

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Artículo comentado

Vértigo subjetivo crónico

Chronic subjective dizziness

José Ignacio Benito-Orejas

Hospital Clínico Universitario. Servicio de Otorrinolaringología. Valladolid.
España.

Área Editorial: vestibulometría/equilibrio.

jibenito@ono.com

Recibido: 06/07/2013

Publicado: 15/07/2013

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Benito-Orejas JI. Vértigo subjetivo crónico. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013. 4 (Supl.2): 13-19

Resumen	Presentamos un extracto del artículo publicado por Staab JP en Continuum Lifelong Learning Neurol (2012; PMID 23042063), sobre el vértigo subjetivo crónico. En 1986, los neurólogos alemanes Thomas Brandt y Marianne Dietrich describen el "síndrome del vértigo postural fóbico" (VPF), a partir de la observación clínica de pacientes con mareo no vertiginoso y exploración neuro-otológica normal. A comienzos del año 2000 un equipo americano dirigido por Jeffrey Staab y Michael Ruckenstein confirmó los síntomas cardinales y su relación con alteraciones del comportamiento, denominándolo "vértigo subjetivo crónico" (VSC). Investigaciones recientes llevadas a cabo en Europa, USA y Japón han validado este síndrome, estando de acuerdo en los síntomas primarios que lo caracterizan, en los factores precipitantes, en su largo curso clínico y en el diagnóstico diferencial; desarrollando prometedoras estrategias de tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos, habituación vestibular y en ocasiones psicoterapia complementaria, lo que ha permitido elaborar nuevas hipótesis fisio-patológicas respecto al inicio y mantenimiento de este proceso. En los centros hospitalarios especializados, el VSC se reconoce en los pacientes que acuden con síntomas vestibulares, como el segundo diagnóstico más frecuente, después del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).
Palabras clave	Vértigo; vértigo subjetivo; vértigo crónico; vértigo subjetivo crónico; tratamiento del vértigo.
Summary	We present a summary of the article published by Staab JP in Continuum Lifelong Learning Neurol (2012; PMID 23042063), on chronic subjective dizziness. In 1986, the German neurologists Thomas Brandt and Marianne Dietrich described the "syndrome of phobic postural vertigo" (PPV), from clinical observation of patients with nonvertiginous dizziness and normal neuro-otologic scan. At the beginning of the year 2000 an American team led by Jeffrey Staab and Michael Ruckenstein confirmed the core physical symptoms and their relationship with changes in behavior, called "chronic subjective dizziness" (CSD). Recent research carried out in Europe, USA and Japan have validated this syndrome, agreeing on the primary symptoms, precipitating factors, its long clinical course and the differential diagnosis; developing successful strategies of treatment with serotonergic antidepressant, vestibular habituation and sometimes complementary psychotherapy, which has allowed new hypotheses about pathophysiologic process that initiate and maintain the disorder. In tertiary neuro-otologic centers, the CSD is recognized, in patients who come with vestibular symptoms, such as the second diagnosis more frequent, after benign paroxysmal positional vertigo (BPPV).
Keywords	Dizziness; subjective dizziness; chronic dizziness; chronic subjective dizziness; dizziness treatment.

Artículo comentado

Staab JP. Chronic subjective dizziness. Continuum Lifelong Learning Neurol. 2012; 18(5): 1118-1141. PubMed PMID: 23042063.

Introducción

El trabajo redefine las características clínicas de este proceso, con más de 25 años de historia, diferenciándolo de otros tan inespecíficos como el de "vértigo crónico", "mareo psicógeno", "vértigo cervical" o "insuficiencia vértebrobasilar". La introducción reivindica para la clínica el término y el significado de la palabra "agorafobia", acuñada por el alemán Karl Westphal en 1871. Se refieren los antecedentes y características que permitieron describir en 1986 el

VPF y los que condujeron en el 2000 a la actualización de esta entidad. Posteriormente el artículo se divide en cuatro apartados donde se exponen sucesivamente, cada uno de los aspectos que contempla la clínica, la hipótesis fisiopatológica que podría explicar su origen, el diagnóstico diferencial y finaliza el último capítulo con el tratamiento en sus diferentes modalidades. Al texto lo acompañan un conjunto de tablas a manera de cuadros sinópticos y se complementa con 4 casos clínicos que lo esquematizan.

En el resumen presentamos 2 de estas tablas, porque expresan lo fundamental de la clínica y del tratamiento médico.

Resultados

Clínica (Tabla 1):

1. Síntomas principales:

Sensaciones permanentes de balanceo, oscilación, desequilibrio o “mareo” no giratorio. Se trata de un padecimiento crónico que puede durar meses o años con oscilaciones en la intensidad de los síntomas, incluso a lo largo del mismo día. La remisión espontánea es infrecuente y de ocurrir es en forma gradual. El desequilibrio no puede ser objetivado ni en la exploración física ni en la instrumental, aunque los familiares aseguren que han visto al paciente balancearse. El vértigo rotatorio no forma parte de este síndrome, no obstante, una patología vestibular (VPPB, Enfermedad de Ménière, neuritis vestibular...) puede actuar como desencadenante o coincidir en el tiempo con este proceso.

2. Relación directa con la postura:

En la definición del VSC existe un elemento postural. Los pacientes típicamente expresan que sus síntomas empeoran estando de pie o caminando y mejoran sentados y aún más tumbados. Además, se pueden referir síntomas ortostáticos y posicionales como un patrón generalizado de hipersensibilidad al movimiento.

3. Factores agravantes:

Movimientos del cuerpo, del medio ambiente o la realización de actividades visuales precisas (lectura, ordenador...) son agravantes de la sintomatología descrita, que podrá seguir presente con independencia de los mismos. Es difícil diferenciar estos síntomas respecto a los que se tienen en una enfermedad vestibular activa (Ménière, migraña vestibular...), en problemas de pánico del tipo de la agorafobia o en determinadas fobias al vértigo, donde también el movimiento es perturbador. En el artículo se intentan describir estas diferencias.

4. Factores precipitantes:

El factor precipitante más frecuente (25% de casos) es el padecimiento de una patología vestibular aguda previa (VPPB o neuritis vestibular). En adultos jóvenes un factor precipitante frecuente son los ataques de pánico (15-20%) y también la migraña vestibular (15-20%). Otros son la ansiedad generalizada

(15%), el traumatismo cráneo-encefálico leve (10-15%) y las alteraciones neurovegetativas (7%).

En los casos clínicos 1 y 2 se refieren condiciones médicas y psiquiátricas desencadenantes.

5. Enfermedades concomitantes:

Este síndrome puede coexistir con una gran variedad de procesos, tanto los precipitantes enunciados anteriormente, como otras condiciones que pueden ser crónicas, recurrentes o episódicas (como la enfermedad de Ménière); de manera que los hallazgos positivos en la exploración física o instrumental no excluyen el diagnóstico de VSC, sino que permiten identificar comorbilidades añadidas.

El caso clínico 3, muestra esta comorbilidad.

6. Enfermedades psiquiátricas predisponentes:

En general, se considera al estrés como un desencadenante de la enfermedad y se supone que las alteraciones del comportamiento pueden contribuir al VSC de tres maneras: 1)- Un temperamento ansioso e introvertido o un cuadro previo de ansiedad predisponen al individuo al VSC tras un factor precipitante. 2)- La ansiedad excesiva ante un cuadro vertiginoso, en forma de hipervigilancia de los síntomas físicos o gran preocupación respecto a las consecuencias, puede influir en su desencadenamiento. 3)- La ansiedad (en el 60% de pacientes) y la depresión (en el 45%) se añaden como comorbilidad en muchos pacientes, no constituyendo un rasgo diferencial.

La exploración física, las pruebas de laboratorio y las de neuroimagen, no son útiles para el diagnóstico de VSC, sino para identificar otras enfermedades concomitantes u otros procesos que forman parte del diagnóstico diferencial de esta enfermedad. Es importante discriminar el inicio de las distintas patologías, las que sucedieron en el pasado y las que acontecen en el momento actual e identificar los posibles factores precipitantes. Partiendo de estos factores, se describen diferentes patrones de evolución de la enfermedad.

TABLA 1: HALLAZGOS CLÍNICOS EN EL VÉRTIGO SUBJETIVO CRÓNICO (VSC).		
HALLAZGOS	DESCRIPCIÓN	COMENTARIOS
Síntomas principales	Desequilibrio, mareo o ambos, están presentes a lo largo del día, aunque fluctúan en severidad. Los síntomas están presentes la mayor parte de los días durante 3 meses o más.	Aunque los síntomas son persistentes, aumentan y disminuyen espontáneamente y en respuesta a factores provocadores. El vértigo no forma parte del VSC, pero puede coexistir con otros desórdenes vestibulares. En estos casos, los pacientes pueden experimentar vértigo episódico, junto a desequilibrio y mareo crónico.
Manifestaciones posturales	Los síntomas principales tienen relación con la postura corporal. Los síntomas son más severos estando de pie o caminando, menos severos estando sentado y ausentes o muy livianos cuando se está tumbado.	Algunos pacientes con VSC prefieren caminar a permanecer quietos de pie, aunque en ambos casos se encuentran peor que sentados o tumbados. Los síntomas posturales y ortostáticos, tienen características diferentes. El temblor ortostático se desarrolla estando de pie y mejora al caminar.
Factores agravantes	Los síntomas principales están presentes sin necesidad de provocación, pero pueden incrementarse con: -Movimientos activos o pasivos del cuerpo. -Movimiento amplio del campo visual o patrón visual complejo. -Realización de actividades visuales precisas (lectura, ordenador, tareas delicadas con las manos...)	Aunque los síntomas del VSC no necesitan provocación, reflejan el acúmulo de actividades provocadoras a lo largo del día.
Factores precipitantes	-Enfermedad neuro-otológica aguda o recurrente, que provoca una disfunción vestibular central o periférica. -Problemas médicos agudos o recurrentes que producen mareo o desequilibrio. -Problemas psiquiátricos agudos o recurrentes que producen mareo o desequilibrio.	Los desencadenantes más frecuentes de VSC, son: -Cuadro vertiginoso agudo previo: (VPPB, neuritis vestibular). -Desorden vestibular episódico (migraña vestibular, Enfermedad de Ménière). -Traumatismo cráneo encefálico leve o latigazo cervical. -Ataques de pánico o ansiedad generalizada. -Alteraciones neurovegetativas. -Disritmias. -Reacciones adversas a medicamentos u otros acontecimientos médicos.
Exploración física e instrumental	El examen físico e instrumental es normal, aunque pequeñas anomalías, sin determinación diagnóstica, ocurren con frecuencia. El examen puede poner en evidencia una patología neuro-otológica u otra alteración médica general que puede ser activa, en tratamiento o resuelta, pero que no puede explicar totalmente los síntomas del paciente.	El VSC puede presentarse de forma aislada o coexistir con otras enfermedades neuro-otológicas o generales. De manera que la presencia de hallazgos positivos en la exploración no excluye el diagnóstico de VSC. Debemos identificar la comorbilidad. No se han establecido marcadores específicos del VSC, aunque hay datos que refieren un patrón de balanceo característico en la posturografía.
Alteraciones del comportamiento	La valoración psicológica del paciente puede ser normal, aunque pequeños niveles de ansiedad o depresión son frecuentes. La valoración sin embargo puede encontrar elevados niveles de estrés psíquico y/o alteraciones psiquiátricas.	El VSC es una entidad clínica propia y no una manifestación de una enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, los pacientes con VSC tienen una mayor prevalencia de patología psiquiátrica, principalmente ansiedad y depresión, en comparación con pacientes que presentan otros procesos neuro-otológicos.

Tratamiento:

No hay amplios estudios controlados respecto a la intervención terapéutica, siendo tres las estrategias que se pueden usar solas o en combinación: el tratamiento médico, la rehabilitación y la psicoterapia.

El tratamiento médico se basa en la administración de inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS) o de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN). Con esta medicación, los síntomas principales se reducen en más del 80% de los pacientes que completan las 8-12 semanas de tratamiento. En un 20% aparecen efectos adversos menores (nauseas, alteraciones del sueño, disfunción sexual). La ansiedad o depresión asociada mejoran simultáneamente con el desequilibrio y mareo, lo que no sorprende pues se trata de una medicación indicada como tratamiento ansiolítico y antidepressivo. Los resultados no dependen de la comorbilidad psiquiátrica añadida. Los diferentes estudios realizados indican que ambos grupos terapéuticos son seguros y efectivos en el tratamiento de pacientes con VSC. Ninguna medicación parece ser superior a otra en respuesta o tolerabilidad.

En la **Tabla 2** se exponen los fármacos y las estrategias respecto a la dosificación en el tiempo. Como se observa, estas medicaciones suelen iniciarse a una dosis de $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{2}$ de la que inicialmente se usa en la depresión. Sólo se precisan elevadas dosis en caso de severa comorbilidad psiquiátrica. Con frecuencia se necesitan de 8 a 12 semanas para observar una respuesta clínica significativa, de modo que la medicación no debe abandonarse antes, salvo por intolerancia. Si el tratamiento es exitoso, se mantendrá al menos durante 1 año. Si un paciente no responde o muestra intolerancia a un fármaco, tiene muchas posibilidades de responder a otro. Desde el punto de vista práctico el tratamiento se cambia a un IRSN después de 2 intentos fallidos con fármacos del grupo IRSS.

La terapia rehabilitadora parece que actúa fundamentalmente a través de los mecanismos de habituación, pero no hay resultados establecidos en esta patología. En pacientes con vértigo crónico inespecífico, donde a veces se incluye, tiene una eficacia del 60-80%, reduciendo la severidad de los síntomas vestibulares e incrementando la movilidad. Estos resultados son parecidos a los del tratamiento médico, de manera que se considerará la rehabilitación como forma de tratamiento inicial. Para obtener el máximo beneficio, se pueden requerir de 3 a 6 meses de tratamiento.

Finalmente la psicoterapia es otro procedimiento que puede mejorar la sintomatología de estos enfermos.

El caso clínico número 4 expone las ventajas e inconvenientes del tratamiento.

TABLA 2: ESTRATEGIAS EN LA DOSIFICACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS SEROTONINÉRGICOS EN EL VÉRTIGO SUBJETIVO CRÓNICO (VSC).				
MEDICACIÓN	Terapia inicial. Dosis diaria (mg)	Evaluación (2 semanas). Dosis diaria (mg)	Evaluación (4 semanas). Dosis diaria (mg)	Rango terapéutico. Dosis diaria (mg)
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRSS)				
Fluoxetina	5-10	10-20	20-40	20-60
Sertralina	12.5-25	25-50	50-100	50-150
Paroxetina	5-10	10-20	20-40	20-60
Citalopram	5-10	10-20	20-40	20-40
Escitalopram	2.5-5	5-10	10-20	10-20
Fluvoxamina	25	25-50 dos veces al día	50-100 dos veces al día	50-100 dos veces al día
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (IRSN)				
Venlafaxina	25-37.5	37.5-50	75-150	75-225
Milnacipran	12.5-25 dos veces al día	25-50 dos veces al día	50 dos veces al día	50-75 dos veces al día
Duloxetina	20-30	40-60	40-60	40-60
Desvenlafaxina

Comentario del artículo

De acuerdo con su autor el Dr. Jeffrey P. Staab, del Departamento de Psiquiatría y Psicología de la Clínica Mayo en Rochester, la identificación de esta entidad clínica, nos permite separarla de ese amplio y enigmático grupo de mareos o vestibulopatías crónicas difíciles de concretar y reclama nuestra atención para que la consideremos una condición neuro-otológica independiente y no una manifestación de un desorden psiquiátrico. Pero aún si cabe más importante, es poner a nuestra disposición un arsenal terapéutico, cuya validación en distintos países está demostrando su eficacia.

Se espera que el Comité encargado de la Clasificación de los Desórdenes Vestibulares de la Sociedad Bárány, publique el primer acuerdo internacional que defina este síndrome.

Como añadido a estos comentarios uno más personal, adjuntando la referencia de uno de los artículos que escribió sobre el tema el Dr. Luis D. Beltrán compañero de Salamanca, con quien tuve la suerte de aprender: Beltrán-Mateos LD, Santa Cruz-Ruiz S, Coscarón-Blanco E, Solana-Sorribas J, Gil-Melcón M, Batuecas-Caletrío A. Inseguridad fóbica ortostática. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007; 58(9):393-400.