

VIDA SANA

Siete de cada diez vértigos tienen su origen en el oído y deben ser tratados por un otorrino

Los posicionales son los más comunes y se resuelven con maniobras que realiza el especialista en consulta. Para el síndrome de Menière, las migrañas vestibulares y las neuronitis vestibulares se prescriben fármacos

Prueba diagnóstica en la consulta del otorrino en Vigo. // José Lores

ANA RODRÍGUEZ [MGO]

El 70 por ciento de los vértigos son de origen periférico, es decir, proceden del oído, mientras que el 30 por ciento restante proceden del sistema nervioso central y los tres casos típicos son la epilepsia del lóbulo temporal, la esclerosis múltiple y las isquemias del tronco cerebral; a los que se le añaden últimamente entidades que se empiezan a describir ahora con mayor frecuencia, como son las hemorragias del tronco cerebral y las migrañas de la arteria basilar. De este modo, el correcto diagnóstico y tratamiento por parte de un otorrino resulta fundamental para atajar siete de cada diez casos de vértigo.

Posicionales

Tal y como comenta Manuel Estévez, cirujano y otoneurólogo del Complejo Hospitalario Universitario Álvaro Cunqueiro de Vigo, de todos los vértigos periféricos existentes, el más común es el po-

sicional, que se manifiesta asociado a movimientos y giros de la cabeza, dura entre escasos minutos y varios segundos y se debe al desplazamiento de partículas en los conductos semicirculares del oído causado por aceleraciones y desaceleraciones bruscas, traumatismos craneoencefálicos, envejecimiento de las máculas asociado a la edad e infecciones víricas. Los síntomas son sensación de movimiento intenso que dura segundos y normalmente va acompañado de náuseas y sudoración fría. "Normalmente el paciente tensa la musculatura para evitar el desencadenamiento de nuevas crisis y las horas o días posteriores al vértigo refiere sensación de mareo constante, como de ir flotando, de inestabilidad, de no saber calcular la distancia a la que debe colocar el pie al subir o bajar escaleras, de como si caminara en un barco. Todo ello son secuelas de la crisis de ese vértigo que duró segundos", comenta el doctor Estévez, quien añade que suelen dar-

se con mayor frecuencia a partir de los 40 años.

El tratamiento de los vértigos posicionales consiste en una serie de maniobras de recolocación de otolitos en el utrículo. "Son varias maniobras y se realiza una u otra en función del canal afectado; las más comunes son las de Epley y Semont para los canales posteriores; y las de Lempert o Gufoni para los canales laterales", explica Manuel Estévez. El otorrino realiza estas maniobras, consistentes en movimientos y giros de cabeza muy precisos y en un orden determinado con el paciente tumbado en una camilla, y normalmente se ataja el problema en un porcentaje que ronda el 90 por ciento de los casos en los de los canales posteriores y es un poco menor en el de los laterales. "Cuando son idiopáticos y se detectan tempranamente se suelen resolver en una sesión, aunque hay pacientes que precisan varias sesiones y otros padecen vértigos posicionales recidivantes, que se manifiestan cada

cierto tiempo".

Para realizar el diagnóstico de estos vértigos, el otorrino se basa en la anamnesis, término que se refiere a los que el paciente describe, y una exploración del movimiento involuntario de los ojos (nistagmo) del paciente tumbado en la camilla, que determina donde se origina ese vértigo posicional.

Otros vértigos

Otros vértigos menos frecuentes que también trata el otorrino son las neuronitis vestibulares, el vértigo de Menière, la migraña vestibular una fistula perilinfática y un tumor benigno del nervio vestibular, entre otros. Fenómenos nuevos son la paroxismia vestibular, que es por el bucle de una arteria que comprime el nervio vestibular y es de origen mixto (central-periférico)

En el caso del síndrome de Menière, las crisis duran más de veinte minutos y van acompañadas del llamado cortejo vegetativo

(náuseas, vómitos y sudoración) y de síntomas auditivos, fundamentalmente pérdida de audición en frecuencias graves y acúfenos (sensación de zumbidos o ruidos en el lado donde tiene la pérdida de audición). Este tipo de vértigos afecta a personas a partir de los 40 años y la afectación de la audición suele ser unilateral. "El tratamiento fundamental para el Menière es preventivo, con una dieta pobre en sal, bebiendo agua para limpiar el sodio del cuerpo; el tratamiento de choque es con corticoides y diuréticos; y para tratar las crisis se prescriben normalmente sedantes vestibulares o, para los que no responden a los fármacos convencionales, existe la posibilidad de tratamiento intratimpánico con corticoides, con una tasa de éxito que ronda entre el 80 y el 90% de control del vértigo, y con inyecciones de gentamicina intratimpánica para los casos en que la pérdida de audición sea importante". Para detectar este tipo de vértigo se suele realizar un diagnóstico diferencial con la migraña vestibular, un vértigo de origen central que se parece al Menière en cuanto a la duración de las crisis pero que van acompañadas de jaquecas, las cuales pueden coincidir o no con las crisis, que no afecta a la audición y que padece el 1% de la población. El otorrino también trata estas migrañas con la prescripción de fármacos.

Entre las causas del Menière se postulan las de origen genético (un 20% presenta antecedentes familiares) y las autoinmunes (anticuerpos que atacan al oído interno).

Las neuronitis vestibulares son episodios temporales que se tratan con corticoides y se resuelven en dos o tres semanas.

Pruebas instrumentales

Pruebas instrumentales para el diagnóstico de diferentes tipos de vértigo son, además de la exploración física del oído del paciente, audiometrías, pruebas calóricas (introducir aire frío y caliente en los oídos y hacer un registro del movimiento que se produce en los ojos), posturografía (para ver el equilibrio del paciente y rehabilitar a los que han quedado con secuela de inestabilidad), el denominado Video Head Impulse Test (VHT) que mide el reflejo vestibulo-ocular y los Vemps.