



# VERTIGEN

Maria Peyra Ros  
R2 MFiC  
Tutor: Dr. Mazen  
Karaki  
07/02/23

# Epidemiologia

- 20% > 65 anys
- Sexe femení
- Elevada morbiditat
- Maneig complex
- Caràcter recurrent

# Anamnesi

- Edat
- Antecedents patològics:



- Alcohol
- Amiodarona
- Aminoglicòsids
- Antiepilèptics
- Ansiolítics
- Antidepressius
- Anticoagulants
- ADOs
- Antihistamínics
- Antiparkinsonians
- Cisplatí
- Digoxina
- Diurètics
- Metrotrexat
- Mòrfics

# Exploració física

- Constants

- Exploració neurològica:

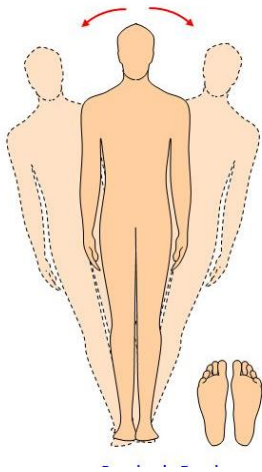
<https://player.vimeo.com/video/554307787>

- Nistagme: espontàni o induït (*Dix-Hallpike*)

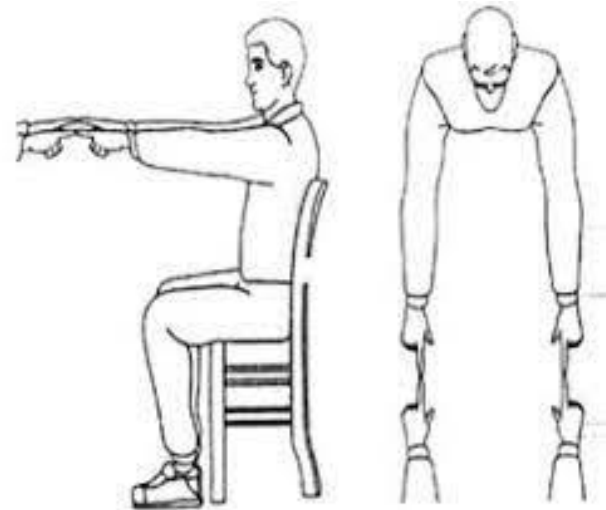
Taula 6. Diagnòstic diferencial del nistagme en el vertigen perifèric o central		
<b>Nistagme posicional induït per la maniobra de Dix-Hallpike</b>		
	<b>Perifèric</b>	<b>Central</b>
<b>Latència</b>	2-10 segons	No
<b>Durada</b>	<60 segons	>60 segons
<b>Esgotament</b>	Sí	No
<b>Fatigabilitat</b>	Sí	No
<b>Direcció</b>	Horizontorotatori	Preferentment vertical o rotatori pur
<b>Nistagme espontani</b>		
	<b>Perifèric</b>	<b>Central</b>
<b>Supressió amb la mirada</b>	Sí	No
<b>Direcció</b>	Horizontorotatori	Horitzontal, rotatori, vertical
	Unidireccional	Multidireccional
Font: elaboració pròpia a partir de García García E i González Compta X (2019), i Furman JM i Barton JJ (2015).		

- Parells cranials oculomotors
- Reflexes vestibuloespinals

## ROMBERG



## BARANY



## •Exploració otològica

## •Protocol HINTS

Descartar ACV → S 95%

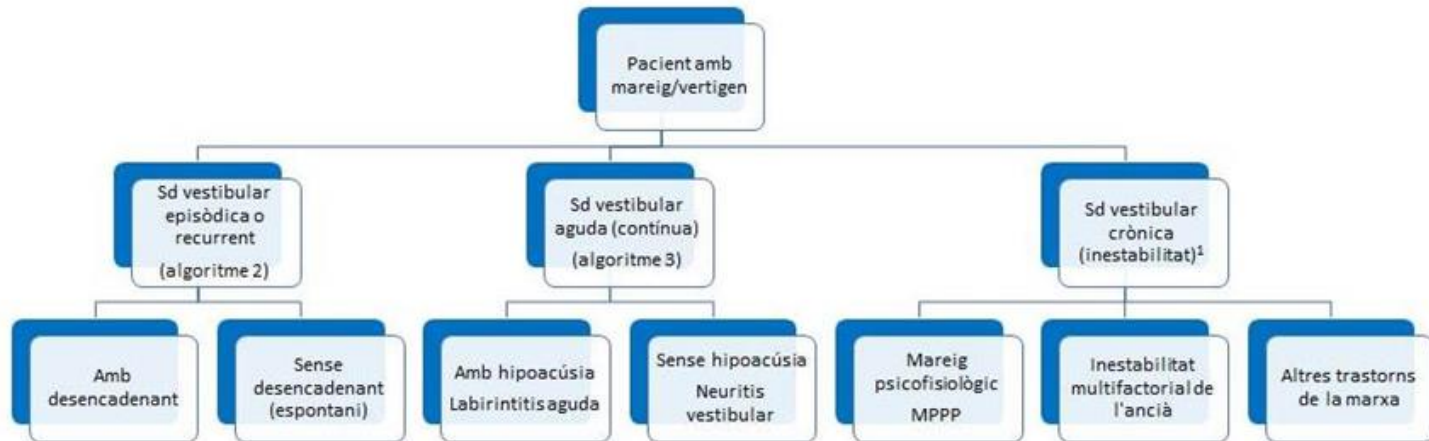
1. Head Impulse test
2. Nystagmus type
3. Skew deviation test

<https://vimeo.com/554307563/c8270297fc>

**IMPULS CEFÀLIC NEGATIU  
+  
NISTAGME VERTICAL O DIRECCIÓ CANVIANT  
+  
DESVIACIÓ OCULAR VERTICAL  
↓  
ORIGEN CENTRAL**

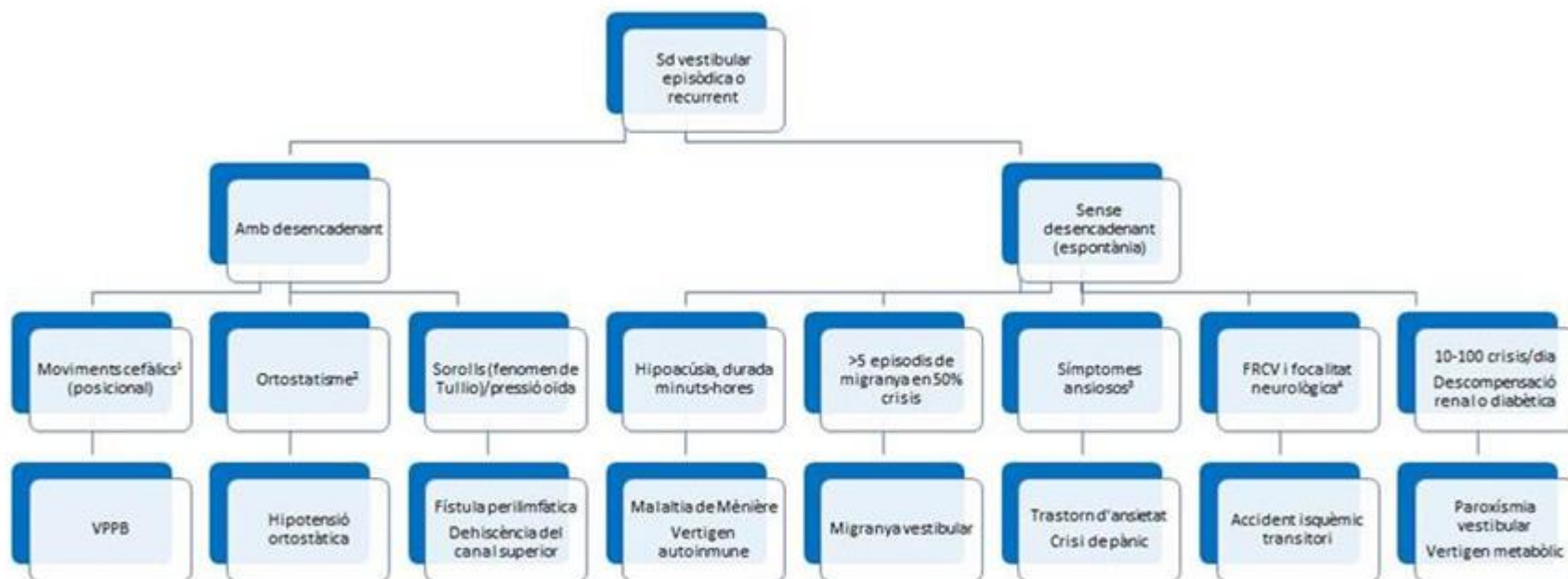
# Etiologia

## Algoritme 1. Orientació diagnòstica del pacient amb mareig/vertigen



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*

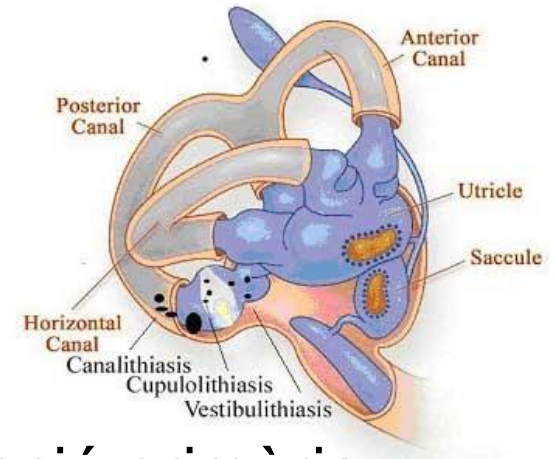
## Algoritme 2. Orientació diagnòstica del pacient amb síndrome vestibular episòdica o recurrent.



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*



# VPPB

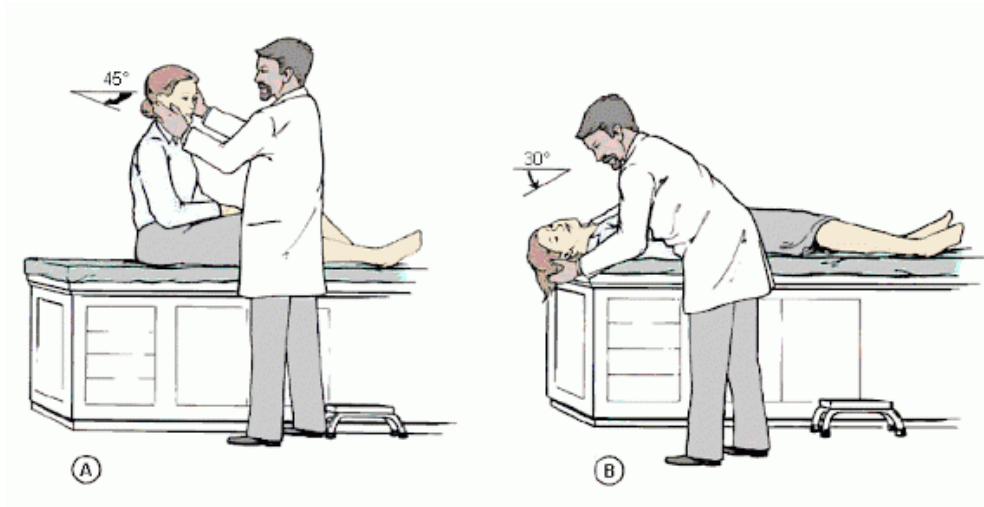


- Causa més freqüent de vertigen a atenció primària

VERTIGEN PERIFÈRIC EPISÒDIC  
+  
DESENCADENAT AMB MOVIMENTS  
CEFÀLICS  
+  
MILLORA REPÒS

\*No símptomes òtics acompanyants

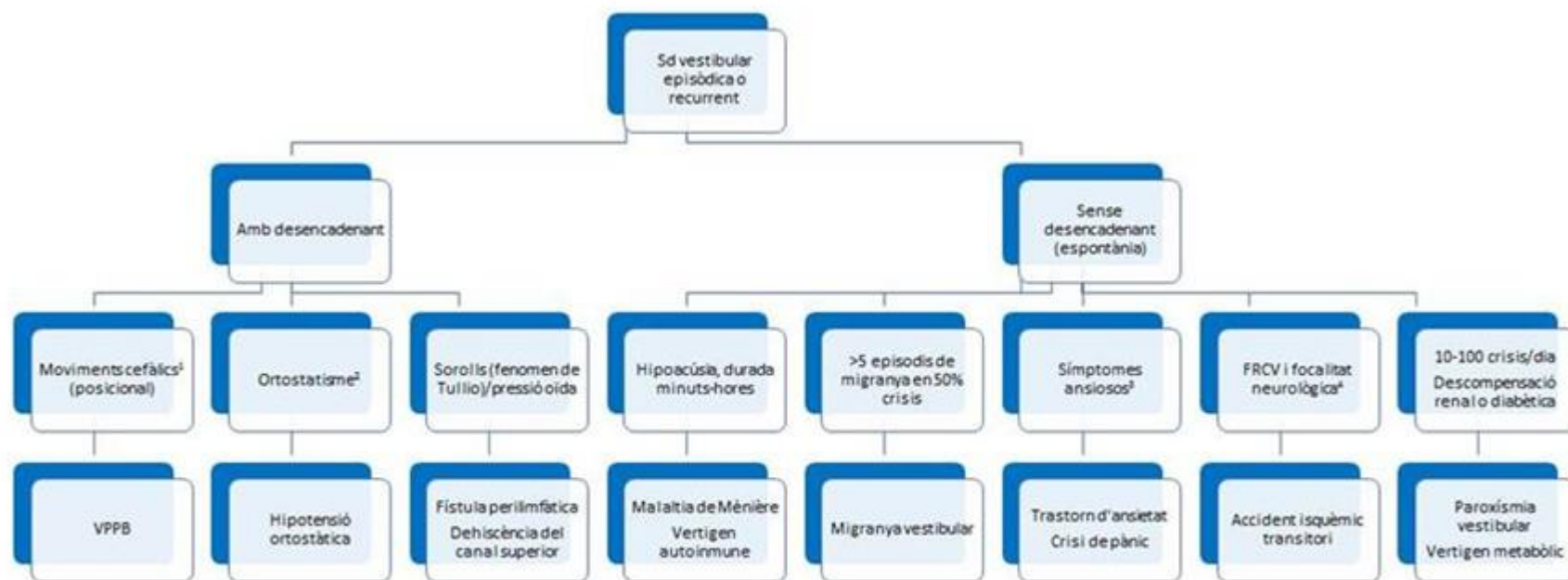
- Diagnòstic: *maniobra Dix-Hallpike* → Alt VPP i baix VPN



- Tractament: Maniobra de recanalització *d'Epley*.

Sedants vestibulars i benzodiazepines efectivitat molt controvertida!!!

## Algoritme 2. Orientació diagnòstica del pacient amb síndrome vestibular episòdica o recurrent.



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*

# Malaltia de Ménière

## **MALALTIA DE MÉNIÈRE DEFINIDA**

Dos o més episodis de vertigen espontani, amb una duració entre 20 minuts i 12 hores.

Hipoacúsia neurosensorial documentada en una audiometria que constati afectació de freqüències de baixes a mitjanes en l'oïda afectada abans, durant o després de l'episodi de vertigen.

Síntomes auditius fluctuants (hipoacúsia, acúfens o plenitud òtica) en l'oïda afectada.

No existeix un altre diagnòstic que expliqui millor els símptomes.

## **MALALTIA DE MÉNIÈRE PROBABLE**

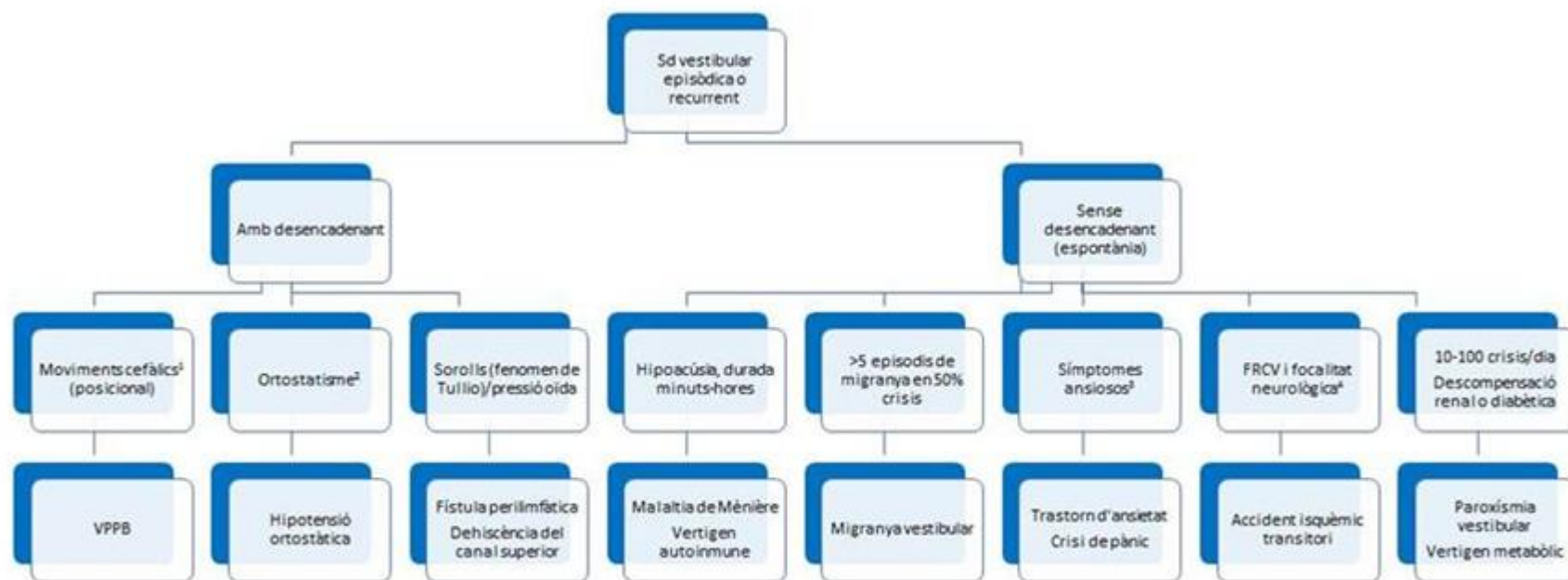
Dos o més episodis de vertigen espontani, amb una duració d'entre 20 minuts i 24 hores.

Síntomes auditius fluctuants (hipoacúsia, acúfens o plenitud òtica) en l'oïda afectada.

No existeix un altre diagnòstic que expliqui millor els símptomes.

- Betahistina 16mg/ 8 hores
- Rehabilitació
- +/-: ablació o Qx
- Corticoteràpia i diurètics (ús limitat!!!)

## Algoritme 2. Orientació diagnòstica del pacient amb síndrome vestibular episòdica o recurrent.



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*

# Migranya vestibular

**A. Almenys cinc episodis de símptomes vestibulars de 5 minuts a 72 hores<sup>1</sup> de durada i d'intensitat moderada o greu<sup>2</sup>**

**B. Història present o passada de migranya amb o sense aura**

**C. El 50% dels episodis s'associen amb almenys una de les característiques migranyoses (és a dir, cefalea<sup>3</sup>, fotofòbia, fonofòbia i aura visual)**

**D. Els símptomes no són ocasionats per un altre trastorn vestibular o un altre diagnòstic**

<sup>1</sup>Símptomes vestibulars: vertigen espontani, posicional o visual, mareig induït pel moviment cefàlic amb nàusees.

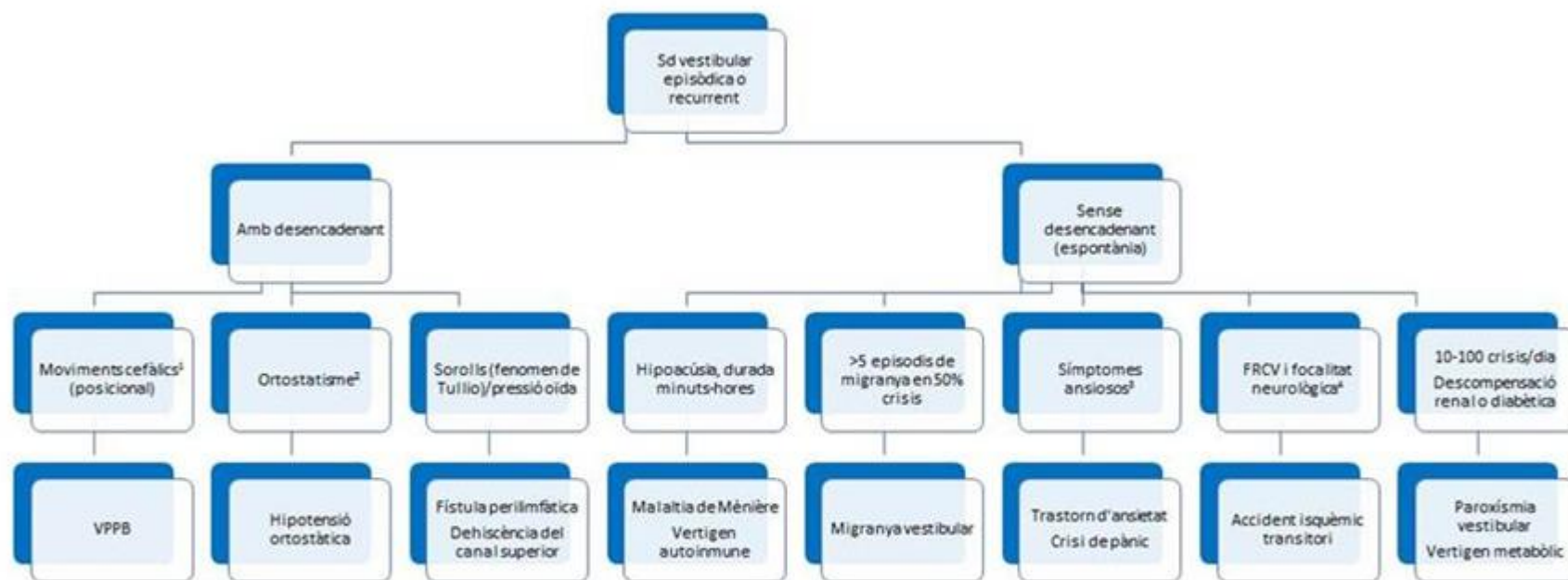
<sup>2</sup>Vertigen moderat: limita les activitats quotidianes, però no les impedeix. Vertigen greu: el pacient no pot realitzar les activitats quotidianes.

<sup>3</sup>Cefalea amb almenys dues de les següents característiques: hemicranial, pulsativa, intensitat moderada a greu, agreujament per l'activitat física habitual.

Es tractaria d'una migranya vestibular definida si compleix tots els ítems, o probable si compleix els ítems A i D + un dels criteris B o C.

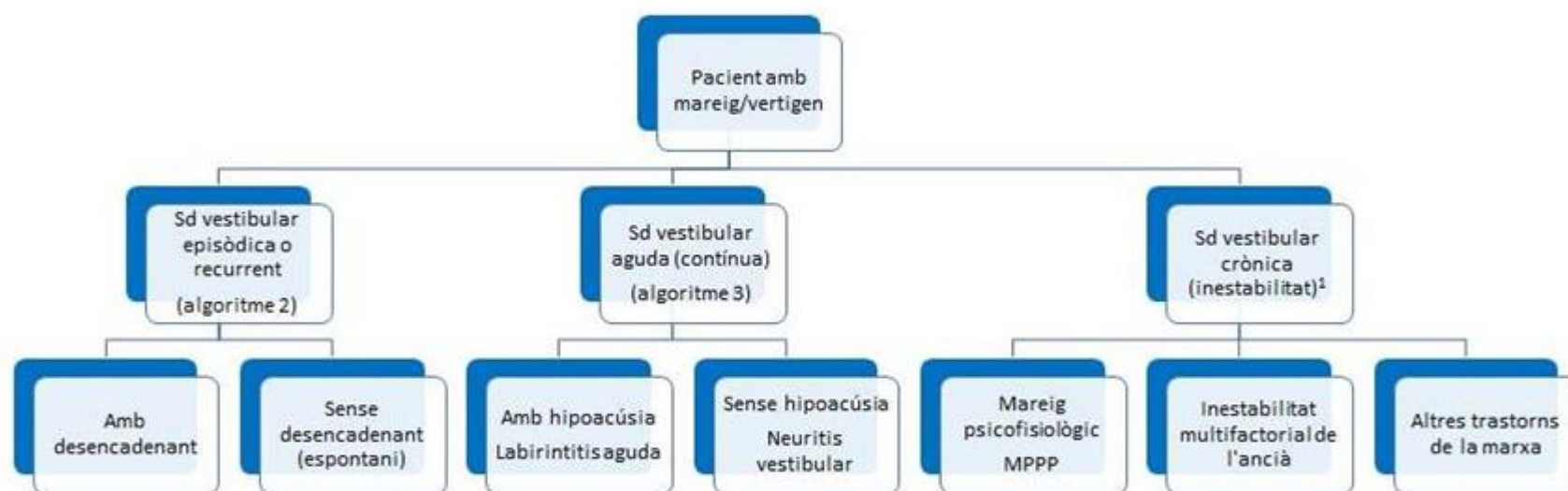
**ANTIEMÈTICS + TRIPTANS**

## Algoritme 2. Orientació diagnòstica del pacient amb síndrome vestibular episòdica o recurrent.



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*

## Algoritme 1. Orientació diagnòstica del pacient amb mareig/vertigen



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*



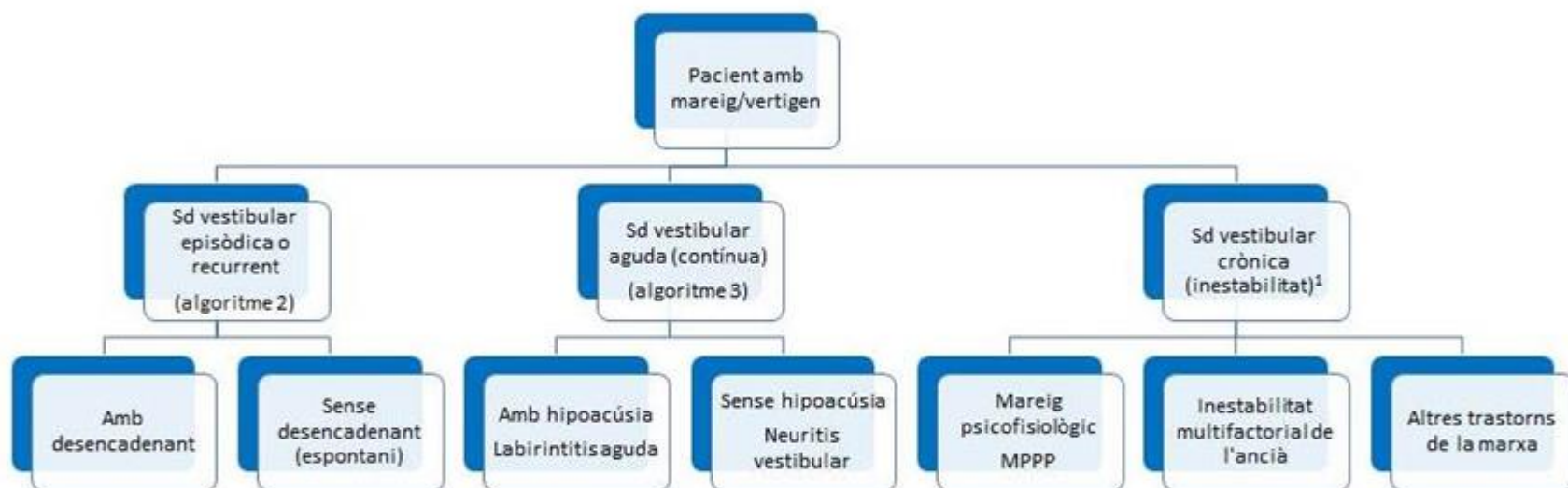
# Neuritis vestibular

- Més freqüent en **joves** (2<sup>a</sup> mes freq després de VPPB)
- Post-víric
- Crisis agudes 1-6 dies + inestabilitat residual 1-6 setmanes.
- **DIAGNÒSTIC: HINTS**

## Neuritis vestibular

- Antiemètics amb sedants vestibulars x 5 d:
  - Sulpirida 50mg/8-12h vo
  - Dimenhidrinato 50mg/6-8h
  - Diazepam 2-10mg/ 8-12h
- > 3 dies: prednisona 60 mg/dia en una tanda curta de 3-5 d

## Algoritme 1. Orientació diagnòstica del pacient amb mareig/vertigen



*Font: Grup de recerca en abordatge del vertigen en atenció primària, VERTAP.*

### Taula 9. Signes d'alarma del vertigen

El pacient no s'aguanta dret o no pot caminar

Qualsevol símptoma o signe neurològic central

Hipoacúsia greu sobtada (fístula o isquèmia coclear)

Sospita de labirintitis aguda (febre)

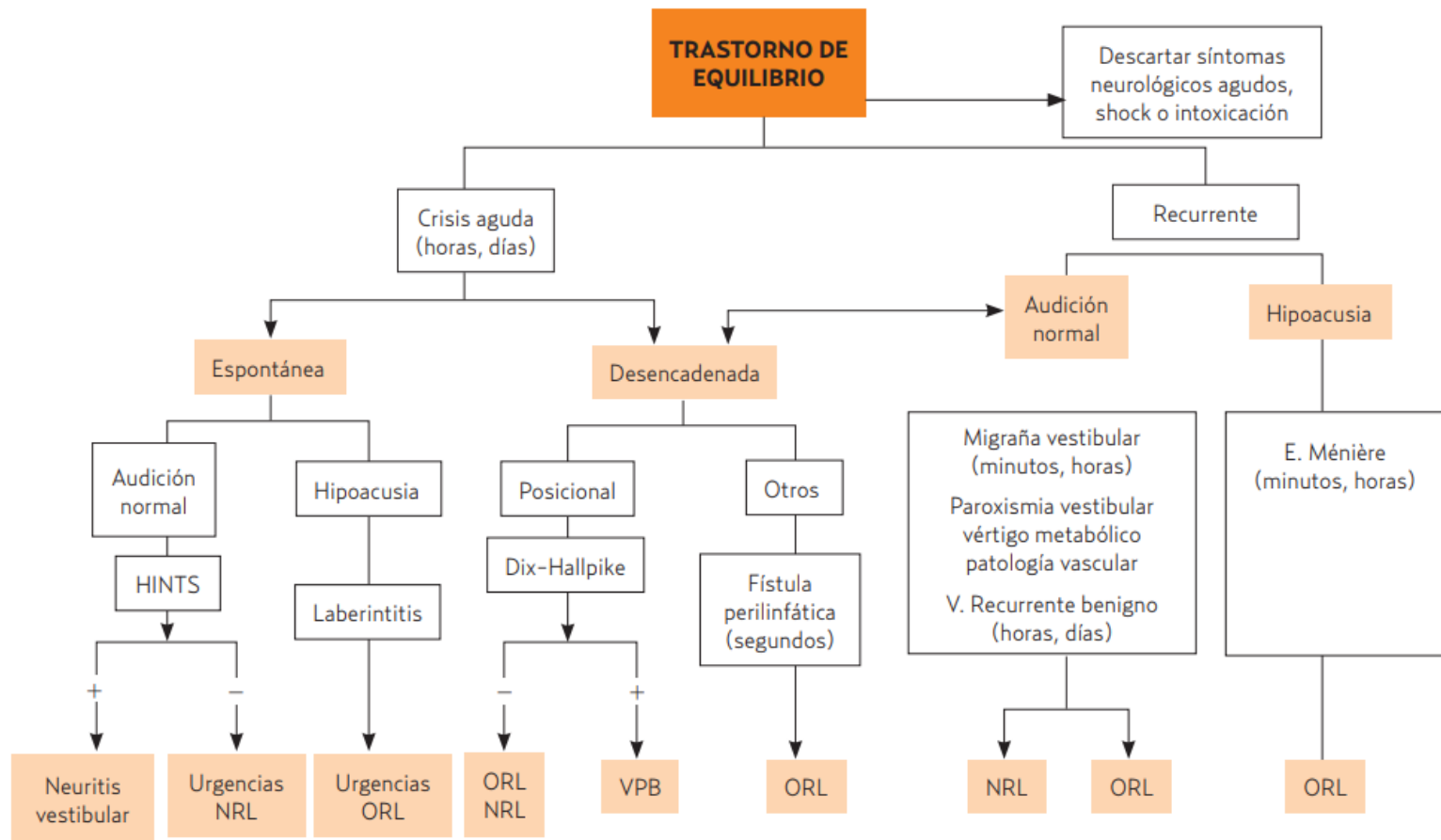
Pèrdua de coneixement

Nistagme vertical (lesió del tronc cerebral)

Nistagme sense mareig en la prova de Dix-Hallpike

Nistagme que pren diferents orientacions en proves de Dix-Hallpike o que dura més d'1 minut

Cefalea intensa, especialment occipital (hemorràgia subaracnoidal o hipertensió intracranial)



# CAS 1

## Anamnesi

- Dona 52 aa
- 1 setmana → mareig \* + nàusees
- Quadre similar fa uns mesos
- Nega hipoacúsia, acúfens o altres símptomes

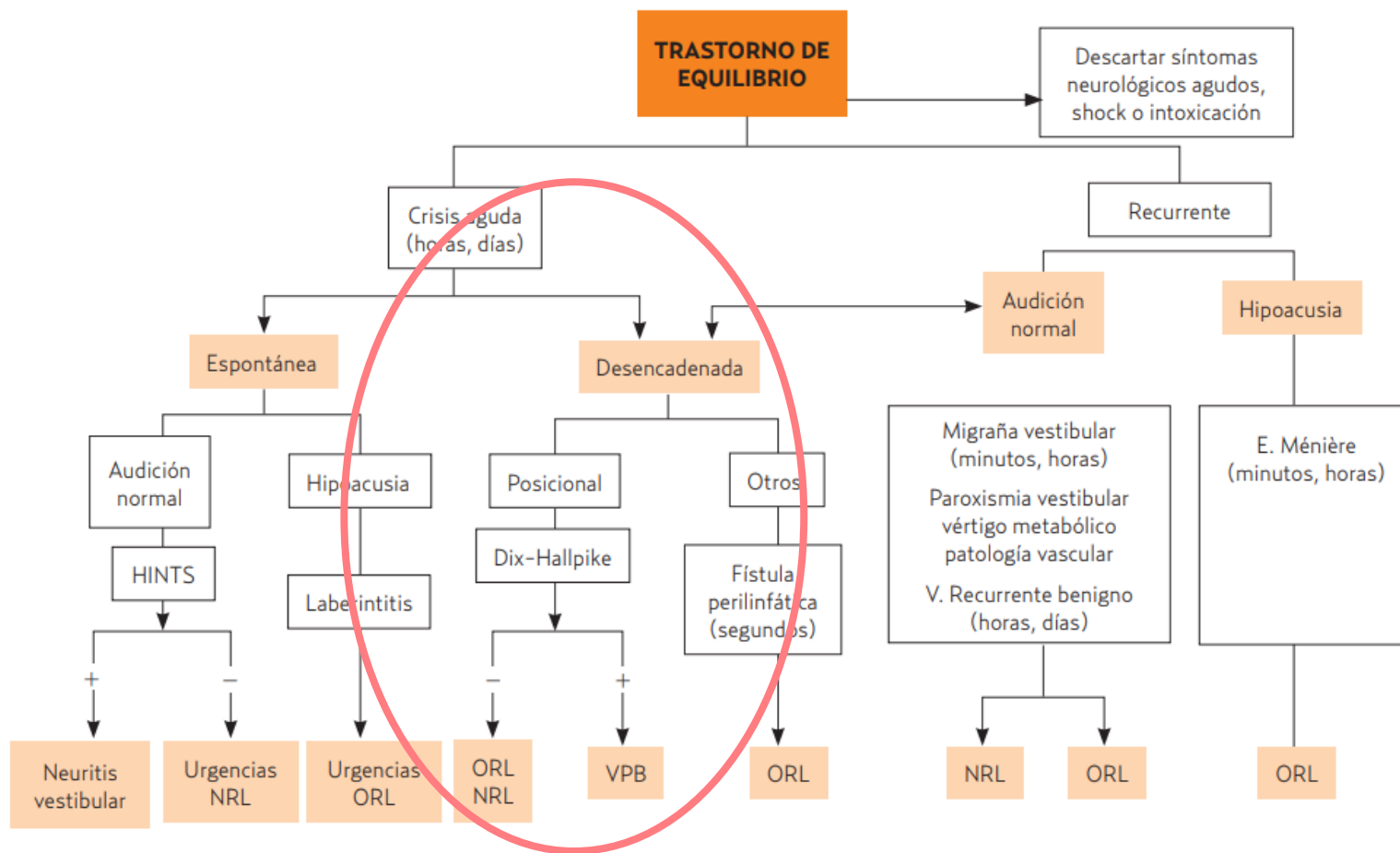
\* Mareig:

-Sensació rotatòria

-Empitjora quan fa estiraments i millora en repòs

# EF

- Maniobra *Dix- Hallpike* positiva → reproducció quadre + nistagme de característiques perifèriques
- Resta d'exploració NRL anodina



Maniobra *d'Epley*



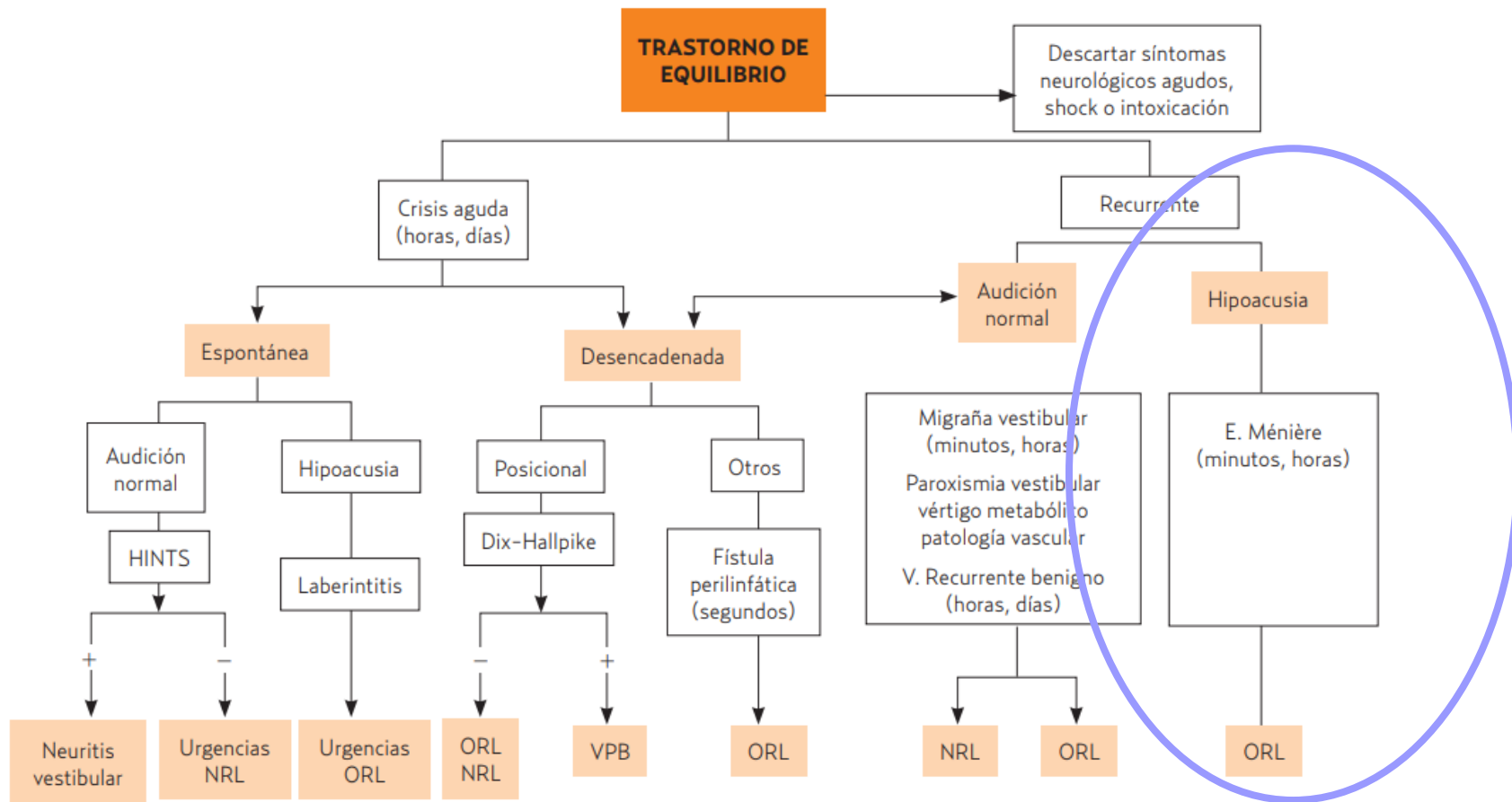
# CAS 2

## Anamnesi

- Dona 52 aa
- 2 mesos → mareig rotatori màxima intensitat durant 20'
- Tinnitus + hipoacusia (durant els episodis però també quan asimptomàtica)

## EF

- Nistagme espontàni de característiques perifèric
- Resta exploració NRL anodina
- Hipoacúsia neurosensorial



Betahistina 16mg/ 8 hores

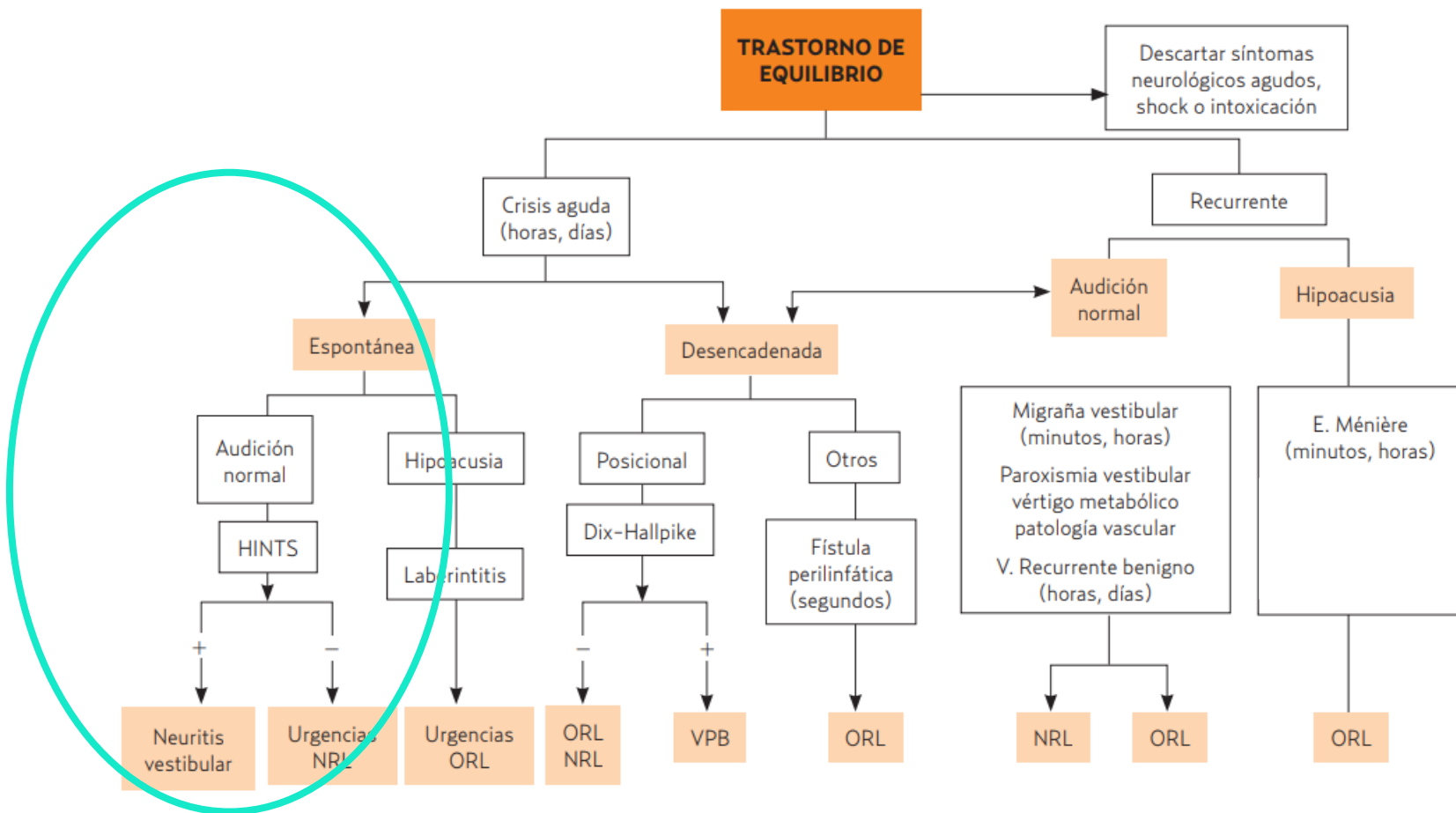
# CAS 3

## Anamnesi

- Home de 35 aa
- 2 hores → rotació objectes + inestabilitat + nàusees
- No relació amb canvi postural
- Fa 1 setmana QVA

## EF

- *Dixhallpike* negatiu + Impuls cefàlic amb aparició de nistagme horitzontal de característiques perifèriques
- exploració NRL anodina
- Otoscopia bilateral normal



Sulpirida 50mg/8-12h vo

# Conclusions

- Patologia freqüent a AP → importància d'un bon DD i maneig.
- Anamnesi + EF → etiologia.
- Important saber realitzar les maniobres
- Signes d'alarma!

# Bibliografia

- *Benito-Orejas JI. Vértigo subjetivo crónico. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab. La Rioja. 2013; 4(2): 13-19.*
- *Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 156(3\_suppl): S1-47.*
- *García García E, González Compta X. Actualización en el manejo del vértigo. AMF [Internet]. 2019; 15(4): 184–91.*
- *Generalitat de Catalunya. Projecte ESSENCIAL. Medicaments sedants vestibulars per al vertigen posicional paroxismal benigne. Generalitat de Catalunya [Internet].*
- *Murdin L, Hussain K, Schilder AG. Betahistine for symptoms of vertigo. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (6): CD010696*
- *Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH, Pula JH, Omron R, Saber Tehrani AS, et al. HINTS outperforms ABCD2 to screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. Acad Emerg Med. 2013; 20(10): 986-96*



Moltes gràcies!