

## VERTIGO CENTRAL

Valentina Fernández Ladrón. Jorge Gutierrez Dubois. J.L Alonso Martinez.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra.

### **DEFINICION**

El vértigo implica sensación de giro, ya sea de la propia persona o de su entorno. Se distingue del mareo por la inconfundible sensación de giro de objetos.

En el vértigo central o síndrome vestibular central, el origen del vértigo se encuentra en cerebro, cerebelo y protuberancia y es destacable la desproporción de los síntomas en su intensidad y armonía, incluso no pudiendo aparecer en su totalidad

### **MANIFESTACIONES CLINICAS**

Los síntomas vertiginosos y vegetativos son menos intensos pero más prolongados que en el vértigo periférico.

En las maniobras de BARANY el nistagmus aparece sin periodo de latencia, es prolongado y no se fatiga, pudiendo cambiar de dirección. El vértigo es muy intenso y se desencadena con las distintas posiciones de la cabeza.

El vértigo suele acompañarse de otros síntomas o signos de afectación del tronco encefálico y/o cerebelo dependiendo de la localización del proceso causante: Hemiparesia, disartria, parálisis facial, pero no existe pérdida de audición.

### **ETIOLOGIA<sup>1</sup>**

Las manifestaciones clínicas en cada caso dependen de la localización específica de la lesión en cerebro, cerebelo y protuberancia.

- *Isquemia del tronco encefálico.* La circulación del núcleo vestibular proviene del sistema vertebrobasilar. Los signos más característicos de esta afectación son signos propios del tallo como diplopia, ataxia, disartria o debilidad facial.
- *Síndrome de Wallenberg a infarto de la porción lateral del bulbo raquídeo* ( por oclusión de las arterias vertebrales o cerebelosas posteroinferiores). El cuadro clínico consiste en vértigo, ataxia, disfasia, diplopia, síndrome de Horner, entumecimiento facial ipsilateral y disminución contralateral de las sensaciones de calor y temperatura.
- *Esclerosis Múltiple.* Puede presentarse con vértigo hasta un 10% de las veces y en un 33% de los pacientes. En la exploración neurológica puede encontrarse oftalmoplejía internuclear y afección difusa del sistema nerviosos central.
- *Tumores del tallo encefálico.* Los síntomas más destacables son hemianopsia y tinnitus, en lugar de vértigo.
- *Neurinomas del acústico.* El vértigo relacionado con estos tumores es leve e incluso puede no presentarse, ya que el lento crecimiento del tumor permite compensación central.
- *Edema súbito o hemorragia repentina de tumores de tronco.* Produce cuadro repentino de vértigo brusco por compresión del tallo encefálico. Existe también disfunción del VIII par craneal( con pérdida del reflejo cornea ).
- *Secuestro de la arteria subclavia por aterosclerosis.* Produce cuadro de vértigo a medida que se va derivando el flujo sanguíneo de la arteria vertebral cuando el brazo ipsilateral realiza ejercicio.
- *Migraña de la arteria basilar.* Se presenta en mujeres de 15 a 25 años que padecen cefalea vascular y antecedentes de jaqueca. Se produce por una compresión vascular del VIII par craneal, cerca de su entrada al tallo encefálico.
- Otras causas: TCE.

### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS<sup>2</sup>**

En urgencias:

- Análisis de sangre
- TAC craneal
- Punción lumbar. Si sospecha de meningitis y/ o encefalitis
- Estimulación calórica para análisis de reflejos oculares

En hospitalización:

- RM craneal con gadolinio y angiografía por RM de vasos cerebrales
- Electroencefalograma, estudio de potenciales aditivos evocados, etc...

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

El principal diagnostico diferencial se debe realizar con el vértigo periférico.

| CARACTERISTICAS          | PERIFERICO  | CENTRAL  |
|--------------------------|---|--|
| Sensación de giro        | Intenso   | <b>Poco intenso</b>  |
| Relación con la posición | Si  | <b>No</b>  |
| Inicio                   | Repentino   | <b>A veces paulatino</b>   |
| Sordera                  | Si (laberintitis, tumor)  | <b>No</b>  |
| Síntomas vegetativos     | Si  | <b>No</b>  |
| Síntomas neurológicos    | No  | <b>Sí (diplopia, ataxia, disfonía)</b>   |
| Nistagmus                | Unidireccional<br>Se fatiga<br>Se inhibe con la fijación ocular | <b>Multidireccional<br/>No se fatiga<br/>No se inhibe con la fijación ocular</b> |

### **TRATAMIENTO**

Para el tratamiento del vértigo central se debe identificar y tratar la causa subyacente, por lo que estos pacientes que presenten dicha sintomatología deben ingresar en el servicio de Neurología.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Martínez-Vila E, Riverol Fernandez, M. Irimia Sieira, P. Síndrome vestibular central. Rev Med Univ Navarra. 47(4):;51-59. 2003
2. Jennifer Derebery, M. MD, FACS. Diagnostico y tratamiento del vertigo. Rev cubana Med 39(4):238-253. 2000