Causas de Vértigo Periférico

- Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)
- Enfermedad de Menière
- Neuronitis vestibular

Evaluación General

- Anamnesis
- Otoscopía
- Evaluar trastornos motores
- Pruebas:
    - Estáticas:
        - Romberg
        - Romberg laberíntico
        - Romberg sensibilizado
        - Brazos extendidos de Barré
    - Dinámicas:
        - Marcha en estrella de Babinski-Weil
        - Prueba de Utemberger
        - 40 pasos
        - Tolerancia de 45º

La versión impresa de este documento no se asegura que esté actualizada

Enfermedad de Menière

Generalidades

Es una afección del oído interno de causa desconocida, caracterizada por hipoacusia fluctuante, ataques de vértigo, acúfenos y sensación de oído lleno. Se considera causada posiblemente por la malabsorción de endolinfa en el saco endolinfático.

La incidencia de la enfermedad se ha estimado en 4 / 100 mil en Japón, 160 / 100 mil en Gran Bretaña y 15 / 100 mil en Estados Unidos. Se observa predominio leve en mujeres. Puede aparecer a cualquier edad, con un pico en la 3ta y 4ta década.

Clínica

La afección es bilateral en el 50% de los casos. La historia natural de esta afección no es homogénea; la frecuencia y duración de los ataques de vértigo son variables y resulta difícil evaluar el efecto de las diferentes terapias. La remisión espontanea es destacable. La hipoacusia es variable y puede llegar a la cofosis.

Los acúfenos pueden persistir o remitir. Afectan a cerca del 90% de los pacientes y constituyen el síntoma único en el 5% de los enfermos. Puede preceder por años al cuadro completo. La etiología exacta es desconocida y el tratamiento es sólo sintomático.

Tratamiento de las Crisis

- Hidroclorotiazida (25 mg cada 8 h): tiene efecto a corto plazo en el control del vértigo, no así a largo plazo en el control de la enfermedad.
- Diazepam (5 a 10 mg por día)
- Sedantes laberínticos (Retardan la compensación y habituación central)
    - Dimenhidrinato (50 a 100 mg, 3 a 4 veces por día)
    - Difenhidramina
    - Prometazina
- Antiemético central: ondansetrón (8 mg hasta 3 veces por día)

Tratamiento entre las Crisis

- Vasodilatadores:
    - Cinarizina (12.5 mg cada 8 h)
    - Flunarizina (10 mg cada 24 h)
    - Betahistina (8 a 16 mg cada 8 h)
- Dieta
    - Alimentos frescos, poco alergénicos y con poco sodio en su composición.
    - Dieta rica en proteínas y baja en carbohidratos, sin colesterol ni triglicéridos
    - Peso corporal adecuado.
    - Eliminar toxinas (café-tabaco-alcohol).

VPPB

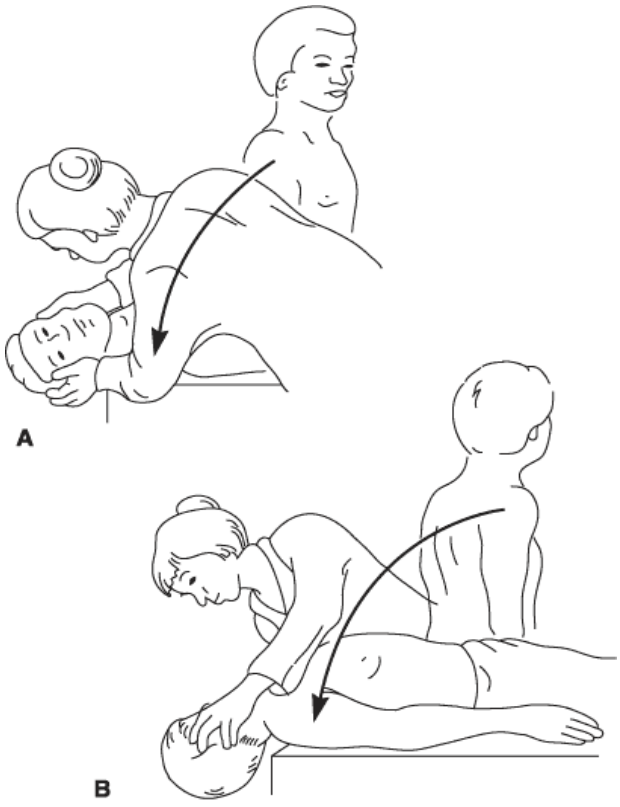
Se caracteriza por ataques de vértigo rotatorio, desequilibrio postural y, a veces, náuseas. La afección se desencadena al sentarse desde una posición supina (a la mañana), al acostarse en la cama, al darse vuelta hacia un costado en posición horizontal o ante la extensión o flexión del cuello.

Nistagmo en el VPPB

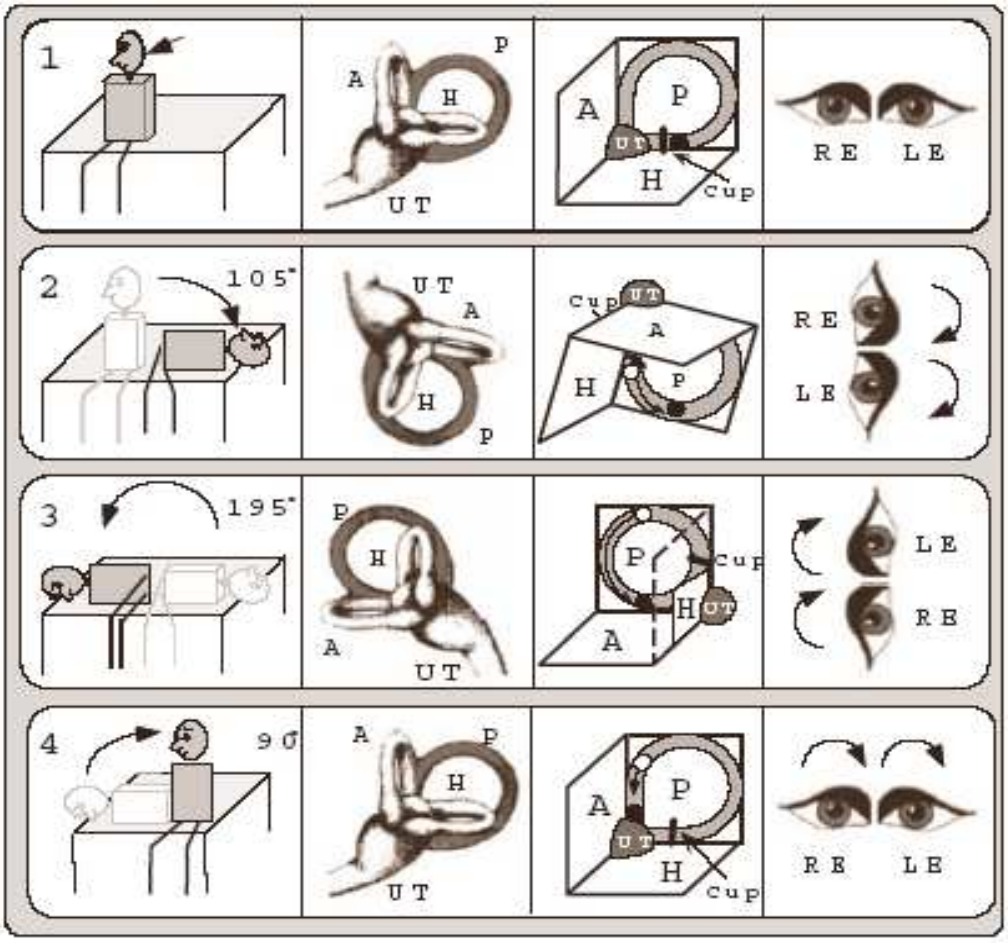
- Latencia: comienza luego de al menos 1 s, e incrementa su gravedad progresivamente
- Duración menor a 40 s
- Nistagmo rotatorio horizontal: con la fase rápida hacia el oído de abajo (geotrópico)
- Reversible: el vértigo y el nistagmo son de menor violencia y en la dirección opuesta
- Fatigabilidad: con la repetición de las pruebas, los síntomas son más leves

Curso Natural

Resuelve espontáneamente en la mayoría de los pacientes. En casos no tratados, persiste en el 20% a 30 % de los enfermos. Se considera una afección benigna, pero que puede recurrir en un 30% en un período variable (años).



Dix y Hallpike



Maniobra de liberación de Semont

Neuronitis Vestibular

Consiste en la parálisis vestibular unilateral idiopática; se define como la 3ra causa de vértigo periférico, luego del VPPB y la enfermedad de Menière. La incidencia anual se estima en 3.5 / 100 mil habitantes. Se ha demostrado latencia del virus del herpes simple tipo 1.

Clínicamente se caracteriza por vértigo rotatorio grave de comienzo agudo o subagudo, con nistagmo rotatorio horizontal, inestabilidad y náuseas sin hipoacusia. Se asocia con frecuencia con cuadros de vía aérea superior.

Es relativamente infrecuente en niños de entre 3 y 15 años, entre quienes predomina en los varones. Se diferencia de la afección de los adultos por la mayor frecuencia de cuadros de vía aérea superior, la recuperación más rápida del vértigo y el nistagmo y el mejor pronóstico y recuperación laberíntica.

Tratamiento

- Dimenhidrinato (50 a 100 mg cada 6 h) y hioscina (0.6 mg cada 6 a 12 h): disminuyen la descarga de los núcleos vestibulares y la reacción neuronal a la rotación del cuerpo. Se administran hasta que desaparezcan las náuseas.
- Corticoides
- Antivirales
- Rehabilitación vestibular

Bibliografía

1. Suárez Hamlet, Velluti RA, 2001. La Cóclea: Fisiología y Patología. Trilce Ediciones, Uruguay, 139-158.
2. Diamante Vicente, 2004. Otorrinolaringología y afecciones conexas. El Ateneo.
3. Gil Carcedo LM, 2004. Otología, Editorial Panamericana, Cap: 8, 26,27, 28 y 29.