
Publicación : 03-04-2024
Categoría : Oído » Audiología / Otoneurología
Autor : Sra. Tania Corzón Pereira
Hospital : Hospital Infanta Leonor (Madrid)
Colaboradores : Dra. Ana Clemente Arias
ISBN : 978-84-09-54184-3

Manejo del Síndrome Vestibular Agudo en la urgencia

Introducción / Definición

1. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGIA

El término síndrome vestibular agudo (SVA) fue introducido por primera vez por Hotson y Baloh en 1998 como cuadro de vértigo continuo de inicio agudo sin desencadenante y con una duración de al menos 24 horas (normalmente días a semanas) asociado a náuseas/vómitos, nistagmo, inestabilidad e intolerancia a los movimientos cefálicos (1).

Se estima que entre un 10 -20 % de los pacientes que acuden a urgencias por mareo corresponden a un SVA(2).

La neuritis vestibular es la causa más común de síndrome vestibular agudo con una incidencia estimada de 3,5 /100.000 habitantes (2).

Sin embargo, aunque la mayoría de los casos de SVA corresponden a una vestibulopatía periférica aguda de carácter benigno, la segunda causa más común de un SVA corresponde a causas de origen central, predominantemente un ictus isquémico a nivel de cerebelo o troncoencéfalo en un 5-10% de los casos (3).

Uno de los objetivos más importantes de la evaluación semiológica del paciente, es diferenciar la patología vestibular periférica de las causas centrales. Los trastornos vestibulares periféricos secundarios a lesión del laberinto o nervio vestibular suelen tener un curso benigno y autolimitado, a diferencia de los trastornos vestibulares centrales que pueden tener una evolución fatal en ausencia de un diagnóstico y tratamiento rápido y adecuado.

2.FISIOPATOLOGÍA

El mantenimiento del equilibrio requiere la integridad del sistema osteomuscular y de las aferencias propioceptivas, las aferencias visuales y vestibulares, así como de las interacciones de estos sistemas con el sistema nervioso central, en particular, el tallo cerebral, el cerebelo, los núcleos basales y la corteza cerebral. El aparato vestibular registra el movimiento de la cabeza en sentido lineal (utrículo y sáculo) o angular (canales semicirculares). La información del aparato vestibular es modulada por el sistema nervioso central para mantener la fijación de la mirada y la postura del cuerpo durante el movimiento a través de los reflejos vestibulo-ocular y vestibulo-espinal.

Cuando ocurre una lesión unilateral del sistema vestibular se produce vértigo y nistagmus, ya que se altera el reflejo vestibulo-ocular. Este reflejo permite mantener una mirada estable (fija) durante los movimientos cefálicos. La alteración en la actividad neuronal por daño en el aparato vestibular o estructuras nerviosas relacionadas con este altera asimismo el reflejo, lo que ocasiona una interpretación a nivel central de movimientos cefálicos, incluso si la cabeza se encuentra estática, lo que produce a su vez el nistagmus. (4,5).

Etiología

1. ETIOLOGÍA

Las causas de vértigo agudo son múltiples y se pueden agrupar en causas con o sin afectación auditiva como se muestra en la siguiente tabla.

SIN COMPROMISO AUDITIVO	CON COMPROMISO AUDITIVO
Neuritis vestibular	Síndrome de Ramsay Hunt , Laberintitis
Infarto de la PICA (pseudoneuritis)	Infarto de la AICA (pseudolaberintitis)
Esclerosis Múltiple	Neurinoma del acústico.

Tabla 1. *Yacovino, D. & Hain, T. Vértigo agudo: diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol Arg. 2004; 29: 14-23*

3.1 NEURITIS VESTIBULAR

Se trata de la causa más frecuente de fallo vestibular unilateral agudo y la segunda causa más frecuente de vértigo periférico después del vértigo posicional.

La causa de esta entidad no está claramente determinada pero dado que en el 50% de los pacientes afectados se precede de una clínica viral y que se ha llegado a demostrar brotes en comunidades cerradas y con componente estacional se estima que puede ser de etiología inflamatoria /viral.

Suele afectar en un 95% de los casos a la rama superior del nervio vestibular que recibe las aferencias del CSH, CSA y del utrículo, posiblemente debido a la mayor estrechez del canal óseo por el que transcurre esta rama nerviosa que la hace más susceptible a la compresión.

La lesión aguda de uno de los nervios vestibulares genera una asimetría en el tono basal de ambos núcleos vestibulares lo que provoca una señal errónea que simula una rotación mantenida cefálica generando la clínica típica de vértigo, nistagmo y lateropulsión.

3.2 SINDROME DE RAMSAY HUNT

Variante de la neuritis vestibular provocada por el virus de la Varicela Zoster que puede condicionar afectación de otros pares craneales generando una polineuritis craneal que se caracteriza por:

Lesiones vesiculosas a nivel de pabellón auditivo y CAE

Parálisis facial ipsilateral

Alteraciones sensitivas en 1º y 3º rama del trigémino y de dermatomas cervicales C2-C4

Hipoacusia por lesión del nervio auditivo

Lesión del nervio vestibular con clínica vertiginosa.

3.3 LABERINTITIS

Se muestra clínicamente igual que la neuritis pero con pérdida auditiva asociada.

Podemos distinguir en laberintitis serosa (viral o bacteriana) y laberintitis supurada (bacteriana).

El tipo bacteriano constituye una urgencia y puede evolucionar a una meningitis por lo que requiere medidas locales (DTT) y tratamiento intravenoso.

No debemos olvidar como se verá más adelante que la pérdida auditiva brusca y la clínica vertiginosa pueden concurrir también en infartos del territorio de la AICA ya que dicha arteria da la rama laberíntica (en el 45% de los casos) se divide en dos ramas terminales:

- a) La arteria vestibular anterior, que irriga al utrículo, CSA y CSH
- b) La arteria coclear común que irriga a la cóclea, el sáculo y el CSP. El compromiso de esta última puede manifestarse como un cuadro similar a la laberintitis.

3.4 NEURINOMA DEL ACÚSTICO

Se trata de un tumor de estirpe benigna que afecta al nervio cocleo-vestibular y que suele cursar con hipoacusia unilateral en algunas ocasiones de instauración brusca asociada a acufenos e inestabilidad.

3.5 VERTIGO VASCULAR ISQUÉMICO

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) que afectan al sistema vertebro-basilar o también llamada circulación posterior constituyen hasta el 20% de los ictus isquémicos cerebrales y un 20% de estos se manifiestan con clínica vertiginosa como único síntoma.

La hipoacusia de tipo neurosensorial brusca es un síntoma que se encuentra con frecuencia en los accidentes cerebrovasculares vertebro-basilares que ocurren en el territorio de la AICA pudiendo simular un cuadro de laberintitis.

Por ello el vértigo vascular isquémico es una de las entidades más importantes a descartar en pacientes que presentan un síndrome vestibular agudo.

Teniendo en cuenta la limitada sensibilidad de las pruebas de imagen en las primeras 48h es de gran importancia como veremos más adelante aplicar el uso sistemático del protocolo HINTS en la atención de estos pacientes en el ámbito de la urgencia.

4.CLÍNICA

Vértigo: sensación de inicio brusco, de movimiento del entorno respecto al cuerpo (o al contrario) y en horizontal (de derecha a izquierda o de izquierda a derecha según el lado dañado). Otras veces aparece una sensación de rotación (en sentido horario o antihorario) incluso vertical (de arriba abajo o de abajo hacia arriba). Es una sensación subjetiva y valorable sólo en la entrevista.

Inestabilidad en la marcha o imposibilidad para la bipedestación: todo vértigo se acompaña de inestabilidad del cuerpo, estática y de la marcha, en distintos grados. El paciente no se puede mantener en pie o lo hace con gran dificultad, desviándose hacia un lado al andar, comúnmente en un cuadro de vértigo agudo hacia el lado enfermo e hipofuncionante. Es un signo objetivo, valorable de pie o andando y que empeora al cerrar los ojos.

En el SVA de causa periférica, es típica la correlación entre desequilibrio, vértigo, nistagmo y náuseas /vómitos, pero debe sospecharse un origen central cuando paciente muy inestable presenta poco vértigo o nistagmo.

Nistagmo espontáneo: el nistagmo es un movimiento ocular involuntario y repetido, indicador de alteración del sistema vestibular (principalmente del periférico). Se da en distintas direcciones y sentidos, según la patología y el lado causante. En todos los vértigos y más en el agudo su valoración es primordial. En el análisis se exploran su dirección, sentido, intensidad y frecuencia. También se compara si se mantienen o se modifican esos aspectos en distintas posiciones de la mirada y en distintas condiciones. Esa sencilla prueba, bien realizada e interpretada, puede hacer sospechar con alto grado de certeza si existe un nistagmo de carácter periférico o de carácter central.

Cortejo neurovegetativo intenso (náuseas y vómitos): las conexiones del sistema vestibular con el centro regulador del reflejo del vómito hacen muy común las náuseas/vómitos en cualquier vértigo. Es inespecífico, pero en cuadros periféricos su intensidad y duración suele ser proporcional a los otros síntomas.

Intolerancia a los movimientos cefálicos: La diferencia funcional entre los vestíbulos derecho e izquierdo en el vértigo agudo, se incrementa al mover la cabeza de lado a lado, acentuando el vértigo y las náuseas. Por ello el paciente mantiene la cabeza quieta para no aumentar sus síntomas.

Ausencia como acompañante del episodio de otros síntomas neurológicos (diplopía, hemiplejía, hemianestesia, parálisis facial) “de novo”. Su presencia en el debut clínico engloba al cuadro en una categoría diagnóstica distinta a la definición de SVA. Para confirmar que es SVA, el cuadro clínico debe mantenerse durante al menos 24 horas.

5. DIAGNÓSTICO

Los síndromes vestibulares agudos pueden clasificarse en:

- **Síndromes vestibulares episódicos.** Episodios de vértigo intermitentes que pueden surgir **espontáneamente** y durar desde minutos/horas hasta varios días. Entre las causas principales destacan la migraña vestibular o las crisis de enfermedad de Ménière, aunque también podrían deberse a causas centrales, como los accidentes isquémicos transitorios (AITs) de la circulación posterior. Los SVA episódicos **desencadenados**, son aquellos en los que la clínica se origina a causa de un desencadenante determinado, generalmente movimientos cefálicos o cambios en la posición corporal. Estos episodios suelen durar segundos o pocos minutos, y cuando no hay un *trigger* específico, el paciente está asintomático. La causa más común en este subgrupo es el vértigo posicional paroxístico benigno o VPPB.
- **Síndromes vestibulares agudos continuos.** Cuadros de vértigo de inicio agudo, espontáneo, con una duración variable de días a semanas. La entidad periférica más característica en este grupo es la neuritis vestibular, debiendo realizar el diagnóstico diferencial fundamentalmente con los eventos isquémicos establecidos en el territorio vertebro basilar.

5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la siguiente tabla se resumen las principales etiologías con las que se debe hacer el diagnóstico diferencial de los síndromes vestibulares agudos en la urgencia.

Tipo de SD.	Causas graves	Causas benignas
Sd. vestibular espontáneo episódico		