

# 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](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Artículo de revisión

## Migraña vestibular: Diagnóstico y tratamiento

Vestibular migraine: Diagnosis and treatment

Ángel Batuecas-Caletrío (\*), Eduardo Martín-Sanz(\*\*), Gabriel Trinidad-Ruiz(\*\*\*), Juan Manuel Espinosa-Sánchez(\*\*\*\*), Óscar Alemán-López(\*\*\*\*\*).

(\* Hospital Universitario de Salamanca. España (\*\* Hospital Universitario de Getafe. España (\*\*\*) Hospital Universitario de Badajoz. España (\*\*\*\*) Hospital de "San Agustín". Linares (Jaén). España (\*\*\*\*\* Hospital de Alicante. España. Área Editorial de Otoneurología. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

abatuc@yahoo.es

Recibido: 24/02/2013

Aceptado: 25/02/2013

Publicado: 02/03/2013

**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:

Batuecas-Caletrio A, Martín-Sanz E, Trinidad-Ruiz G, Espinosa-Sánchez JM, Alemán-López O. Migraña vestibular: Diagnóstico y tratamiento. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013;4(5):21-29.

<b>Resumen</b>	La Migraña Vestibular es una de las causas más frecuente de vértigo recurrente. En ocasiones su diagnóstico puede no resultar sencillo por la variedad de presentaciones de la enfermedad. Es necesaria una buena caracterización de la enfermedad y unos criterios diagnósticos claros que permitan hacer más sencillo el manejo de la enfermedad. Por otro lado, el tratamiento de esta entidad es similar al tratamiento de la migraña, tanto el tratamiento de la crisis aguda como de la profilaxis. Existen documentos de consenso tanto de diagnóstico como de tratamiento que son analizados en este trabajo.
<b>Palabras clave</b>	Migraña vestibular; Cefalea; Vertigo; Mareo
<b>Summary</b>	Vestibular migraine is one of the most common causes of recurrent vertigo. Occasionally, diagnosis of vestibular migraine can not be easy because of variety of clinical manifestations. A good characterization of the vestibular migraine and goods diagnostic criteria are necessary in order to treat the vestibular migraine easily. In the other hand, the treatment of vestibular migraine is similar to the treatment of migraine, both acute crisis and preventive treatment. There are several consensus papers in diagnosis and treatment that are analized in this work.
<b>Keywords</b>	Migraine disorders; Headache; Vertigo; Dizziness.

## Introducción

La migraña vestibular (MV) es la causa más frecuente de vértigo espontáneo recurrente y la segunda patología vestibular más frecuente tras el vértigo posicional paroxístico benigno en clínicas neurootológicas según algunos autores. Afecta aproximadamente al 10% de los pacientes migrañosos y supone entre el 5 y el 10% de las consultas en Unidades de Neuro-otología. Puede aparecer a cualquier edad y afecta predominantemente a mujeres en una proporción 3:1. Además, puede existir una asociación familiar que habla de un posible origen genético de la enfermedad [1]

En un número considerable de pacientes, la cefalea migrañosa aparece de una forma más prematura a lo largo de la vida del paciente que la migraña vestibular. Por otro lado, muchos pacientes no presentan ningún tipo de cefalea hasta que aparece la migraña vestibular. Incluso se ha descrito la otalgia como uno de los síntomas relacionados con la migraña [2]. El vértigo paroxístico benigno infantil es, probablemente, una manifestación temprana de la Migraña vestibular y afecta a un 2.8% de niños entre los 6 y los 12 años [3].

La terminología que se viene utilizando para designar a esta entidad ha sido variada y, frecuentemente, confusa. Así, se habla de Migraña vestibular,

vértigo asociado a migraña, vestibulopatía asociada a migraña, vértigo recurrente benigno e incluso migraña basilar [4]. Toda esa terminología ha hecho difícil la uniformidad en las publicaciones sobre el tema ya que, a menudo, se hablaba de diferentes entidades dentro del concepto “migraña vestibular”. Por ello, han sido diversas las propuestas de consenso para establecer el diagnóstico definitivo de migraña vestibular como también han sido frecuentes los trabajos de propuesta de tratamiento de la migraña basado en la evidencia.

Fruto de ese trabajo han surgido documentos de consenso tanto de diagnóstico como de tratamiento de la migraña vestibular publicados recientemente [5,6]. A continuación exponemos las claves diagnósticas y las recomendaciones terapéuticas de esta entidad.

### **Diagnóstico**

De forma general, el paciente que acude a una consulta, bien neurológica o bien otoneurológica, padeciendo una MV manifiesta una crisis de vértigo espontáneo o posicional, incluso algunos manifiestan un vértigo espontáneo que acaba en un vértigo posicional más tarde [7].

Tanto la duración como la frecuencia de los ataques pueden variar entre pacientes e incluso en el mismo paciente. La duración de la crisis puede ser de segundos hasta días aunque la mayoría de los pacientes presentan crisis de duración entre 5 y 60 minutos, similar a la mayoría de la crisis de migraña [8].

El vértigo puede anteceder a la cefalea, acontecer juntos, o aparecer después de ella; algunos pacientes presentan en unas ocasiones ataques simultáneos y otras veces pueden no coincidir en el tiempo. La pérdida de audición o el acúfeno no son síntomas frecuentes en la MV, sin embargo la fotofobia, la fonofobia o el aura visual sí son acompañantes habituales de la MV y son de singular importancia puesto que en ocasiones pueden servir de indicadores de relación entre los ataques de vértigo espontáneo y la MV [9]. Otro aspecto importante en las manifestaciones clínicas de la MV son los precipitantes o

desencadenantes como la menstruación, la falta de sueño, el estrés, el descanso del estrés (vacaciones, fin de semana) o algunos tipos de comidas [10].

A lo largo de los últimos años ha habido diferentes propuestas en cuanto a la definición de la MV y de sus criterios diagnósticos. Los dos trabajos más relevantes en este sentido son los de Dieterich and Brandt en 1999, que clasificaba a los pacientes en cuatro grupos de evidencia [8], y el de Neuhauser et al. En 2001 en el que se establecían dos posibilidades diagnósticas de la MV, la definitiva y la probable [11].

Los criterios diagnósticos para la migraña vestibular formulados de forma conjunta por el comité para la clasificación de las patología vestibulares de la Barany Society y por el subcomité para la clasificación de la migraña de la Sociedad Internacional de Cefalea se exponen en la tabla 1.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de la migraña vestibular

**1.- Migraña Vestibular**

a.- Al menos 5 episodios con síntomas vestibulares de intensidad moderada o severa que duren entre 5 minutos y 72 horas.

b.- Historia actual o pasada de migraña con o sin aura de acuerdo a la International Classification of headache Disorders (ICHD)

c.- Una o más características de la migraña en al menos el 50% de los episodios vestibulares:

- Dolor de cabeza con al menos dos de las siguientes características: localización unilateral, carácter pulsátil, dolor de intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física.

- Fotofobia y fonofobia

- Aura visual

d.- No se puede establecer otro diagnóstico vestibular o de cefalea.

**2.- Migraña vestibular probable**

a.- Al menos 5 episodios con síntomas vestibulares de intensidad moderada o severa que duren entre 5 minutos y 72 horas

b.- Sólo uno de los criterios B o C para la migraña vestibular (historia de migraña o características migrañosas durante el ataque de vértigo)

c.- No se puede establecer otro diagnóstico vestibular o de cefalea.

Es preciso aclarar qué se entiende por “síntomas vestibulares”: vértigo espontáneo (tanto la sensación de giro del paciente como sensación de giro de los objetos que circundan al paciente); vértigo posicional; vértigo

visualmente inducido o vértigo visual.

Del mismo modo, se entiende por intensidad moderada cuando los síntomas vestibulares interfieren pero no imposibilitan la actividad diaria e intensidad severa cuando es imposible realizar las actividades cotidianas.

El papel de las pruebas vestibulares en la MV es controvertido. Sin embargo, es posible que las pruebas puedan ofrecer resultados patológicos, especialmente si ha pasado poco tiempo desde el ataque de vértigo. El hecho de encontrar pruebas alteradas no sirve como criterio diagnóstico por sí mismas. Además, encontrar pruebas muy alteradas entre los episodios puede ponernos en la pista de estar ante otra entidad [12]

Entre un 10-20% de los pacientes puede tener hiporreflexia en la estimulación calórica [13].

Durante la fase aguda de la MV, los pacientes pueden presentar desequilibrio y signos de patología central como un nistagmo vertical inferior, un nistagmo vertical superior o un nistagmo torsional puro [14].

### **Tratamiento**

El primer paso en el tratamiento de la MV ha de ser la adopción de determinadas medidas higiénico - dietéticas que afectan a la dieta y al sueño, en las que el primer paso debe ser la supresión de la ingesta de alimentos con cafeína ya que, en ocasiones, eliminar la cafeína puede ser suficiente para el control de la enfermedad [15,16].

El tratamiento de la MV no difiere del tratamiento general de la migraña con aura, tanto de la crisis como de la prevención [4]. Sin embargo, gran cantidad de tratamientos existentes, en ocasiones, no presentan un nivel de evidencia claro, sino que obedecen a criterios personales o locales no contrastados. Por ello, se hace necesaria una estandarización de los tratamientos de la migraña con aura que obedezca a su nivel de evidencia. Estos tratamientos se exponen en la tabla 2 en función de lo publicado por el Subcomité de estándares de calidad de la Academia Americana de Neurología y la Sociedad americana de

Cefalea [6].

**Tabla 2.** Tratamiento de la Migraña Vestibular

FARMACOS DE PRIMERA ELECCIÓN NIVEL A	FARMACOS DE SEGUNDA ELECCIÓN NIVEL B
<u>Divalproex sodium</u>	<u>Amitriptyline</u>
<u>Sodium valproate</u>	<u>Venlafaxine</u>
<u>Topiramate</u>	<u>Atenolol</u>
<u>Metoprolol</u>	<u>Nadolol</u>
<u>Propranolol</u>	<u>Naratriptan</u>
<u>Timolol</u>	<u>Zolmitriptan</u>
<u>Frovatriptan</u>	

A pesar de que existen estudios epidemiológicos que sugieren que aproximadamente un 38% de los pacientes con migraña necesitarían un tratamiento preventivo, solamente entre un 3% y un 13% lo utilizan. Presentar una migraña vestibular, esto es, síntomas vestibulares acompañantes de la migraña, puede ser una razón para que los pacientes cumplan mejor el tratamiento preventivo de la migraña [17].

Entre los medicamentos utilizados para el tratamiento de la migraña con aura con más de dos ensayos clínicos con un nivel de evidencia I nos encontramos con el grupo de las drogas antiepilépticas: Divalproato sódico, Valproato sódico, Topiramato; B-bloqueantes como Metoprolol, Propanolol o Timolol. Este grupo de fármacos debería ser la primera línea de tratamiento para este tipo de patología, pues presentan un nivel de eficacia evidente.

Otro grupo de fármacos con eficacia contrastado aunque menor son los triptanos como el fravatriptan, especialmente utilizado para el tratamiento de la migraña relacionada con la menstruación.

Otros tratamientos, clasificados dentro del nivel "B" de evidencia, con al menos un estudio con nivel de evidencia I o dos estudios con nivel de evidencia II son: Antidepresivos como Amitriptilina o venlafaxina; B-bloqueantes como atenolol o nadolol y triptanos como el Naratriptan o el Zolmitriptan.

Medicamentos dentro del nivel "C" de evidencia, esto es, que podrían ser útiles pero que los estudios que lo acreditan no son metodológicamente "fuertes" son:

Lisinopril, Candesartan, Guanfacina, Carbamacepina, Nebivolol, Pindolol.

Finalmente, son fármacos no útiles en el tratamiento de prevención de la migraña: Lamotrigina, Clomipramina, Acebutolol, Clonacepan, Nabumetona, Oxcarbazepina, Telmisartan.

En base a esta clasificación se debe establecer el tratamiento más adecuado para los pacientes con Migraña Vestibular, valorando siempre la clínica del paciente así como sus condicionantes personales, su medicación concomitante, etc.

Es preciso destacar que existen otros medicamentos que han venido utilizándose en el tratamiento de la migraña vestibular de los que existen referencias suficientes como para ser tenidos en cuenta a pesar de no figurar en el último documento de consenso. Esto sucede, por ejemplo, con la Flunarizina cuya eficacia está sobradamente demostrada [18,19].

A pesar de que se demuestre la eficacia de determinados medicamentos para el tratamiento de la migraña, esto no es suficiente para poder establecer cómo elegir un tratamiento óptimo, ya que no todos los pacientes responden igual a este tipo de medicación.

### **Conclusiones**

La Migraña Vestibular es una entidad bien caracterizada que ha de ser tenida en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de vértigo recurrente, ya que se presenta con cierta frecuencia en la consulta de Otoneurología. Los criterios diagnósticos están bien definidos así como el tratamiento, que deberá estar basado tanto en la adopción de medidas higiénico – dietéticas como en los grupos de fármacos que han demostrado eficacia con un nivel de evidencia alto, como son el valproato sódico o el topiramato como primera elección o la amitriptilina como segunda elección.

## Bibliografía

1. Bronstein A, Lempert T. Dizziness. A practical approach to diagnosis and management. Ed. Cambridge University Press. 2007: 76.
2. Teixido M, Seymour P, Kung B, Lazar S, Sabra O. Otagia associated with migraine. *Otol Neurotol*. 2011 Feb;32: 322-325.
3. Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of vértigo, migraine and vestibular migraine. 2009; 256: 333-338.
4. Strupp M, Versino M, Brandt T. Vestibular migraine Handbook of clinical Neurology. 2010; 97: 755-771.
5. Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterson J, Seemungal B, Carey J, Bisdorff A, Versino M, Evers S, Newman-Toker. Vestibular Migraine: Diagnostic criteria. *Journal of Vestibul Research*. 2012; 22: 167-172.
6. Silberstein SD; Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012; 78: 1337-1345.
7. Moretti G, Manzoni GC, Caffara P, Parma M. Benign recurrent vértigo and its connection with migraine. *Headache*. 1980; 20: 344-346.
8. Dietrich M, Brandt T. Episodic vértigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine?. *J Neurol*. 1999; 246: 883-892.
9. Johnson GD. Medical management of migraine-related dizziness and vértigo. *Laryngoscope*. 1998; 108: 1-28.
10. Drummond PD. Triggers of motion sickness in migraine sufferers. *Headache*. 2005; 45: 653-656.
11. Neuhauser H, Leopold M, von Breven M. The interrelations of migraine, vértigo and migrainous vértigo. *Neurology*. 2001; 56: 436-441.
12. von Brevern M, Zeise D, Neuhauser H, Clarke AH, Lempert T. Acute migrainous vértigo: clinical and oculographic findings. *Brain*. 2005; 128: 365-374.
13. Cutrer FM, Baloh RW. Migraine-associated dizziness. *Headache*. 1992; 32: 300-304.
14. von Brevern M, Radtke A, Clarke AH, Lempert T. Migrainous vértigo presenting as episodic positional vértigo. *Neurology*; 2004; 62: 469-472.
15. Mikulec AA, Faraji F, Kinsella LJ. Evaluation of the efficacy of caffeine cessation, nortriptyline, and topiramate therapy in vestibular migraine and complex dizziness of unknown etiology. *Am J Otolaryngol Head Neck Surg*. 33 (2012) 121–127.
16. Bisdorff A. Management of vestibular migraine. *Ther Adv Neurol Disord*. 2011; 4: 183-191.
17. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. The american migraine prevalence and prevention advisory group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007; 68: 343-349.
18. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S. Practice Parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 2004; 63: 2215-2224.



19. Victor S, Ryan SW. Cochrane Database Syst Rev. Drugs for preventing migraine headaches in children. Chocrane Database 2003; 4: CD002761.



T

