

# Mareo subjetivo crónico. Una entidad a tener en cuenta en nuestras consultas

Chronic Subjective Dizziness. An entity to consider in our outpatients clinic

## RESUMEN

**Introducción:** Existen escasas referencias sobre la frecuencia de pacientes con mareo subjetivo crónico en las consultas de un Servicio de Otorrinolaringología de un hospital terciario y sobre los resultados del tratamiento.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo de cohortes en 313 pacientes con diagnóstico de mareo, inestabilidad y vértigo. 63 pacientes fueron diagnosticados de Mareo Subjetivo Crónico. Variables analizadas: frecuencia, sexo, edad, presencia o no de cuadro psiquiátrico previo, presencia o no de patología vestibular asociada y tipo. En el grupo con patología vestibular asociada (n=51) se analizan, con el cuestionario Dizziness Handicap Inventory y el test de Goldberg, los resultados obtenidos a los 3 y 6 meses de terapia de rehabilitación del conflicto visual, terapia cognitiva conductual e inhibidores de la recaptación de serotonina.

## PALABRAS CLAVE:

Mareo, trastornos de ansiedad, epidemiología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, tratamiento farmacológico, psicología.

## SUMMARY

**Introduction:** The Chronic Subjective Dizziness Disorder is a recently described entity. Data about frequency, diagnosis and treatment outcomes in a tertiary hospital setting is sparse.

**Material and methods:** A prospective cohort study of 313 patients with diagnosis of dizziness, unsteadiness and vertigo; 63 patients were diagnosed as Chronic Subjective Dizziness. Variables analyzed: frequency, gender, age, history of previous psychiatric disorder, history and type of vestibular pathology. Those patients with history of vestibular pathology (n = 51), were treated with visual conflict rehabilitation, cognitive behavioral therapy and selective serotonin reuptake inhibitors. Clinical improvement was assessed, by means of the Dizziness Handicap Inventory questionnaire and Goldberg test, at 3 and 6 months of therapy.

## KEY WORDS:

Dizziness, anxiety disorders, lightheadedness, diagnosis, drug therapy, epidemiology, psychology, rehabilitation, therapy.

## Introducción

El mareo es un síntoma cuyo diagnóstico diferencial abarca un amplio abanico de patologías. No hace falta enfatizar que es crucial una precisa descripción, es decir una historia clínica metódica, para orientar una determinada enfermedad. La exploración funcional instrumental y de imagen apoyará y confirmará nuestro diagnóstico de sospecha.

Sin embargo, algunos pacientes explican sensaciones vagas, difíciles de encasillar, como pesadez de cabeza, cabeza hueca, tirantez del cuello y oscilación del suelo, de su propio cuerpo o de su entorno que empeora en entornos visuales complejos (como cruces, ordenadores, escaleras mecánicas...) o lugares en que la orientación visual puede ser diversa (como grandes centros comerciales). En estos casos y sin causa vestibular activa clara, neurológica o médica evidente sospechamos un mareo psicógeno. Mareo psicógeno<sup>1</sup> que ha recibido otros nombres como vértigo visual<sup>2</sup> o vértigo postural fóbico<sup>3</sup> y que en la actualidad se ha consensuado como mareo subjetivo crónico (MSC)<sup>4</sup>.

La tabla I muestra los criterios clínicos y exploratorios, presentados y validados por Staab y col. en la Reunión de la Sociedad de Bárány del 2010<sup>4</sup>.

El MSC es frecuente. En estudios observacionales del 20 al 25 % de pacientes con mareo crónico se les diagnostica un trastorno psicógeno y otro 15% una comorbilidad psiquiátrica otoneurológica<sup>5,6,7</sup>.

Tabla I: Criterios de mareo subjetivo crónico.

### Síntoma clínicos

- **Síntomas primarios.**  
*Más de 3 meses de desequilibrio subjetivo, aturdimiento, mareo no vertiginoso, o pesadez cefálica casi diaria.*
- **Relación con la postura.**  
*Hipersensibilidad al movimiento*
- **Factores provocadores o exacerbantes.**  
*Mala tolerancia a estímulos visuales complejos o tareas de precisión visual.*
- **Factores precipitantes.**
  - *Enfermedad otoneurológica aguda o recurrente.*
  - *Enfermedad médica aguda o recurrente.*
  - *Enfermedad psiquiátrica aguda o recurrente.*
- **Exploración física, vestibular y comorbilidad otoneurológica.**
  - *Normal o alterada (pero sin signos de actividad).*
  - *Alteración estática y dinámica posturográfica.*  
*Patrón de preferencia visual.*
- **Factores de comportamiento predisponentes y comorbilidad psiquiátrica.**  
*Normal o ansiedad/depresión.*

En la otra vertiente, estamos habituados a estudiar las evidencias de organicidad en las patologías otoneurológicas, pero debemos tener en cuenta que los factores psicológicos asociados en estos pacientes pueden cronificar los síntomas, dificultar la evaluación y la selección del tratamiento más idóneo<sup>8</sup>. Sabemos que una tercera parte de los pacientes otoneurológicos de un hospital terciario presentan ansiedad o depresión, lo cual afectará a su manejo. El MSC es la manifestación que sigue a la crisis vertiginosa en aquellos pacientes que fracasan en re-establecer las estrategias de control locomotor después de resolver los síntomas agudos vestibulares. La ansiedad previa es un factor de riesgo para presentar este cuadro<sup>9</sup>.

Existen escasas referencias en relación a la frecuencia de esta entidad en las consultas de un Servicio de Otorrinolaringología de un hospital terciario. Existe algo más de información en relación a las consultas de psiquiatría. También es escasa la información acerca de las características de esta población y en relación a las patologías vestibulares asociadas, al seguimiento, tipo de tratamiento y resultados del mismo a largo plazo. Por todo lo anteriormente descrito se ha planteado el siguiente trabajo.

1. Valorar la frecuencia del MSC en las consultas externas de un hospital terciario en pacientes que consultan por mareo, vértigo o alteraciones del equilibrio.
2. Valorar la presencia o no de afectación vestibular asociada en los pacientes diagnosticados de MSC y que tipo de patologías se han observado.
3. Definir esta población según la edad, sexo y antecedentes psiquiátricos (principalmente ansiedad).
4. Valorar la respuesta al tratamiento, en los pacientes con patología vestibular asociada, con terapia rehabilitadora de conflicto visual y control postural, enfoque cognitivo-conductual e con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

## Métodos

Se trata de un estudio prospectivo de cohortes sobre una base de datos, con preservación de la confidencialidad, que incluye:

### Criterios de inclusión.

- Todos los pacientes visitados como primera visita por mareo, inestabilidad o vértigo durante un período de 18 meses. Todos ellos con edad superior a 18 años, ya que disponemos de una Sección de Otorrinolaringología Pediátrica.

### Criterios de exclusión.

- Se han descartado aquellos en los que se objetivó una patología médica, tipo síncope, anemia, arritmia o patología neurológica, o aquellos todavía sin un diagnóstico claro o pendiente de resultados de pruebas. En las entidades clínicas de exclusión como la enfermedad de Ménière y la migraña vestibular se incluyeron solo aquellos con diagnóstico definitivo.
- Excluidos los anteriores se estudia la frecuencia del MSC y las patologías vestibulares confirmadas.

El estudio funcional vestibular en los pacientes con MSC consistió en registro con vídeo de las respuestas oculomotoras, nistagmo espontáneo, postural, calórico, rotatorio, videonistagmografía de test impulsivo, potenciales miogénicos vestibulares oculares y cervicales que descartó una patología vestibular activa. La posturografía se realizó solo en casos de normalidad en las anteriores pruebas.

Evaluamos en el grupo de MSC las siguientes variables.

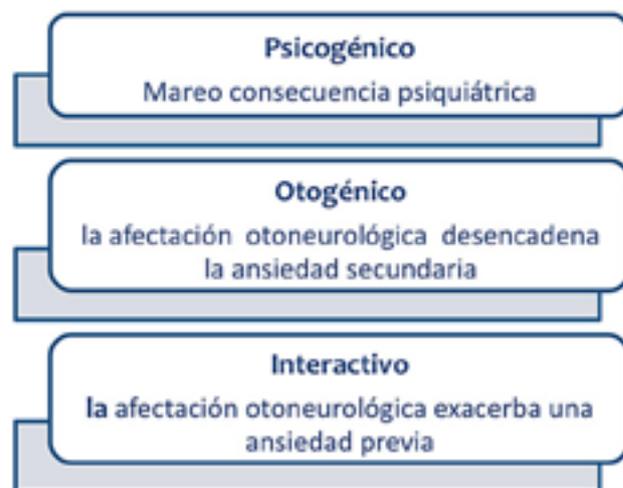
- Edad
- Sexo.
- Presencia de ansiedad previa.
- Patología vestibular asociada o no, y tipo.
- DHI<sup>10</sup> y test de Goldberg<sup>11</sup> pre tratamiento y a los 3 y 6 meses.

El test de Goldberg ha sido diseñado para ayudar a generalistas y especialistas no psiquiatras para detectar estado de ansiedad y depresión en sus pacientes. Se trata de un cuestionario de 9 preguntas para ansiedad y 9 para depresión. Tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 86% cuando se ha comparado con el cuestionario de 60 preguntas que los psiquiatras utilizan habitualmente para estos procesos.

El test de DHI ha sido validado en español por N. Pérez y col. para medir la discapacidad por mareo<sup>12</sup>.

El tratamiento solo se realizó a aquellos pacientes con MSC con patología vestibular asociada. El grupo clasificado en psicógeno por no hallar evidencia de enfermedad vestibular (la tabla II muestra la clasificación del MSC según su origen) se derivó a tratamiento psiquiátrico.

Tabla II: Clasificación del MSC según su origen.



El tratamiento consistió en terapia cognitivo conductual, rehabilitación del conflicto visual y postural, e inhibidores de la recaptación de la serotonina, principalmente escitalopram 10 mg.

## Resultados

De los 313 pacientes visitados y con diagnóstico de certeza (Fig. 1), 63 presentaron diagnóstico de MSC (20.12%), representado la segunda causa en frecuencia, detrás del vértigo posicional paroxístico benigno.

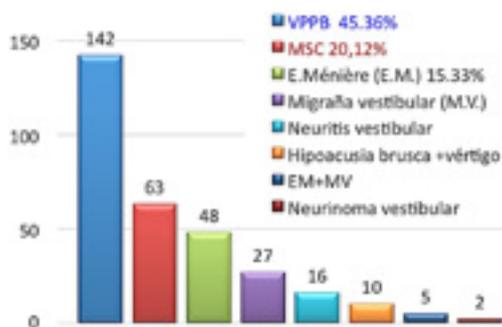


Figura 1: Distribución de los diagnósticos de 313 pacientes visitados y diagnosticados en un periodo de 18 meses.

En la tabla III se resumen las variables estudiadas. Existió una predominancia de mujeres (2/1) y la edad media fue de 51.28 (11.34).

Tabla III: Edad, sexo, DHI y antecedentes de alteración psiquiátrica previa en los pacientes con MSC.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexo (42♀ -21♂).</li> <li>Edad: 51.28 (11.34) (28-72).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A/D previa en 41.06 %</li> <li>DHI: 76.31 (9.8).</li> <li>Test Goldberg.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>ansiedad n= 43..... (68.25%).</li> <li>depresión n= 11..... (17.46%).</li> <li>A+D n= 9..... (14.28%).</li> </ul> </li> </ul>

En la Fig. 2 se muestran las patologías vestibulares asociadas, siendo la más frecuente el VPPB, seguida de la migraña vestibular.

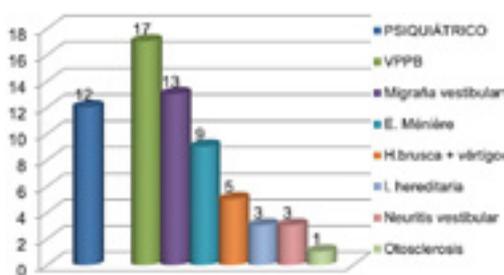


Figura 2: Distribución según patologías de los pacientes diagnosticados de MSC. (l. hereditaria= laberintopatía hereditaria).

Presentaron antecedentes previos fóbicos o de ansiedad el 41.2%. La Fig. 3 muestra la presencia de dichos antecedentes en relación a las patologías observadas.

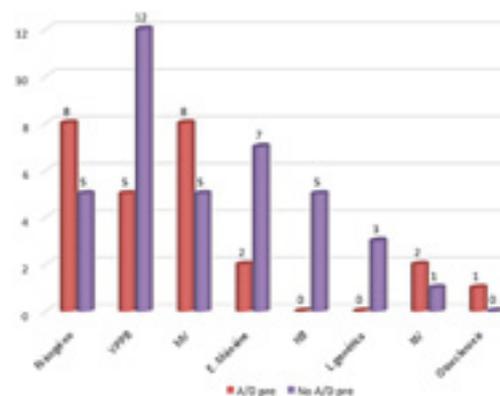


Figura 3: Antecedentes de ansiedad o depresión previa según patologías.

El DHI global fue de 76.31 (9.8) y el test de Goldberg fue positivo en todos los pacientes.

En los 51 pacientes tratados existió una franca mejoría del DHI a los 3 meses (Fig. 4) pero el test de Goldberg persistió positivo aunque con una menor puntuación en aquellos pacientes con antecedentes psiquiátricos previos.



Figura 4: Respuesta al tratamiento a los 3 meses según antecedentes de ansiedad o depresión previa.

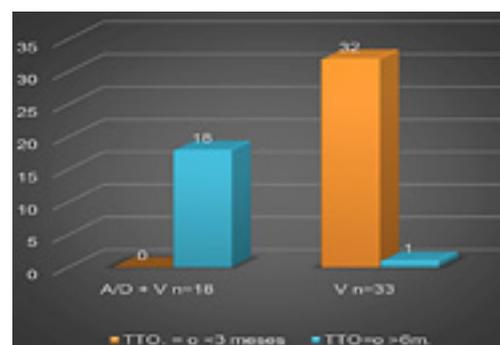


Figura 5: Duración del tratamiento según antecedentes previos de ansiedad y depresión o no en pacientes con patología vestibular asociada.

El grupo de pacientes sin antecedentes de ansiedad o depresión previa, excepto un paciente, hizo 3 meses o menos de tratamiento (Fig. 5). El grupo con antecedentes psiquiátricos precisó 6 meses o más de tratamiento y 2 de ellos debieron ser remitidos al psiquiatra para ajuste del tratamiento de la ansiedad.

## Discusión

A pesar del sesgo de la serie estudiada por los criterios de inclusión y exclusión definidos, el MSC fue una entidad frecuente en nuestras consultas de otoneurología.

Casi siempre se desencadena por una enfermedad otoneurológica, psiquiátrica o médica. Es una entidad que presenta un patrón único de respuesta postural y a estímulos visuales complejos. El Comité para la Clasificación de los Trastornos Vestibulares de la Sociedad de Bárány ha publicado en 2013 la definición del MSC.

Es muy importante que entre los pacientes que consultan por una clínica inespecífica y patología vestibular diferenciamos aquellos que tiene una deficiente compensación vestibular de los que presentan MSC ya que de ello dependerá el tratamiento y su eficacia. El dilema se aclarará con la oportuna exploración funcional y de imagen y especialmente por las características clínicas tan definidas.

La presencia de antecedentes psiquiátricos en nuestra serie ha sido un factor desfavorable al tratamiento. Algunos autores señalan que la patología psiquiátrica previa predispone a MSC<sup>13</sup>. Al respecto observamos que determinadas patologías suelen asociar ansiedad previa, como la migraña vestibular, la cual, en nuestra serie, se asociaba en más de la mitad de los casos. No siendo la patología más observada en nuestras consultas por tener una unidad de cefaleas, llama la atención que es la segunda causa de presentación de MSC, detrás del VPPB que es la causa más frecuente, aunque es difícil generalizar los resultados por la medida de la muestra.

La gravedad de la clínica también puede ser motivo de predisponer a MSC como ocurre en los pacientes que presentaron neuritis vestibular asociada.

Los test utilizados para valorar el resultado del tratamiento son test validados<sup>12</sup>. De hecho nos han servido para decidir según su mejoría dejar o continuar el tratamiento.

Decidimos tratar estos pacientes porque están más predispuestos al cumplimiento del tratamiento si éste es explicado, evaluado y seguido por el otoneurólogo, y en general son reacios a ser derivados al psiquiatra. La mayoría de los pacientes aquí estudiados tienen ya más de 12 meses de seguimiento y no se ha tenido que reintroducir ningún otro tratamiento.

Aunque no hemos tratado al grupo psicógeno, sabemos por las reuniones con el Servicio de Psiquiatría que estos pacientes han mejorado con el tratamiento que prescrito. Por lo tanto, creemos que estos pacientes mejoran su calidad de vida, con un enfoque adecuado.

Jacob y Furman<sup>14</sup> sugieren que la relación entre el mareo y la ansiedad es bidireccional, concepto apoyado por las investigaciones neurofisiológicas recientes. Al igual que determinados factores de riesgo predisponen a fobias o a trastornos de pánico, de acuerdo con la teoría de Jacob

el grupo otogénico representa un factor de riesgo para desarrollar Mareo Subjetivo Crónico por lo que una intervención precoz evitará la aparición de esta patología<sup>5</sup>.

Yardly y col.<sup>15</sup> en el Reino Unido observan en un amplio estudio de pacientes de primaria, que consultaron por mareo crónico, que la discapacidad se relaciona más con la ansiedad, miedo a perder el control y a la hiperexcitabilidad autonómica que a las variables otoneurológicas. Estos autores exponen que los síntomas físicos precipitan la ansiedad y las conductas fóbicas de evitación, lo que ocasiona una exageración del mareo completando un círculo vicioso que mantiene la cronicidad.

Los síntomas prodrómicos y los factores de riesgo de ansiedad predisponen a una psicopatología más severa. Esto lo hemos observado en nuestra serie ya que precisó tratamiento con antidepresivos por más tiempo.

Actualmente existen diversas investigaciones que han mostrado las conexiones que tiene el sistema vestibular con estructuras ligadas a las emociones como el complejo parabranchial, y también las relaciones que existen con el control postural y ocular<sup>16,17</sup>.

Para decidir el tratamiento más adecuado consultamos todas las publicaciones en inglés de los últimos 10 años en Pubmed, Scopus, Cochrane y Up toDate sobre MSC (n= 93) con los términos dizziness, diagnosis, anxiety disorders, epidemiology, drug therapy, rehabilitation, therapy, psychology, y de los 33 en relación al tratamiento solo 11 se centran en MSC y patología vestibular.

No existen ensayos de tratamiento controlados a gran escala para MSC, pero se ha sugerido como en los trastornos de ansiedad el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de la asociación de inhibidores de la recaptación de la serotonina – noradrenalina (IRS-IRNA), terapia rehabilitadora vestibular y posible asociación psicoterápica cognitivo-conductual. Algunos autores han descrito beneficio del MSC con los ISRS<sup>18,19</sup>.

Los antidepresivos serotoninérgicos deben introducirse de forma lenta (la primera semana damos la mitad de dosis). El éxito del tratamiento requiere al menos de 8 a 12 semanas de duración.

La terapia de habituación sirve para aceptar y tolerar los síntomas, ayudando a disminuir la ansiedad. Deben ser ejercicios introducidos de forma lenta y a tandas cortas para desensibilizar las conductas fóbicas. Se realizarán progresivamente y por más tiempo que el requerido para compensar un déficit vestibular, 3 meses o más. Debe incluir ejercicios con complejos estímulos visuales.

La terapia cognitivo-conductual es un soporte pero no obtiene resultados buenos a largo plazo como única alternativa de tratamiento<sup>20</sup>. Nosotros la utilizamos como refuerzo al resto del tratamiento.

Aquellos pacientes que no han tolerado un determinado tratamiento se les prescribe otro diferente con la misma acción. Utilizamos habitualmente escitalopram 10 mg. Pero si hay una conducta fóbica importante preferimos la paroxetina 20 mg, y si hay un componente más depresivo la sertralina 50 mg, pautas orientadas por nuestro Servicio de Psiquiatría. Los 2 pacientes remitidos a Psiquiatría se les trató con la combinación de ISRS y IRNA. En general el tratamiento no excedió de los 9 meses.

Por último, presentamos en la figura 6 un algoritmo de manejo de estos pacientes. Los pacientes con origen psicógeno son derivados al Servicio de Psiquiatría. Aunque hemos acordado que si apareciera clínica vestibular serían remitidos de nuevo a estudio. Por los resultados obtenidos prescribimos 6 meses de tratamiento si hay antecedentes previos de ansiedad y depresión, si persiste la clínica reevaluamos la función vestibular y en caso de no observar modificación son remitidos a Psiquiatría.

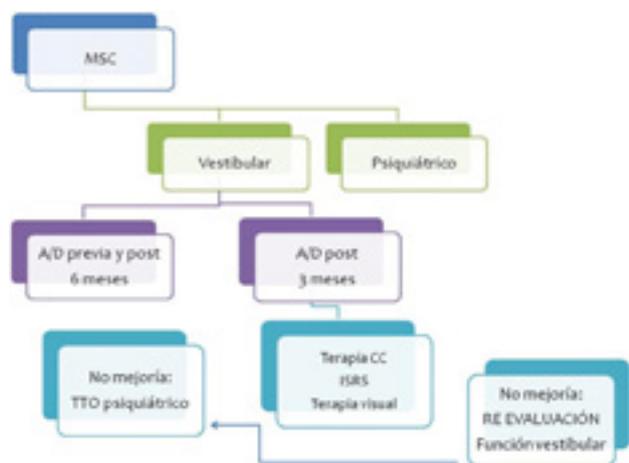


Figura 6: Algoritmo propuesto para el manejo de los pacientes diagnosticados de MSC en nuestras consultas.

## Conclusiones

El mareo subjetivo crónico ha sido una entidad frecuente en nuestras consultas de otoneurología. Su diagnóstico depende del conocimiento de sus criterios clínicos y exploratorios. Los pacientes con Mareo Subjetivo Crónico y patología vestibular asociada pueden y deben ser tratados por el otoneurólogo. El tratamiento combinado con terapia cognitivo conductual, rehabilitación del conflicto visual y postural e inhibidores de la recaptación de la serotonina ha producido en la mayoría de nuestros pacientes remisión de la clínica y una mejoría de la calidad de vida.

## Bibliografía

1. Furman JM, Jacob RG. Psychiatric dizziness. *Neurology*. mayo de 1997;48(5):1161-6.
2. Bronstein AM, Golding JF, Gresty MA. Vertigo and dizziness from environmental motion: visual vertigo, motion sickness, and drivers' disorientation. *Semin Neurol*. julio de 2013;33(3):219-30.
3. Brandt T. Phobic postural vertigo. *Neurology*. junio de 1996;46(6):1515-9.
4. Staab JP. Chronic subjective dizziness. *Contin Minneap Minn*. octubre de 2012;18(5 Neuro-otology):1118-41.
5. Staab JP, Ruckenstein MJ. Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *The Laryngoscope*. octubre de 2003;113(10):1714-8.
6. Bath AP, Walsh RM, Ranalli P, Tyndel F, Bance ML, Mai R, et al. Experience from a multidisciplinary «dizzy» clinic. *Am J Otol*. enero de 2000;21(1):92-7.

7. Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman BJ. Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness. *J Gen Intern Med*. octubre de 1993;8(10):530-5.
8. Barber HO. Current ideas on vestibular diagnosis. *Otolaryngol Clin North Am*. junio de 1978;11(2):283-300.
9. Staab JP. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neuro-otology. *Curr Opin Neurol*. febrero de 2006;19(1):41-8.
10. Pérez N, Martín E, García-Tapia R. Dizziness: relating the severity of vertigo to the degree of handicap by measuring vestibular impairment. *Otolaryngol-Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. marzo de 2003;128(3):372-81.
11. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 8 de octubre de 1988;297(6653):897-9.
12. Pérez N, Garmendia I, Martín E, Boleas MS, García-Tapia R. [Health measurement instruments in patients with vertigo]. *Acta Otorrinolaringológica Esp*. diciembre de 2000;51(8):677-85.
13. Heinrichs N, Edler C, Eskens S, Mielczarek MM, Moschner C. Predicting continued dizziness after an acute peripheral vestibular disorder. *Psychosom Med*. octubre de 2007;69(7):700-7.
14. Jacob RG, Furman JM. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol*. febrero de 2001;14(1):41-6.
15. Yardley L. Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngol Clin North Am*. junio de 2000;33(3):603-16.
16. Staab JP, Balaban CD, Furman JM. Threat assessment and locomotion: clinical applications of an integrated model of anxiety and postural control. *Semin Neurol*. julio de 2013;33(3):297-306.
17. Staab JP. The influence of anxiety on ocular motor control and gaze. *Curr Opin Neurol*. febrero de 2014;27(1):118-24.
18. Staab JP, Ruckenstein MJ, Amsterdam JD. A prospective trial of sertraline for chronic subjective dizziness. *The Laryngoscope*. septiembre de 2004;114(9):1637-41.
19. Horii A, Mitani K, Kitahara T, Uno A, Takeda N, Kubo T. Paroxetine, a selective serotonin reuptake inhibitor, reduces depressive symptoms and subjective handicaps in patients with dizziness. *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol*. julio de 2004;25(4):536-43.
20. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, Rivano-Fischer M, Magnusson M. Treatment of phobic postural vertigo. A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization. *J Neurol*. abril de 2006;253(4):500-6.

## Correspondencia

Dra. Bárbara Salazar Pérez  
Muntaner, 24, esc. Derecha, 2-2  
08010 Barcelona.  
e-mail: barbara9123@hotmail.com