



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de caso

Vértigo fóbico, una patología silente Phobic vertigo, a silent pathology

José Alberto Prieto Rivera, MD*, José Gabriel Lora, MD**, José Eduardo Guzmán***,
Edward Alberto Polanía Jácome, MD****

* Profesor titular, Universidad Militar Nueva Granada. Otológo. Gestor del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR), Bogotá, D. C., Colombia.

** Profesor titular, Universidad Militar Nueva Granada. Otológo.

*** Profesor titular, Universidad Militar Nueva Granada. Otológo.

**** Residente de Otorrinolaringología, Universidad Militar Nueva Granada.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 28 febrero de 2014

Revisado: 5 marzo de 2014

Aceptado: 17 marzo de 2014

Palabras clave:

vértigo, mareo, inseguridad fóbica ortostática, agorafobia, vértigo somatomorfo, vértigo postural fóbico, ansiedad, depresión.

RESUMEN

El vértigo fóbico se constituye como una patología dentro de las alteraciones somatomorfas que cursan con trastornos del balance, relacionadas a un proceso de desajuste sensorial aferente, con repercusiones eferentes especiales que no son evidentes al observador, identificadas, por ejemplo, por un aumento en los patrones de propiocepción detectados por electroposturografía. Las características clínicas de estos pacientes están descritas como eventos vertiginosos no asociados a claros desencadenantes, sino más bien una respuesta muy personal a ambientes particulares normales para otras personas, quienes adicionalmente ofrecen personalidades obsesivas-compulsivas, perfeccionistas autodemandantes, incluso depresivas dentro de un contexto que culmina en inestabilidad. No se identifican alteraciones auditivas concomitantes, ni tampoco neurológicas centrales, por lo que su diagnóstico diferencial podría hacerse evidente denotando los diagnósticos más relevantes, tanto psicogénicos como orgánicos, aportados por Brandt y colaboradores.

Correspondencia:

Edward Alberto Polanía Jácome
Residente Universidad Militar Nueva Granada
Carrera 11 No. 101 - 80, Bogotá, Colombia
ewpol85@hotmail.com

ABSTRACT

Key words:

Vertigo, dizziness, somatoform vertigo, phobic postural vertigo, orthostatic phobic insecurity, agoraphobia, anxiety, depression.

Phobic vertigo is constituted as a pathology within the somatoform disorders that causes balance disease related to a mismatch process between afferent signals and efferent sensorial perceptions with special effects that are not apparent to the observer, identified by cause an increase in proprioception patterns detected by electroposturography. The clinical characteristics of these patients are described as dizzying events not associated with clear triggers, but rather a very personal response to particular environments for them and normal for others; those obsessive compulsive personalities additionally can offer, auto-perfectionists, depressives feelings, within a context that culminates in instability. Are not identified concomitant hearing impairment, nor central neurological disease, differential diagnosis could be make evident, thanks to the most relevant both psychogenic and organic issues provided by Brandt et ál.

Introducción

Brandt y Dietrich (1) fueron los primeros en describir este trastorno somatomorfo, manifestado por el vértigo no rotacional e inestabilidad en bipedestación y en marcha, con episodios superpuestos de percepciones cortas de perturbaciones corporales. Estos episodios pueden ocurrir espontáneamente o desencadenarse por estímulos perceptivos, tales como conducir o bajar escaleras, o en situaciones sociales, como lugares concurridos. El examen neurológico, así como las pruebas de imagen, de laboratorio y vestibulares, son normales. A pesar de su origen psicológico, el vértigo fóbico postural (VFP) por lo general no se acompaña de ansiedad o pánico. Sin embargo, la conducta de evitación a veces puede producirlo. Los pacientes con VFP con frecuencia demuestran tener características de personalidad obsesivo-compulsiva, con fuertes ambiciones y motivaciones. Sorprendentemente, el VFP por lo general no interfiere con las actividades diarias, a pesar de la preocupación de los pacientes con inestabilidad, pero es común que conduzcan a la creencia de una enfermedad grave subyacente, tal como un tumor cerebral.

De 768 pacientes consecutivos de consultas neurológicas-otológicas que se presentaron en la Unidad de Mareos en Munich, entre 1989 y el 2003 (tabla 1), 140 (18,3%) tenían vértigo paroxístico benigno posicional y 122 (15,9%) padecían VFP, mientras que menos del 14% tenían otros trastornos conocidos, como la enfermedad de Ménière y neuritis vestibular (1, 2).

Según la experiencia en la literatura, la medida terapéutica más importante es aliviar al paciente de su temor frente a tener una enfermedad grave, examinarlo con detenimiento y explicarle el mecanismo psicógeno (“una elevada observación de sí mismo” dentro del contexto de su personalidad) (1, 6).

Los diferentes tratamientos posibles para el VFP incluyen el farmacológico y la psicoterapia (3, 4). En aquellos casos donde los pacientes con VFP son refractarios con muchos tipos farmacológicos, podrían ser beneficiados por terapia conductual, que es un tipo de psicoterapia donde se busca la desensibilización mediante exposición a las situaciones causales; es decir, el paciente no debe evitar este tipo de situaciones, pero, por el contrario, las reconocerá

Tabla 1. Brandt T. Vertigo and Dizziness-Common Complaints. Psychogenic Forms of Vertigo and Dizziness. Cap. 5. 2004, Ed. Springer (2).

Diagnóstico	Frecuencia (%)
Vértigo benigno posicional paroxístico	18,3
Vértigo Fóbico Postural (PPV)	15,9
Vértigo central vestibular	13,5
Migraña vestibular	9,6
Neuritis vestibular	7,9
Enfermedad de Ménière	7,8
Vestibulopatía bilateral	3,6
Vértigo psicógeno (sin PPV)	3,6
Paroxismia vestibular	2,9
Fístula perilinfática	0,4
Otros desórdenes varios	12,3
Etiología desconocida	0,4

al enfrentarlas. Si la explicación y autodesensibilización no resultan suficientes después de semanas o meses, la terapia conductual con drogas o sin ellas debería iniciarse; es decir, mediante terapia con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (por ejemplo, paroxetina, 10-40 mg/día) o un antidepresivo tricíclico durante 3-6 meses (3, 5, 6).

Objetivos

Describir características demográficas, clínicas (síntomas en anamnesis y signos al examen físico) y paraclínicas (exámenes pertinentes en el estudio del vértigo) de los casos de vértigo fóbico identificados dentro de la cohorte de pacientes atendidos en el HUCSR por síndromes vertiginosos, en los últimos cinco años.

Pacientes y método

La serie de casos que se van a describir corresponden a los individuos diagnosticados de vértigo fóbico, de la totalidad de pacientes que consultaron por vértigo, para un total de 413.

Inclusión:

Aquellos pacientes que cumplen requerimientos clínicos y paraclínicos descritos por Brandt et ál., que fueron diagnosticados en los últimos cinco años en el servicio de urgencias y la consulta externa de la Clínica Universitaria San Rafael.

Exclusión:

Pacientes no incluidos en el estudio, aquellos con registro de alteraciones en exámenes paraclínicos. De igual forma, no se incluyeron los siguientes pacientes:

- Los que previamente trataban en psiquiatría o por presentar depresiones.
- Aquellos casos leves que no precisaban tratamiento.
- Los casos en los cuales el VFP aparece en el contexto de otros trastornos orgánicos graves y multimedicados por otros especialistas.

Respecto a la fuente, se identificaron en los registros de urgencias del HUCSR de los últimos cinco años, y en los casos de consulta externa de los últimos tres años.

Captura de datos: se diseñó una herramienta de almacenamiento de los datos en Excel Office (tabla 2).

También se revisaron los registros de catorce pacientes con VFP que asistieron a nuestra clínica durante los años 2010 al 2014. El diagnóstico se basó en los criterios establecidos por Brandt et ál. (1, 2):

- Presencia de mareos y trastornos del equilibrio, a pesar de las pruebas clínicas normales.
- Aunque los ataques pueden ocurrir de manera espontánea, por lo general hay un estímulo perceptivo, con tendencia a desarrollar un acondicionamiento rápido, con generalización y conducta de evitación.
- Se enmarcan en personalidades de tipo obsesivo-compulsivo, afecto lábil y tendencia a la depresión.
- El inicio de la condición con frecuencia sigue a un período de especial tensión emocional, enfermedad grave o después de un trastorno vestibular significativo.

El protocolo seguido con los pacientes estudiados y caracterizados fue el siguiente:

1. Anamnesis completa, por considerarla la parte más importante del diagnóstico, con especial atención ante

Tabla 2. Captura de datos

PAC	GÉNERO	EDAD	OCUPACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	N° CONS. URG.	CONSULTAS A ORL/OTOLOGÍA	ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS	¿CUÁL?	VALORACIÓN PSIQUIATRÍA	LIMITACIÓN FUNCIONAL COTIDIANA
1	1	45	AMA DE CASA	24	2	10	1	AT	1 (ANSIEDAD)	SÍ
2	0	68	ASEO	5	2	1	0		1 (DEPRESIÓN MENOR)	SÍ
3	0	70	PENSIONADO	0,5	1	1	0		0	NO
4	0	23	INGENIERO	1	1	1	0		0	NO
5	1	53	HOGAR	3	1	1	0		ESQUIZOFRENIA	SÍ
6	1	75	HOGAR	6	1	1	0		1 (ANSIEDAD)	SÍ
7	1	60	OFICIOS VARIOS	12	0	2	1	AT	1 (T. ÁNIMO)	SÍ
8	1	74	HOGAR	0,25	2	1	0		0	NO
9	1	60	PENSIONADO	0,25	1	1	0		0	SÍ
10	1	40	COMERCIO	3	1	1	0		ANSIEDAD	SÍ
11	1	77	HOGAR	8	2	1	0		ANSIEDAD	SÍ
12	1	74	PENSIONADO	4	1	1	0		ANSIEDAD/DEPRESIÓN	SÍ
13	1	58	EMPLEADO OFICINA	6	4	1	0		0	NO
14	1	45	EMPLEADA OFICINA	16	0	4	0		0	NO

Se agrupan pacientes de la muestra, destacando variables demográficas, clínicas y de demanda en servicios. Género: 1. Femenino. 2. Masculino. Antecedentes traumáticos: 0: No. 1: Sí. AT: Accidente de Tránsito. Valoración psiquiátrica: 1: (Sí). 0: (No). Limitación funcional expresada por el paciente como presente o no.

quejas de “inseguridad”, “mareo”, “inestabilidad” o “vértigo mal definido”, que fueron minuciosamente analizadas en cuanto al significado para el enfermo; se destaca la elección de los términos “borrachera y/o inestabilidad”.

2. Se analizaron características morfológicas, temporales y circunstanciales del trastorno, su relación con la bipedestación y la deambulación, la estancia en casa o fuera de ella y, en un segundo término, la exposición a diversas situaciones fóbicas, con mención en actividades laborales. Se indagó siempre si la inseguridad era diaria, con días de absoluta normalidad, y si era subjetiva (no percibida por testigos presenciales).
3. Exploración física otorrinolaringea, neuro-otológica y audiológica:
 - Exploración otológica: nistagmo espontáneo; pruebas vestibuloespinales de desviación segmentaria: brazos extendidos y test dinámico con movimientos en vertical; prueba de Romberg; prueba de marcha con ojos cerrados según Unterberger, y estudio neurológico básico de pares craneales, movilidad general y pruebas cerebelosas.

Ante sospecha de alteración vestibular, exploramos la provocación de nistagmo por medio de agitación cefálica; exploración del nistagmo posicional mediante prueba de Dix-Hallpike, así como otras, cuando esta fue negativa, verbigracia head-shaking, etc. Algunos pacientes contaban con estudios vídeo-óculo-nistagmográficos, con fijación y sin ella; nistagmo optocinético, y nistagmo inducido mediante test calórico. Realizamos valoración de estudios audiológicos básicos, mediante audiometría tonal liminar y timpanometría con reflejos estapedianos; siempre evaluamos logoaudiometría.

Hallazgos de ataxia de cualquier origen o sospecha de alteración central excluían al paciente del grupo de VFP; repetimos las pruebas anteriores y completamos la exploración neurológica con estudio de la sensibilidad superficial profunda, tono y motilidad, reflejos osteotendinosos y esteroceptivos, o solicitud de colaboración al neurólogo y al oftalmólogo en algunos casos.

Tiempo de evolución del cuadro: consideramos que el diagnóstico positivo de VFP requiere al menos de días de evolución (6, 9).

En algunos casos hubo solicitud de exámenes de sangre, y se incluyeron la función tiroidea, serología y perfil lipídico; también se hicieron estudios audiológicos, como potenciales auditivos, audiometría, electronistagmografía y/o imágenes cerebrales (TC o RMN) (7, 8, 10).

Resultados

De los catorce casos con VFP, once eran mujeres. La edad media fue de 58 años, con desviación estándar (DS) 16,1, rango de 23-77 años. Los pacientes que se quejaron de ataques con inestabilidad o sin ella (5/14). La duración media de la enfermedad fue de ocho meses, DS 6,8, con rango de 0,25-24 meses.

La ansiedad la informaron en el interrogatorio solo cinco pacientes (35,7%), mientras que los síntomas vegetativos, como náuseas, sudoración, disnea o diarrea, estuvieron presentes en diez

casos (71,4%); cinco pacientes (35,7%) desarrollaron la evitación circunstancial: por ejemplo, evitar los espacios abiertos, donde el apoyo podría estar ausente; espacios cerrados, bajar o subir escaleras, las multitudes o caminar sobre suelo blando, incluso texturizado. Cuatro pacientes (28,57%) informaron un evento patológico previo (cirugía, enfermedad sustancial) o uno con impacto social (hospitalización, internación en hogar geriátrico, el fallecimiento de un familiar, etc.). En cuatro pacientes la presentación de un evento vestibular, como vértigo posicional, o una afección vestibular clínicamente recuperada, como neuronitis (sin incapacidad residual), desencadenó la aparición de los síntomas. Una historia de convivencia con trastorno de pánico y/o agorafobia, o relación con atención psiquiátrica, se obtuvo en cuatro pacientes (28%), mientras que diez casos (71,4%) tenían antecedentes de depresión o trastorno de ansiedad. Todos los pacientes tuvieron un examen neurológico normal, y en los estudios de imagen, el 21% tenían una exploración normal TC cerebral. Tres presentaban un RMN del cerebro normal; en dos casos justificación postraumática, interpretados como normales, o cambios degenerativos menores no relacionados con patología vestibular. Finalmente, síntomas como cefalea acompañaron las quejas de consulta en cuatro pacientes; sin embargo, dos contaban con electronistagmograma normal. Algunos de los casos fueron valorados, a los cuales se les había formulado dimenhidrato o betahistina, con medicación ya suspendida por ellos mismos, debido a ausencia de beneficio o por nuestro servicio.

Discusión

Los criterios de Brandt para VFP incluyen un tipo de personalidad obsesivo-compulsiva, afecto lábil y depresión leve. Sin embargo, un análisis psicológico de los pacientes con VFP también reveló aspectos narcisistas, rasgos de evitación, dependencia, histriónicos e incluso rasgos agresivos. Por tanto, es de poca ayuda para el médico, que tiene que descartar, además de una causa orgánica del paciente, un diagnóstico apoyado en indicios de alteraciones psicológicas no diagnósticas (11, 12).

Pacientes seleccionados pueden necesitar exámenes audiológicos (por ejemplo, enfermedad de Ménière) o de imágenes (tomografía o RMN de tallo). Pruebas vestibulares o de laboratorio por lo general ayudan a confirmar, en lugar de establecer, el diagnóstico. La posturografía puede ayudar a la diferenciación de los trastornos del equilibrio de los vestibulares, somatosensoriales y visuales (7, 13, 14, 15).

Se debe enfatizar que el VFP no es una entidad reconocida de diagnóstico del DSM-IV, y podría tener cabida en el grupo de los trastornos somatomorfos no diferenciados (11). Una historia de trastorno vestibular se encuentra solo en una minoría de pacientes, y en estos casos el VFP se considera que es una respuesta de somatización después de una lesión vestibular, y que en nuestra experiencia es frecuente (1, 2, 20).

En nuestra serie de casos, una historia de patología otológica como detonante del VFP estaba presente tan solo en el 14% de los pacientes, mientras que un acontecimiento traumático o algido sustancial fue relacionado con VFP en alrededor de 42% de los casos.

Por último, el término “fobia” es capaz de evocar reacciones incómodas en el paciente, así como de la familia, al categorizarlo

como psiquiátrico; por lo tanto, prefieren denominarlo como inestabilidad subjetiva, preservando así el vínculo entre queja somática y la falta de hallazgos objetivos. Según el análisis de Brandt, el mecanismo del VFP resulta del deterioro de los mecanismos de constancia espacial. En otras palabras, las aferencias posturales normales, de las cuales por lo general son inconscientes, las interpretan erróneamente estos pacientes como el resultado de un “mismatch” o no congruencia entre las adquiridas del medio y las esperadas por el sistema vestibular, ya sean producto de experiencias traumáticas, patologías previas o condiciones psicológicas de riesgo (depresión y ansiedad) (1, 2, 8).

De igual forma, los trastornos somatomorfos afectan a la población infantil, aunque sus esquemas mentales no estén claramente estructurados; la presencia de miedo hace parte del complejo instintivo, que si se le agregan experiencias traumáticas de desbalance, se asignarán de por vida; sin embargo, con buenas prácticas terapéuticas, según lo recomendado por Brandt, se podría esperar hasta un 75% de mejoría clínica (10).

De acuerdo con la literatura y nuestra propia experiencia, cerca del 65% de los pacientes con VFP mejorarán después de recibir una explicación del mecanismo psicológico de sus síntomas, y solo en una minoría poblacional se requerirá farmacoterapia o terapia conductual (16-19).

Conclusiones

La prevalencia del vértigo fóbico es baja. En nuestro estudio, a pesar del intervalo amplio de tiempo, de más de 36 meses de recolección de datos, solo alcanza un 3,4% de la consulta otorrinolaringológica por vértigo en la Clínica San Rafael, a diferencia de los estudios en la literatura, propuesta como en un 15,9%, o al menos en segunda posición de incidencia, que incluso en su estado actual tiende a decrecer aún más; permanece como patología silente, al parecer subdiagnosticada o por desconocimiento.

El vértigo fóbico existe; hay que sospecharlo en aquellos pacientes con síntomas vegetativos y vagos de sensación rotatoria y/o inestabilidad, en quienes las baterías de estudio paraclínico son negativas, junto con rasgos obsesivo-compulsivos, ansiosos, demandantes e inclusive depresivos; son pacientes que deambulan por los servicios de salud, a causa de una enfermedad subtratada. Actualmente hay casos de discapacidad secundaria al vértigo fóbico, atenciones múltiples psiquiátricas y de fisioterapias no concluyentes para sus trastornos; es por eso que se justifica re-explorar esta interesante patología y no dejarla en el olvido.

REFERENCIAS

- Brandt T. *Vertigo and Dizziness-Common Complaints*. Psychogenic Forms of Vertigo and Dizziness, Cap. 5. 2004, Ed. Springer.
- Brandt T. Views & Reviews. Phobic postural vértigo. *Neurology*, 1996; 46: 1515-1519.
- Sardinha A, Valfrido L, Falcone E, Nardi A. Phobic Postural Vertigo. A cognitive-behavior approach. *Arq Neuropsiquiatr*, 2009; 67 (1): 123-124.
- Goto F, Nakai K, Kanihiro T, Ogawa K. Phobic postural vértigo treated with autogenic training: a case report. *Cases Journal*, 2008; 1: 189.
- Beltran-Mateos L, Santacruz-Ruiz S, Coscarón-Bernabé E. Inseguridad fóbica ortostática. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 2007; 58 (9): 393-400.
- Pollak L, Klein C, Stryker R. Phobic Postural Vertigo: A New Proposed Entity. *IMAJ*, Vol 5, October 2003.
- Querner V, Krafczyk S, Dieterich M, Brandt T. Patients with somatoform phobic postural vertigo: the more difficult the balance task, the better the balance performance. *Neuroscience Letters*, 2000; 285: 21-24.
- Tjernström F, Fransson P, Holmberg J, Karlberg M, Magnusson M. Decreased postural adaptation in patients with phobic postural vertigo—An effect of an “anxious” control of posture? *Neuroscience Letters*, 2009; 454: 198-202.
- Soto-Varela A, Arán-González I, López-Escámez J, Morera-Pérez C, Oliva-Domínguez M, Pérez-Fernández N, Pérez-Garrigues H, Pérez-Vázquez P, Rossi-Izquierdo M, Santos-Pérez S. Peripheral Vertigo Classification of the Otoneurology Committee of the Spanish Otorhinolaryngology Society: Diagnostic Agreement and Update (Version 2-2011). *Acta Otorrinolaringol Esp*, 2012; 63 (2): 125-131.
- Klaus J. Vertigo and balance in children - Diagnostic approach and insights from imaging. *European Journal of Paediatric Neurology*, 2011; 15: 289-294.
- Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *Journal of Anxiety Disorders*, 2003; 17: 369-388.
- Gilain C, Englebert A. Vertigo and psychological disorders. *B-ENT*, 2008; 4, Suppl. 8: 49-58.
- Morera C, Pérez H, Pérez N, Soto A. Peripheral Vertigo Classification. Consensus Document. Otoneurology Committee of the Spanish Otorhinolaryngology Society (2003-2006). *Acta Otorrinolaringol Esp*, 2008; 59 (2): 76-9.
- Holmberg J, Karlberg M, Fransson CA, Magnusson M. Phobic postural vertigo: body sway during vibratory proprioceptive stimulation. *Neuroreport*, Vol. 14, No. 7, 23 May 2003.
- Brandt T, Strupp M, Novozhilov S, Krafczyk S. Artificial neural network posturography detects the transition of vestibular neuritis to phobic postural vertigo. *J Neurol*, 2012; 259: 182-184.
- Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, Magnusson M. Experience of handicap and anxiety in phobic postural vertigo. *Acta Oto-Laryngologica*, 2005; 125: 270/275.
- Kapfhamme HC, Mayer C, Hock U, Hupped D, Dieterich M, Brande T. Course of illness in phobic postural vertigo. *Acta Neurol Scand*, 1997; 95: 23-28.
- Holmberg J, Tjernstrom F, Karlberg M, Fransson PA, Magnusson M. Reduced postural differences between phobic postural vertigo patients and healthy subjects during a postural threat. *J Neurol*, 2009; 256: 1258-1262.
- Perrin P, Vibert D, Van Nechel C. Etiología del vértigo. *EMC - Otorrinolaringología*, Volume E - 20-200-A-10 2012.
- Nagarkar AN, Gupta AK, Mann SB. Psychological findings in benign paroxysmal positional vertigo and psychogenic vertigo. *The Journal of Otolaryngology*, Jun 2000; 29 (3): 154-8.