



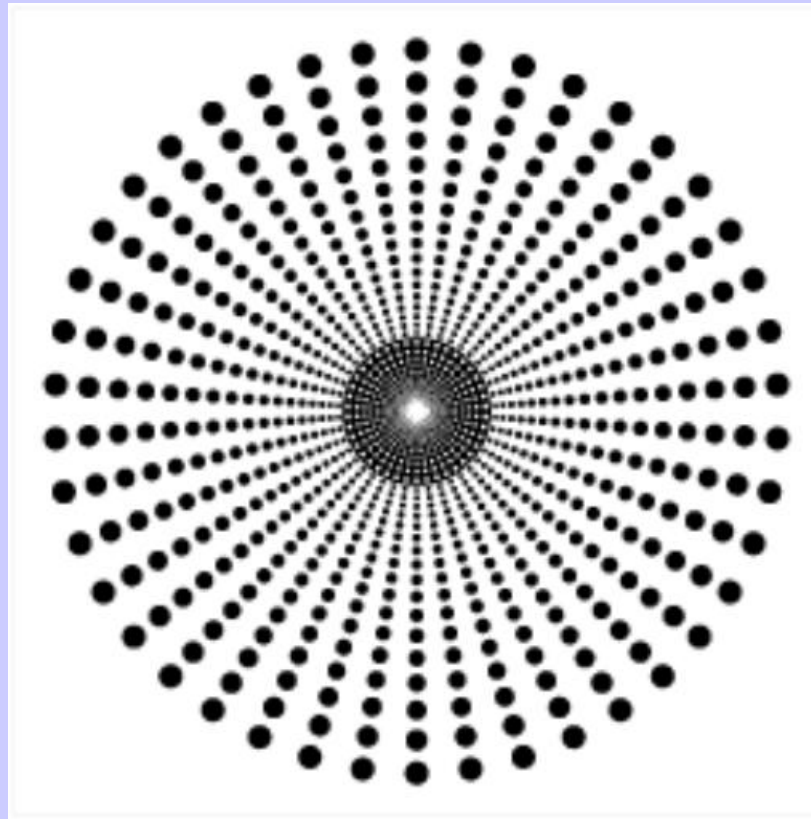
MAREO / VERTIGO

Silvio Aguilera, M.D.

Sociedad Argentina de Emergencias
Buenos Aires, Argentina

Kenneth V. Iserson, M.D., FACEP

Profesor de Medicina de Emergencia
Universidad de Arizona, Tucson, EE.UU.



Mareo no es un término estándar y resulta ambiguo. Vértigo es la percepción de movimiento donde no lo hay (sensación de encontrarse en movimiento o el entorno se mueve en relación al paciente).

La principal diferenciación a realizar es si se trata de:

vértigo periférico (vestibular u octavo par)

vértigo central (tallo encefálico y cerebelo).

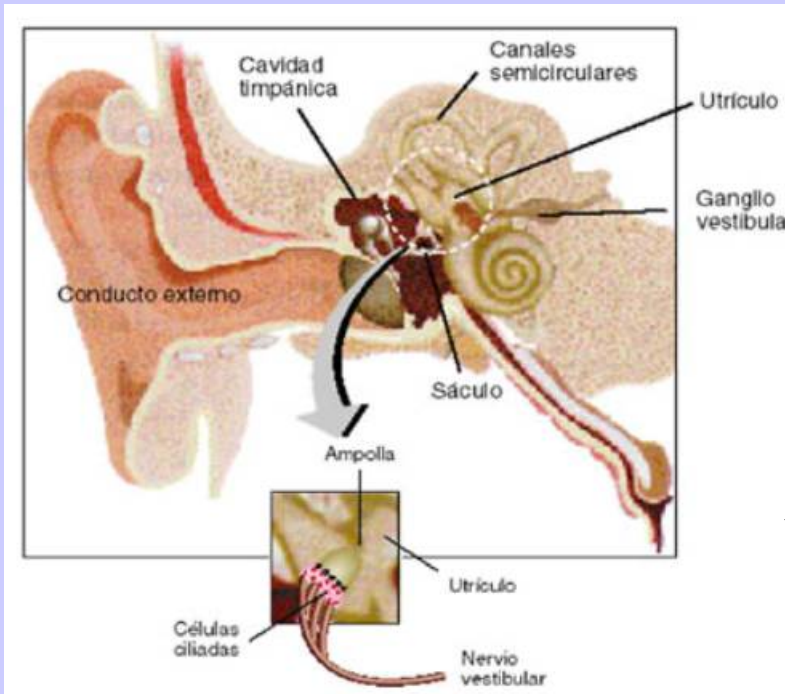


Algunas características que los diferencian son:

	PERIFÉRICO	CENTRAL
Inicio	Repentino	Lento
Gravedad del vertigo	Rotacion intensa	Mal definido Menos intenso
Patron	Paroxistico, intermitente	Constante
Agravado por postura/movimiento	Si	No
Nauseas/diaforesis	Frecuentes	Infrecuentes
Nistagmo	Rotatorio/horizontal/ vertical	Vertical
Fatiga de sintomas/signos	Si	No
Perdida auditiva	Pueden ocurrir	No ocurre
Membrana timpano anormal	Puede ocurrir	No ocurre
Sintomas/signos SNC	Ausentes	Po lo general, si

Vértigo Periférico

La causa más frecuente (20% de todas las consultas por mareos) es el vértigo periférico paroxístico benigno (VPPB). Es un trastorno mecánico del oído interno (canalolitiasis) que produce vértigo pasajero y nistagmo relacionado que precipitan algunos movimientos de la cabeza.



El período de latencia entre la adopción de la postura que precipita el malestar y el inicio del vértigo y nistagmo es de 1 a 5 seg. Ambos aumentan hasta alcanzar intensidad máxima y después descienden al cabo de 5 a 40 seg.



Otras causas de vértigo periférico incluye:

- La enfermedad de Meniere (el inicio del vértigo es repentino pero su duración es de 20 min a 12 hs. Acompañado de náuseas, vómitos y diaforesis)
 - Fístula perilinfática
 - Neuritis vestibular
 - Laberintitis; lesiones del octavo par
 - Vértigo postraumático

Vértigo Central

Por lo general el inicio es gradual, la sensación menos intensa y los síntomas no son provocados por cambios en la postura. No suele relacionarse con náuseas, vómitos o diaforesis.



Puede haber signos de SNC como:

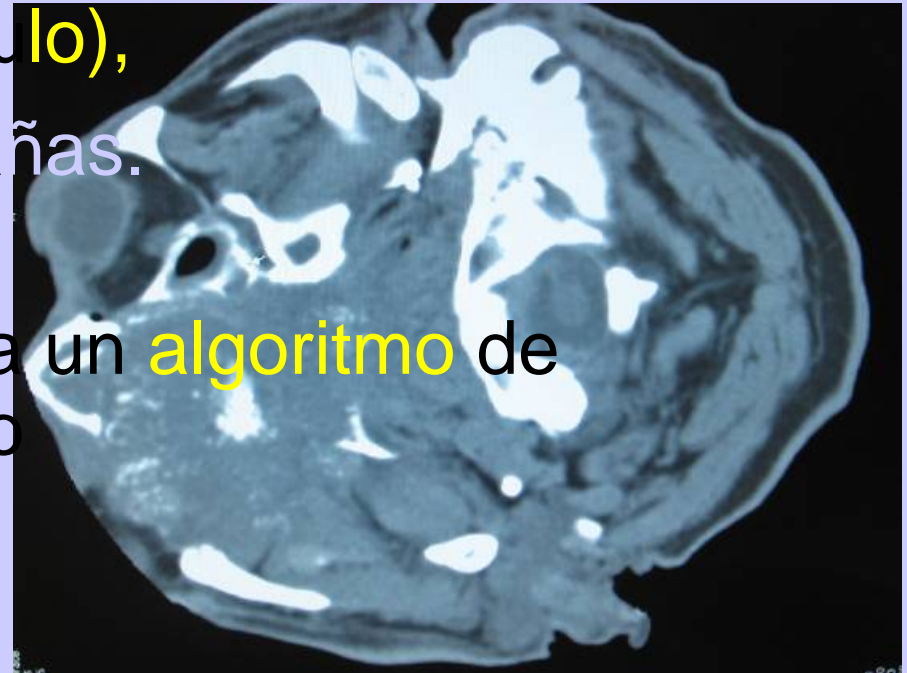
- ataxia
- vista borrosa
- signos de conducto largo
- disfagia
- disartria
- diplopía



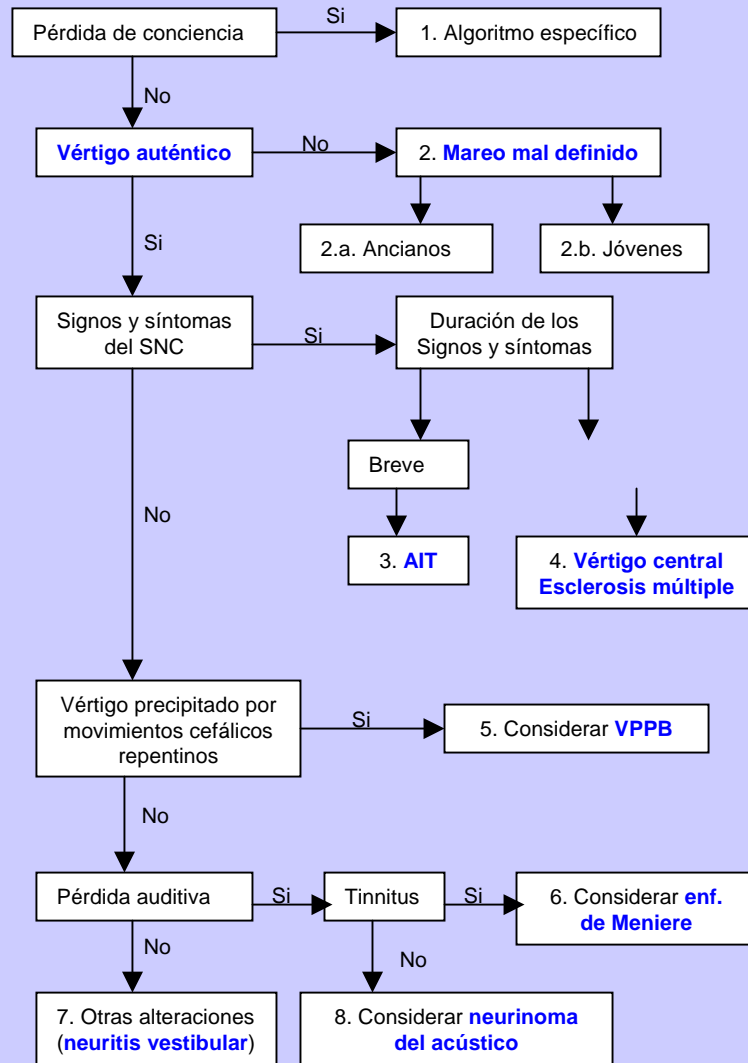
Las causas de vértigo central incluyen:

- hemorragia e infarto cerebelar,
- infarto medular lateral del tallo encefálico,
- insuficiencia vértebrobasilar,
- esclerosis múltiple,
- neoplasias (IV ventrículo),
- relacionado con migrañas.

A continuación se presenta un algoritmo de diagnóstico y tratamiento

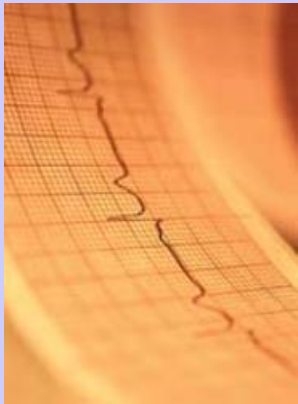


Algoritmo de Vértigo



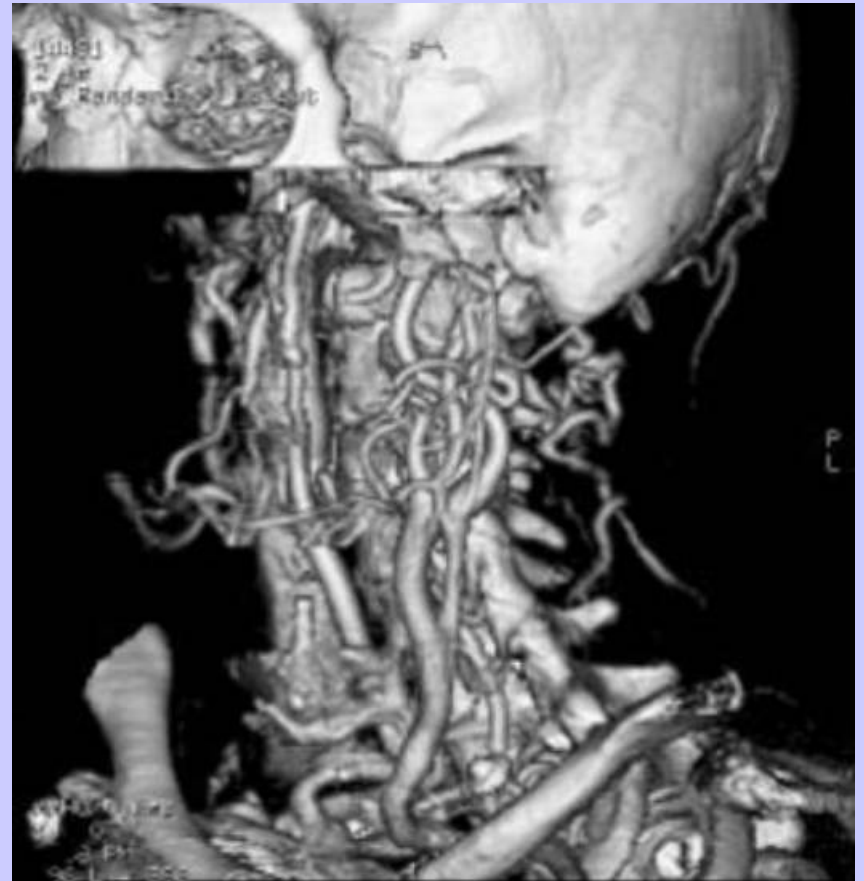
Referencias

- 1) Investigar si hay síncope, convulsiones, proceso intracraneal.



Realizar ECG.

Internar para estudios de neuroimágenes, electrolitos, etc.

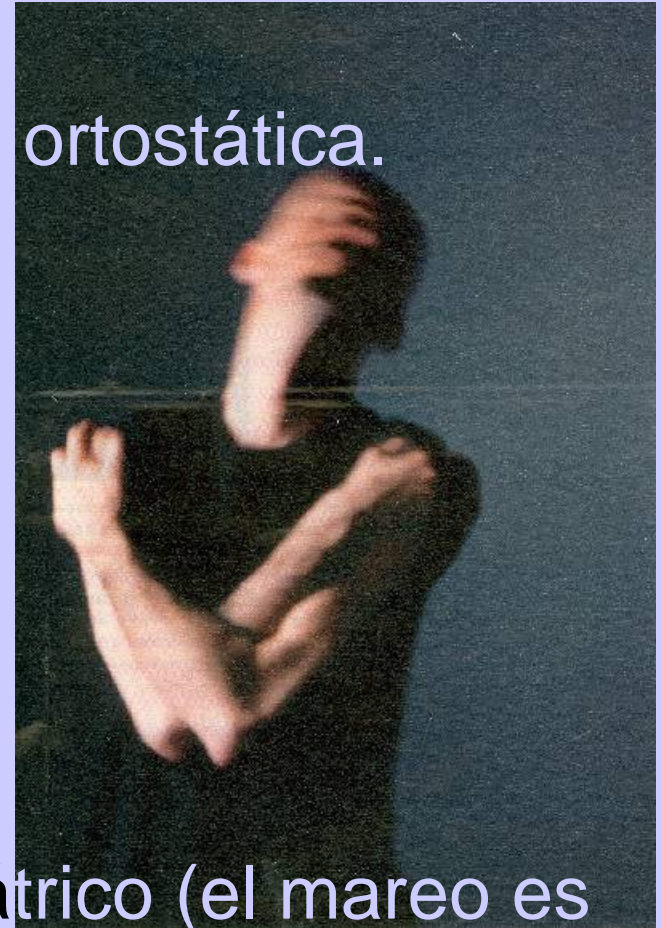


2 A) Considerar **presíncope** (o casi síncope que se define como aturdimiento, lo cual entraña pérdida de conciencia inminente, aunque ésta no ocurra en realidad), o **desequilibrio por envejecimiento** (alteración que se manifiesta como mareo mal definido e inestabilidad en la marcha y se precipita o exacerba por disminución de la luz ambiental)

Realizar ECG. Prueba de presión arterial ortostática (descenso de la TA sistólica de más de 20 mmHg con reproducción de los síntomas hasta durante 2 minutos al ponerse de pie)

Considerar consulta con Cardiología.

2 B). Prueba de presión arterial ortostática.



Considerar mareo psiquiátrico (el mareo es el segundo síntoma más común que se describe en casos de trastorno de pánico).

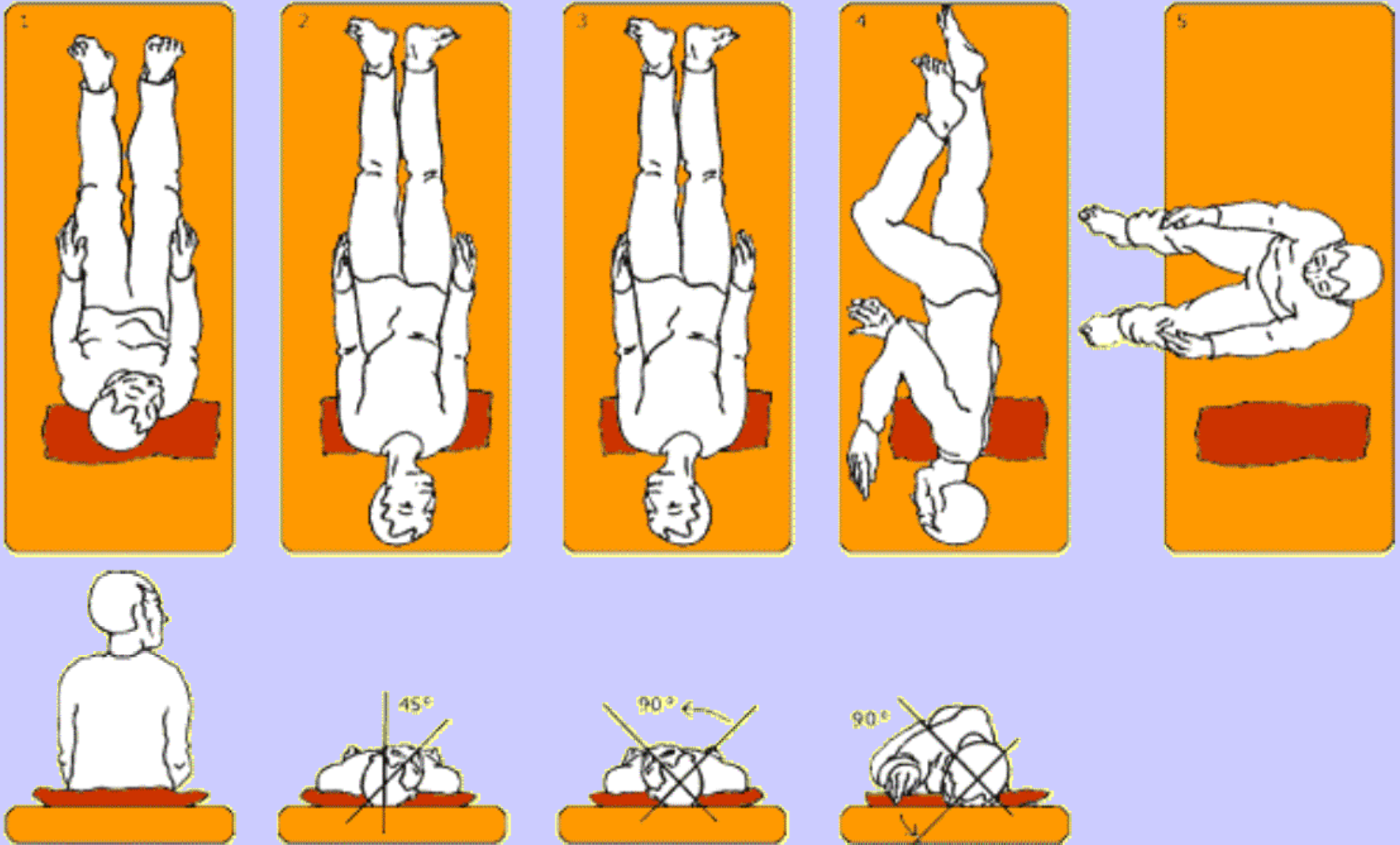
- 3) Revisar si hay ruidos carotídeos.
Seguir protocolo de AIT.

- 4) Considerar internación para estudio
neurodiológico.

5) VPPB: confirmar con la prueba de Dix-Hallpike: se lleva a cabo con el paciente en posición sentada sosteniendo la cabeza firmemente con las manos. A continuación el paciente se acuesta rápidamente mientras voltea su cabeza hacia un lado y se extiende el cuello. Después de un período de latencia de cerca de 1 a 5 seg. Se produce nistagmo rotatorio. La respuesta a la repetición de la prueba es fatigadora y hace desaparecer el vértigo y nistagmo.

Medicar con antieméticos y antihistamínicos (difenhidramina IM o VO o astemizol VO)

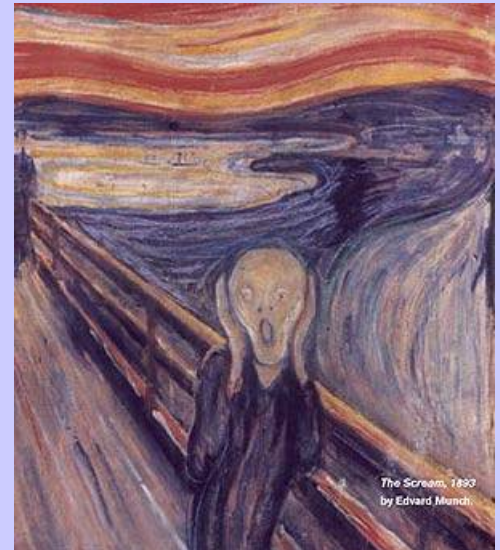
La Prueba de Dix-Hallpike



6) **Tinnitus:** se define como la percepción de un sonido sin estímulo externo. Prescribir antieméticos, antihistamínicos y diuréticos.

Dieta con < 1 gramo de sal por día.

Considerar consulta con ORL.



- 7) Prescribir antieméticos y antihistamínicos.
Brindar seguridad.

- 8) Derivar a neurología u ORL para estudios neuroradiológicos.

¡¡Gracias!!