

Aportes para un tratamiento racional del vértigo

MARGARITA SCHWARZ

Se presenta una clasificación del vértigo según su localización anatómica, su duración y sus características clínicas; se hace un resumen de las drogas ototóxicas de uso frecuente y de las que, sin serlo, pueden producir mareo; se discuten diversos aspectos del manejo de esta entidad y se propone un tratamiento racional enfocado sobre cinco aspectos principales, a saber: preventivo, de rehabilitación, psicoterapéutico, farmacológico y quirúrgico.

PALABRAS CLAVES
VERTIGO
TRATAMIENTO

OBJETIVO

Todo médico en nuestro medio debe estar en capacidad de tratar un paciente con vértigo; para ello tendrá en cuenta una clasificación sencilla de la enfermedad y un esquema terapéutico múltiple, cuyas bases pretendemos proporcionar en este artículo.

INTRODUCCION Y CLASIFICACION

Los fenómenos vertiginosos son eminentemente multicausales y de origen no siempre bien esclarecido, a causa de sus diversas raíces ancladas en una serie de funciones corporales y psíquicas, que rigen la orientación espacio-temporal del sujeto en el mundo.

Los médicos hemos tratado de ordenar estos fenómenos en categorías que permitan un mejor manejo de la entidad; la clasificación a la cual nos referimos se basa en la localización anatómica de las lesiones, la pérdida de algunas funciones, el tiempo de evolución y unos orígenes históricos de la nomenclatura que no siempre resultan lógicos pero que son mundialmente reconocidos.

Los cuadros clínicos de vértigo de origen periférico son los más conocidos; entre los más comunes pueden mencionarse: el síndrome de Menière, las laberintitis y laberintosis infecciosas, traumáticas, tóxicas y serosas; el vértigo paroxístico posicional; la neuritis del vestibular y algunos trastornos laberínticos reflejos por irritación de terminaciones

DRA, MARGARITA SCHWARZ, Profesora, Sección de Otorrinolaringología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

TABLA No. 1

**CLASIFICACION DEL VERTIGO POR SU LOCALIZACION ANATOMICA,
DURACION Y CARACTERISTICAS CLINICAS**

1. Vértigo de origen periférico:
62% de los casos (1); oídos
medio e interno y nervio estatoacústico.
2. Vértigo de origen central:
11.4% de los casos (1); tallo cerebral,
cerebelo, centroencéfalo y corteza.
3. Vértigo de origen desconocido:
20.6% de los casos (1); no clasificable
por datos clínicos.
4. Vértigo de origen mixto:
5.7 % de los casos (1); características
periféricas y centrales.

AGUDO

Duración hasta un mes;
inhabilitante; franca sensación rotatoria;
severa dificultad para la locomoción.

CRONICO

Duración mayor de un mes; intermitente
o continuo con síntomas atenuados.

sensitivas cervicales a causa de inflamación y compresión ósea.

El vértigo de origen central se debe en primer lugar a alteraciones vasculares cerebrales; en segundo lugar a trauma encefalocraneano; a estados tóxicos o infecciosos que comprometen la vía vestibular, a las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y en último término a los tumores (1,2).

Si se tiene en cuenta que el aparato vestibular depende de una irrigación arterial terminal; de un delicado equilibrio micromolecular y de una amplia comunicación con todo el sistema nervioso central y periférico, se comprende perfectamente que no se pueda hablar de una terapéutica destinada únicamente al laberinto posterior; es menester, una vez más, enfocar al paciente como una compleja unidad biopsico-social y buscar para él un tratamiento concreto y efectivo.

TRATAMIENTO

Para ampliar los conceptos afirmaremos que el médico en todo momento debe ejercer con sus pacientes y con la comunidad funciones de educador, especialmente destinadas a hacer valorar el cuerpo y la salud; a evitar los riesgos indebidos de accidentes de trabajo, los hábitos como el tabaquismo y los excesos de consumo de café o alcohol, etc.; se de-

be hacer conciencia, además, de los efectos del estrés y de toda la gama de mecanismos nocivos de adaptación (3) que, con mucha frecuencia, contribuyen a desencadenar episodios de vértigo.

En cuanto a la alimentación es importante recomendar una dieta razonable, difícil de alcanzar para las personas de ingresos bajos y, aún, para aquellas con mejores recursos; el consumo sería óptimo si fuera bajo en azúcares, grasas de origen animal, sal, alcohol, cafeína y alimentos procesados, cuyos aditivos (preservantes, saborizantes y colorantes) pueden tener efectos poco propicios.

El paciente vertiginoso está particularmente expuesto a accidentes de trabajo cuando utiliza escaleras sin barandas o andamios o maneja vehículos sobre todo de noche; evitará en lo posible exponerse a altos índices de contaminación e inhalar pinturas o tñer; el ruido por lo general no tiene efectos directos sobre el laberinto posterior, pero niveles por encima de 70 Db son nocivos (4) porque afectan el poder de concentración y aumentan el estrés.

Los médicos estamos obligados a tener presentes las drogas tóxicas para el oído así como la gran cantidad que, sin serlo, producen mareo; para ello hemos preparado dos listas recordatorias:

DROGAS OTOTOXICAS

Analgésicos: aspirina y todos sus derivados a dosis diaria mayor de 250 mgs.

FIGURA No. 1

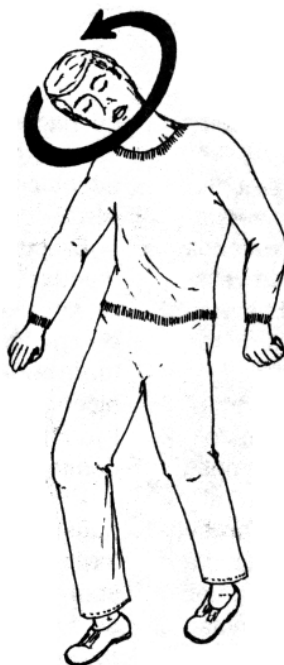
CINCO AREAS FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO DEL VERTIGO.

1. Preventivo:

Análisis del estilo de vida; modelo de desgaste: trabajo, alimentación, hábitos, relaciones familiares, iatrogenia, etc.

2. Rehabilitación:

Compensación rápida del déficit laberíntico.
Incremento de la habituación laberíntica.
Rehabilitación de los trastornos de la columna cervical.



3. Psicoterapia:

Apoyar los sentimientos de autoestima y tolerancia con la enfermedad y el deseo de persistencia en la salud y la capacidad productiva.

4. Terapia Farmacológica:

Intrahospitalaria o ambulatoria.
Agentes vestibulopresores, sedantes, antieméticos y vasodilatadores periféricos.

5. Medidas quirúrgicas:

Destrucción laberíntica. Drenaje y derivación; sección del nervio vestibular; extirpación de los tumores.

TABLA No. 2
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL VERTIGO

**Agudo vía parenteral
(Hospitalario)**

**Crónico vía oral
(Ambulatorio)**

Vestibulosupresores antieméticos

Dimenhidrinato (Dramamine)
Ampollas de 250 mg en 5 ml;
aplicar 2 ml IM c/8 horas

Dimenhidrinato (Dramamine)
Una tableta de 50 mg 2 a 4 veces/día.

Clorhidrato de meclizina (Bonadoxina)
Un comprimido de 25 mg 3 veces/día.

Antiemético antiespasmódico

Clorfenotiazinilscopina (6 Copin)
Ampollas de 1.6 mg; aplicar IM 2 a 4 veces/día.

Clorfenotiazinilscopina (6 Copin)
Un comprimido de 3.6 mg 3 veces/día.

Sedantes

Diazepam (Valium) Ampolla de 10 mg en 2 ml.
0.1 mg/kg IV o una ampolla en 500 ml de dextrosa al 5%
o de solución salina, goteo controlado por 12 horas.

Sedantes anticonvulsivantes.

Clonazepam (Rivotril) Una ampolla de 1.0 mg IV lento.

Clonazepam (Rivotril) Medio o un comprimido de
0.5 mg c/12 horas.

Neuroleptoanalgesia

Haloperidol (Halopidol) Ampollas de 5 mg/ml; uno, 2 ó 5 mg
IM c/12 horas.

Vasodilatadores y Vasorreguladores

Lidocaína (Xylocaína) al 1% sin adrenalina,
20 ml en 500 ml de dextrosa al 5%, goteo controlado
en 12 horas.

Metansulfonato de dihidroergocristina (Decme)
Una tableta de 1.5 mg tres veces al día.

Histamina* 2.5 mg en 500 ml de dextrosa al
5%, goteo controlado en 12 horas.

Flunarizina (Fluzina) Un comprimido de 10 mg c/24 horas

CO2 inhalado.

* Laboratorios Junín.

Antiinflamatorios: fenilbutazona y todos sus derivados.

Antibióticos: aminoglucósidos (gentamicina, kanamicina, sisomicina, amikacina, estreptomina); vancomicina; cloranfenicol en administración prolongada o tópica; eritromicina a dosis altas o en tratamiento prolongado.

Antipalúdicos: cloroquina, quinidina, quinina.

Diuréticos: ácido etacrínico y furosemida.

Citostáticos: bleomicina, cisplatino, mostazas nitrogenadas, 6 aminonicotinamida.

DROGAS QUE DAN MAREO SIN SER OTOTOXICAS

Se mencionan alrededor de 150 diferentes (5); de ellas hemos seleccionado algunas de las más comúnmente empleadas: benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, difenilhidantoínas, xantinas, insulina, estrógenos, tiabendazol, ácido oxolínico y minociclina.

REHABILITACION

Acerca de la rehabilitación cabe mencionar tres aspectos básicos: la rehabilitación laberíntica es una práctica poco usada en nuestro medio, pero que tiene gran valor desde el punto de vista terapéutico; hay que recordar que el laberinto humano tiene una sorprendente capacidad de adaptación, como lo demuestran el bailarín o el patinador que giran velozmente sobre su propio eje o las capacidades que desarrollan los pilotos supersónicos o espaciales; los ejercicios clásicos descritos por Cawthorne y colaboradores, citados por Sterkens y Blair (6,7), consisten básicamente en reforzar las vías alternas de orientación espacial como la visual y la propioceptiva; también se proponen habitar el sistema laberíntico a condiciones de activación repetida.

Hemos obtenido buenos resultados entregando a nuestros pacientes un pequeño breviario al respecto (8).

PSICOTERAPIA

El enfoque psicoterapéutico del paciente vertiginoso sin duda resultaría mejor tratado por un espe-

cialista en el área pero hay que recordar que la relación médico paciente es de vital importancia para estos enfermos; hay que tener una buena capacidad de escucha y no recurrir desde el principio a los psicofármacos que, como se vio en la lista, pueden incrementar la sensación de mareo.

TERAPIA FARMACOLOGICA

La farmacoterapia se puede hacer ambulatoria u hospitalariamente; la hospitalización es de gran importancia durante los períodos agudos muy inhabilitantes y cuando el vértigo se asocia a fluctuación o pérdida auditiva súbita; la vigilancia médica en tales casos debe ser estricta; los pacientes crónicos o que han salido de un período agudo, deben recibir vestibulopresores y eventualmente vasodilatadores periféricos por un período no menor de tres meses.

Se puede recurrir a otros fármacos pero quisimos mencionar sólo aquellos que se consiguen más fácilmente en nuestro medio y con los que hemos tenido más experiencia; la histamina parece tener efectos óptimos pero es de difícil consecución. (Tabla No. 2).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los procedimientos quirúrgicos aún son controvertidos pero no por ello menos interesantes o promisorios; debe quedar claro que se intervienen, indiscutiblemente, los pacientes que tienen neurinomas del acústico y/o tumores del ángulo pontocerebeloso de alguna otra índole.

Para el vértigo inhabilitante y refractario a otros tratamientos se utiliza aún la laberintectomía pero, por ser muy destructiva, se tiende a evitarla cada vez más; otra posibilidad es el drenaje o derivación del saco endolinfático, procedimiento que tiene tanto defensores como detractores; más recientemente se han ideado técnicas efectivas destinadas al corte del nervio vestibular dentro del canal auditivo interno; este procedimiento aún no se realiza de rutina entre nosotros.

SUMMARY

A classification of vertigo according to its

anatomical location, duration and clinical characteristics is presented along with a summary of the most frequently employed ototoxic drugs and of those that, not being ototoxic, can produce dizziness. We discuss different aspects concerning the management of this entity, specially those within the scope of the general practitioner.

BIBLIOGRAFIA

1. VELASQUEZ LE, ORTIZ JA, SCHWARZ M. Causalidad del vértigo en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. *Iatreia* 1988; 1: 17-21.
2. VELEZ IC, TOBON D. Trauma del hueso temporal en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín:

Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Centro de Investigaciones Médicas, 1984; 8.

3. LAURELL AC. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En: Taller latinoamericano de medicina social. Medellín: Universidad de Antioquia, 1987: 61-94.

4. BOTERO JD, CASAS CM, GOMEZ C, PUERTA J. Patología de la voz por ruido. *Iatreia* 1988; 1: 34-38.

5. FINESTONE AJ. Vértigo y mareo. Valoración y tratamiento. México: Editorial El Manual Moderno, 1985: 108-110.

6. STERKENS JM, VIALA P, ORDOÑEZ C. La descompensación vestibular (Estudio a largo plazo de neurectomías vestibulares unilaterales). *Acta de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 1988; 16: 31-33.

7. BLAIR RL. Medical management of vestibular dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am* 1984; 17: 679-684.

8. Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Servicio de Otorrinolaringología. Sugerencias para mejorar el equilibrio. Medellín, 1984: 2.