

# VÉRTIGO PERIFÉRICO

## DEFINICIÓN:

- Puede definirse como una sensación de desorientación en el espacio, combinada con una sensación de movimiento.
- Ilusión de movimiento falso entre sí mismos y el mundo exterior.

## CAUSAS DE VÉRTIGO PERIFÉRICO:

Cuerpos extraños en CAE, cera o pelo en contacto con membrana timpánica, otitis media aguda, laberintitis (supurativa, serosa, tóxica o crónica), vértigo posicional benigno, Enfermedad de Ménière, Neuritis vestibular, fistula prelinfática, traumatismo (contusión laberíntica), cinetosis, neurinoma del acústico.

## CLÍNICA:

- Mareo con sensación de movimiento.
- Inestabilidad y desequilibrio variable.
- Influenciado por los movimientos.
- Cortejo vegetativo.
- Comienzo brusco y de corta duración (no suele ser más de 2-3 semanas).
- Crisis de duración de segundos a horas, menor de 30 minutos habitualmente.
- Nistagmo espontáneo horizonte-rotatorio que se inhibe con la fijación de la mirada.
- Ausencia de pérdida de conciencia, cefalea, visión borrosa, ni ningún tipo de focalidad neurológica.

## DIAGNÓSTICO:

El proceso diagnóstico siempre se debe basar en dos conceptos fundamentales: decidir si el vértigo es verdadero, y si la causa es central o periférica.

**Anamnesis:** Es la fuente de información más importante en la evaluación del paciente con mareo.

Preguntar por cómo se originó el mareo, cuánto dura la crisis, si se desencadena con los movimientos, si tuvo episodios similares previamente...

-El *momento de inicio y la duración del vértigo* son datos importantes para averiguar la causa del vértigo episódico; ejm: intenso con intervalos asintomáticos, y desencadenado por la postura: trastorno vestibular periférico, neuritis vestibular, VPB.

-La presencia de *síntomas auditivos* (acúfenos, hipoacusia): neurinoma del acústico, Enf de Ménière.

-Preguntar sobre la toma de mediación, ya que algunos fármacos ejercen un efecto tóxico directo sobre el vestíbulo (aminoglucósidos, anticonvulsionantes, la quinina, la quinidina y la minociclina).

***Exploración física:***

-*Signos vitales*

-*Estado del paciente*; encamado, incapacitado, deambulante...

-*Exploración otológica*: otoscopia, acumetría con diapasones

-*Cabeza y cuello*; soplos arterias carótida,

Exploración de los ojos: explorar pupilas, movimientos extraoculares, presencia de nistagmo y sus características.

**NISTAGMO: PERIFERICO-CENTRAL**

**PERIFERICO**

-Unidireccional (horizontal u  
horizonto-rotatorio).

-Aumenta al mirar al lado que bate.

-Cede al fijar la mirada.

-Fatigable.

-Proporcional a la intensidad del vértigo.

-La fase rápida al lado contrario a la lesión.

**CENTRAL**

-Vertical, horizontal o rotatorio  
puro.

-No relacionado con el componente  
rápido.

-No cede al fijar la mirada.

-No fatigable.

-Desproporcionado a la  
intensidad del vértigo.

-La fase rápida al mismo lado  
de la lesión.

---

-*Prueba posicional (Dix-Hallpike)*: Si el nistagmo no se produce en reposo, la prueba posicional puede ser útil para determinar su existencia y características.

-*Exploración neurológica completa*.

***Pruebas complementarias:***

El vértigo agudo por sí no es una indicación para realizar TAC o RNM urgente (solo si existen dudas con vértigo de origen central).

La RNM(no de urgencia) es útil para el dx del neurinoma del acústico.

La audiometría y electronistagmografía son útiles en el seguimiento en consultas de ORL del paciente con vértigo.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Encaminado a diferenciar entre origen periférico, central o sistémico.

-**Causas vértigo periférico:**(descritas previamente).

-**Causas vértigo central:** infección(encefalitis, meningitis, absceso cerebral), insuficiencia vertebrobasilar, sd de robo de la subclavia, hemorragia o infarto cerebeloso, migraña vertebrobasilar, lesión postraumática(fractura hueso temporal), síndrome postcontusional, epilepsia del lóbulo temporal, tumor, esclerosis múltiple, lesión muscular o ligamentosa de la columna cervical.

-**Causas sistémicas:** Diabetes mellitus, hipotiroidismo

-**Otras causas de alteraciones equilibrio:** psicógeno, hipotensión ortostática, psicofármacos, diuréticos, plomo, antihipertensivos....

## **TRATAMIENTO:**

El tratamiento de los episodios agudos debe ir encaminado a paliar los síntomas.

a) Tratamiento médico:

-Diazepan : 2-10 mg i.v o i.m. Mantener dosis entre 5-10 mg/8h v.o 3-4 días).

-Sulpiride(Dogmatil): 100mg i.m o i.v/8h.Mantener dosis unos días.

-Tietilpiperazina(Torecan):1 supositorio o gragea v.o cada 8h.Mantener dosis 3-4 días.

-Corticoides i.m, i.v; parecen ofrecer beneficio en los vértigos causados por neuronitis vestibular

-Fármacos antihistamínicos H1(v.o):Más usados en cinetosis; clorhidrato de meclocina, clorhidrato de difenhidramina, clorhidrato de prometacina.

-Metoclopramida(Primperan) 1 amp /8h si esta nauseo o vomitando.

b) Tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno:

Existen unas maniobras terapéuticas físicas encaminadas a tratar la fisiopatología del VPPB del canal semicircular posterior, que es el más frecuente.(maniobra liberadora de Semont o de Epley y Parnes) con eficacia de hasta el 80%(superior al tratamiento farmacológico tradicional).

## **CRITERIOS DE INGRESO:**

-Pacientes con síntomas intensos a pesar de la medicación administrada.

-Laberintitis bacteriana.

## **DERIVACION AL ALTA DE URGENCIAS:**

- Control por su médico de atención primaria.
- ORL de zona si: el vértigo se asocia a síntomas otológicos (hipoacusia, acufenos...), vértigo con mala respuesta al tratamiento o muy recidivante.