thompson V, Bertelli J, Zubizarreta J, Robbio J. Tratado de Otorrinolaringología. 1ª ed. Buenos Aires-Argentina; Edit. El Ateneo;1998. p.141-146.
3. Rev Cubana Med 2000; 39(4): 238-253.
4. Ramirez Camacho R. Clasificación e Insidencia de los trastornos del equilibrio. En: Ramirez Camacho R. Trastornos del equilibrio Un abordaje multidisciplinario. ed. McGraw-Hill/Interamericana (En prensa)
5. Garcia Berrocal JR, Ramirez Camacho R. Immune response and immunopathology of the inner ear: An update. J Laryngol Otol.2000;114:101-107
6. Baloh RW, Foster CA, Yue Q, Nelson SF. Familial migraine with vertigo and essential tremor. Rev Neurology 1996;46(2), 458-60 .
7. Basser LS. Benign paroxysmal vertigo of childhood: a variety of vestibular neuronitis. Brain 1964;87:141-152.
8. Epley JM. The canalith repositioning procedure for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 107:399-404
9. Alonso J. Tratado de Otorrinolaringología. En : Tato JM, Puricelli P. Afecciones Vestibulares Perifericas. 1ª ed. Buenos Aires-Argentina; Edit. Médica Panamericana; 1997.p: 483-491.

➤ Electronistagmografía

### IX. CONCLUSIONES

- Dar información y educación al paciente y a la familia
- La historia clínica completa, el diagnóstico neuro-otológico detallado y la evaluación vestibulo-auditiva periférica y central, aseguran el éxito de la terapia.
- La Terapia Vestibular restablece el arco reflejo vestibulo-oculomotor.
- La mayor utilidad de la Terapia Vestibular se presenta en el manejo del vértigo periférico posicional.
- El trabajo en equipo INTERDISCIPLINARIO reporta mayores beneficios al paciente.