

24/07/2019

La causa más frecuente de vértigo puede ser fácilmente diagnosticada y tratada en las consultas de atención primaria



El vértigo, definido a menudo como una sensación de mareo, es un motivo de consulta frecuente en urgencias de los hospitales y sobre todo en las consultas de atención primaria. Sin embargo, su diagnóstico y tratamiento se suele hacer en unidades especializadas, tardando así mucho más tiempo y dificultando su generalización rutinaria. Este artículo tiene como objetivo demostrar que los médicos de familia pueden realizar las pruebas de diagnóstico y tratamiento del vértigo con éxito con un entrenamiento de 2 horas.

La causa más frecuente de mareo en las consultas de un médico de cabecera es el vértigo. El vértigo se define como aquella sensación de mareo que el paciente expresa como que las cosas dan vueltas a su alrededor o él mismo da vueltas.

La enfermedad que más a menudo origina vértigo es el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB) Del Canal Posterior. Los pacientes con esta enfermedad se despiertan por la mañana con una sensación, que a menudo viven con gran angustia, de que las cosas dan vueltas a su alrededor cada vez que mueven la cabeza, al darse la vuelta en la cama o al intentar incorporarse o estirarse de nuevo. La sensación de rotación por suerte dura poco rato pero

reaparece cuando el paciente se vuelve a mover. A menudo se acompaña de náuseas y a veces vómitos.

Los pacientes con este trastorno consultan de forma urgente con su médico o en urgencias ya que se asustan bastante dado que la sensación es muy desagradable. Dos de cada tres dejan de trabajar o disminuyen mucho su carga de trabajo mientras tienen la enfermedad, que por tanto afecta significativamente su calidad de vida.

Aunque entre el 50 y el 70% de los casos de Vértigo Posicional Paroxístico Benigno se curan incluso sin tratamiento en un plazo inferior a un mes, algunos pacientes siguen teniendo episodios de vértigo durante meses o años.

La causa del Vértigo Posicional Paroxístico Benigno es el malfuncionamiento de los canales semicirculares, que se encuentran en el laberinto del oído interno y que sirven para regular el equilibrio. Estos canales semicirculares son un sistema de túbulos que contienen una sustancia gelatinosa llamada endolinfa. La caída en el interior de los canales de cristales de carbonato cálcico que normalmente se hallan adheridos a otra parte del laberinto es lo que produce la sintomatología ya que distorsionan las percepciones de este aparato sensitivo que son los canales semicirculares. El canal que más frecuentemente se afecta (de los 3 que hay) es el posterior.

El diagnóstico de la enfermedad se hace mediante una sencilla maniobra que puede hacerse sin aparatos en la consulta del médico. No son necesarias ni radiografías ni análisis de sangre ni otras exploraciones. La maniobra se denomina “maniobra de Dix Hallpike” y se encuentra explicada en el siguiente [video](#).

Esta prueba se considera positiva cuando el paciente experimenta el vértigo típico de la enfermedad y el médico puede visualizar unos movimientos oculares característicos que reciben el nombre de nistagmos y que son la causa de que el paciente vea que todo da vueltas. Se considera igualmente positiva la prueba si el paciente experimenta los síntomas, pero no se puede ver el nistagmos, recibiendo entonces el nombre de Vértigo Posicional Paroxístico Benigno Subjetivo.

El tratamiento de la enfermedad no incluye medicaciones, ni ningún tipo de tratamiento mediante aparataje, sino que se utiliza una maniobra, también muy sencilla, que se puede hacer en dos minutos en la consulta y que lo que intenta es recolocar los cristales de calcio fuera de los canales semicirculares. Esta maniobra de tratamiento se denomina “maniobra de Epley” y se puede ver también en el siguiente [video](#).

A pesar de que la maniobra de Epley es muy sencilla de hacer y su efectividad es muy alta alcanzando prácticamente el 100% de casos (en caso de repetirse hasta 4 veces), lo cierto es que en ningún país del mundo se hace de forma rutinaria en el mismo lugar donde son visitados los pacientes (habitualmente, en atención primaria o en urgencias hospitalarias). Esto hace que muchos de estos pacientes no sean adecuadamente diagnosticados ni tratados desde el primer momento en que son visitados.

Uno de los motivos aducidos para no hacer estas dos pruebas, tanto por parte de los médicos de atención primaria como de urgencias, era que los estudios realizados hasta ahora se habían

hecho en unidades especializadas y mediante aparatos que facilitaban la visualización del nistagmos.

Nuestro estudio ha tenido como objetivo demostrar que los médicos de familia pueden hacer estas pruebas para diagnosticar y tratar con éxito a estos pacientes con un breve entrenamiento de 2 horas. Para ello se diseñó un ensayo clínico en el que se reclutaron 134 pacientes y se distribuyeron al azar para recibir la maniobra de Epley o una maniobra simulada. A todos ellos se les recetó betahistina que es el medicamento más utilizado para esta enfermedad en todo el mundo.

Los médicos que veían el seguimiento de los pacientes a la semana, mes y año no sabían a qué grupo (maniobra de Epley o maniobra simulada) pertenecían los pacientes y hacían una evaluación repitiendo la Maniobra de Dix Hallpike, una escala de intensidad del vértigo del 1 al 10 y una pregunta que consistía en saber si el vértigo se había resuelto sí o no.

Los pacientes que en la visita basal del estudio tenían una prueba de Dix Hallpike positiva con la visualización del nistagmos (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno Objetivo) mejoraron claramente de forma que la prueba de Dix Hallpike tenía 6 veces más probabilidades de ser negativa en el grupo de la maniobra de Epley que en el grupo de la maniobra simulada. La mejoría en la escala de intensidad de los síntomas también, según los métodos estadísticos aplicados, mejoraron en dos puntos en el grupo de maniobra de Epley. La única variable que no mejoró de forma significativa en ningún subgrupo de pacientes fue la respuesta a la pregunta sobre si el vértigo se había resuelto por completo o no. Pensamos que el motivo fue que 2 de cada 3 pacientes (según otro estudio) con resultados exitosos de la maniobra de Epley siguen padeciendo una leve sensación de mareo que puede tardar un poco más en resolverse del todo por lo que una variable categórica como Si/No resulta no significativa en los estudios (también ha ocurrido en algún otro estudio previo).

Los pacientes con prueba de Dix Hallpike positiva con vértigo pero sin nistagmos, que fueron una proporción importante de los pacientes del estudio (59%), no parecieron mejorar nada en nuestra muestra. En este grupo, al no disponer de aparatos para poder ver el nistagmos, es posible que se hayan incluido otros tipos de vértigo por lo que habrá que mejorar la técnica de visualización de este por parte de los médicos de cabecera o tal vez añadir unas gafas de Frenzel (que permiten visualizar el nistagmos con mayor facilidad) en estas consultas para poder afinar más en el diagnóstico.

Otra dificultad del estudio es el hecho de haber dado betahistina a los dos grupos de tratamiento, lo que puede haber mejorado a todos los pacientes haciendo que las diferencias entre los grupos no fueran tan acusadas como podrían haber sido. Pero se hizo así para no dejar sin ningún tratamiento a los pacientes del grupo de maniobra simulada que teníamos que seguir durante un año.

En todo caso, ante la duda no cuesta nada hacer en cualquier paciente con Vértigo Posicional Paroxístico Benigno la maniobra de Epley porque solo se tarda 2 minutos en hacerla y no tiene prácticamente ningún coste ni peligro. Los únicos efectos adversos que se observaron fueron náuseas en un 13 % de los pacientes que recibieron la maniobra de Epley.

En definitiva, pensamos que el estudio abre las puertas a que médicos de cabecera (médicos de

familia) de todo el mundo se animen a diagnosticar y tratar esta enfermedad en sus consultas. Con la experiencia aprenderán a ver mejor el nistagmos y el tratamiento será aún más eficaz. Además, con un poco más de formación se podrían tratar los casos de Vértigo Posicional Paroxístico Benigno del Canal Horizontal que suponen un 10-15% de los casos y que precisan de otras maniobras similares de diagnóstico y tratamiento.

Todo ello probablemente redundará en una mejor calidad de vida de estos pacientes, más rápida incorporación al trabajo, menor número de caídas, sobre todo en personas mayores etc. Todas estas variables podrían ser objeto de nuevos estudios epidemiológicos centrados en esta frecuente enfermedad.

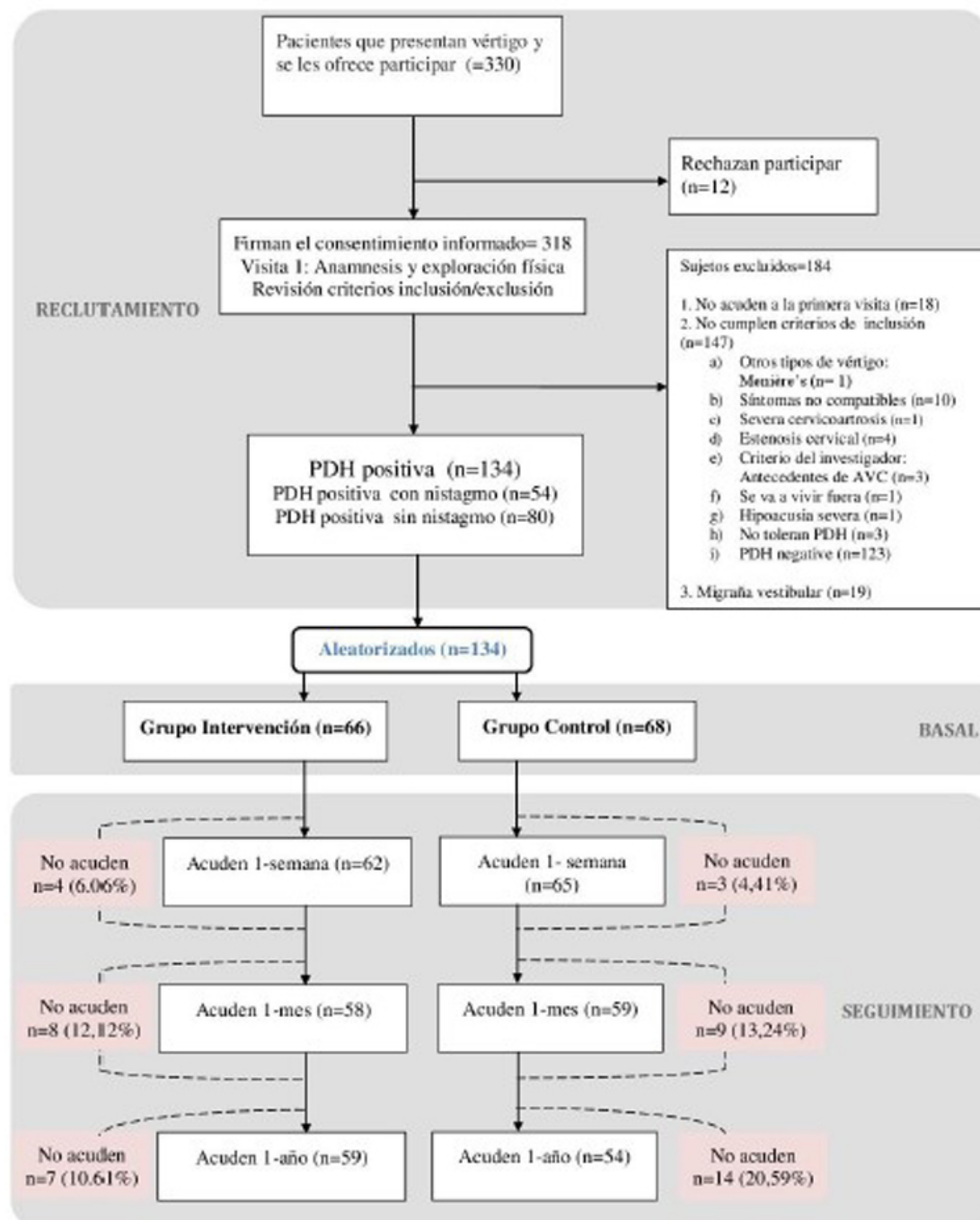


Figura 1. Esquema general del estudio.

Rafael Azagra, José Luis Ballvé
Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona
Rafael.Azagra@uab.cat

Referencias

Ballve JL, Carrillo R, Rando Y, Villar I, Cunillera O, Almeda J, Roderó E, Monteverde X, Rubio C, Moreno N, Arias OL, Martín C, **Azagra R**. (2019). **Effectiveness of the Epley manoeuvre in posterior canal benign paroxysmal positional vertigo: a randomised clinical trial in primary care**. *Br J Gen Pract*, 69(678):e52-e60. DOI: [10.3399/bjgp18X700253](https://doi.org/10.3399/bjgp18X700253).

[View low-bandwidth version](#)