

JESUS J. FRAILE RODRIGO

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Actitud clínica ante el paciente vertiginoso

Introducción

En los pacientes que acuden a nuestra consulta con síndrome vertiginoso, el 80% de los diagnósticos son clínicos (40% en el interrogatorio y 40% en la exploración), y solamente el 20% se realizan con las pruebas complementarias, que la mayoría de las ocasiones sirven para corroborar o confirmar la primera impresión clínica.

A la hora de valorar la exploración clínica en estos pacientes, es preciso considerarla como un todo, desde el punto de vista neurológico y otorrinolaringológico, adquiriendo un automatismo en su práctica que nos obligue a la ejecución de toda nuestra sistemática en todos los pacientes.

Sistemática

1º.- INTERROGATORIO: Es probablemente la parte más importante de nuestra actuación con el paciente. Debe ser dirigido, de forma que poseamos un interrogatorio sistematizado para que no olvidemos ningún aspecto a preguntar. Podemos poner el ejemplo del interrogatorio que utilizamos en nuestro hospital, que hemos dividido en varios apartados:

- A) Antecedentes:
 - Hábitos tóxicos
 - Patología previa
- B) Clínica vestibular
 - Comienzo de la historia, tipo de vértigo, mecanismos desencadenantes, duración, síntomas vegetativos, desequilibrio, tipo de evolución, frecuencia, modificaciones en su desarrollo.
- C) Clínica coclear
 - Hipoacusia
 - Acúfenos
 - Algiacusia
- D) Otros síntomas otológicos:
 - Otorrea actual
 - Otalgia
- E) Otros síntomas no otológicos:
 - Alteraciones cervicales

- Neurológicos:
 - . Cefalea
 - . Alteraciones de pares craneales
 - . Alteraciones somáticas
- Alteraciones psicológicas

F) Tratamientos realizados

2º.- EXPLORACION: Debe ser igualmente sistematizada, para evitar que quede sin explorar una determinada zona o región. Proponemos su práctica en tres apartados:

- A) Exploración otológica:
 - Otoscopia
 - Acumetría (Rinne, Weber)
- B) Exploración vestibular:
 - Nistagmus: Debe ser explorado, si disponemos de posibilidad, con gafas de Frenzel para evitar la fijación. estudiamos:
 - . Nistagmus espontáneo: Dirección, tipo, grado. Maniobras de desencadenamiento del nistagmus latente (Head-Shacking nistagmus, Test de Halmagy).
 - . Nistagmus centrales: Nistagmus de rebote, nistagmus atáxico de Harris, Gaze Nistagmus, Nistagmus "Up-Beat" y "Down-Beat".
 - Equilibrio:
 - . Test de Romberg
 - . Test de Unterberger o Fukuda
 - . Marcha
 - . (Otros Test (apoyo monopodal de Uemura, test de los índices, reacciones posturales a pequeños desplazamientos)).
 - Pruebas posicionales:
 - . Dix-Hallpike
 - . Pruebas de posición: Decubito supino, con la cabeza horizontal al mismo nivel que el cuerpo, y posteriormente con giro de la cabeza a la

derecha y a la izquierda,
Decúbito lateral derecho,
Decúbito lateral izquierdo,
Hiperextensión cefálica, Pos-
tura erecta.

C) Breve exploración neurológica:

- Coordinación: prueba dedo-nariz, Diadococinesia.
- Pares craneales.
- (Fondo de ojo solamente si es posible técnica o instrumentalmente).

3º.- EXPLORACIONES AUDIOLOGICAS

A) Audiometría tonal: Por supuesto debe practicarse siempre en un paciente vertiginoso.

B) Audiometría verbal: Es recomendable si existe cualquier alteración audiológica, sobre todo si es de tipo perceptivo, uni o bilateral.

C) Electronistagmografía. En la mayoría de los centros se hace sistemáticamente ante todo cuadro de mareo o vértigo que persiste durante un periodo variable de tiempo. Consideramos necesaria su práctica en los pacientes con vértigo de probable origen periférico y en los cuadros de mareo persistente o repetido durante más de tres meses.

4º.- HIPOTESIS DIAGNOSTICA: Es recomendable tras la anamnesis y la exploración el establecer una hipótesis diagnóstica, por lo menos en una serie de grandes grupos diagnósticos que nos ayudarán luego para el diagnóstico final. Una propuesta de grandes orientaciones diagnósticas iniciales (que luego cada uno puede modificar según su experiencia y observaciones) puede ser: VERTIGO PERIFERICO, VERTIGO POSICIONAL, VERTIGO CENTRAL..

A) Vértigo PERIFERICO:

Enfermedad de Ménière: Diagnóstico diferencial con:

- Enfermedad autoinmune
- Otoesclerosis cocleo-vestibular
- Otitis Crónica con fístula laberíntica
- Neurinoma

Neuritis Vestibular: Diagnóstico Diferencial con:

- Fractura "A minima"
- Sobre todo con accidentes cerebro-vasculares de núcleos vestibulares o cerebelo.

B) Vértigo POSICIONAL: Es preciso diferenciar los grandes grupos de:

- V.P.P.B.
- Vértigo Posicional de origen cervical: neurogénico-muscular o vascular (precaución con este diagnóstico diferencial).
- Vértigo Posicional de origen central: sabemos que alteraciones (tumores) de fosa posterior y cerebelo pueden provocar vértigo posicional con las características centrales que ya conocemos.

C) Vértigo CENTRAL: Desequilibrio: Causas:

- Progresivo: Enfermedades degenerativas

Neurinoma
Alteración en vías vestibulares centrales.

- Agudo: Alteración periférica bilateral por ototóxicos.

- Presbivértigo.

5º.- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

A) Análisis de Sangre:

- General: Glucosa, Urea, Hto, Recuento y fórmula, Colesterol y Triglicéridos, VSG.

- Serología luética

B) Potenciales Evocados Auditivos de Tronco cerebral: Consideramos que la práctica de Potenciales Evocados Auditivos es básica en el diagnóstico del Neurinoma del Acústico, por ello pensamos que se debe practicar P.E.A.T.C. siempre que se disponga de posibilidad técnica en los siguientes casos:

- Pacientes con mayor probabilidad de presentar NA: Pacientes con hipoacusia unilateral clara, pero en los que la intensidad de la hipoacusia sea menor de 70-80 Dbs pues en estos casos pierde su efectividad.

- Pacientes con menor probabilidad de presentar NA: Hipoacusias asimétricas (Diferencia interaural mayor de 15 Db. pero menor de 40 Db.), Acúfenos unilaterales, Crisis vertiginosas muy repetidas sin alteraciones audiológicas.

C) Otras pruebas: test VAT (Test Vestibular Autorrotatorio), Posturografía dinámica. Son pruebas más limitadas en su aspecto diagnóstico y más útiles para el aspecto evolutivo y rehabilitador. No se hacen sistemáticamente.

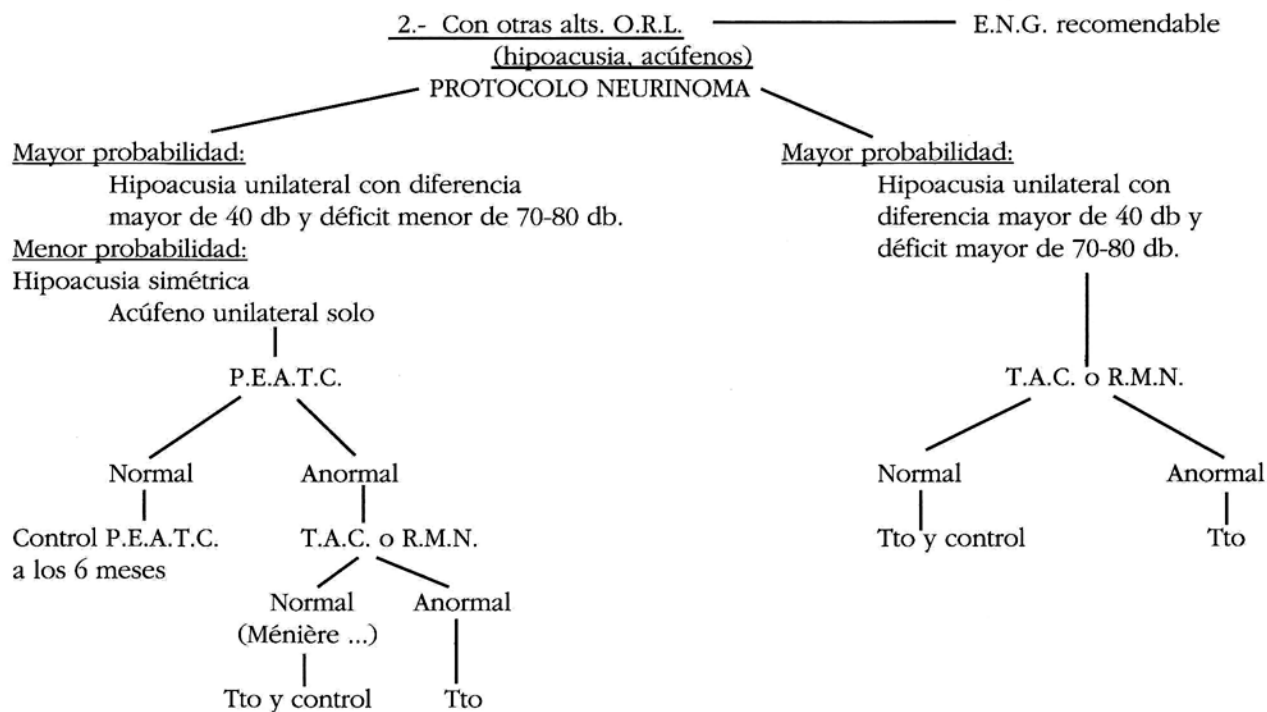
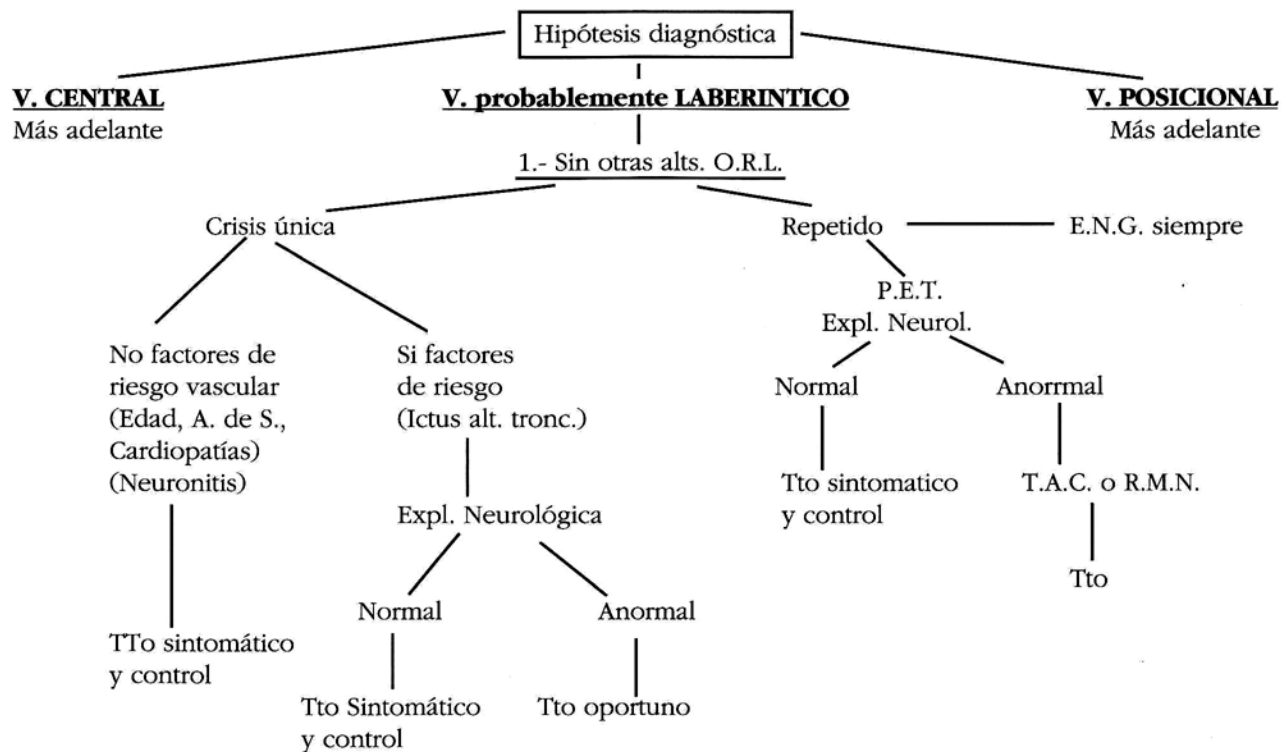
D) Pruebas neuroradiológicas: Consideramos el T.A.C. y la R.M.N. como pruebas útiles en el diagnóstico del paciente vertiginoso. Su indicación entra en la estrategia del despistage del Neurinoma del Acústico. Es siempre más efectiva la R.M.N., pero su disponibilidad es mucho menor. Consideramos que se deben practicar pruebas neuroradiológicas:

- Pacientes con mayor probabilidad de presentar NA:
- Pacientes con hipoacusia perceptiva unilateral clara, con diferencia interaural mayor de 40 db. en alguna frecuencia e intensidad de la hipoacusia menor de 70 Db. con P.E.A.T.C. sugestivo de retrocolearidad.

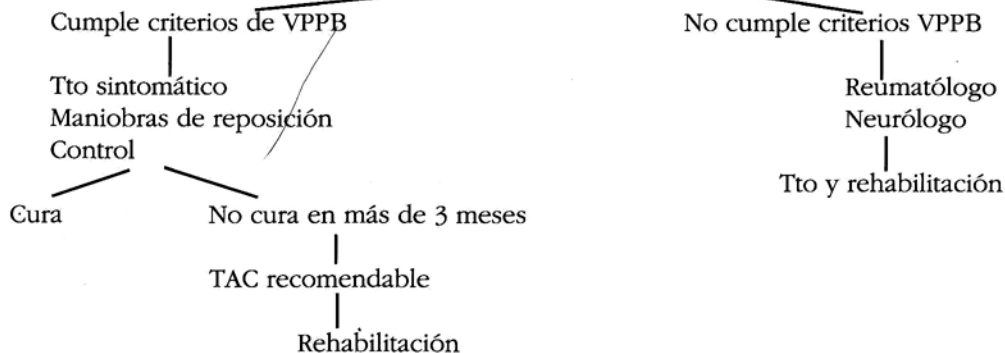
- Pacientes con hipoacusia perceptiva unilateral clara, con diferencia interaural mayor de 40 db. en alguna frecuencia e intensidad de la hipoacusia mayor de 70 dbs.

- Pacientes con menor probabilidad de presentar NA:
- Hipoacusias asimétricas (Diferencia interaural mayor de 15 Db. pero menor de 40 Db.) o Acúfenos unilaterales con P.E.A.T.C. sugestivos de retrocolearidad.

Con todos estos datos del análisis de las diferentes pruebas en la estrategia del diagnóstico del paciente vertiginoso, creemos que un protocolo útil para el diagnóstico del paciente vertiginoso, expresado en forma de algoritmo puede ser:



V. POSICIONAL (MIXTO)



V. CENTRAL

NEUROLOGIA

Anormal

Tto

Normal

E.N.G.

Tto y seguimiento por Neurología

Principios Básicos del Tratamiento del V. Laberíntico

1.- Suprimir el Sistema vestibular:

Drogas y sedantes vestibulares: Solo en fases agudas y durante poco tiempo:

- Antihistamínicos (por efecto sedante central y anticolinérgico): Dimenhidrinato
- Antieméticos: Tietilperacina
- Sedantes y antidepresivos suaves: Sulpiride
- Antagonistas del calcio: Flunarizina
- Nootrópicos suaves: Piracetam
- Análogos de la histamina por su efecto sedante central suave: Betahistina.

2.- Suprimir la reacción emocional del paciente:

Explicar y hablar, que el paciente confíe en el médico

Tranquilizantes:

- Menores: Benzodiacepinas
- Mayores o Neurolépticos: Fenotiazinas, Clorpromacina

3.- Tratar o eliminar la causa si es posible:

a) Tratamiento fisiopatológico:

a.1: Acción sobre los líquidos laberínticos: Se usan asociados a un sedante suave (Betahistina, con efecto VD) como mejor tratamiento de la enfermedad de Ménière). Podemos usar:

Diuréticos (Inhibidores de la anhidrasa carbónica)

Dieta

a.2: Vasodilatadores: Se pueden usar cuando sospechamos la existencia de un vasoespasmo.

Los utilizamos:

- Solos: - Análogos de histamina (Betahistina)

- Antagonistas del Calcio: Nerdipina, Flunaricina, Nimodipino
- Modificadores del metabolismo celular: Trimetazidina

- Asociados a otros con efecto sedante vestibular suave:

Dihidroergocristina+Piracetam

b) Tratamiento etiológico: Difícil de realizar

- Corticoides si sospechamos autoinmunidad.
- Antiinflamatorios + fisioterapia si sospechamos problema cervical.
- Maniobras de Epley o Semont en el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno.
- Cirugía: Descompresión del saco endolinfático?

4.- Esperar a la compensación:

Ejercicios de Cuvthorne-Cooksey. Siempre se llega en las alteraciones periféricas.

5.- Eliminar la función del laberinto afectado:

Cirugía: Neurectomía vestibular, Laberintectomía

6.- Ayudar a aceptar el problema

Correspondencia:

JESUS J. FRAILE RODRIGO

Hospital Miguel Servet

Zaragoza

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS NUEVOS AUDÍFONOS DIGITALES

En la actualidad todos hemos oído hablar de los nuevos audífonos digitales, pero, ¿Qué ventajas reales obtiene el paciente con la adaptación de un audífono digital frente a una adaptación de tecnología analógica tradicional?

Durante muchos años, la adaptación de una prótesis ha sido una cuestión delicada desde el punto de vista de la efectividad de la misma para solucionar totalmente los problemas acústicos que se planteaban a las personas que los usaban.

Habitualmente, se presentaban casos en los que el paciente se quejaba de tres deficiencias principales:

- El audífono producía muchos ruidos.

- Faltaba inteligibilidad conversacional cuando se encontraban en ambientes ruidosos, o cuando se les hablaba a volúmenes muy bajos.

- Los sonidos que se oían eran básicamente metálicos y por lo tanto desnaturalizados.

La total solución de éstos problemas ha sido cuando menos, difícil en la mayoría de los casos, e imposible en muchos otros con las herramientas de las que disponíamos.

Con la expectativa digital, tenemos un medio que nos permite dar un paso más en la solución a éstos y otros problemas.

Refiriéndonos al grupo que se quejaba de una excesiva amplificación de los ruidos, hemos mejorado de una manera muy notable debido a los algoritmos matemáticos de los que están provistos éste tipo de aparatos, que en algunas ocasiones llegan a poder diferenciar el ruido de las palabras mediante la comparación de parámetros tonales, frecuenciales y temporales. El microprocesador extrae información del ruido de ambiente y confecciona un patrón acústico de las condiciones de sonido de ese momento, de forma que adapta la amplificación a la necesidad real de ese instante. Con éste tipo de operación ganamos una confortabilidad en ambientes ruidosos fuera de lo común si miramos a la proporcionada por la tecnología existente un par de años atrás, y por lo tanto, el usuario se siente mucho menos agobiado por los ruidos que prácticamente no le aportan información útil, aunque es necesario que escuche.

Con respecto al segundo problema, la falta de comprensión en determinados ambientes, el audífono digital aporta a la amplificación unos umbrales notablemente bajos de ruido de fondo, con lo que podemos situar el umbral protésico alrededor de 15 dB, contra los 30 dB propor-

cionados por los sistemas analógicos. Es decir, con un audífono normal, convertimos a un paciente con una determinada pérdida auditiva en una persona capaz de oír ruidos a partir de 30 dB. Si pretendíamos oír algún sonido que tuviera una intensidad menor, debíamos incrementar el volumen del audífono hasta niveles más altos de lo que requería la pérdida auditiva que estábamos tratando, con lo que ante un sonido con una intensidad un poco superior, por ejemplo el habla normal (unos 60 dB), nuestro paciente se quejaba de un volumen excesivamente alto. Con los actuales tratamientos numéricos de la señal, podemos convertir a nuestro paciente en una persona capaz de oír sonidos de alrededor de 15 dB, con el consiguiente incremento de campo dinámico auditivo y por lo tanto de fidelidad acústica.

Por otra parte, a aquellos que observaban que en conversaciones cruzadas de cuatro o cinco personas no eran capaces de seguir el diálogo con soltura, el audífono digital no les puede ayudar por sí solo; es necesaria la binauralidad para poder captar la procedencia del foco sonoro y poder tener una audición mucho más selectiva que les ayude a aislar la emisión acústica que les interesa. Indiscutiblemente, al utilizar las propiedades anteriormente enumeradas de la amplificación digital, la probabilidad de correcta captación sonora aumentará sensiblemente.

La percepción de los sonidos metálicos, o especialmente molestos, se puede presentar igualmente en los primeros días de uso de los audífonos digitales. Recordemos que al comenzar a oír de repente a un nivel acústico de 15 dB, se empezarán a escuchar multitud de sonidos que hacía tiempo en que no se escuchaban en la mayoría de los casos, y por nuestra experiencia, en éstas primeras jornadas es preferible programar el audífono más bien atendiendo a la confortabilidad que a la calidad de audición, con el fin de paliar el trauma que se produce por la vuelta súbita al mundo del sonido.

De ésta manera, la opción digital es, para sus pacientes una de las técnicas de amplificación electrónica más versátiles que existen en éste momento que si bien no soluciona todos los problemas, sí que nos proporciona un avance significativo en la mejora de audición de casi todas las hipoacusias.