

Síndrome Vestibular Agudo: puesta al día

Acute vestibular syndrome: updating

Autores: D'Albora, Ricardo⁸; Mónaco, María Julia⁹

Resumen

En la actualidad los síntomas de vértigo, oscilopsia, inestabilidad, mareo, pulsión etc, nos permiten intentar llegar a un diagnóstico clínico de uno de los tres grandes síndromes, Síndrome Vestibular Agudo, Síndrome Vestibular Recurrente y Síndrome Vestibular Crónico. La Sociedad Barany, órgano rector y referente de la neuro-otología mundial, definió en conjunto con otras organizaciones internacionales en el área, las entidades que componen cada uno de estos tres grandes Síndromes Vestibulares, los cuales son de diagnóstico clínico. El siguiente artículo pretende realizar una síntesis práctica frente al manejo de pacientes con Síndrome Vestibular Agudo (SVA). Se explican conceptos clínicos, terminología y causas.

Palabras clave: Síndrome vestibular - Agudo - Central - Periférico.

Abstract

Currently, the symptoms of vertigo, oscillopsia, imbalance, dizziness, drive allow us to try to diagnose their cause by defining them into three major syndromes. Acute Vestibular Syndrome, Recurrent Vestibular Syndrome and Chronic Vestibular Syndrome. The Barany Society, the governing body and a referent in world neurootology defined, together with other international organizations in the field, the entities that make up each of these three great Vestibular Syndromes, which are clinically diagnosed. The following article intends to carry out a practical synthesis regarding the management of patients with Acute Vestibular Syndrome (ALS). Clinical concepts, terminology and causes are explained.

Keywords: Vestibular syndrome - Acute-Central - Peripheral.

Objetivo

El siguiente artículo pretende realizar una síntesis del Síndrome Vestibular Agudo (SVA) basado en la bibliografía actual. Explicaremos los conceptos semiológicos-clínicos de manejo básico, definición de la terminología para hablar el mismo “idioma”.

Introducción y desarrollo del trabajo

Los síntomas de vértigo, inestabilidad y mareo que presentan los pacientes durante el interrogatorio nos ayudan a realizar a un diagnóstico clínico. La Sociedad Bárany, órgano rector y referente de la neuro-otología mundial, definió en conjunto con otras or-

ganizaciones internacionales en el área, tres grandes Síndromes Vestibulares, su presentación clínica y las entidades que los componen. Los tres grandes Síndromes Vestibulares son: Síndrome Vestibular Agudo, Síndrome Vestibular Recurrente y Síndrome Vestibular Crónico. Esta clasificación es una clasificación en base al tiempo de presentación, duración de los síntomas y desencadenantes (Carmona, 2017).

El SVA se trata de un episodio único, de inicio súbito de síntomas y signos vestibulares caracterizados por la presencia de ataxia, mareo y vértigo o cualquier otro síntoma

8 Prof. Agdo. Cátedra de ORL HC Fac. Med. UDELAR - Jefe del Servicio de ORL de la AMDM-IAM PP – FEMI- Integrante del Consultorio otoneurouruguay. Montevideo – Uruguay. Actual presidente de Fundacion Iberoamericana de Neurología. ricardodalborar@hotmail.com

9 Docente de Postgrado UMSA Esp. en Audiología. Buenos Aires. Argentina Audióloga del Consultorio Otoneurouruguay. Montevideo - Uruguay – Audióloga del Servicio de ORL de la AMDM IAM PP-FEMI -Integrante del equipo de Implantes Cocleares UDELAR - Montevideo - Uruguay. mail: monacohansen@yahoo.com

vestibular mayor a una hora, que puede durar hasta días. Se trata de un cuadro violento, el paciente viene acompañado a la emergencia. Este síndrome no hace referencia a causa alguna. Un dato importante es que, si a este paciente se lo moviliza, le aumentarán los síntomas y signos y se lo puede confundir con un Vértigo Posicional Paroxístico Benigno. En la (Fig.1) se resume esta ecuación. El diagnóstico de este Síndrome presenta los siguientes sumandos: síntoma de la esfera neuro-otológica, como ser, vértigo, inestabilidad, mareo, pulsión de más de una hora y menos de 7-10 días aprox. Debe presentar nistagmo espontáneo (no importa el tipo). Entiéndase por nistagmo espontáneo a cualquier nistagmo que aparece sin mediar maniobra o desencadenante alguno. Debe además acompañarse de algún tipo de ataxia, entendiéndose como tal a algún tipo de inestabilidad objetiva. Puede acompañarse de síntomas cocleares o del oído medio u otros signos neurológicos. Lo más frecuente es que se presente en forma aislada. El SVA se puede dividir para su encare de causas, en dos tipos: SVA sin desencadenantes o espontáneo (SVA-esp) y con desencadenantes o provocado (SVA-desc) (Bisdorff, 2015) La causa más frecuente de este síndrome es la Neuritis Vestibular (NV) y la más grave, aunque menos frecuente que la primera, es el Accidente Cerebro Vascular (ACV) de fosa posterior, siendo la Arteria Cerebelosa Postero Inferior (PICA) más frecuente que la Arteria Cerebelosa anteroinferior (AICA) (Fig. 2). Esta forma de presentación del ACV de fosa posterior es relativamente nueva en relación con los viejos y clásicos síndromes del territorio posterior, y no es tenida en cuenta, debido a que no tiene expresión tomográfica y pasa sub-diagnosticada siendo el preámbulo de eventos mayores.

De todos los pacientes que consultan en los servicios de emergencia por síntomas neuro-otológicos, el 10 % corresponden al SVA, de estos, el 25% corresponde a ACV de fosa posterior, lo que hace que de todos los pacientes que consultan por mareo o vértigo, un 3 a 5% correspondan a un ACV de fosa posterior (Saber Tehrani, 2018).

Por otro lado, el 100% de los ACV tienen historia previa de mareo y vértigo. Una vez diagnosticado el SVA hay que determinar si se está frente a una de las causas que se muestran en la Fig.2.

Vamos a pasar a explicar cómo diferenciar un SVA periférico por NV de un SVA central por ACV. Muchos son los signos que se han descrito para esto. Actualmente existen dos estrategias semiológicas de alta sensibilidad y especificidad capaces de superar a la resonancia nuclear magnética (RNM) con perfusión -difusión (Kattah, 2009) (Carmona, 2016) y a factores de edad, presión sanguínea, hallazgos clínicos, duración de los síntomas y diabetes tipo 2 denominadas ABCD2 (Newman-Toker, 2013) por sus siglas en inglés, age, blood pressure, clinical features, duration of symptoms, diabetes 2). La primera basada en signos oculomotores y la segunda basada en signos motores espinales. Mencionaremos en primer el lugar el HINTS (Pista) o Tríada de Kattah y col (Fig. 3), y el HINTS plus, el cual asocia la Hipoacusia Sensorio Neural (HSN) y en segundo lugar la Tríada de Carmona y col. (fig.4). Los signos para el HINTS (Head Impulse, Nistagmo, Tilt o inclinación cefálica y Skew o inclinación oblicua de los ojos) o Tríada de Kattah y col. son:

1. El Nistagmo espontáneo horizonto-rotatorio de dirección fija, evoca más lo periférico, pero puede verse en los centrales ACV de la AICA, por lo que no es un signo patognomónico. El nistagmo espontáneo de dirección cambiante, vertical superior, inferior, horizontal o rotatorios (puros) son patognomónicos del SVA central (si bien son patognomónicos, lo difícil es su identificación para quién no está entrenado). Ver fig.3 y foto1.
2. El Head Impulse Test (HIT) positivo o Test Impulsivo Cefálico positivo, (es positivo cuando existen sacadas de refijación), y se da en el SVA periférico y en el SVA central por ACV de la AICA. Las respuestas al HIT se pueden ver en la foto 2. El HIT puede ser negativo o positivo. Respuesta Negativa - Normal: en "A" se instruye al paciente a que mire siempre la punta de la nariz del exa-

minador; en “B” se le realiza una rotación corta en amplitud, pero alta en velocidad y se espera; en “C” el paciente debe mantener los ojos sobre la nariz. Respuesta Positiva - Patológica: En “D” se invita al paciente a que mire la punta de la nariz del examinador; en “E” se le realiza una rotación corta en amplitud, pero alta en velocidad y se espera. El paciente con deficiencia del reflejo vestíbulo-oculomotor, no puede sostener la mirada sobre la nariz, y al segundo corrige la mirada con un movimiento rápido de los ojos llamado sacada de re-fijación “F”. Este signo por frecuencia evoca más la causa periférica, pero no es patognomónico. (Fig.3 y Foto 2)

3. La Desviación Oblicua de los Ojos positiva, (Skew deviation) y la Inclinación Cefálica positiva (Tilt) son signos que evocan más la causa central que la periférica, por lo tanto, no son patognomónicos. El signo se evalúa primero instruyendo al paciente que mantenga su mirada en la punta de la nariz del examinador, mientras que este ocluye alternativamente los ojos del paciente. Respuesta positiva al observar la desviación oblicua e inclinación cefálica (ver foto 3). Respuesta normal: No existe movimiento de los ojos. Puede existir en el adulto mayor un movimiento horizontal que se ve con frecuencia y no tiene valor patológico importante. La Respuesta Patológica- Positiva: es la determinada por la aparición de movimiento de los ojos en el plano vertical. El lado más bajo de inclinación del ojo, indica el lado afectado en la patología vestibular periférica o en Patología Vestibular Central indica afección por debajo del pedúnculo cerebral, y contra lateral por encima de antedicho nivel. (Fig.3 y Foto 3)

Estos tres signos son exclusivamente oculomotores, y requieren entrenamiento para su identificación. La asociación de estos tres signos son más sensibles y específicos para diagnosticar ACV de fosa posterior que la propia Resonancia Nuclear Magnética (RNM) con difusión-perfusión (Kattah, 2009) y el ABCD2 (Saber Tehrani, 2018) la cual es una escala de puntuación clínica para determinar el riesgo de accidente cere-

bro vascular dentro de los primeros dos días después de un accidente isquémico transitorio (AIT) (edad: Age, presión arterial: Blood pressure, las características Clínicas, la Duración del accidente isquémico transitorio, y la presencia de la Diabetes (ABCD2). Luego se agregó el HINTS-Plus que agrega la Hipoaacusia Sensorio Neural (HSN) como indicador de SVA central ver Fig.3.

Los signos para la Tríada de Carmona y col. (2016) son:

1. La Inclinación Cefálica (Tilt) positivo: se trata de un signo que por frecuencia evoca más la causa central que la periférica, por lo tanto, no es patognomónico. (Fig.4 y Foto 3)
2. La Ataxia: muchas son las clasificaciones, pero esta propuesta es bastante sencilla. Siempre se debe exigir al paciente que intente pararse, el no hacerlo puede ser causa de malinterpretación del grado de esta. La ataxia G°1 siempre es periférica, la G°2 es central, raras veces periférica y la G°3 es siempre central por lo que esta última es patognomónica (Fig.4 y Fig.5).
3. Ataxia troncal de Babinsky o Asinergia de Babinsky: se trata de un signo clásico de la Neurología, que consiste en invitar al paciente que estando acostado se siente con los brazos cruzados sobre su pecho. Los pacientes con SVA central no lo logran realizar, considerándolo como (+). Otra forma sencilla es sentar al paciente y que se cruce los brazos, el central cae hacia uno de los lados. (Fig.4)

Estos tres signos son exclusivamente motores espinales, y no requieren mayor entrenamiento para su identificación. La asociación de estos tres signos son más sensibles y específicos para diagnosticar ACV de fosa posterior que la propia RNM con difusión-perfusión (Carmona y cols, 2016). Una vez identificado el SVA periférico, es muy difícil establecer con certeza si es por Neuritis Vestibular o por una Isquemia Periférica (oído interno). La anamnesis y el contexto clínico de noción de contacto de infección respiratoria alta orientara hacia una NV, su ausencia

con factores de riesgo orientaría a afección vascular periférica, debemos siempre considerar todas las causas (Fig.2 y 3). Si se tiene un SVA central se deberá pensar en ACV de fosa posterior y descartar otras causas centrales (Fig.2 y 3). Con respecto a las imágenes a solicitar, el algoritmo propuesto, está basado en los trabajos de Saber Tehrani y cols (2018), en el cual se solicita RNM una vez que se descarta la sospecha de hemorragia.

El tratamiento en el periodo agudo se basa en comenzar por tratar los síntomas mediante depresores del sistema nervioso central, para luego encarar el tratamiento etiológico. Aún no se disponen de protocolos claros para trombólisis en el territorio posterior (siempre ante la duda diagnóstica, así como de manejo posterior consultar a quién esté entrenado en el área). Todos estos pacientes se deben evaluar de acuerdo con los protocolos que indica la Sociedad Bárany, mediante una batería de estudios específicos neuro-otológicos, que miden la función vestibular tanto central como periférica, fundamentales para el seguimiento en forma objetiva y para la Rehabilitación Vestibular, ya que un porcentaje elevado de los pacientes con SVA unilateral o bilateral quedan con secuelas. Los estudios indicados en el SVA se diferencian dependiendo de la etapa aguda y la etapa subaguda. En la etapa aguda (primeras 72 hs.) una vez descartado el ACV, se debe indicar estudio de Video Head Impulse Test (VHIT), Video Óculo-Nistagmografía (VONG) y en la etapa subaguda y/o crónica, es fundamental el con-

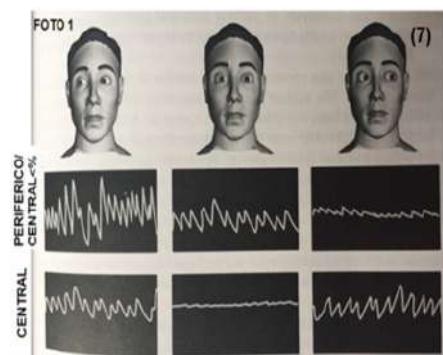
trol con VHIT para ver el comportamiento de la compensación y solicitar posturografía previa a la rehabilitación vestibular (Fig.6).

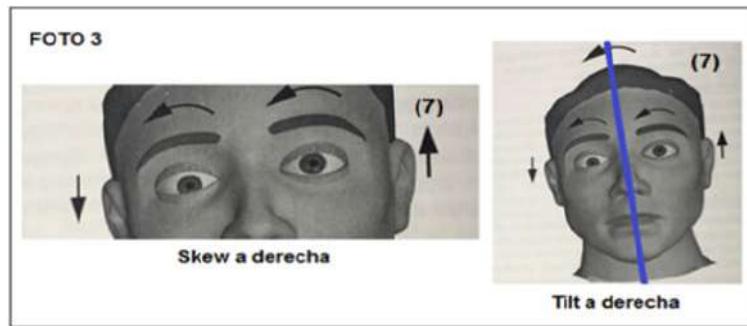
Discusión

La clasificación propuesta por la Sociedad Bárany es de gran utilidad cuando se recibe al paciente en las primeras 72 horas de curso del SAV. Sin embargo, en la puerta de emergencia de la mayoría de las instituciones, no se cuenta con personal médico entrenado de guardia. Esta realidad dificulta el diagnóstico, por lo tanto, sería relevante considerar que las emergencias dispongan de personal entrenado para tal fin, logrando que el diagnóstico sea preciso. La mayoría de los pacientes que se reciben en consultorio se encuentran en el periodo subagudo del SAV, y en este momento se deben solicitar estudios neuro-otológicos que permitirán detectar/registro los signos clínicos.

Conclusión

En este trabajo hemos logrado sintetizar al SAV en base a nuestra experiencia apoyándonos por figuras propias y de la bibliografía propuesto por la Sociedad Bárany la cual, ha permitido ordenar los síntomas y signos que presenta el paciente en función del tiempo, posibilitando diferenciar causas centrales de periféricas en base a una serie de estrategias clínicas, que los profesionales en el área de la neuro-otología deben conocer y entrenarse para adquirir un buen manejo de las diferentes patologías de este síndrome.





Fotos tomadas de: Welgampola M.S, Bradshow A.P, Lechner C. Halmagyi G.M. Bedside Assessment of Acute Dizziness and Vertigo. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. 2015 Vol 33, Number 3. Pg. 551-64. Traducidas por los autores.

Figuras

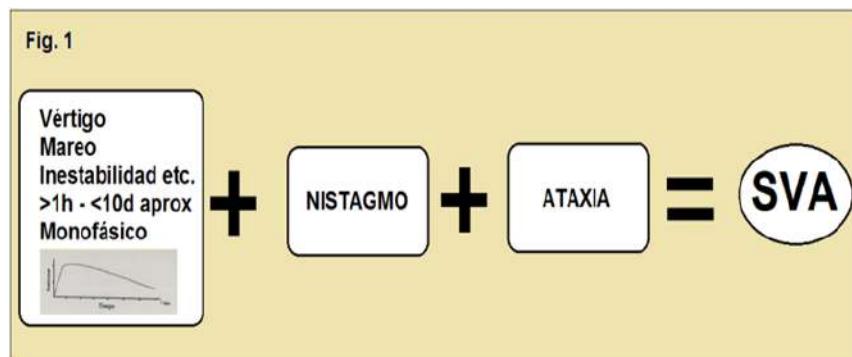


Fig. 2

	SVA-esp	SVA-desc
PERIFERICO	Neuritis Vestibular Isquemias Periféricas	Hepes Zoster Otico Toxicidad Otitis Medias Complicadas (labyrinthitis)
CENTRAL	ACV: PICA>% que AICA	Trauma / Craneal Trauma / Cervical Cefalea Occipital= disección vertebralbasilar Síndrome de Wernicke Romboencefalitis

Fig. 3 HINTS (Triada de Kattah y col)

	SVAe - PERIFERICO	SVAe - CENTRAL
Ny Espontáneo		
Head Impulse Test (Test impulsivos)	+	-
Skeew (desviación oblicua de los ojos)	+	
Inclinación Cefálica (c/ojos cerrados) (Tilt)	+	+
HSN	-	AICA

Fig. 5 Ataxia: Grados

	Se para y camina solo	Se para y camina con ayuda	No logra pararse
G°1	Yellow		
G°2		Orange	
G°3			Red

Fig. 1 a 5: de autoría propia.

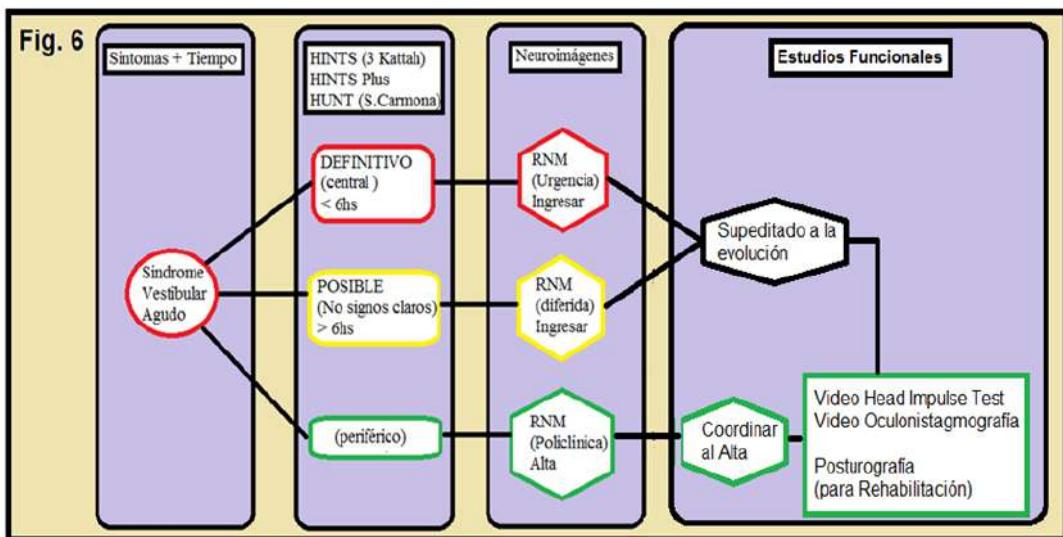


Figura 6. tomadas de: Welgampola M.S, Bradshow A.P, Lechner C. Halmagy G.M. Bedside Assessment of Acute Dizziness and Vertigo. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. 2015 Vol 33, Number 3. Pg. 551-64, y traducida y modificada por los autores.

Referencias bibliográficas

- Carmona S., 2017. Nueva Clasificación Internacional de los síndromes Vestibulares de la Sociedad Bárany. Manejo del Síndrome Vestibular Agudo. 1^a ed. Bs. As. Argentina. Ed. AKADIA. Cap. 5. pag. 55-62
- Bisdorff A.; Staab R.; Newman-Toker D. E. 2015. Overview of the international Classification of Vestibular Disorders. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. Vol 33, Number 3. Pag. 541-51.
- Saber Tehrani A.S.; Kattah J. C.; Kerber K. A.; Gold D. R.; Zee M. D.; Urrutia V. C.; Newman Toker D. E. 2018 Diagnosis Stroke in acute Dizziness and Vertigo Pitfalls and Pearls. Stroke; 49:00-00 doi: 10.1161/STROKE HA.117.016979.
- Kattah, J.C.; Talked, A. V.; Wang D. Z.; Hsieh Y. H.; Newman – Toker (2009). DE HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. Stroke 40:3504-10 doi: 10.1161/STROKE HA.109.551234.
- Carmona S.; Martínez C.; Zalazar G.; Moro M., Batuecas-Caletrio A.; Luis L.; Gordon C. (2016) The Diagnosis Accuracy of Truncal Ataxia and HINTS as Cardinal Signs for Acute Vestibular Syndrome. Front. Neurol. 7:125. Doi: 10.3389/fneur.201600125.
- Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH, Pula JH, Omron R, Saber Tehrani AS, Mantokoudis G, Hanley DF, Zee DS, Kattah JC. 2013. HINTS outperforms ABCD2 to screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. Oct; 20(10):986-96. doi: 10.1111/acem.12223.
- Welgampola M.S, Bradshow A.P, Lechner C. Halmagy G.M. 2015. Bedside Assessment of Acute Dizziness and Vertigo. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. Vol 33, Number 3. Pg. 551-64.