

Vértigo psicogénico

J. A. Rosell

En recuerdo de nuestro entrañable Carlos Gutiérrez Aguilera, personalidad indiscutible de la psiquiatría indígena, quien colaboró de forma muy activa en las sesiones sobre trastornos del equilibrio con el Servicio de Otorrinolaringología; por ello, este tema, y con este título, deseo dedicárselo a él.

Recordemos que el equilibrio es el estado en que varias fuerzas que actúan de forma simultánea, sin provocar ni inducir modificaciones durante el reposo; por ello se precisa un comportamiento óptimo de la función del sistema equilibratorio. Por otro lado, es interesante recordar que esta situación no es privativa del laberinto posterior, sino que hay un complejo sistema sensorial, motor y psicológico que puede influir en la estabilización.

¿Quién de nosotros no muestra cierto escepticismo o desánimo cuando el paciente nos indica que sufre de desfallecimientos, mareos, vértigos o desvanecimientos e incluso caídas? Ante esta situación, ¿cuándo considerar que es patológico cuanto nos refiere? Su complejidad es evidente, ya que el desequilibrio, como resultado de la alteración entre las informaciones del S.N.C., puede deberse a una lesión del sistema periférico (vestíbulo), del sistema central (núcleos vestibulares) o de la vía (nervio vestibular, rama del VIII par, de la información propioceptiva; pero puede aparecer

una sensación de mareo o vértigo en combinación o no con otros síntomas formando parte de un complejo sintomático psiquiátrico claramente reconocido, el cual no está relacionado con una disfunción vestibular.

Historia clínica

La H.^a Cl.^a. Es lo esencial en un paciente con trastornos del equilibrio, pues podemos recoger información del paciente y familiares. Durante la anamnesis se observarán: características del trastorno, cronología de los hechos, jerarquización de los mismos, curso temporal, factores desencadenantes, factores predisponentes, síntomas asociados. Evaluará, por tanto, junto a una completa exploración, los síntomas procedentes de una normalidad somática. La extensión del estudio ha de abarcar tanto los elementos del sistema funcional vestibular posterior como visual, auditiva, somatosensorial y función motora; incluso se puede observar cómo ilusiones similares de movimiento pueden ser causadas por enfermedad del órgano terminal periférico, nervio vestibular, núcleo vestibular, cerebelo y vías que se conectan con el tallo cerebral.

Los trastornos vertiginosos de origen psicológico, suelen estar presentes en:

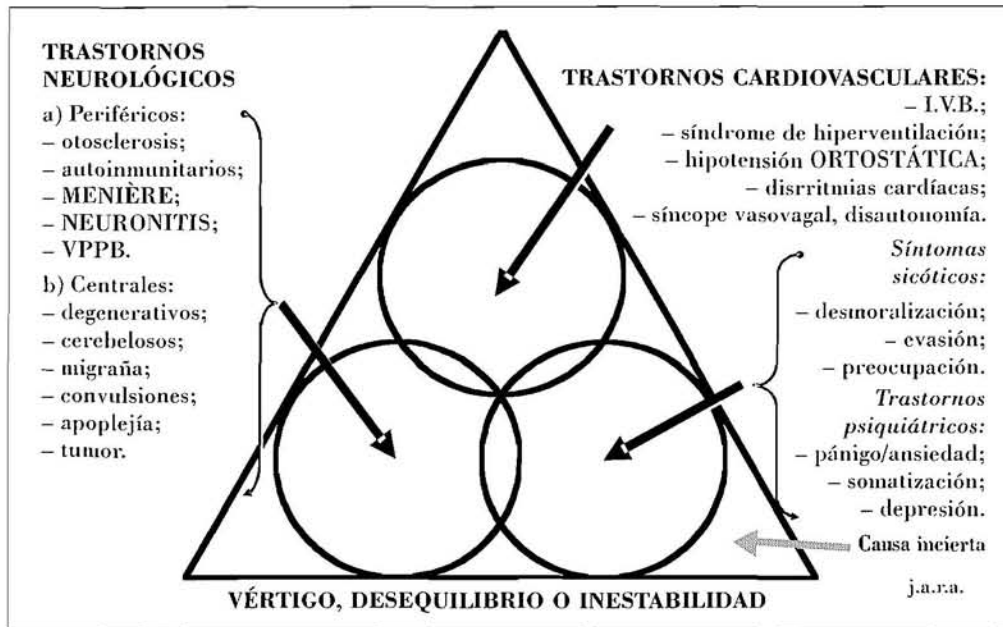
– el 10% de los pacientes que acuden a consulta;

Palabras clave: Vértigo psicógeno

Fecha de recepción: Enero 2005

Seminario Médico

Año 2005. Volumen 57, N.º 1. Págs. 51-54



Descripción de la figura:

Círculos: Principales enfermedades que son más frecuentes como causas de los síntomas.

Resto del triángulo: 25% de pacientes de causa incierta.

Áreas que se cortan: Pacientes que tienen más de un trastorno (ataxia por TIA + hipotensión ortostática por enfermedad vascular periférica; Menière + depresión; Aturdimiento por taquicardia + trastorno de pánico).

- el 64% de los pacientes que acuden a consulta psicológica;
- el 20% de ellos con signos de trastornos de pánico;
- el 37% de las personas mayores presentan trastornos psiquiátricos;
- el 5% de ellas está presente el mareo como causa primaria.

Etipatogenia

En los procesos vertiginosos supuestamente psíquicos, hay que tener en cuenta:

1. Hay casos con alteraciones vertiginosas en las que es difícil separar el origen vestibular y psiquiátrico, ya que muestran unos síntomas vagos.

Es decir, hay una superposición de síntomas en estos pacientes en los que inciden enfermedades definidas en ambas áreas.

2. Los trastornos vestibulares y de pánico suelen tener una relación y coexistir entre la disfunción vestibular y la angustia, acompañados muchas veces de trastornos psiquiátricos (depresión, somatización y ansiedad), de aquí que se piense que algunas alteraciones de vértigo puedan tener una génesis psicológica.

3. El vértigo y la psicosis suelen ir juntos en el 10% de los pacientes con alteraciones del equilibrio, y algunos creen que la neurosis es la causa del desequilibrio.

4. Una sintomatología vestibular pura puede inducir a un ataque de angustia por un mecanismo somatopsíquico, ya que los pacientes interpretan de manera catastrófica las sensaciones vestibulares previendo una sensación de peligro inmediato.

5. Este tipo de personalidad, ante una posible enfermedad orgánica vestibular, tiende

a magnificar la sensación somatizando el cuadro.

6. Suele haber unos factores predisponentes como situaciones de estrés, alteraciones cognitivas que provocan desorientación en el espacio ante una tarea especial con dificultad para la concentración.

7. Las tensiones retenidas en el subconsciente pueden provocar el síntoma pero desaparece cuando el paciente lo conoce, es decir aflora a su consciencia. Podría decirse que el vértigo psicógeno es una expresión exteriorizada de la ansiedad interna, un mecanismo de defensa que pretende proyectar la sensación interna de inseguridad al mundo exterior.

«Mareo» psicógeno. Causas

A. Factores primarios: Genéticos, ambientales, desconocidos, otros.

B. Factores no inductores de alteraciones patológicas: Psiquiátricas, cognitivas, sociales, tensión en el subconsciente, económicos, otros.

Tanto unos como otros pueden provocar:

1. Nerviosismo o tensión emocional (estrés).

2. Ansiedad: Crisis de pánico, agorafobia, angustia crónica.

3. Depresión.

Sintomatología

Ansiedad (33%), con sudoración profusa, palpitaciones, dolor precordial, dificultad respiratoria, diarrea, dificultad para concentrarse, sensación de pérdida de memoria, dando lugar a una sensación de minusvalía con vértigo; somatizan continuamente, sensación de frustración, visión negativa de los síntomas vestibulares, sensación de incapacidad, frustración (muchas veces por ambiente laboral hostil) y minusvalía, hipocondría y agorafobia, autoabatimiento y retraining con paralización por temor a que aparezca en los cambios de postura, solicitud de ayuda asistencial frecuente con sensación de desamparo, mala adaptación conductual y social con sintomatología de hiperventilación.

M A R E O		
	Características	Tipos
MAREO PSICOLÓ- GICO	Locomoción pasiva en vehículos: desorientación, náuseas, vómitos	Cinetosis vestibular
	Estímulo optocinético sensación de movimiento subjetivo circular o lineal	Cinetosis optocinética
	En alturas: inestabilidad, desequilibrio, sensación de caída, pánico	«Mareo» o vértigo de las alturas. Acrofobia
MAREO PATOLÓ- GICO	Giro de objetos	Vértigo
	Lateralizaciones o desviaciones corporales de pie o andando	Desequilibrio
	Sensación cefálica de inestabilidad y caída inminente	Presíncope
	Caída y pérdida momentánea de conciencia	Síncope
	Visión borrosa, diplopia, desorientación, desequilibrio	«Mareo» ocular
	Movimiento de objetos en vaivén o de arriba hacia abajo	Oscilopsias
	«Mareo» inespecífico, sin relación con los previos: inseguridad-inestabilidad, flotar, etc.	«Mareo» psicógeno
Múltiples características	Multifactorial	

Hay nuevas teorías sobre la posibilidad de un trasfondo neuroanatómico y neurofisiológico común en la disfunción vestibular y en los trastornos de la angustia (enfermedad de angustia). Aquí parece haber una disregulación de las vías noradrenérgicas en el tronco del encéfalo o afectación de vías serotoninérgicas y de la disfunción respiratoria de origen trocencéfálico (Pérez Fernández y Pla Vidal).

Diagnóstico

1. Ausencia de lesión orgánica demostrable.
2. Naturaleza vaga de los síntomas.
3. Respuesta exagerada a los estímulos sensoriales o sociales.



4. Espectacular descripción de los síntomas.
5. Presencia de estrés emocional.
6. En el vértigo psicológico la exploración otoneurológica es normal y los hallazgos psiquiátricos son muy heterogéneos.

Diferencias:

- a. Vértigo fóbico postural. Hay una sensación de falta del equilibrio subjetivo postural sin vértigo giratorio, en pacientes con una personalidad obsesiva compulsiva o histérica. Se desencadena por estímulos

fóbicos (puentes, escaleras, habitaciones vacías, etc) o bien por situaciones sociales (grandes superficies, restaurantes). Se acompaña de ansiedad. Puede coincidir con la agorafobia.

b. Trastornos psicológicos de la marcha y la postura. Son pacientes que necesitan unos *exhibir* sus alteraciones, otros *esconder* su condición teniendo que trabajar a pesar de sufrir el miedo y caída.

c. Crisis comiciales. Suele haber pérdida de consciencia, existiendo un estado poscrítico.

d. Diferenciar con el vértigo yatrogénico (AAS, antihipertensivos, quinina, aminoglicósidos, furesemida, hidantoínas, quimioterapia, opiáceos, alcohol, CO, sedantes vestibulares, etc).

Tratamiento

En este tipo de procesos es importante la información del proceso y su etiopatogenia: El conocimiento del problema ayuda a amortiguar los hechos si conoce el proceso sintomático, creyéndoles en su relato.

Proporcionarles los métodos e información adecuados con explicación de lo que es la compensación vestibular y central, facilitándole confianza.

Eliminar el tratamiento superfluo. Es aconsejable que no tome sólo «pastillas» para el mareo, demostrándole que no existe un proceso orgánico que tratar. De aquí la necesidad de la psicoterapia.

Desde el punto de vista farmacológico, es importante evaluar el componente ansioso, tributario de ansiolíticos y el componente depresivo con tricíclicos. No es raro que puedan presentarse cuadros mixtos exigiendo una combinación terapéutica.

Recomendable la psicoprofilaxis. ◀

José A. Rosell Antón, Consejero de número del I.E.G.
