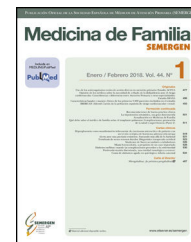




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Mareo: importancia del diagnóstico diferencial



Dizziness: Importance of differential diagnosis

Mujer de 47 años de edad que acude a consulta por mareo. Sus antecedentes personales son talasemia *minor*, un nódulo tiroideo benigno estable, migrañas e intervención de endometriosis ovárica. En sus antecedentes familiares destaca cáncer de colédoco su padre, diabetes y púrpura autoinmune su madre y migrañas y talasemia *minor* su hija.

Siguiendo el enfoque diagnóstico TiTrATE para determinar la probable etiología del mareo se vio que presentaba un mareo episódico espontáneo. El día que acudió a consulta presentaba un mareo de unos 8 días de evolución, y en otras ocasiones también había presentado episodios similares. Como en este tipo de mareos es muy importante la historia clínica para poder hacer el diagnóstico diferencial. Siguiendo una entrevista clínica semiestructurada y con una actitud de escucha activa se vio que el mareo actual estaba coincidiendo en el tiempo con una situación estresante para la paciente, tenía que cambiar de casa porque estaban viviendo en una casa alquilada y el dueño había decidido venderla. También se vio relación temporal estresante con el primer mareo que había presentado hacía un año, y que se había repetido en varias ocasiones a lo largo de este tiempo, despido del trabajo en el que llevaba 25 años. Además del mareo presentaba insomnio precoz y medio, astenia, cefaleas tipo presión que no son sus migrañas, sensación de palpitations y «agobio», y entre sus rasgos de personalidad destaca una marcada autoexigencia y preocupación por el orden y el control. La exploración física cardiológica y neurológica fue totalmente normal. Y, además, en ese año se ha realizado varias analíticas, que incluían hormonas tiroideas, estando todas las determinaciones dentro de los límites normales y una RMN cerebral en la que no se habían objetivado hallazgos significativos. Se llegó al diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 en el que el mareo es uno de los síntomas de sobreactivación fisiológica. Se explicó a la paciente el diagnóstico mostrando la unidad biopsicosocial de la persona y se le planteó seguir un tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual y de aceptación y compromiso en consultas programadas. La paciente lo aceptó y poco a poco empezando con técnicas de reestructuración cognitiva y después de aceptación fue

capaz de asumir las situaciones que estaba sufriendo y dirigió su vida orientada a sus valores.

El mareo es un síntoma inespecífico y frecuente, por el que acuden los pacientes a la consulta de atención primaria, con el que hay que hacer un diagnóstico diferencial con muchas enfermedades. La mayoría de las causas de un mareo son enfermedades cardiovasculares comunes (síncope vasovagal, hipotensión ortostática desencadenada por fármacos), enfermedades psiquiátricas (trastorno de ansiedad) o enfermedad vestibular (vértigo posicional paroxístico benigno, migraña vestibular, neuritis vestibular).

Los pacientes, a menudo tienen dificultad para describir sus síntomas sobre el mareo, por lo que es necesario por parte del médico la escucha activa de la descripción que hace el paciente junto con preguntas en un principio abiertas y luego específicas que ayuden a verificar y recopilar información suficiente para poder llegar a una orientación diagnóstica.

Un enfoque diagnóstico novedoso para determinar la probable etiología del mareo es el TiTrATE. Incluye el tiempo («Timing») de los síntomas, los desencadenantes («Triggers») que provocan los síntomas y («And») un examen físico dirigido («Targeted Examination»). Permite clasificar los mareos en 4 grupos: los episódicos desencadenados por algún motivo, los episódicos espontáneos, los continuos postexposición y los continuos espontáneos^{1,2}.

Los pacientes que presentan mareos episódicos desencadenados por algún motivo presentan mareos de duración que puede variar de segundos a horas. Estos mareos pueden ser debidos a una causa central o periférica, grave o benigna. La hipotensión ortostática causa síntomas solo al levantarse y el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) los causa tanto al levantarse como al acostarse o cuando se da una vuelta en la cama³. Causas peligrosas neurológicas son por ejemplo el vértigo posicional paroxístico central (VPPC) (p. ej., tumor cerebeloso) y causas graves de hipotensión ortostática son por ejemplo una hemorragia interna. Se pueden distinguir con la historia clínica y con la exploración física^{1,2}.

Los pacientes con síntomas episódicos espontáneos tienen mareos que duran de segundos a pocos días y su historia clínica es la que establece el diagnóstico. Entre las causas benignas se encuentran la enfermedad de Ménière, la migraña vestibular, el síncope vasovagal y la enfermedad psiquiátrica, como puede ser un trastorno de ansiedad^{3,4}. Entre las causas graves podemos distinguir enfermedad

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.007>

1138-3593/© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 TiTrATE, enfoque diagnóstico para determinar la probable etiología del mareo

Timing (ritmo)	Episódicos		Continuos	
	Desencadenados	Espontáneos	Postexposición	Espontáneos
Triggers (desencadenante)				
And Targeted Exams (examen dirigido)	Dix-Hallpike Nistagmus Ortostatismo (mareo/hipotensión)	ABCD2 score >3 Historia clínica típica de migraña Síndrome de Ménière Síndrome vasovagal Crisis de pánico	Traumatismo craneal Latigazo cervical Barotrauma Estallido Tóxicos CO Fármacos	HINTS Sordera Nistagmo

ABCD2 score para la identificación de causas cerebrovasculares de mareos en urgencias; HINTS: Head Impulse-Nistagmus-Test of Skew.

cerebrovascular (accidente isquémico transitorio vertebrobasilar, hemorragia subaracnoidea)³, enfermedad cardiorrespiratoria (arritmia cardíaca, angina inestable, embolia pulmonar), enfermedad endocrina (hipoglucemia) y la intoxicación por monóxido de carbono^{1,2}.

Los pacientes con mareos continuos son los que los presentan durante días o semanas de una forma continua. Pueden ser consecuencia de una exposición o espontáneos. Los mareos postexposición ocurren directamente después del traumatismo o exposición a un tóxico o la toma de un fármaco. El prototipo de los mareos espontáneos es la neuritis vestibular. Una causa peligrosa parecida es el ictus isquémico en la zona lateral del tronco del encéfalo, del cerebelo o del oído interno^{1,2,5}.

La exploración física puede ayudar a confirmar un posible diagnóstico, esta incluye evaluación cardíaca, neurológica y especial atención al examen de la cabeza, ojos, oídos y garganta. Los signos que más ayudan en estos pacientes son los cambios de los mareos con la posición, los cambios de frecuencia cardíaca y de tensión arterial ortostáticos, la observación de la marcha⁶, la maniobra de Dix-Hallpike (explora la presencia de nistagmo en decúbito y sentado: se pone al paciente sentado en la camilla con las piernas estiradas y la cabeza girada 30° hacia el lado a explorar y manteniendo esta posición de forma rápida se lleva al paciente a la posición de decúbito supino con la cabeza girada y colgada del borde de la camilla y después de 30 s se vuelve a la posición original)⁷ y el examen HINTS (HI: *head impulse*-impulso cefálico: evalúa el reflejo vestibulo-ocular, se fija la mirada en un punto y se gira la cabeza en 30°, esta prueba se considera positiva si no hay movimiento compensatorio inmediato, es decir, los ojos se mueven con el movimiento de la cabeza desviándose del examinador, e indica lesión vestibular) (N: *nystagmus*: el horizontal es periférico, el vertical es central) (TS: *test of skew*: se cubre un ojo y se pide que fije la mirada en un punto con los 2 ojos, si el ojo examinado está desalineado de manera vertical la lesión es central)⁸ (tabla 1).

Podemos concluir que a los médicos de familia ante un paciente con mareo nos puede ayudar la orientación diagnóstica del TiTrATE por varios motivos para: poder realizar una orientación diagnóstica de una forma ordenada, poder

llegar a la etiología correcta, y poder iniciar un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible.

Responsabilidades éticas

Se han seguido los protocolos del centro de trabajo con relación al tratamiento de la información relativa al paciente.

Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Muncie HL, Sirmans SM, James E. Dizziness: Approach to Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2017;95:154–62.
- Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A Novel Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin*. 2015;33:577–99.
- Ludman H. Vertigo and imbalance. *BMJ*. 2014;348:g283.
- Feuerecker R, Dieterich M, Eckhardt-Henn A, Becker-Bense S. Somatoform vertigo syndromes. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2015;83:135–41.
- Choi KD, Lee H, Kim JS. Vertigo in brainstem and cerebellar strokes. *Curr Opin Neurol*. 2013;26:90–5.
- Dommaraju S, Perera E. An approach to vertigo in general practice. *Aust Fam Physician*. 2016;45:190–4.
- Zhao F, Zhuang J, Xie X, Jin Z, Chen Y, Zhao Z. Management of bilateral benign paroxysmal positional vertigo with Dix-Hallpike test. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2014;53:764–7.
- 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;20:986–96.

R. Ramírez Parrondo^{a,b}

^a *Medicina de Familia, Medicina Psicosomática, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España*

^b *Coordinación del Grupo de trabajo de Comunicación y miembro del grupo de trabajo de Neurología de SEMERGEN*
Correo electrónico: rrparrondo@yahoo.es