

CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN VÉRTIGO PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Avalado por:



área de ORL

AUTORES

GRUPO DE TRABAJO DE ORL SEMERGEN

- **Dr. David Martín Enguix**
Especialista en Atención Primaria
- **Dr. Francisco Morales Escobar**
Especialista en Atención Primaria
- **Dr. Niceto Gómez Gabaldón**
Especialista en Atención Primaria

GRUPO DE TRABAJO DE NEUROLOGÍA SEMERGEN

- **Dr. José Antonio Medina Gámez**
Especialista en Neurología

REVISORES

- **Dr. Nicolás Pérez Fernández**
Departamento ORL. Clínica Universidad de Navarra. Madrid
- **Dr. Marcos Rossi Izquierdo**
*Presidente de la Comisión de Otoneurología de SEORL.
Servicio ORL. Hospital Lucus Augusti. Lugo*

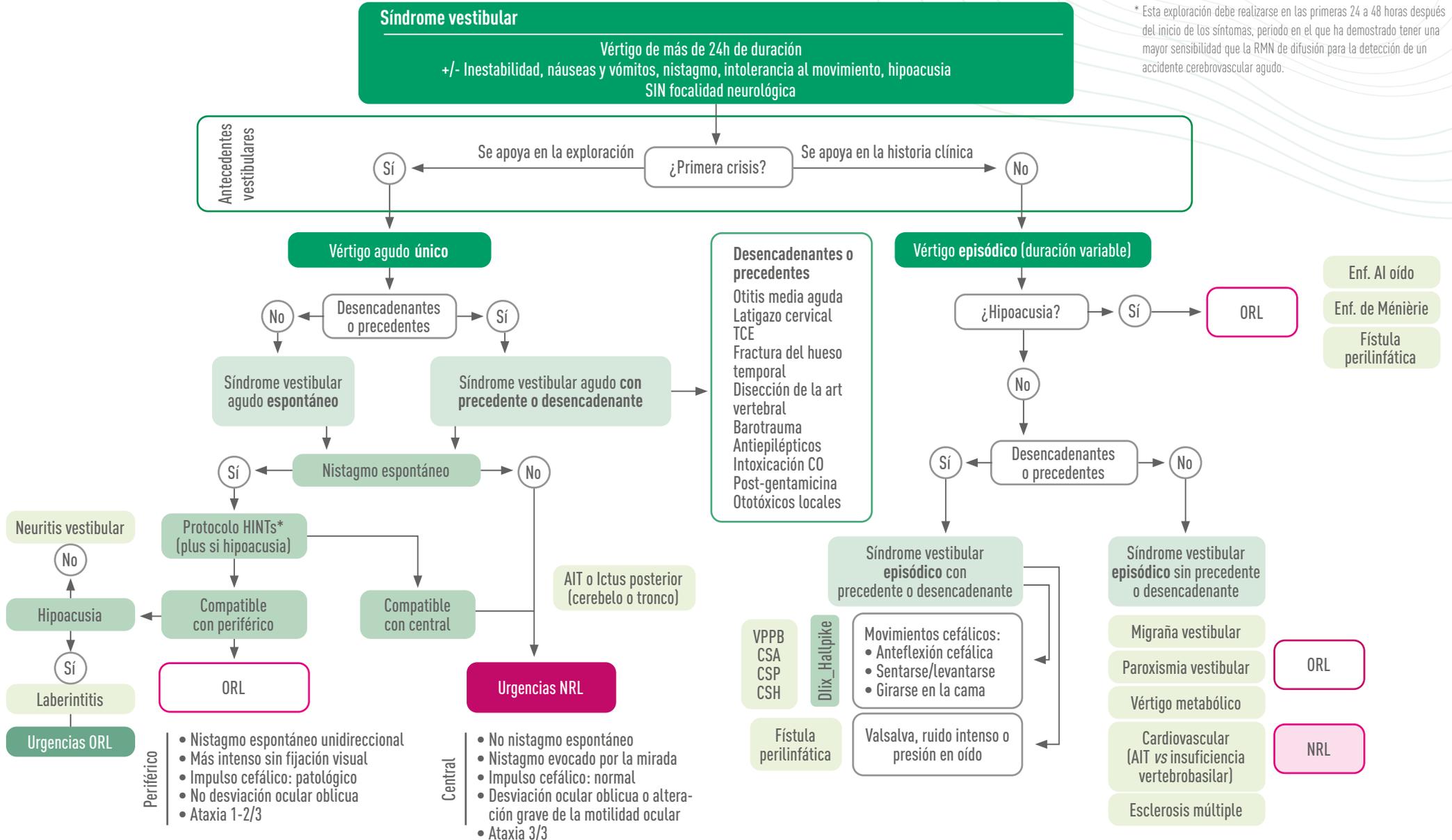
ÍNDICE

1. Algoritmo de diagnóstico y de derivación de pacientes con vértigo.....	2
2. Valoración diagnóstica inicial del paciente con vértigo	4
3. Tratamiento farmacológico del paciente con vértigo.....	6
4. Criterios de derivación.....	8

1. Algoritmo de diagnóstico y de derivación de pacientes con vértigo

AI: Autoinmune, AIT: Accidente isquémico transitorio, CO: Monóxido de Carbono, CSA/P/H: Canal Semicircular Anterior/Posterior/Horizontal, HINTs: Head-Impulse, Nystagmus, Test of Skew, NRL: Neurología, ORL: Otorrinolaringología, TCE: Traumatismo Craneoencefálico, VPPB: Vértigo Posicional Paroxístico Benigno.

* Esta exploración debe realizarse en las primeras 24 a 48 horas después del inicio de los síntomas, período en el que ha demostrado tener una mayor sensibilidad que la RMN de difusión para la detección de un accidente cerebrovascular agudo.



2. Valoración diagnóstica inicial del paciente con vértigo

ANAMNESIS

■ Edad

La edad es importante a la hora de hacer un diagnóstico diferencial: por ejemplo, los trastornos sensoriales múltiples (presbivértigo) se dan en la población anciana; mientras que patologías como la neuritis vestibular, la esclerosis múltiple o la migraña vestibular aparece con más frecuencia en pacientes más jóvenes.

■ Antecedentes patológicos

Es importante identificar los factores de riesgo cardiovascular. Además, se aconseja cuantificar el riesgo cardiovascular del paciente con vértigo mediante el SCORE-2 para pacientes entre 40-65 años o el SCORE-OP para mayores de 65 años.

■ Descripción del episodio vertiginoso

Definido como la **percepción de movimiento propio o externo en ausencia de ambos**. Es importante remarcar 3 aspectos necesarios para poder encuadrar el episodio vertiginoso:

- **Repetición:** hacer alusión si es la primera vez que el paciente sufre esta sensación de vértigo (excluyendo otros episodios de mareo mal definido o inestabilidad) o si ya ha ocurrido anteriormente. El episodio en el momento de la anamnesis se considera como uno más.
- **Duración del episodio vertiginoso:** la descripción del episodio debe de ser lo más exacta posible o aproximada. Es importante reflejar una cifra en segundos, minutos u horas. En este apartado se deben evitar términos cualitativos inexactos como "corto", "largo", "fugaz", "prolongado", "una mañana", "un día", "continuo", etc.
- **Desencadenante:** es necesario este ítem en detalle. Puede que el paciente no identifique un desencadenante o que haga alusión a algún desencadenante. Son desencadenantes habituales un movimiento, un estímulo sonoro, cambio de presión, la toma de un medicamento. Es importante no confundir un antecedente con un desencadenante (por ejemplo, un único episodio de vértigo sin causa precisa o espontáneo en un diabético orienta hacia una neuritis vestibular; mientras que un vértigo repetido posicional en un diabético orienta hacia un VPPB).

EXPLORACIÓN

■ Impresión general

- **Exploración del nistagmo espontáneo** con/sin fijación visual mediante el método de *penlight cover test*.*



*J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80:900-903

■ **Exploración neurológica.** Se debe de prestar especial atención a los **movimientos oculomotores** ya que una alteración en el movimiento conjugado de los ojos, la convergencia o en el seguimiento ocular puede indicar una lesión central. También debe de evaluarse la función cerebelosa mediante la **exploración de la marcha**, la prueba de los índices de Barany, la prueba de Romberg, prueba de Unterberger-Fukuda, la prueba dedo-nariz y la exploración de la diadococinesia.

■ **Exploración otológica.** Otoscopia y audiometría o acimetría en pacientes que refieran pérdida auditiva. La hipoacusia asociada al vértigo nos puede orientar sobre la etiología de este; su presencia en el vértigo agudo nos puede orientar hacia una laberintitis y en un paciente con vértigo recurrente hacia una enfermedad de Ménière o una fístula perilinfática entre otros.

■ **Prueba de Dix-Hallpike.** Es la prueba de provocación del VPPB del canal semicircular posterior que es el que con más frecuencia se afecta.

■ **Protocolo HINTs.** Es una herramienta diagnóstica compuesta por tres pruebas (nystagmus, test de skew, y head impulse test) para evaluar rápidamente pacientes con vértigo y diferenciar causas periféricas de centrales, mejorando la precisión diagnóstica.

CAUSAS DEL VÉRTIGO

■ Causas periféricas

- Vértigo posicional paroxístico benigno
- Neuritis vestibular
- Enfermedad de Ménière
- Herpes zóster ótico (síndrome de Ramsay-Hunt)
- Contusión laberíntica
- Fístula perilinfática
- Otros:
 - Síndrome de dehiscencia del canal semicircular
 - Síndrome de Cogan
 - Vestibulopatía recurrente
 - Neurinoma acústico
 - Toxicidad por aminoglucósidos
 - Otitis media

■ Causas centrales

- Migraña vestibular
- Isquemia del tronco encefálico
- Ictus cerebeloso
- Otros:
 - Malformación de Chiari
 - Esclerosis múltiple
 - Ataxia episódica tipo 2
 - Vértigo epiléptico

■ Causas mixtas

- Presbivestibulopatía

3. Tratamiento farmacológico del paciente con vértigo

■ Sedantes vestibulares

• Benzodiazepinas y ortopramidas (sulpirida).

- Se utilizarán sólo cuando los síntomas son intensos e incapacitantes. Se deben de utilizar estos fármacos a la dosis mínima necesaria y retirarlos lo más precozmente posible.
- La pauta debe de ser a demanda, pero no protocolizada; es decir, en cuanto finalice la sintomatología vestibular severa y la vegetativa se debe de suspender.
- Retrasan la recuperación vestibular y generan parkinsonismo en ancianos.
- Se recomienda un empleo no superior a 72 horas.

• Antihistamínicos. Dimenhidrinato y prometazina. Reducen los síntomas de pacientes con vértigo de causa central o periférica. Recomendados un máximo de 72 horas.

• Calcioantagonistas. Cinarizina, flunarizina. Tienen un papel en el tratamiento del vértigo al bloquear los canales de calcio. Esto disminuye la excitabilidad neuronal y mejora la perfusión en el laberinto, lo que resulta en una reducción de los síntomas del vértigo. La flunarizina también está aprobada para el empleo como profilaxis de la migraña.

• Combinación cinarizina/dimenhidrinato. Es un tratamiento aprobado para el vértigo, basado en la combinación de ambos principios activos a dosis bajas. Juntos, generan un efecto sinérgico, potenciando la eficacia del tratamiento y son bien tolerados.

■ Otros tratamientos específicos no sedantes

• Análogos de la histamina. Betahistina: fármaco aprobado para la enfermedad de Ménière. Aunque su uso en otros tipos de vértigo es controvertido, en algunos pacientes, puede ayudar a controlar los síntomas vertiginosos y los síntomas neurovegetativos.

• EGb 761® (extracto estandarizado de *Ginkgo biloba*). Varios estudios han demostrado que es un medicamento neuroprotector, por lo que estaría indicado en pacientes con vértigo y deterioro cognitivo. También puede utilizarse cuando quiere potenciarse la compensación vestibular. Asimismo, el EGb 761® ha demostrado beneficios en los pacientes con vértigo de origen vascular aterosclerótico.

■ Ansiolíticos, en tratamiento coadyuvante

- **Benzodiazepinas. Diazepam, lorazepam, clonazepam.** Podrían justificarse por su acción sedante y ansiolítica, ya que la liberación de la ansiedad que el ataque de vértigo produce puede contribuir a aliviar la situación. No ejercen, por tanto, una verdadera acción antivertiginosa.

■ Antieméticos

- **Domperidona o metoclopramida.**

En casos de vómitos concomitantes a la clínica vertiginosa.

■ Corticoides

- Se emplean con el objetivo de reducir el componente inflamatorio de la neuritis vestibular de origen infeccioso, especialmente las virásicas.

■ Antiepilépticos

- Se emplean en caso de vértigo epiléptico. Algunos medicamentos empleados son levetiracetam, lacosamida, eslicarbazepina, carbamazepina y oxcarbazepina.

- **Restricción de sal y/o diuréticos** en pacientes con enfermedad de Ménière, o incluso valoración de **tratamientos intratimpánicos**. Otros diuréticos como la acetazolamida también se emplean como tratamiento en la ataxia episódica tipo 2.

■ Ejercicios de rehabilitación vestibular

Indicados en aquellos pacientes con déficits establecidos y no fluctuantes.

Consisten en:

- Movimientos de la cabeza y los ojos en posición sentada o de pie
- Ejercicios de equilibrio dinámico
- Ejercicios para mejorar la estabilidad al caminar durante los movimientos de la cabeza

Objetivo: mejorar la interacción visio-vestibular y vestibulo-espinal.

Los ejercicios pueden empeorar el vértigo al principio, pero con el tiempo (semanas o meses) el relacionado con el movimiento mejora, debido probablemente a un mecanismo de adaptación central.

■ Maniobras de Epley y maniobras de Semont

Son las maniobras de reposición otolítica en el VPPB del canal semicircular posterior.

4. Criterios de derivación



Derivación al servicio de Urgencias:

- Crisis aguda de vértigo con sospecha de origen neurológico.
- Crisis aguda de vértigo con sospecha de laberinitis aguda.
- Síntomas severos, muy incapacitantes o que no responden al tratamiento inicial.
- Necesidad de tratamiento endovenoso por intolerancia a la medicación oral.



Derivación al servicio de Otorrinolaringología:

- Vértigos recurrentes.*
- La presencia concomitante de hipoacusia.
- Vértigos posicionales refractarios.
- Vértigos con nistagmos atípicos.



Derivación al servicio de Neurología:

- Sospecha de migraña vestibular.
- Sospecha de ataxia episódica tipo 2.
- Malformación de Chiari (también se puede remitir a Neurocirugía).
- Sospecha de esclerosis múltiple y de vértigo epiléptico (en caso de no cumplir criterios de ingreso hospitalario).

*En algunos vértigos recurrentes puede ser necesario descartar cuadros metabólicos, neurovasculares u otorrinolaringológicos que requieran derivación específica.

Bibliografía

- Martín-Enguix D, Pérez-Fernández N, Gomez-Gabaldón N, Medina-Gámez JA, Morales-Escobar FJ. Abordaje integral del vértigo: algoritmo diagnóstico, causas, tratamientos y criterios de derivación desde la perspectiva de atención primaria. Documento de consenso SEMERGEN. Medicina de Familia. SEMERGEN 2024;50(2):102114.
- Álvarez L, Manrique R, Pérez N. GUÍAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS- Vértigo. <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-vertigo>: Clínicas Universidad de Navarra; 2018.
- García EG, Compta XG. Actualización en el manejo del vértigo. Actualización Medicina de Familia 2018;15:184-91.
- SCORE2 and SCORE2-OP. Escardio.org s/f. <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts> [consultado el 18 de abril de 2023].
- Newman-Toker DE, Sharma P, M. C. Penlight-cover test: a new bedside method to unmask nystagmus. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2009;80:900-3.
- Merino PA. Guía clínica sobre el diagnóstico y tratamiento del vértigo. Avalado por la SEORL. Alberto Alcocer 13, 1.o D 28036 Madrid: International Marketing & Communication SA; 2018.
- Martín-Aragóna S, Bermejo-Bescósa. P. Vértigo. Tratamiento farmacológico. Offarm 2010;29:72-3.
- Soto-Varela A, Arán-González I, López-Escámez JA, Morera-Pérez C, Oliva-Domínguez M, Pérez-Fernández N, et al. Clasificación de los vértigos periféricos de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología: concordancia diagnóstica y actualización (versión 2, año 2011). Acta Otorrinolaringol Esp 2012;63:125-31.
- Heide W, Adlung B, Körtke C et al. Ginkgo biloba Extract EGb 761® Improves Central Vestibular Vertigo in Patients Undergoing Vestibular Exercises: A Randomised Placebo-Controlled Trial. Neuroscience & Medicine. 2022; 13: 91-102.
- Kandiah N, Chan YF, Chen C et al. Strategies for the use of Ginkgo biloba extract, EGb 761®, in the treatment and management of mild cognitive impairment in Asia: expert consensus. CNS Neurosci Ther. 2021; 27(2): 149-162.
- Sha R, Tang L, Du Y et al. Effectiveness and safety of Ginkgo biloba extract (GBE50) in the treatment of dizziness caused by cerebral arteriosclerosis: a multicenter, double-blind, randomized controlled trial. J Tradit Chin Med. 2022; 42(1): 83-89.
- Hamann KF. Special ginkgo extract in cases of vertigo: a systematic review of randomized, double-blind, placebo controlled clinical examinations. HNO. 2007; 55(4): 258-263.

Avalado por:

