

## MAREOS

“¡Tengo mareos Doctor!”. Aún después de casi cuarenta años de práctica profesional, esta introducción a la entrevista me produce siempre cierta inquietud. No se debe ésta a la sospecha de un proceso grave, sino a la certidumbre de que me veré enfrentado con una tarea diagnóstica muchas veces ardua y no siempre exitosa.

Ello se debe a que la palabra “mareo” es utilizada para designar múltiples percepciones anormales, de fisiopatogenia disímil, que pueden ser causadas por numerosas entidades nosológicas. La situación se complica más aún por las dificultades experimentadas por muchos pacientes al describir sus síntomas, lo que rara vez se hace con precisión.

La semiografía de un mareo puede ser tan frustrante, que el profesional con frecuencia cede a la tentación de interrumpir precozmente el interrogatorio con la esperanza de que el examen físico o los estudios complementarios puedan orientarlo hacia el diagnóstico. Ello constituye un grave error, ya que muchas veces el primero no aporta datos de valor, y la elección de los segundos requiere una clara orientación diagnóstica, que debe surgir necesariamente de la historia clínica.

Los mareos han sido definidos como una “desorientación sensorial con respecto al equilibrio”. Son frecuentes, habiéndose estimado su incidencia anual en la población general en 2,4 %, cifra que se incrementa notablemente después de los 60 años de edad.

### Varias son las sensaciones que pueden describirse como mareos:

A) Vértigos: pueden definirse como la “sensación ilusoria de movimientos” o como “la percepción de movimientos inexistentes”. Son causados por perturbaciones del laberinto, del núcleo vestibular, del cerebelo, o de las conexiones entre estas áreas. Estas perturbaciones producen sensaciones de rotación -del sujeto o del ambiente-, inclinación de estructuras o de planos, y de desequilibrio referido a la cabeza, descrito a veces “como si nadara o flotara”. Cuando el paciente describe sensaciones giratorias, el diagnóstico de vértigo es fácil, pero no lo es tanto cuando



Dr. Alberto Achával (1)  
Sección Angiología - Hospital Privado.

experimenta los otros síntomas descriptos. Es vital que se los categorice acertadamente, porque, como veremos más adelante, el primer e imprescindible paso en el diagnóstico consiste en la diferenciación de vértigos y de mareos no vertiginosos.

B) Incapacidad de mantener la postura deseada o inestabilidad referida a miembros inferiores. Puede ser causada por desaferentación propioceptiva, debilidad muscular, paresia o parálisis, rigidez o espasticidad, ataxia o apraxia.

C) Sensación de desmayo inminente, causada por hipotensión arterial de cualquier etiología. Se percibe como oscurecimiento de la vista, sensación de “oídos llenos”, hipoacusia o acúfenos, frialdad generalizada. El sujeto está pálido, transpira profusamente y puede llegar a perder el conocimiento.

D) Sensación de “cabeza vacía” o “hueca” o “llena de humo”. Son percepciones frecuentes en pacientes con enfermedades cerebrovasculares -con o sin signos focales-, en la vejez y en la atrofia cerebral.

E) Desorientación visual o espacial: Ocurre en caso de hipofunción laberíntica simétrica de cualquier etiología, que se pretende compensar recurriendo a información visual. Aparece intolerancia a los movimientos, como veremos más abajo.

F) Por fin no se debe olvidar que la ansiedad o el pánico, particularmente cuando se asocian con hiperventilación, pueden producir todas y cada una de las sensaciones descriptas. El diagnóstico es ocasionalmente muy difícil, porque los mareos pueden generar ansiedad, por lo que ésta puede ser primaria, o secundaria, o mixta; esto último ocurre cuando los mareos causan ansiedad la que genera más mareos y así sucesivamente. La regla áurea para estos casos es considerar el diagnóstico de “mareos causados por ansiedad” como uno de exclusión, dar a estos pacientes el beneficio de la duda, y someterlos a investigaciones razonables. Se debe recordar que reacciones agu-

(1) Sección de Angiología - Hospital Privado.

---

das de ansiedad o ataques de pánico no inmunizan en contra de un tumor del ángulo pontocerebeloso o de una malformación vascular de la fosa posterior.

Con el fin de llegar a un diagnóstico preciso, el portador de mareos debe ser sometido a un examen clínico completo, que incluya los exámenes complementarios considerados rutinarios. Requerirá con frecuencia interconsultas con neurólogos, otorrinolaringólogos y angiólogos y los estudios correspondientes a estas especialidades. Por fin, algunos casos complejos deben ser derivados a neurootólogos o a neurooftalmólogos, especialistas lamentablemente escasos en nuestro medio.

Por el lugar central que ocupa el sistema laberíntico en la percepción de posturas y movimientos, describiré brevemente sus funciones y las consecuencias de sus disfunciones.

Las funciones vestibulares son: 1) Detección de la posición de la cabeza y de sus movimientos. 2) Mantenimiento de la dirección de la mirada, a pesar de que la cabeza se mueva, por medio de los reflejos vestíbulo-oculares. 3) Mantenimiento de la postura deseada, a pesar de movimientos del cuerpo y de la cabeza, por medio de los reflejos vestíbulo-espinales.

Las disfunciones vestibulares producen dos síndromes principales: 1) Por asimetrías en la información provista por ambos laberintos al sistema nervioso central, aparecen movimientos ilusorios (vértigo), rotatorios o no. 2) La disminución bilateral y simétrica de la sensibilidad laberíntica impide percibir con precisión la posición y los movimientos de la cabeza. La información propioceptiva proveniente del cuello y la visual son insuficientes. En estas circunstancias pueden aparecer sensaciones ilusorias de movimientos del ambiente, lo que causa "intolerancia a los movimientos". Además, por insuficiencia de los reflejos vestíbulo-oculares aparece dificultad para enfocar sobre objetos -fijos o móviles- cuando el sujeto está en movimiento, sea éste activo -caminar- o pasivo -ser transportado en un vehículo-. La consecuencia puede ser oscilopsia, a veces incapacitante.

## ESQUEMAS DIAGNOSTICOS

Como es habitual en estas notas, he resumido en varios esquemas ramificados los aspectos más importantes del diagnóstico diferencial, especificando en ciertos casos la oportunidad de derivación al especialista, los estudios a realizar o el tratamiento apropiado.

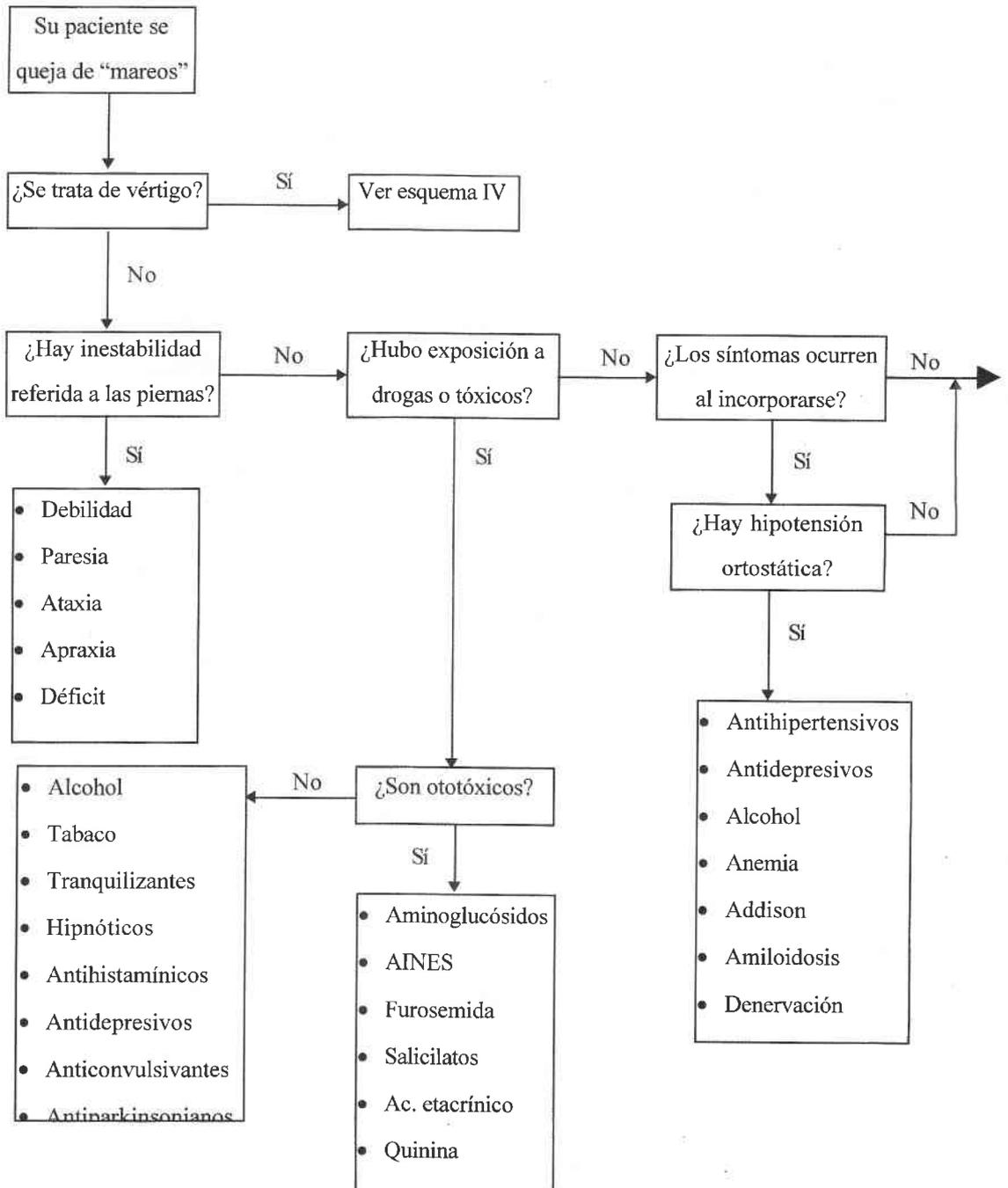
En el esquema I se pide al lector que decida si el mareo es en realidad un vértigo o no. Si no lo fuera, el diagnóstico diferencial se desarrolla en los esquemas I, II y III. Si se tratara de un vértigo, éste es tratado en los esquemas IV, V y VI.

Del examen de estos esquemas se desprende que el profesional más indicado para diagnosticar un mareo no vertiginoso es el internista, quien ocasionalmente necesitará la colaboración de otros especialistas. Por el contrario, en caso de vértigos, serán los especialistas en ORL o neurología -según la etiología- quienes deben ser responsables por el manejo del caso, con la colaboración obligada del internista, y ocasional del angiólogo.

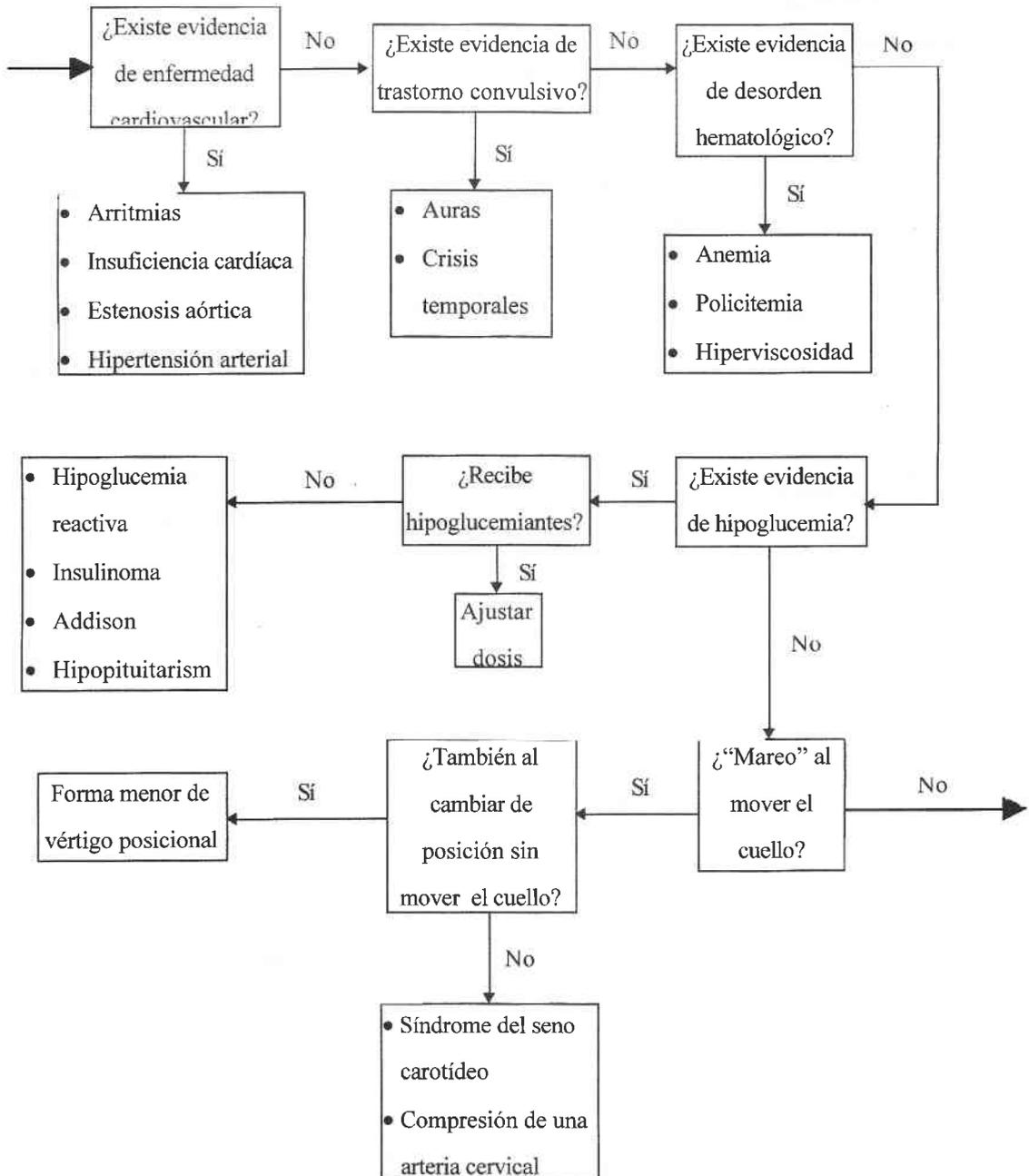
Lamentablemente, en nuestro medio profesional todavía no se acepta la necesidad de que exista una muy estrecha relación entre varios especialistas cuando el caso así lo requiera. Es frecuente constatar que pacientes con mareos son sometidos a extensas investigaciones sucesivas por especialistas en uno u otro rubro, sin que se llegue al diagnóstico, porque cada uno observó al paciente desde su perspectiva, con un campo visual frecuentemente restringido y ocasionalmente tubular.

En el próximo número de *Experiencia Médica* me ocuparé con más detalles del diagnóstico y manejo de vértigos agudos y crónicos por separado.

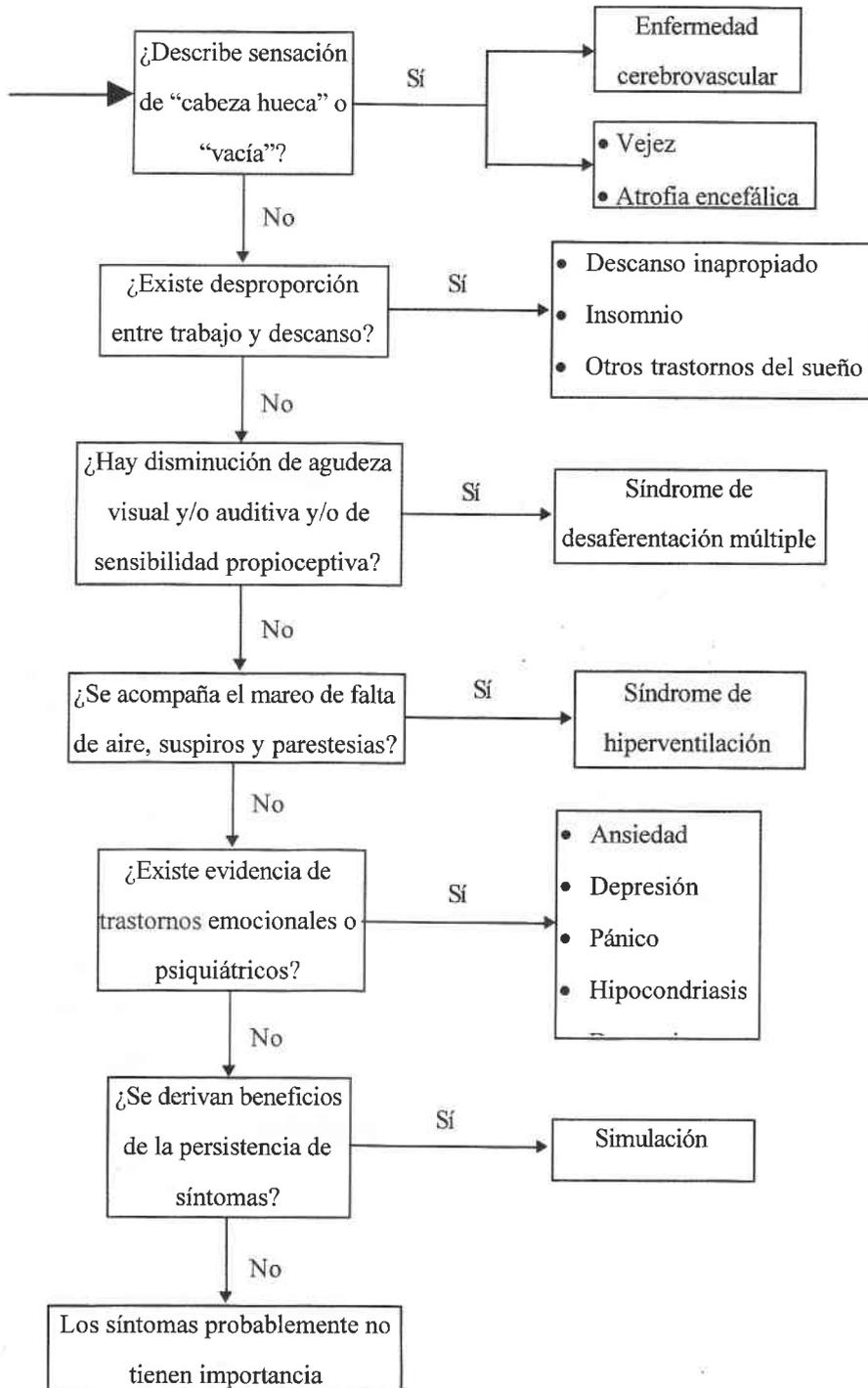
## MAREOS: Esquema I



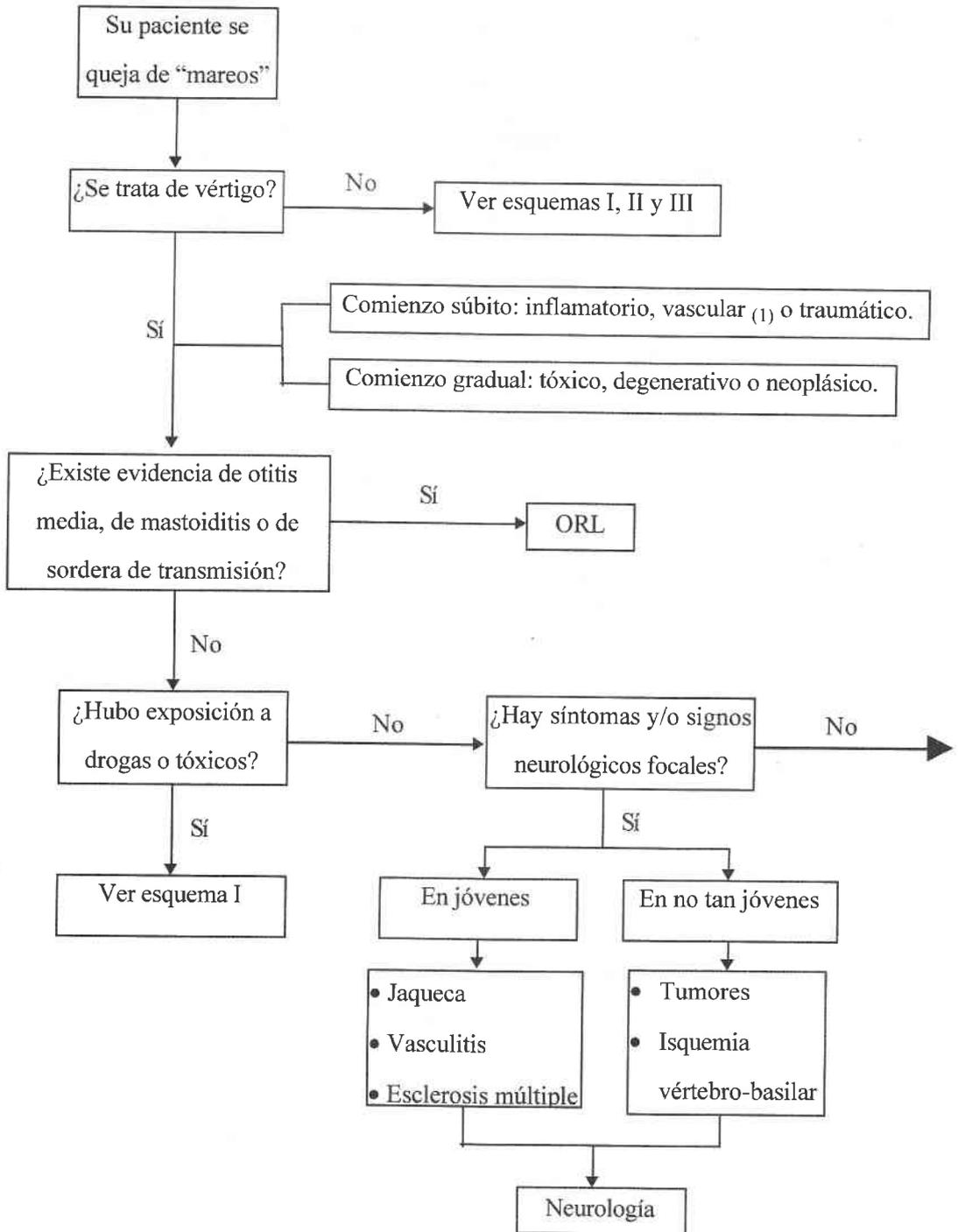
## MAREOS: Esquema II



### MAREOS: Esquema III

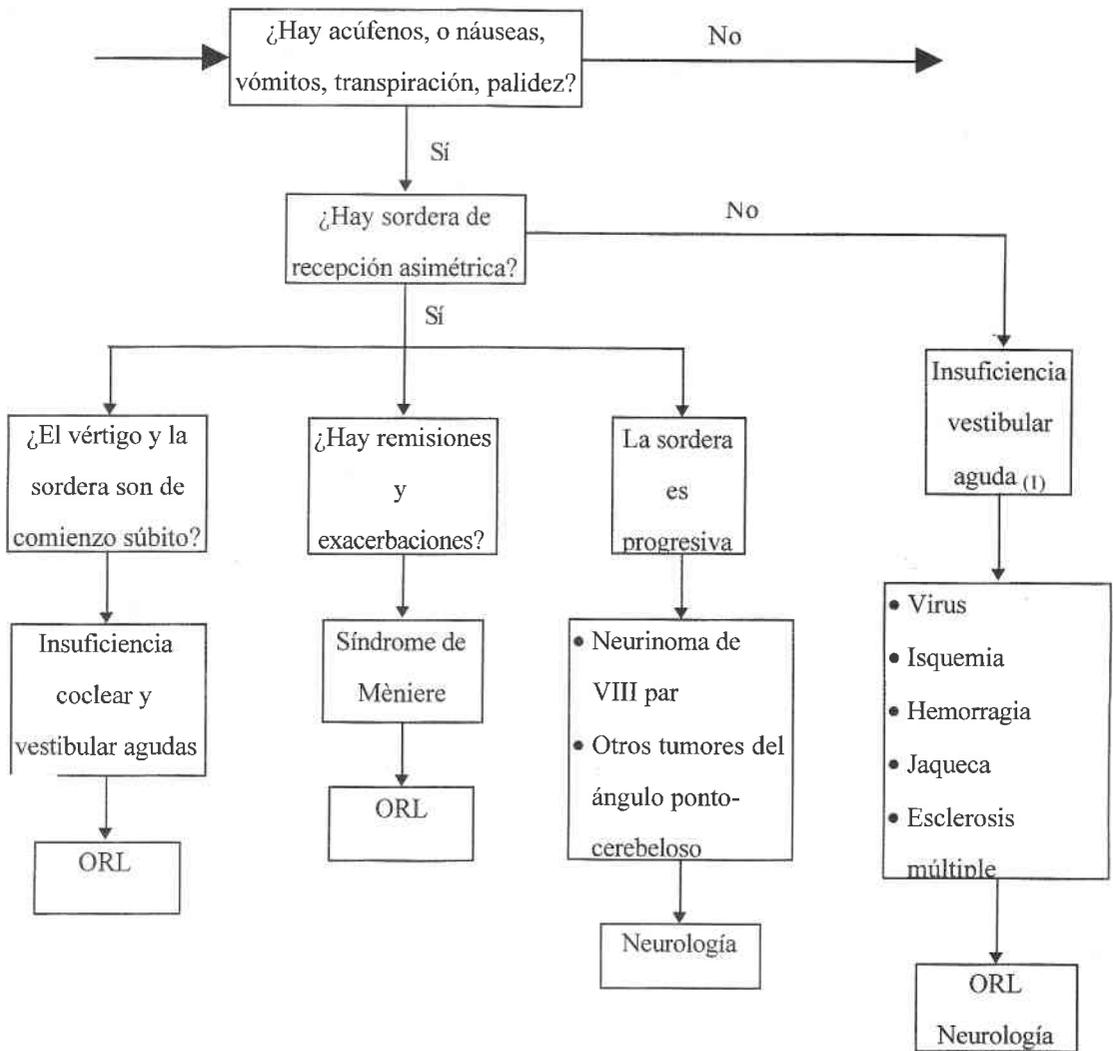


### MAREOS: Esquema IV



(1) Hemorragias o isquemias de la art. cerebelosa pósterio inferior o de la art. auditiva interna.

## MAREOS: Esquema V



(1) También llamado "laberintitis aguda" o "neuronitis vestibular".

### MAREOS: Esquema VI

