

Vertigos periféricos, ¿cómo los identificamos? Y ¿cómo los manejamos el más frecuente en APS?

Dra. Valentina Mansilla V. Residente de Medicina Familiar UC
Editora: Dra. Isabel Mora M. Docente de Medicina Familiar UC".
Julio 2023

Resumen

Los diferentes tipos de Vertigos Periféricos los podemos identificar usando como enfrentamiento inicial el acrónimo TiTraTe. El más frecuente en la atención primaria es el vértigo postural paroxístico benigno, por lo que en este artículo revisaremos su enfrentamiento diagnóstico y terapéutico inicial.

Palabras claves: “vértigo periférico”, “VPPB”, “APS” y “Medicina Familiar”.

Introducción

El vértigo se define, según la Clasificación Internacional de Trastornos Vestibulares, como la “sensación personal de movimiento sin que se realice movimiento, o la sensación de movimiento distorsionado durante un movimiento normal de la cabeza”, mientras que el mareo se define como la “orientación espacial alterada sin distorsión o falsa sensación de movimiento” [1]

A pesar de estar claras las definiciones, para los pacientes es difícil establecer sus síntomas dentro de estas definiciones, ya que además se debe considerar el pre-síncope y el desequilibrio como diagnósticos diferenciales. Es por ello que se propuso establecer como diagnóstico sindromático el “síndrome vertiginoso o vestibular” y comenzar el estudio de la posible causa estableciendo la temporalidad del síntoma y los factores desencadenantes, con la ayuda del acrónimo en inglés TiTraTe (**T**iming of the symptom, the **T**rigger that provoke the symptom, **A**nd a **T**argeted Examination) [2].

Relevancia Clínica

El vértigo es un motivo frecuente de consulta médica, entre el 15-35 % de la población lo presentará alguna vez [3]. En las personas mayores se asocia a menor calidad de vida y mayor riesgo de caídas [3]. En Chile, el vértigo representa cerca de 10,7 consultas por 1.000 personas/año en Atención Primaria de Salud (APS), correspondiendo el 80% a causas periféricas, siendo de ellas las más frecuentes el Vértigo postural paroxístico benigno (VPPB), la Neuritis vestibular y la Enfermedad de Ménière [4].

Enfrentamiento Inicial del Síndrome Vertiginoso

Ante un paciente con queja de vértigo/mareo se sugiere enfrentar su estudio con la ayuda del acrónimo en inglés **TiTraTe**, estableciendo primero el patrón de presentación, si es episódico (eventos transitorios) o agudo (persistente

desde la aparición). Luego indagar sobre factores desencadenantes para así establecer un cuadro sindromático con causas más probables para enfocarse en ellas.

Los Vértigos de causa periféricas no se encuentran bajo un solo tipo de síndrome vestibular. Pueden presentarse con diferentes patrones, lo que hace importante tener un esquema para ordenar el estudio secuencial [Figura 1].

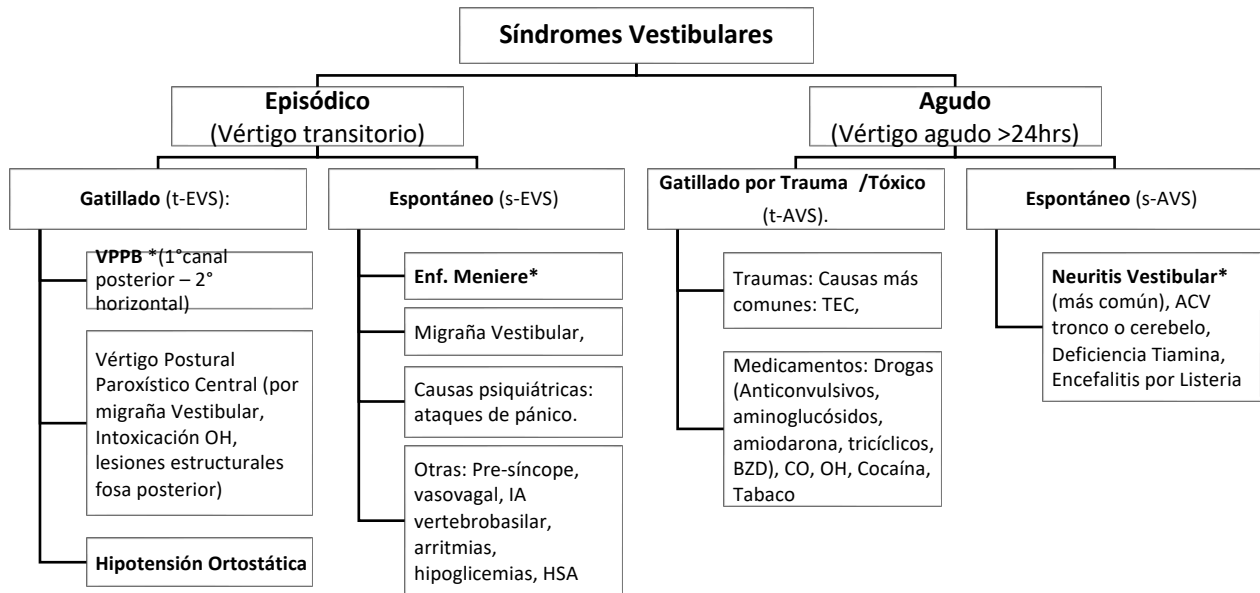


Figura 1: Enfrentamiento de los Síndromes Vestibulares. Modificado de Referencia 2.

*Vértigos de causas periféricas

t-EVS: Síndrome Vestibular Episódico Gatillado ; s-EVS: Síndrome Vestibular Episódico Espontáneo

t-AVS: Síndrome Vestibular Agudo Traumático/tóxico ; s-AVS: Síndrome Vestibular Agudo Espontáneo

Vértigo Postural Paroxístico Benigno (VPPB)

El VPPB se define como **postural** porque es provocado por posiciones específicas de la cabeza o cambios en la posición de la cabeza en relación con la gravedad, **paroxístico** porque se presenta como ataques breves de vértigo rotatorio y **benigno** por su pronóstico favorable, ya que se resuelve espontáneamente en aproximadamente el 20% al mes, y hasta el 50 % a los 3 meses [5].

El VPPB se presenta principalmente entre los 50 y los 70 años de edad, afectando más a mujeres que a hombres (2,2 a 1,5:1), siendo el principal factor de riesgo el traumatismo craneoencefálico en los adultos jóvenes [2].

La principal causa del VPPB es la idiopática, que se asocia a la degeneración de la mácula, pero también existen causas secundarias al desprendimiento otoconial provocado por cirugías o traumas [6].

Si bien el VPPB puede afectar a los 3 canales semicirculares, el canal semicircular posterior es el más común (80 a 90%) ya que es el más afectado por la gravedad. En segundo lugar está el canal semicircular lateral y último el anterior ^[6].

El VPPB es un Síndrome Vestibular Episódico Gatillado (en inglés t-EVS), desencadenado por actividades cotidianas como voltearse en la cama, inclinar la cabeza para mirar hacia arriba o hacia abajo (p. ej., para atar sus zapatos) ^[2]. Para poder diferenciar entre los diferentes t-EVS es esencial realizar la **maniobra de Dix-Hallpike** la cual, si resulta positiva mostrando un nistagmo ascendente y torsional, diagnostica el VPPB del canal semicircular posterior que es el cuadro más frecuente de vértigo periférico ^[5]. En caso de resultar negativa y persistir la sospecha diagnóstica de VPPB, se debe realizar la Prueba de giro de cabeza en posición supina (**Roll Test**) que es positiva en caso de compromiso del canal semicircular lateral ^[5]. Si dicha prueba es negativa y aún persiste la sospecha de VPPB, se pueden solicitar las Pruebas posicionales con Videonistagmografía.

Enfrentamiento terapéutico inicial del VPPB

El manejo inicial del VPPB consiste en realizar las **maniobras de reposicionamiento**, con una recomendación fuerte basada en revisiones sistemáticas de ensayos clínicos randomizados, que mostraron que los beneficios superaban los posibles daños. Dentro de los beneficios estaba la resolución rápida de los síntomas con un número relativamente bajo necesario para tratar (NNT), que iban de 1 a 3 casos. Mientras que de los posibles daños se describían la provocación transitoria de síntomas de VPPB por el procedimiento y el riesgo de caídas por desequilibrio después del procedimiento, ninguno considerado como un evento adverso grave ^[5].

Existen 2 tipos de maniobras de reposicionamiento según el canal semicircular afectado. La **maniobra de Epley** para el canal semicircular posterior, y la **maniobra de Semont** para el canal semicircular lateral (u horizontal). Las excepciones que contraindican su uso se deben principalmente a condiciones que alteren la movilidad cervical necesaria para realizar las maniobras, como por ejemplo: presentar estenosis cervical, síndrome de Down, artritis reumatoide grave, radiculopatías cervicales, enfermedad de Paget, obesidad mórbida, espondilitis anquilosante, disfunción lumbar, desprendimiento de retina, estenosis carotídea y lesiones de la médula espinal ^[5].

La tasa de éxito de la maniobra de Epley es casi del 100 % para el VPPB del canal posterior. En una revisión sistemática del año 2014^[7] se estableció que la efectividad de la maniobra aumentaba en relación al número de veces aplicadas. Es así como la efectividad (medida como desaparición del nistagmo) era del 32 - 90% tras la primera sesión, 40-100% tras la segunda, 67-98% tras la tercera, 87-100% tras la cuarta y finalmente 100% tras la quinta sesión ^[7]. Algunos pacientes, especialmente aquellos con VPPB relacionado a trauma, requieren más repeticiones de las maniobras de reposicionamiento. Y si no hay mejoría con maniobras repetidas, o el paciente desarrolla nistagmo atípico, se debe considerar una causa diferente ^[5].

Al realizar la Maniobra de Epley las reacciones adversas más comunes fueron náuseas, vómitos, desmayos y conversión a VPPB del canal lateral durante el curso del tratamiento en un 6 - 7% aproximadamente. Otro efecto

secundario potencial es la inestabilidad postural que puede durar 24 horas con tendencia a caer hacia atrás o hacia adelante ^[5].

La **Rehabilitación Vestibular** es otra terapia de utilidad para el manejo del VPPB, que consiste en un plan de actividades que ayuda a los pacientes a mejorar su equilibrio, visión y movimientos musculares, de manera de disminuir el impacto de los mareos y el desequilibrio en el diario vivir. La Rehabilitación Vestibular se recomienda como terapia adicional para prevención de caídas, basada en estudios observacionales controlados. Además se recomiendan en aquellos pacientes que rechazan las maniobras de reposicionamiento o no son candidatos para ellas^[5].

Otro pilar del manejo inicial es la **educación al paciente**, con énfasis en educar sobre el impacto del VPPB en su seguridad diaria, el potencial de recurrencia de la enfermedad y la importancia del seguimiento ^[5].

Manejo Farmacológico del VPPB

La actualización del año 2017 de la Guía de Práctica Clínica de Vértigo Posicional Paroxístico Benigno, recomienda que no se trate rutinariamente el VPPB con medicamentos supresores vestibulares como antihistamínicos y/o benzodiazepinas, de manera de evitar los efectos adversos, las interacciones entre medicamentos y prevenir que disminuya la sensibilidad diagnóstica de las maniobras de Dix-Hallpike por supresión vestibular. Además, no hay evidencia en la literatura que sugiera que alguno de estos medicamentos supresores vestibulares sea efectivo como tratamiento primario definitivo para el VPPB o efectivo como sustituto de las maniobras de reposicionamiento ^[5].

Algunos fármacos tendrían un rol en algunos casos precisos, como las benzodiazepinas en pacientes con un componente ansioso concomitante o desencadenado por el VPPB. Jung et al^[8] concluyó que la adición de una benzodiazepina a las maniobras de reposicionamiento disminuyó significativamente las puntuaciones funcionales y emocionales del Dizziness Handicap Inventory (DHI), pero no afectó la puntuación física en comparación con los pacientes que fueron tratados solo con maniobras de reposicionamiento del canal, lo que sugiere un papel en el tratamiento de la ansiedad psicológica secundaria al VPPB.

En relación a la Betahistina, que es una agonista débil de histamina H1 y un potente antagonista H3 prácticamente sin actividad del receptor de histamina H2, existe una Revisión sistemática del año 2016 de la Cochrane ^[9] que revisó la proporción de pacientes con reducción de los síntomas de vértigo (considerando la intensidad, frecuencia y duración de los mismos). El riesgo relativo combinado para la mejoría general fue de 1,30 (intervalo de confianza del 95%: 1,05 -1,6) a favor de la betahistina, pero con una alta heterogeneidad (I² = 64%), por lo que el resultado debe interpretarse con cautela. Además, la evidencia fue considerada como de baja calidad mediante la evaluación GRADE, especialmente con respecto al cegamiento y la asignación al azar.

Otra intervención farmacológica que ha sido estudiada estos últimos años es la suplementación de la vitamina D debido a su rol en el proceso metabólico de la otoconia. En un metanálisis^[10] donde se incluyeron 7 artículos considerados de alta calidad tras evaluación MINORS, se sugirió que la suplementación con vitamina D en el VPPB puede reducir significativamente la recurrencia, especialmente en aquellos pacientes con deficiencia de vitamina D.

Seguimiento

Los pacientes diagnosticados con VPPB se deben volver a evaluar dentro de 1 mes después de un período inicial de observación o tratamiento para documentar la resolución o persistencia de los síntomas, ya que los síntomas de los trastornos del sistema nervioso central (SNC) pueden simular el VPPB y estas afecciones no responderían a los tratamientos contra el VPPB [5].

En estudios de cohortes, las tasas de diagnósticos falsos positivos para VPPB que posteriormente se encontraron como lesiones del SNC después de un tratamiento fallido con maniobras de reposicionamiento 1,1% a 3% [5]

Mareo Residual

La mayoría de los pacientes se recuperan después del tratamiento del VPPB, sin embargo, hasta 2/3 pueden percibir inestabilidad prolongada, aturdimiento y malestar definidos como mareo residual (MR) [11]. No se considera como episodio de vértigo, ya que no presenta clínicamente nistagmo, y es descrito como sensación subjetiva de mareo e inestabilidad. Estos síntomas residuales duran aproximadamente de 1 a 3 semanas, pero algunos pacientes duran más.

El reconocimiento y tratamiento temprano de pacientes con VPPB disminuye la incidencia de mareo residual, ya que disminuye la alteración de patrones normales de control postural e integración de los subsistemas sensoriales.

Entre los factores de riesgo para desarrollar mareo residual están: haber requerido más de 1 sesión de maniobras de reposicionamiento para resolución del VPPB, presentar trastorno de ansiedad asociada (47% de lo padecían, presentaron MR), ser mayor a 65 años de edad y tener una puntuación alta en el índice de discapacidad por mareo (IDH) antes del tratamiento [11]

Dentro de las opciones que existen para el manejo del MR, esta la rehabilitación vestibular, que mostró ser efectiva en pacientes ancianos con VPPB [12]. El tratamiento con Ginkgo biloba (40 mg cada 8 hrs por 3 semanas), en estudio de Swain [13] encontró que la duración del mareo residual del grupo Ginkgo biloba fue más corta que el grupo sin Ginkgo biloba (10-11 días vs 28- 32 días respectivamente), sin haber diferencias significativas en las puntuaciones de discapacidad por mareos en la primera semana, mientras que hubo diferencias significativas en las semanas siguientes.

Conclusiones

- Las maniobras de reposicionamiento son el manejo de primera línea para el VPPB.
- Los medicamentos supresores vestibulares no se recomiendan de forma rutinaria para el tratamiento del VPPB, excepto para el control a corto plazo de los síntomas autonómicos, como náuseas o vómitos, en un paciente con síntomas graves.

- Se pueden considerar los antieméticos para profilaxis de pacientes que previamente han manifestado náuseas y/o vómitos intensos con las maniobras de DixHallpike y en quienes se planea una maniobra de reposicionamiento
- Suplementar la vitamina D en pacientes con VPPB y deficiencia de vitamina D redujo la recurrencia.
- El reconocimiento y tratamiento temprano de pacientes con VPPB disminuye la incidencia de mareo residual.

Referencias

1. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res* [Internet]. 2009 Oct [cited 2023 Jun 10];19(1-2):1-13. Available from: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-vestibular-research/ves00343>
2. Muncie HL, Sirmans SM, James E. Dizziness: Approach to Evaluation and Management. *Am Fam Physician*[Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 10];95(3):154-162. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0201/p154.html>
3. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol* [Internet].2016 [cited 2023 Jun 10];137:67-82. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444634375000054?via%3Dihub>
4. Gobierno de Chile - Ministerio de Salud - Servicio Salud de Arica - Hospital en Red "Dr. Juan Noé C." Instructivo referencia y contrarreferencia de paciente con síndrome vertiginoso [Internet].2019 [cited 2023 Jun 10];5. Available from: <https://studylib.es/doc/139758/instructivo-referencia-y-contrarreferencia-de>
5. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, Holmberg JM, Mahoney K, Hollingsworth DB, Roberts R, Seidman MD, Prasaad Steiner RW, Tsai Do B, Voelker CC, Waguespack RW, Corrigan MD. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update) Executive Summary. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2017 Mar [cited 2023 Jun 10];156(3):403-416. Available from: <https://aahnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599816689660>
6. You P, Instrum R, Parnes L. Benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope Investig Otolaryngol* [Internet]. 2018 Dec [cited 2023 Jun 10];4(1):116-123. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6383320/pdf/LIO2-4-116.pdf>
7. Reinink H, Wegner I, Stegeman I, Grolman W. Rapid Systematic Review of Repeated Application of the Epley Maneuver for Treating Posterior BPPV. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* [Internet]. 2014[cited 2023 Jun 10];151(3):399-406. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0194599814536530?journalCode=otoj>
8. Jung HJ, Koo JW, Kim CS, Kim JS, Song JJ. Anxiolytics reduce residual dizziness after successful canalith repositioning maneuvers in benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Otolaryngol*[Internet]. 2012 Mar[cited 2023 Jun 10];132(3):277-84. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00016489.2011.637179?journalCode=ioto20>.
9. Murdin L, Hussain K, Schilder AGM. Betahistine for symptoms of vertigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 10], Issue 6. Art. No.: CD010696.Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010696.pub2/full>
10. Yang Z, Li J, Zhu Z, He J, Wei X, Xie M. Effect of vitamin D supplementation on benign paroxysmal positional vertigo recurrence: A meta-analysis. *Sci Prog.* [Internet] 2021 Apr-Jun [cited 2023 Jun 10];104(2):368504211024569. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00368504211024569?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org
11. Pino Urrutia, Carlos Manuel & Novoa Cornejo, Ignacio & Burgos, Benjamín. (2020). "Mareo residual, una condición clínica frecuente posterior a maniobra de reposición exitosa en vértigo posicional paroxístico benigno: Una revisión". *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2020 [cited 2023 Jun 10]; 80: 201-208 Available from: <https://www.sochiorl.cl/uploads/80-02-11.pdf>
12. DING Jian, LIU Yiming. Effect of vestibular rehabilitation on residual dizziness in elderly patients with benign paroxysmal positional vertigo[J]. *Journal of Otolaryngology and Ophthalmology of Shandong University* [Internet], 2018[cited 2023 Jun 10], 32(6): 64-68.Available from <http://ebhyxbwk.njournal.sdu.edu.cn/EN/10.6040/j.issn.1673-3770.0.2018.290>
13. Swain SK, Behera IC, Sahu MC. Role of Ginkgo biloba for controlling residual dizziness after successful treatment of benign paroxysmal positional vertigo: Our experiences at a tertiary care teaching hospital of Eastern India. *Int*

J Health Allied Sci [Internet] 2018 [cited 2023 Jun 10];7:196-200. Available from: <https://www.ijhas.in/text.asp?2018/7/3/196/237256>