

SÍNDROME VERTIGINOSA

Pere Martínez Carpio

INTRODUCCIÓ

El vertigen és una il·lusió del moviment, pròpia del pacient o de l'entorn, consistent en una sensació rotatòria o de moviment cap els costats. Pot acompanyar-se de vegetativisme, nistagmus, inestabilitat postural i alteracions de la marxa. Trobem 2 tipus, el vertigen central i el vertigen perifèric. El tipus de vertigen més freqüent és el perifèric.

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Principals causes de vertigen perifèric:

1. Vertigen posicional benigne, causa més freqüent.
2. Malaltia de Menière.
3. Neuritis vestibular.
4. Laberintitis secundària a otitis.
5. Vertigen vestibulotòxic: AAS, aminoglucòsids, furosemida.
6. Fístula perilimfàtica (Colesteatoma).
7. Neurinoma de l'acústic: síndrome vertiginosa perifèrica amb acúfens i hipoacúsia progressiva, tot i que pot debutar amb sordesa brusca. L'exploració manifestarà signes de disfunció d'estructures veïnes (hipoestèsia corneal, facial, parèsia facial, paràlisi facial, paràlisi del VI pc).

Principals causes de vertigen central:

1. Accident vascular cerebral agut (vertebrobasilar): vertigen que es pot acompanyar d'inestabilitat, hemianòpsia, diplòpia, parèsia facial, disàrtria, disfàgia, atàxia, hemiparèsia, cefalea.
2. Migranya.
3. Esclerosi múltiple.
4. Tòxics: anticomicals, benzodicepines, aminoglucòsids, cloroquina.

Característiques del vertigen. Diagnòstic Diferencial

- Vertigen perifèric: de major intensitat i limitat en el temps respecte al central. S'acompanya sovint d'un quadre vegetatiu prominent i ocasionalment hipoacúsia i acúfens. A l'Exploració compleix tres característiques: és complet (nistagme, Romberg, marxa en estrella), és proporcionat i és armònic (la fase ràpida del nistagme cap un cantó i el Romberg i la marxa en estrella cap a l'altre).
- Vertigen central: menys sever, més prolongat, s'acompanya de simptomatologia neurològica i quasi mai d'acúfens i hipoacúsia. L'exploració indicarà un vertigen incomplet, desproporcionat i disarmònic.

Taula1. Diagnòstic diferencial entre vertigen perifèric i central

	VERTIGEN PERIFÈRIC	VERTIGEN CENTRAL
Inici	Sobtat.	Gradual, subagut.
Durada	Habitualment variable (minuts-dies).	Més prolongada.
Freqüència	Episòdic.	Constant.
Vegetatisme	Freqüent i intens.	Poc freqüent, poc intens.
Síntomes auditius	Possibles (acúfens, hipoacúsia).	Molt rars.
Romberg/Marxa en estrella	Romberg present. Caiguda. en la direcció de la fase lenta del nistagme. Marxa en estrella present.	No és habitual que aquestes maniobres siguin presents.
Nistagme	Unidireccional, espontani, horizontal/rotatori. MAI vertical. S'inhibeix amb fixació de mirada.	Multidireccional. Pot ser Vertical. No s'inhibeix amb la fixació de la mirada.
Maniobra Nylen-Barany	Latència: de 2 a 10 segons. S'esgota: en 30 segons. Fatigabilitat: desapareix amb la repetició de la maniobra. Provoca símptomes intensos.	No latència, Inici immediat. No esgotable. Persisteix amb la repetició de la maniobra.
Síntomes neurològics	Absents.	Presentes tronc cerebral (parells cranials, vies).
Pèrdua de consciència	No.	Possible.

GUIA D'ACTUACIÓ

Actuació clínica davant el pacient amb vertigen

1. Antecedents patològics: Patologia embolígena, factors de risc cardiovascular, migranya, vertigens previs, traumatisme cranial, malalties infeccioses, fàrmacs, patologia òtica, esclerosi múltiple.

2. Anamnesi: Característiques del vertigen, factors desencadenants, cronologia, vegetatisme.

3. Exploració física:

Constants vitals i temperatura.

Exploració general cardiorespiratòria, fent especial èmfasi en:

- Exploració auditiva: otoscòpia.
- Exploració neurològica.

Valoració del nistagmus i Maniobra de Nylen Barany: Mobilitzar el pacient des de la sedestació fins el decúbit supí aguantant el cap amb les mans.

Tractament

1. Vertigen d'origen perifèric.

Tractament simptomàtic:

- Repòs, foscor, silenci.
- Tietilperazina: 6.5 mg/8 h vo o rectal o Sulpiride 50 mg/8h, màxim 48-72 h.
- Valorar la necessitat d'associar en fase aguda:
 - Metoclopramida: 10 mg vo o im.
 - Diaepam: 5 mg sl.
- Recomanar exercicis de rehabilitació vestibular: Shepard i Telian.

2. Vertigen d'origen central.

- Maniobres de suport vital: A, B, C.
- Derivació hospitalària.

Creris de derivació hospitalària

1. Vertigen d'origen central.
2. Patologia infecciosa de l'òida mitja (labyrinthitis sèptica) amb o sense febre.
3. Complicació de cirurgia òtica recent.
4. Sordesa brusca i vertigen (sospitar neurinoma de l'acústic).
5. Sospita de fistula perilimfàtica (colestomatoma): perforació timpànica superior amb secreció.

Mode de derivació

- Unitat de Suport Vital Avançat: dificultat respiratòria, inestabilitat hemodinàmica, focalitat neurològica.
- Unitat de Suport vital Bàsic: en la resta de casos.

Bibliografia

1. Urgències a l'atenció primària. 1997. Publicació de la Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut.
2. Hotson John. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med*;339(10):680-684.