

Mareo y/o vértigo como motivo de consulta en la policlínica neurológica: estudio descriptivo

Dras. Lorena Castro*, Patricia Braga†

Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

Resumen

Introducción: los mareos y vértigos son uno de los principales motivos de consulta en medicina. Los pacientes que los padecen realizan reiteradas consultas por la incapacidad que les produce, no logrando en muchos casos un diagnóstico etiológico claro. Produce un importante gasto tanto para los servicios de salud como para el propio paciente.

Objetivos: 1. Conocer las características clínicas de una población de pacientes que consultaron por mareos y/o vértigos en policlínica de neurología del Hospital de Clínicas. 2. Evaluar tipo de vértigo y etiología.

Material y método: se realizó un estudio prospectivo durante seis meses de una cohorte de pacientes mayores de 15 años que tuvieron como motivo de consulta mareos y/o vértigos.

Resultados: en el período considerado se incluyeron 64 pacientes (84% mujeres, 16% hombres); la media de edad fue de 55,2 años. El 78% había consultado en otra oportunidad por estos síntomas. La especialidad más consultada fue el médico general en 28%. El 72% presentaba un vértigo verdadero con un tiempo de evolución de dichos síntomas mayor a un año en 52% de los casos. El examen físico evidenció que los signos clínicos más utilizados para valorar el sistema vestibular (Romberg, Barany y Unterberger) tienen una alta especificidad pero baja sensibilidad. El diagnóstico etiológico

más frecuente fue el vértigo postural paroxístico benigno en 39% de los casos.

Conclusiones: los mareos y/o vértigos son motivo de consultas frecuentes, usualmente reiteradas. Debemos extremar esfuerzos para lograr un correcto diagnóstico etiológico y un adecuado tratamiento.

Palabras clave: MAREO
VÉRTIGO
ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Keywords: DIZZINESS
VERTIGO
PROSPECTIVE STUDIES

Introducción

Los mareos y los vértigos constituyen uno de los principales motivos de consulta en medicina. Los escasos datos epidemiológicos disponibles provienen de estudios realizados en Norteamérica⁽¹⁾, según los cuales el mareo es la tercera queja más común en pacientes atendidos en la consulta externa. La prevalencia estimada en adultos es de 5%. La incidencia total anual de mareos, desequilibrio y vértigo es de 5% a 10%, alcanzando 40% en mayores de 40 años.

En tanto que el mareo es un término totalmente inespecífico que los pacientes utilizan para denominar diferentes sensaciones que le producen falta de equilibrio o

* Ex Asistente de Neurología. Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Profesora Adjunta de Neurología. Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Lorena Castro. Ignacio Medina 3825, Apto. 710. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico: lolacast5@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con el presente trabajo.

Fuente de financiación: ninguna

Recibido: 11/10/12

Aceptado: 27/5/13

Tabla 1. Etiologías asociadas a las categorías semiológicas identificables en pacientes con mareo y/o vértigo

<i>Vértigo por síndrome vestibular periférico</i>	Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)
	Neuritis vestibular
	Laberintitis
	Enfermedad de Ménière
	Neurinoma del acústico
	Fistula perilinfática
	Herpes zóster ótico
<i>Vértigo por síndrome vestibular central</i>	Hemorragia cerebral
	Isquemia del tronco cerebral
	Tumores
	Siringobulbia
	Esclerosis múltiple
	Lesiones del lóbulo temporal
	Traumatismos
Migraña	
<i>Mareos</i>	Síndrome vestibular periférico
	Síndrome vestibular central
	Anormalidades propioceptivas
	Anoxia cerebral
	Desórdenes metabólicos
	Patologías cardiovasculares
	Migraña
	Presíncope
	Hipotensión ortostática
	Hiperventilación
	Patologías oculares
	Psicógeno
	Fármacos

inestabilidad frente al entorno (sensación de cabeza vacía, debilidad, desequilibrio, inestabilidad o vértigo), el vértigo se limita a la sensación ilusoria de movimiento. Se llama desequilibrio a la sensación de incapacidad para mantener el centro de gravedad.

La capacidad de mantener el equilibrio está basada en un complejo sistema donde interviene información sensorial visual, vestibular, aferencias propioceptivas del sistema nervioso periférico, la médula, el sis-

tema muscular y osteoarticular, presentando una compleja integración a nivel del sistema nervioso central. Aquí participan el tronco cerebral, el cerebelo, los ganglios de la base y la corteza cerebral. Por lo tanto, los pacientes pueden referir síntomas de mareos o vértigos en una multiplicidad de alteraciones fisiológicas o patológicas (tabla 1).

La orientación adecuada del diagnóstico en estos pacientes es un reto no solo para los médicos de asistencia primaria, sino también para los neurólogos. La imprecisión habitual que presentan los pacientes al definir los síntomas y la dificultad frecuente que existe al objetivar signos clínicos al examen, hace difícil llegar a un diagnóstico preciso.

Esta imprecisión lleva a que un gran número de pacientes presenten estos síntomas por un período prolongado de tiempo, debiendo realizar múltiples consultas, lo que produce gran insatisfacción tanto por la repercusión en la calidad de vida como a nivel económico. Por otra parte, si bien la mayoría de mareos y vértigos son procesos de pronóstico benigno, pueden llevar a inhabilitar a los pacientes desde un punto de vista físico y psíquico, afectando su vida tanto en lo personal y familiar como en lo laboral.

Hemos decidido abordar este tema dada su alta frecuencia en la consulta neurológica. Incluimos, por lo tanto, en este trabajo a pacientes que consultaron en la policlínica de neurología del Hospital de Clínicas por mareos o vértigos. Evaluaremos aquí el motivo de consulta, examen neurológico y extraneurológico y su importancia en el diagnóstico de vértigo. Evaluaremos si dichos síntomas corresponden a un vértigo verdadero y valoraremos su etiología tanto en los vértigos centrales como periféricos.

Objetivos

Objetivos generales: estudiar las características clínicas de los pacientes que consultan por mareos y/o vértigos en la policlínica de neurología del Hospital de Clínicas.

Objetivos específicos:

1. Conocer en este grupo de pacientes la frecuencia de vértigo clínicamente definido y las características semiológicas del mismo en nuestra población.
2. Conocer el tiempo de evolución del vértigo previo a la consulta, cantidad de consultas previas y especialidades consultadas por dicho síntoma.
3. Explorar la distribución de los subtipos etiológicos de vértigo.

Material y método

Diseño: estudio prospectivo de una cohorte única de pacientes seleccionados en base a criterios de inclusión-exclusión predefinidos.

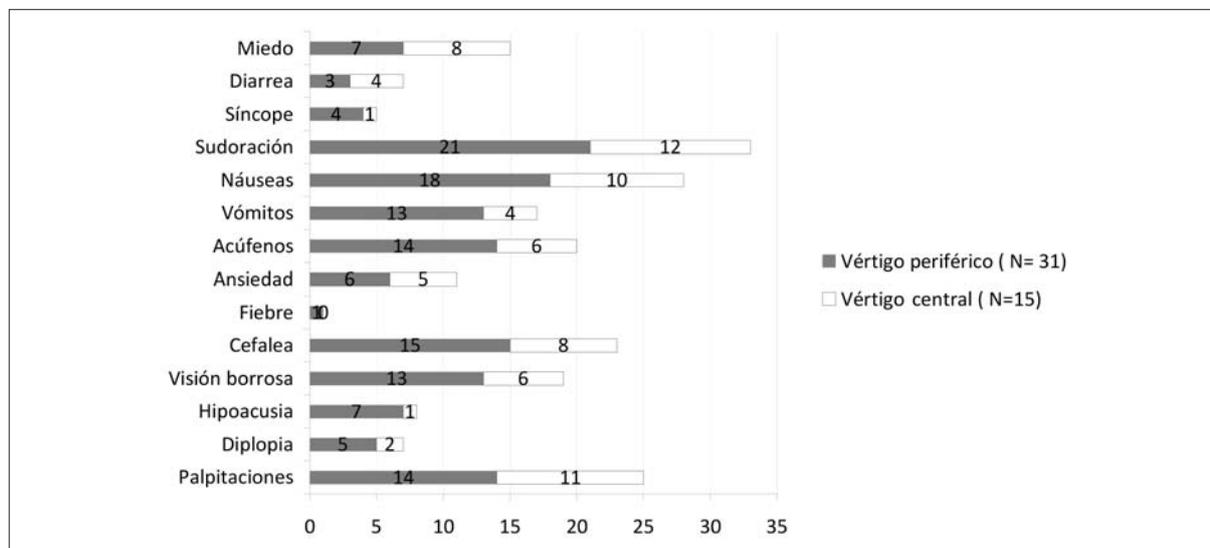


Figura 1. Fenómenos acompañantes durante el episodio vertiginoso (n=46)

Población: los criterios de inclusión considerados fueron edad mayor a 15 años y el motivo de consulta que fuera mareos y/o vértigos. Ninguna comorbilidad ni diagnóstico previo fue considerado excluyente. La muestra seleccionada fue por conveniencia, incluyéndose a la totalidad de los pacientes que consultaron por mareo y/o vértigo en la policlínica de neurología general del Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas por un período de seis meses. La captación de pacientes en el período considerado fue exhaustiva.

Metodología: el interrogatorio y examen neurológico fueron realizados en todos los casos por un mismo examinador (LC). Se aplicó una ficha protocolizada predefinida para recabar los datos. Las variables estudiadas incluyeron: datos personales y antecedentes médicos, análisis del motivo de consulta, semiología por anamnesis y examen, pruebas vestibulares, cronología y evolución, consultas previas y tratamientos recibidos. También se incluyeron los resultados paraclínicos pertinentes en cada caso.

Criterios diagnósticos: se utilizaron criterios diagnósticos predefinidos acordes a pautas internacionales.

1. Vértigo postural paroxístico benigno (VPPB): vértigo de segundos de duración que asocia maniobra de Dix-Hallpike positiva o que reproduce síntomas.
2. Neuronitis: ataque único y prolongado de vértigo de días de duración, con vómitos y sin acúfenos ni hipoacusia.
3. Laberintitis: episodio vertiginoso de días de duración secundario a una inflamación del laberinto (otitis). Suele producir una disminución del grado de audición, vértigos, náuseas y vómitos.

4. Síndrome de Ménière: cuadros de vértigos recurrentes con acúfenos, hipoacusia y sensación de plenitud ótica, que asocian pérdida progresiva de la audición con cada empuje. Se confirma la pérdida de la audición mediante audiogramas.
5. Vértigo postraumático: vértigo vinculado a un traumatismo que cede en días-semanas.
6. Fístula perilinfática: historia de vértigo que asocia el fenómeno de Tullio. El mismo se confirma mediante estudios imagenológicos con cortes finos a nivel del oído interno.
7. Vértigo recurrente: vértigos recurrentes de duración variable en el contexto de una enfermedad autoinmune.
8. Neurinoma del acústico: hipoacusia neurosensorial que puede asociar vértigo, y otros síntomas neurológicos que remedan la topografía a nivel del ángulo bulbo-ponto-cerebeloso. Se confirma el diagnóstico mediante estudios imagenológicos.
9. Vértigo secundario a fármacos ototóxicos: vértigo que aparece posterior al tratamiento con fármacos ototóxicos. Puede asociar hipoacusia según el fármaco utilizado.
10. Epilepsia parcial del lóbulo temporal: es un diagnóstico clínico. Solicitamos frente a este planteo diagnóstico: electroencefalograma y estudios imagenológicos (TAC-RNM).
11. Enfermedad vascular: es un diagnóstico clínico (síndrome focal neurológico de instalación brusca)-imagenológico.
12. Migraña: según los criterios diagnósticos IHS 2004. Puede corresponder a migraña vestibular o basilar.

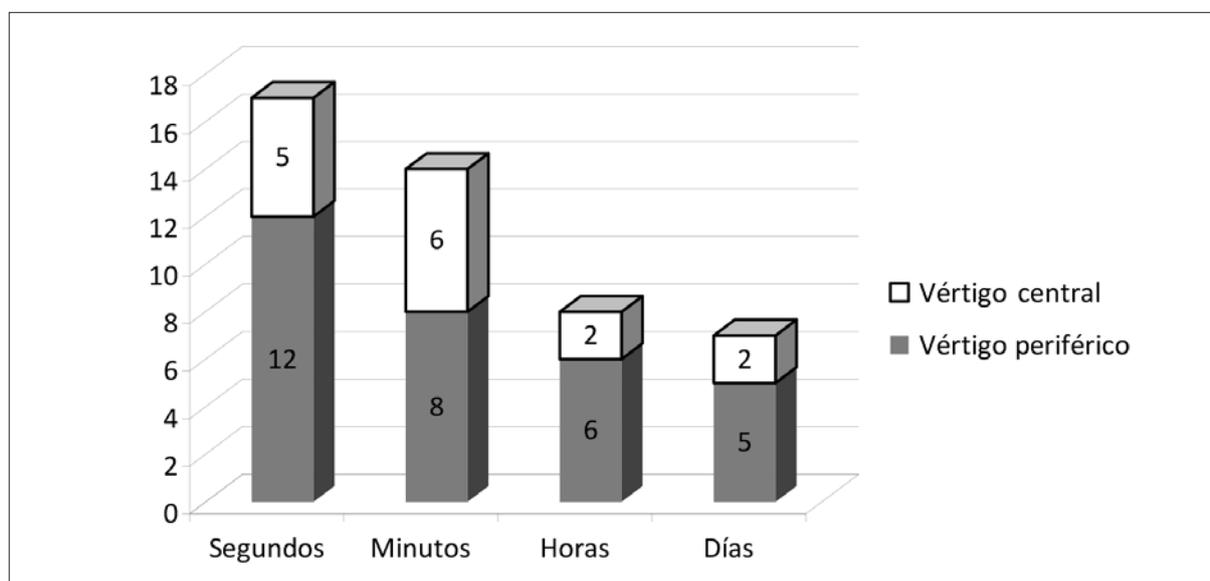


Figura 2. Tiempo de duración de cada episodio vertiginoso (n=46)

13. Enfermedad desmielinizante: según criterios diagnósticos de Mac Donald, 2010.
14. Tumores: diagnóstico de sospecha clínica (síndrome focal neurológico de instalación progresiva) y confirmación imagenológica.
15. Trastorno de la charnela occípito-cervical: diagnóstico de sospecha clínica y confirmación imagenológica.

En algunos casos se pudo identificar la causa del vértigo en la primera consulta; en otros casos se realizó un seguimiento y de acuerdo a la paraclínica solicitada y su evolución se identificó la etiología del cuadro.

Análisis estadístico: se exploró la prevalencia de los diferentes síntomas, signos y etiologías (análisis univariado). La existencia de asociación entre las diferentes variables estudiadas fue evaluada mediante pruebas de chi cuadrado para variables discretas y prueba t o Anova de comparación de medias para variables continuas. En todas las pruebas se consideró un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

Consideraciones éticas: el diseño del presente estudio se realizó siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 en la versión revisada de 1983.

Por su diseño descriptivo, observacional, no se influyó en los estudios ni en tratamientos aplicados a los pacientes, que se llevaron a cabo siguiendo los protocolos asistenciales habituales a criterio del médico tratante. En el almacenamiento digital y manejo estadístico de los datos recabados se mantuvo la confidencialidad de los datos filiatorios.

Resultados

Descripción de la población: en el período considerado se incluyeron 64 pacientes, de los cuales 84% fueron mujeres y 16% hombres. La media de edad global fue de $55,2 \pm 17,4$ años, sin diferencia significativa según sexo.

Síntomas: con respecto al motivo de consulta referido espontáneamente por el paciente, 58% respondió "mareos" y 42% "vértigos". Se valoró en el interrogatorio a qué correspondía su motivo de consulta: si era un vértigo verdadero, oscilopsia, inestabilidad (desequilibrio o balanceo), visión borrosa, caídas, lipotimia, sensación de cabeza vacía. Se destaca que en 71% de los casos correspondió a un vértigo verdadero, siendo 48% vértigos periféricos y 23% vértigos centrales (n=46); en el 16% restante se diagnosticó una inestabilidad. En cuanto a los vértigos (central y periférico), 89% de los pacientes presentaron fenómenos acompañantes con el episodio vertiginoso, refiriendo como síntoma más frecuente (76%) la sudoración (figura 1). En cuanto a la forma de aparición, en 94% fue de forma brusca, siendo los cambios de posición cefálica el desencadenante más frecuente; en otros casos fue vinculado al ortostatismo, y no existió predisponente evidente en 20%. En relación con la duración de cada episodio vertiginoso, 37% refirió que duraba segundos; las duraciones más prolongadas fueron menos frecuentes (figura 2).

Evolución: en cuanto al tiempo de evolución del cuadro sintomático actual se evidenció que el 60% de nuestra población y el 52% de los pacientes con vértigo presentaban los síntomas desde hacía más de un año (figura 3), de forma continua pero no permanente. De la historia

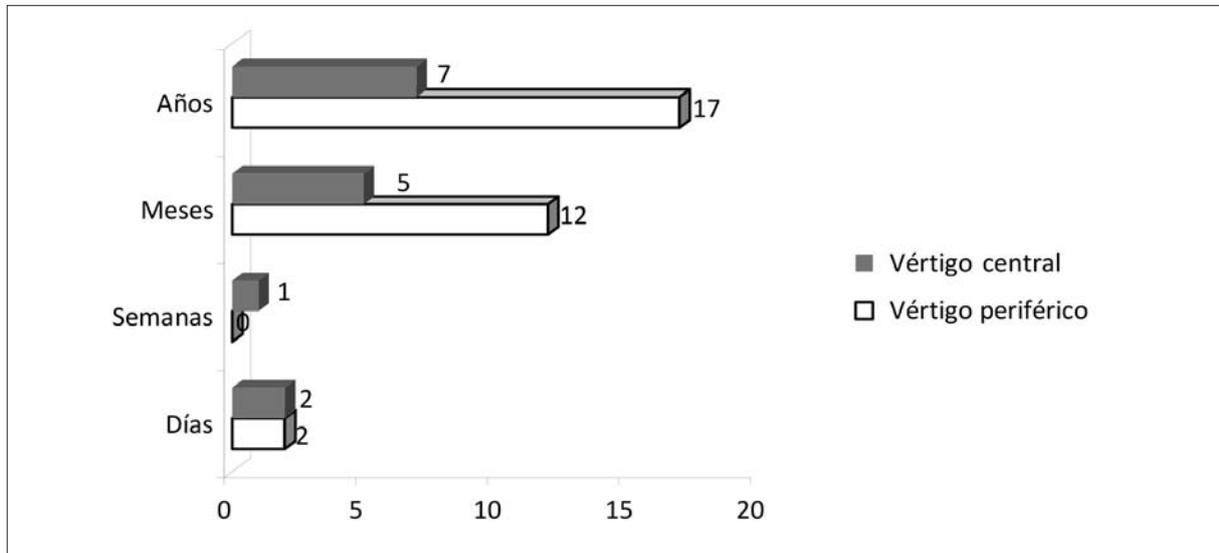


Figura 3. Tiempo de evolución de los síntomas de pacientes con vértigo (n=46)

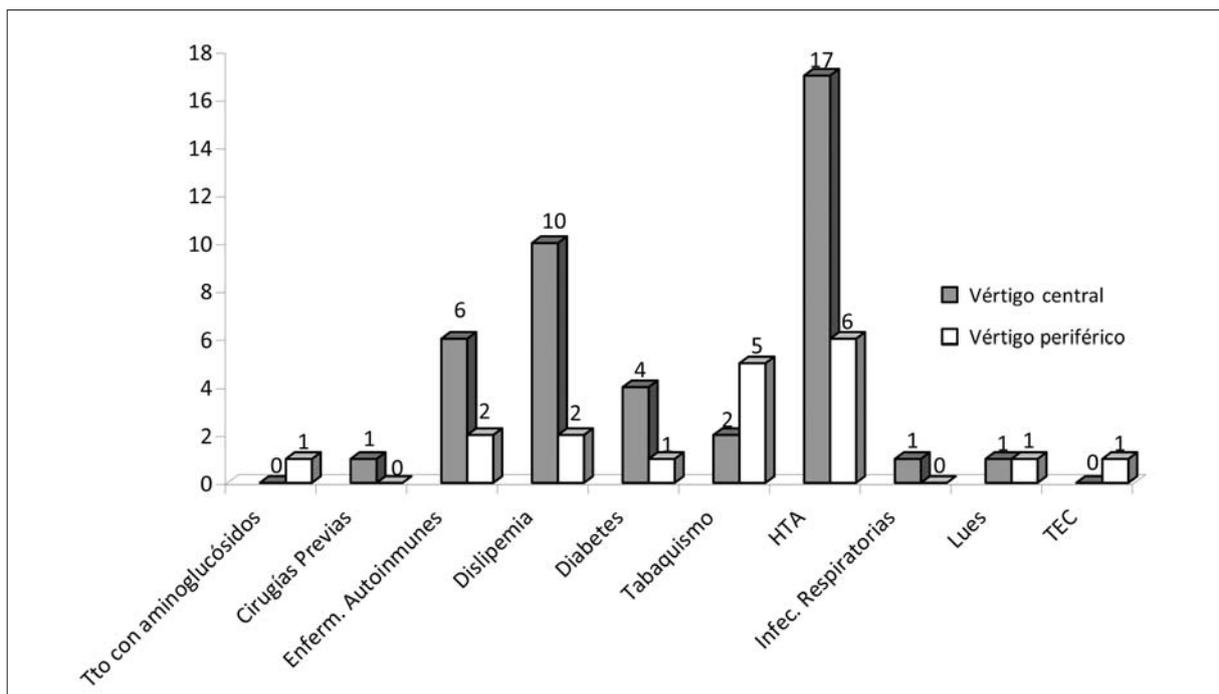


Figura 4. Antecedentes personales (n= 46)

previa se destaca que el 71% de nuestros pacientes ya habían presentado cuadros previos similares.

Antecedentes personales: se valoraron también los antecedentes personales de los pacientes, dado que son necesarios en muchos casos para determinar la etiología. La prevalencia de los antecedentes se muestra en la figura 4 para cada tipo de vértigo (periférico y central).

Factores asistenciales: de la totalidad de los pacientes de nuestra muestra, 78% ya habían consultado previamen-

te por mareo y/o vértigo, 71% de los pacientes con vértigo verdadero lo habían realizado; 42% de ellos en más de un servicio, fundamentalmente en emergencia y medicina general. En cuanto a qué especialidades médicas habían sido consultadas previamente, se evidenció que 12% ya había sido visto en la policlínica de neurología de nuestro hospital y solo 2% en otorrinolaringología.

En cuanto al tratamiento farmacológico que recibían los pacientes con vértigo verdadero, se evidenció que a

Tabla 2. Diferencias clínicas entre vértigo periférico y central

Examen físico	Vértigo periférico	Vértigo central
Nistagmo	4 (0,13%)	6 (0,4%)
VOR patológico	7 (0,22%)	3 (0,2%)
Síndrome focal neurológico	0 (0%)	2 (0,13%)
Pruebas vestibulares alteradas	9 (0,29%)	4 (0,27%)

24% se le había indicado algún tipo de benzodiazepinas, a 20% antivertiginosos y a 9% antialérgicos.

Examen físico: se evidenció nistagmo al examinar la motilidad ocular extrínseca en 17% de todos los pacientes que consultaron por mareos o vértigos. En cuanto al sentido del nistagmo, 64% era horizonte-rotatorio.

Se encontraron alteraciones auditivas en 23% de los pacientes, siendo la prueba de Rinne la maniobra de exploración coclear más frecuentemente alterada; en 2% había una alteración concomitante del V par, en tanto que se evidenció un compromiso sensitivo aislado en 3% de los casos.

En el sector espinal, en el total de los pacientes (n = 64) se evidenciaron signos piramidales en 6%, hipoestesia en 8%, signos cerebelosos de tipo hemisférico o signos parkinsonianos en 3% y elementos tónico-frontales en 2%.

En el examen de la estática se evidenció en 13% de los casos danza tendinosa. Dentro de los signos clásicos, el signo de Romberg fue positivo en 13% de los pacientes, de los cuales el 75% presentaba latencia. En cuanto a

la dirección del mismo, 43% presentaba lateropulsión a la derecha y 29% hacia la izquierda. El signo de Barany fue patológico en 13% y el de Unterberger en 17%. Los reflejos posturales fueron anormales en 13% de los pacientes. Presentamos en la tabla 2 la diferencia en el examen clínico de los pacientes que padecían vértigo periférico versus central.

Se evaluó la sensibilidad (S) y la especificidad (E) de cada signo para el diagnóstico de las patologías más prevalentes. La misma se presenta en la tabla 3, destacando que si bien la migraña vestibular corresponde a un vértigo de tipo central, dada su alta prevalencia en nuestra población de pacientes, la consideramos por separado. Destacamos que de estos pacientes, 75% presentaba las pruebas de forma armónica (siendo 62% de estos hacia la izquierda); 12,5% presentó retroimpulsión y en igual porcentaje se evidenció un examen disarmónico.

La maniobra de Dix Hallpike fue anormal en 27% de los pacientes, pero también existió en el 5% de los pacientes, en que si bien la maniobra era negativa, la misma reproducía los síntomas.

Solo un paciente presentó hipotensión ortostática; la prueba de hiperventilación en todos los casos fue negativa, al igual que la maniobra de Valsalva para desencadenar el vértigo.

En cuanto al examen cardiovascular se detectó bradicardia sintomática en una paciente; el examen osteoarticular solo en 3% fue patológico.

Diagnóstico: destacamos que el diagnóstico etiológico se realizó en base a la historia clínica y examen físico de acuerdo con las definiciones operacionales y criterios diagnósticos referidos. Se muestran en la tabla 4 las frecuencias halladas de cada patología, y estas se resumen en la figura 5 por grandes categorías etiológicas.

Tabla 3. Sensibilidad y especificidad de cada signo en las pruebas vestibulares clásicas (n=42)

Etiología	Unterberger	Barany	Romberg
VPPB	S 9%	S 0%	S 4%
	E 83%	E 80%	E 83%
Vértigo central	S 0%	S 50%	S 50%
	E 85%	E 83%	E 90%
Alt. VOR	S 40%	S 20%	S 0%
	E 88%	E 88%	E 86%
Migraña vestibular	S 0%	S 0%	S 0%
	E 83%	E 85%	E 88%

S: sensibilidad; E: especificidad.

Tabla 4. Etiologías de mareo y vértigo identificadas en la población estudiada

Etiología	N (%)
VPPB	23 (35,9)
Neuritis vestibular	1 (1,6)
Laberintitis	1 (1,6)
Ménière	1 (1,6)
Disfunción vestibular compensada	2 (3,1)
Psicógeno	5 (7,8)
Migraña vestibular	10 (15,6)
Déficit del VOR	5 (7,8)
Multifactorial por integración sensorial alterada	1 (1,6)
Afectación cordonal posterior	1 (1,6)
Hipotensión ortostática	1 (1,6)
Postrumático	1 (1,6)
Infarto cerebral	4 (6,3)
Alt. de los sistemas de autorregulación	1 (1,6)
Simulación	1 (1,6)
Vestibulopatía recurrente	3 (4,7)
VPPB asociado a otros vértigos	2 (3,1)
Tapón de cera	1 (1,6)

Las diferentes etiologías asociadas a vértigo central y periférico en nuestra población se muestran en la tabla 5.

Se analizó el comportamiento de las diferentes variables clínicas en cada categoría etiológica encontrada. En la tabla 6 se resumen las correlaciones observadas entre síntoma de presentación y diagnóstico etiológico. Del análisis de todos estos datos se extrae que:

1. El VPPB se presenta en la mayoría de los casos como vértigo, pero en nuestra población evidenciamos que se puede presentar como desequilibrio o sensación de cabeza vacía en un bajo porcentaje de pacientes.
2. Si bien la neuritis, la laberintitis y el Ménière son enfermedades frecuentes dentro de los pacientes que consultan por vértigos o mareos, en nuestra población se presentaron en un bajo porcentaje de casos (1,5% cada uno, respectivamente), y todos bajo la forma de vértigo.
3. El vértigo psicógeno se presentó en 8%. La forma de presentación clínica fue variada.

4. La migraña vestibular se observó en 16%, presentándose generalmente como vértigo.
5. Vértigos centrales secundarios a infarto cerebral se evidenciaron en 6% de los pacientes, con presentación clínica variada.
6. En el resto de las patologías, el bajo porcentaje de casos no permite extraer conclusiones.

Discusión

Diseño y limitaciones del estudio

Existen limitaciones para extraer conclusiones generalizables a partir de nuestro trabajo en función del diseño del mismo, dado el sesgo de selección inherente a una policlínica de especialidad de un centro universitario como es el Hospital de Clínicas. Destacamos que la muestra fue tomada de las consultas realizadas en la policlínica de neurología, no siendo por tanto una muestra representativa de todas las consultas hospitalarias por mareos o vértigos. Por otra parte, la amplitud de los criterios de inclusión-exclusión y la inclusión exhaustiva tienden a disminuir este sesgo.

El examen de los pacientes fue realizado por un solo investigador, por lo que existe homogeneidad en la recolección de los datos. Además, destacamos que en este trabajo se realizó un seguimiento prospectivo y protocolizado a priori, contribuyendo a la fidelidad de los datos.

Finalmente, el número de pacientes obtenidos en este trabajo es insuficiente para lograr un análisis certero dentro de cada una de las categorías etiológicas.

Población

Se incluyó la totalidad de los pacientes que consultaron por mareos y/o vértigos en la policlínica de neurología general. Se obtuvo una muestra de 64 pacientes durante seis meses.

Nuestra población presentó predominio de mareo y vértigo en el sexo femenino, acorde a los trabajos epidemiológicos publicados⁽²⁻⁵⁾. No se ha encontrado la causa de esta diferencia de sexo.

Destacamos que la media de edad global fue de 55,2 años, ligeramente mayor en mujeres (56,4 versus 48,8 en hombres), pero sin constituir una diferencia significativa.

Nuestro trabajo no presenta diferencia con otros trabajos epidemiológicos, donde la media de edad es de 55,8 años^(3,4). No contamos con trabajos epidemiológicos realizados en nuestro país en esta área.

Se evidenció en esta población de pacientes que 78% había consultado en otra oportunidad por estos síntomas, porcentaje mayor que en trabajos epidemiológicos, donde el 57% aproximadamente ya había consultado por dichos episodios^(2,4). Creemos que este hallazgo

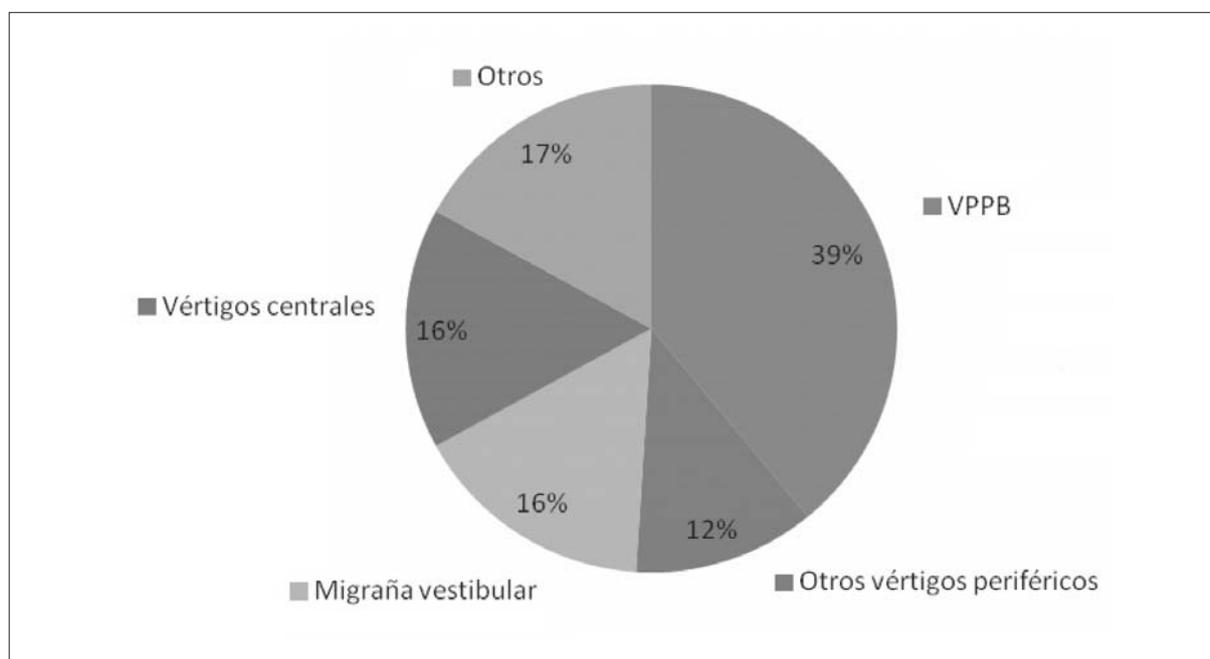


Figura 5. Categorías etiológicas prevalentes en la población estudiada.

VPPB: vértigo postural paroxístico básico

puede estar en relación con la selección de la muestra a partir de una policlínica de especialidad. Destacamos asimismo que en el 60% de nuestra población estos síntomas tenían más de un año de evolución al momento de la consulta index.

Las consultas previas realizadas por estos síntomas fueron a médico general en 28% de los casos, seguido por los médicos de emergencia. Posteriormente fueron a médicos especialistas, como neurología en 12% y, por último, ORL en 2% de los casos. Los valores hallados son mayores que los encontrados en un estudio realizado en el Hospital de San José, Bogotá, Colombia, que evidencia que el 70% de los pacientes son valorados por médicos generales o médicos de familia, consultando a especialistas solo el 4% de los casos⁽¹⁾. La base hospitalaria del estudio no sería en este caso justificativo de tal diferencia, pero sí probablemente la diferencia de estructuras asistenciales y el acceso a especialistas en ambos países.

Síntomas

En cuanto al motivo de consulta destacamos que 58% de los pacientes referían presentar mareos y 42% vértigos. Estas cifras son similares a las halladas por Hannelore y colaboradores en una serie de base comunitaria realizada en una población alemana⁽⁶⁾.

En cuanto a los síntomas de presentación se evidenció que 70% correspondían a vértigo y 16% a inestabilidad, seguido en 6% de caídas; porcentaje similar al en-

contrado en un trabajo argentino donde 68,9% consultó por vértigo y 12,4% por inestabilidad⁽³⁾.

Signos

Encontramos una S muy baja de los signos utilizados clásicamente para el diagnóstico de patologías vestibulares para las diferentes categorías diagnósticas con un valor entre 0%-10% para la migraña vestibular y VPPB, y baja a mediana (40%-50%) para vértigos centrales (exceptuando la migraña) y por alteración del VOR. Reconocemos la limitante del tamaño muestral para el análisis de estos datos. Sin embargo, puede estar en correlación con la gran variación de hallazgos al examen que se observan en estos pacientes, muchas veces condicionando el diagnóstico de organicidad y/o alteración vestibular. Más aun, estos datos pueden ser la base de un estudio multicéntrico, con mayor población, que permita dilucidar el valor diagnóstico real de estos signos clásicos.

En cuanto a la E, en nuestro trabajo destacamos la homogeneidad de los resultados obtenidos para los diferentes signos y distintas patologías, en el entorno del 75%-80%. Dado que se reproduce para todas las categorías diagnósticas, y especialmente que se presenta en el contexto de una muy baja S, pensamos que puede interpretarse como signos de valor específico moderado para todo el grupo de pacientes con vértigo, sin E etiológica.

En cuanto a estos signos, no pudimos realizar comparación con trabajos encontrados en la bibliografía, da-

Tabla 5. Diferentes etiologías identificadas según el tipo de vértigo

<i>Vértigo periférico</i>		<i>Vértigo central</i>	
VPPB	25	Hemorragia cerebral	0
Neuritis	1	Isquemia cerebral	4
Laberintitis	1	Tumor	0
Ménière	1	Siringobulbia	0
Nuerinoma del VIII	0	Esclerosis múltiple	0
Fístula perilinfática	0	Lesión lob. temporal	0
Herpes ótico	0	TEC	1
Vestibulopatías recurrentes	3	Migraña	10

do que los trabajos realizados no aportan estos datos; solo encontramos en un estudio⁽⁷⁾ la S del signo de Unterberger que evidencia “para detección de pacientes patológicos: S 70% y E 37,5%; para detección de patología periférica: S 59,4% y E 52,3%; y para detección de patología periférica y mixta: S 68,3% y E 54,7%”. En este estudio se destaca una S relativamente elevada, a expensas de una baja E, lo que en definitiva le quitaría todo valor diagnóstico a la prueba. La diferencia en S y E observadas en comparación con nuestros datos, puede interpretarse como el resultado de la aplicación de diferentes parámetros en la evaluación de la prueba para considerarla patológica, siendo estos probablemente más exigentes en nuestro estudio.

Diagnósticos

En cuanto al diagnóstico, la patología más frecuentemente encontrada en nuestra población fue el VPPB en 39% de los casos. Dichos datos son similares a los en-

Tabla 6. Síntoma de presentación en relación con el diagnóstico etiológico

<i>Etiología (n)</i>	<i>Vértigo</i>	<i>Oscilopsia</i>	<i>Inestabilidad</i>	<i>Sensación de cabeza vacía</i>	<i>Desequilibrio</i>	<i>Lipotimia</i>
VPPB (23)	19	0	3	1	0	0
Neuritis vestibular (1)	1	0	0	0	0	0
Laberintitis (1)	1	0	0	0	0	0
Ménière (1)	1	0	0	0	0	0
Disfunción vestibular compensada (2)	1	1	0	0	0	0
Psicógeno (5)	1	0	1	1	1	1
Migraña vestibular (10)	6	0	2	1	1	0
Déficit del VOR (5)	3	0	2	0	0	0
Multifactorial (integración sensorial alterada) (1)	1	0	0	0	0	0
Afectación cordonal posterior (1)	1	0	0	0	0	0
Hipotensión ortostática (1)	0	0	0	1	0	0
Postrumático (1)	1	0	0	0	0	0
Infarto cerebral (4)	2	1	1	0	0	0
Alt. de los sistemas de autorregulación (1)	0	0	1	0	0	0
Simulación (1)	1	0	0	0	0	0
Vestibulopatía recurrente (3)	3	0	0	0	0	0
VPPB asociado a otros vértigos (2)	2	0	0	0	0	0
Tapón de cera (1)	0	1	0	0	0	0

contrados en la mayoría de los trabajos epidemiológicos, donde predomina el vértigo postural entre 30% a 33%^(6,8-10).

Sin embargo, existen trabajos en donde se evidencia que si bien el VPPB es de las etiologías más frecuentemente encontradas en pacientes que sufren de mareos o vértigos, se presenta en un porcentaje mucho menor que en nuestra población. En estas series hay una frecuencia mayor de otros vértigos periféricos como la neuritis y el Ménière, que oscila entre 10%-40% aproximadamente, en relación con VPPB, que es entre 6%-27%^(5,11). Por otra parte debemos destacar que existen trabajos que evidencian valores muy similares a los nuestros en cuanto a la segunda causa más frecuente de vértigo, la migraña vestibular^(6,10).

Los vértigos centrales secundarios a infartos cerebrales se presentaron en 6,3% de los casos, encontrando un porcentaje mayor (23%) si se incluyen todos los vértigos secundarios a patologías del sistema nervioso central. Si comparamos estos datos con los que existen en la bibliografía, en que los vértigos centrales se evidencian en 10% de los pacientes que consultan por mareos y vértigos⁽¹²⁾, podemos considerar que las poblaciones no son comparables; posiblemente la diferencia radique en que en nuestra población de pacientes la migraña vestibular tiene una alta frecuencia.

En cuanto a la forma de presentación de las diferentes patologías encontradas, destacamos que si bien la forma de presentación más frecuente del VPPB es el vértigo, también se puede presentar como sensación de cabeza vacía y desequilibrio. Por otra parte, debemos tener en cuenta el vértigo psicógeno luego de haber descartado otras etiologías, ya que en nuestra población se presentó en 8% de los casos. Finalmente, existe una gran variedad de etiologías que se pueden presentar como mareos o vértigos, debiendo por tanto realizar un exhaustivo interrogatorio y examen físico para lograr un adecuado diagnóstico etiológico.

Conclusiones

Los mareos y/o vértigos son un motivo frecuente de consulta en la práctica clínica diaria, predominando en el sexo femenino con una edad promedio de 55 años. Debemos extremar esfuerzos para lograr un correcto diagnóstico etiológico y adecuado tratamiento, dada que es frecuente la evolución a la cronicidad y la reconsulta por dichos síntomas, con repercusión tanto psíquica como física. Destacamos que si bien debemos realizar una anamnesis y un examen físico exhaustivo para lograr un diagnóstico etiológico adecuado, existen algunos signos clásicamente utilizados en la práctica clínica que tienen una baja S, por lo que el valor de su negatividad en el diagnóstico debería relativizarse. El sín-

toma mareo o vértigo puede corresponder a una gran variedad de etiologías, siendo en nuestra población la causa más frecuente el VPPB en 39% de los casos.

Abstract

Introduction: dizziness and vertigo are one of the main causes of consultation in medicine. Patients suffering from these symptoms repeatedly consult due to the impairments caused by them, and in many cases the etiological diagnosis is not clear. It is a costly condition both for health services and patients.

Objectives: 1. To learn about the clinical features of the population that consulted for dizziness and/or vertigo in the neurology polyclinic of the University Hospital. 2. To evaluate the kinds of vertigo and their etiology.

Method: we conducted a prospective study during six months in a cohort of patients over 15 years old, who consulted for dizziness and /or vertigo.

Results: 64 patients were included in the referred period of time (84% women, 16% men); average age was 55.2 years old. Seventy eight per cent of patients had already consulted previously, for these same symptoms. The specialists most frequently consulted were general practitioners (28%). Seventy two per cent of patients suffered from real vertigo and they had been experiencing the symptom for over a year in 52% of cases. Upon physical examination, the most widely used clinical signs to assess the vestibular system (Romberg, Barany y Unterberger) were found to have high specificity, although their sensitivity is low. The most frequent etiology diagnosis was benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), in 39% of patients.

Conclusions: dizziness and vertigo are frequent reasons for consultation, and usually patients consult repeatedly. We need to make our best to achieve the right etiological diagnosis and appropriate treatment.

Resumo

Introdução: as tonturas e vertigens são um dos principais motivos de consulta em medicina. Os pacientes consultam muitas vezes devido às limitações causadas por esses sintomas, porém em muitos casos não obtém um diagnóstico etiológico claro. As tonturas e vertigens causam gastos consideráveis tanto para os serviços de saúde como para o paciente.

Objetivos: 1. Conhecer as características clínicas de uma população de pacientes que consultaram por tonturas e/ou vertigens no ambulatório de neurologia do Hospital de Clínicas. 2. Avaliar o tipo de vertigem e sua etiologia.

Material e método: foi realizado um estudo prospectivo durante seis meses de uma coorte de pacientes

maiores de 15 anos cujo motivo de consulta foi tonturas e/ou vertigens.

Resultados: foram incluídos 64 pacientes (84% mulheres, 16% homens); a idade média foi 55,2 anos. 78% já haviam consultado pelos mesmos sintomas. A especialidade mais consultada foi medicina geral em 28%. 72% apresentava vertigem verdadeira com evolução dos sintomas por um período maior a um ano em 52% de los casos. O exame físico mostrou que os sinais clínicos mais utilizados para avaliar o sistema vestibular (Romberg, Barany e Unterberger) tem alta especificidade, mas baixa sensibilidade. O diagnóstico etiológico mais frequente foi vertigem posicional paroxística benigna em 39% dos casos.

Conclusões: as tonturas e/ou vertigens são um motivo frequente de consulta e muitas vezes de varias consultas pelo mesmo paciente. Devemos buscar com afinco o diagnóstico etiológico correto e o tratamento adequado.

Bibliografía

1. **Neuhauser HK, von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, et al.** Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. *Neurology* 2005; 65(6):898-904.
2. **Gaensler E.** *Neurorradiología fundamental.* Madrid: Marban Libros, 1998.
3. **López-Gentili LI, Kremenchutzky M, Salgado P.** Análisis estadístico de 1.300 pacientes con mareo y vértigo: causas más frecuentes. *Rev Neurol* 2003; 36(5):417-20.
4. **Pérez Garrigues H, Andrés C, Pérez A.** Aspectos epidemiológicos del vértigo en la población general. *Acta Otolaryngol* 2008; 128(1):43-7.
5. **Narita S, Kurose M, Kobayashi K, Himi T.** [Study on 242 inpatients reporting vertigo and dizziness]. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho* 2003; 106(1):21-7.
6. **Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T.** Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med* 2008; 168(19):2118-24.
7. **Bartual J, Pérez N, Barona R, Fernández S, Guirado CR, Guirado FR.** *El sistema vestibular y sus alteraciones: fundamentos y semiología.* Barcelona: Masson, 1998.
8. **Olvera Martínez MT, Martínez Rodríguez HR.** Mareo y vértigo. *Med Univ* 2002; 4(17):222-9.
9. **Philip R, Prepageran N.** Dizziness, a review of walk-in patients at a specialised neurotology clinic. *Med J Malaysia* 2009; 64(1):56-8.
10. **Tata LJ, Lewis SA, McKeever TM, Smith CJ, Doyle P, Smeeth L, et al.** Effect of maternal asthma, exacerbations and asthma medication use on congenital malformations in offspring: a UK population-based study. *Thorax* 2008; 63(11):981-7.
11. **Hanley K, O'Dowd T, Considine N.** A systematic review of vertigo in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51(469):666-71.
12. **Branch WT, Barton J.** Approach to the patient with dizziness. Literature review current through: May 2013. This topic last updated: abr 24, 2012. UptoDate 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dizziness>. [Consulta: 10 de set de 2012].