

Presbivértigo y caída en el anciano

Emilio García de la Torre

Otorrinolaringólogo

Resumen: El presbivértigo es una consecuencia natural del proceso de envejecimiento que afecta a los órganos responsables del equilibrio y básicamente a las lesiones degenerativas propias de la edad del sistema vestibular, entre otros. Esto genera al adulto mayor una continua sensación de inestabilidad, dificultando el poder mantener el equilibrio principalmente en situaciones sensoriales difíciles. Su tratamiento radica en la rehabilitación del sistema vestibular, mediante la rehabilitación del reflejo vestibulocular y del equilibrio estático y dinámico.

Palabras clave: Presbivértigo, sistema vestibular, rehabilitación vestibular.

Abstract: Presbyvertigo is a natural consequence of the aging process that affects the organs responsible for balance and basically age-related degenerative lesions of the vestibular system, among others. This generates a continuous feeling of instability in the elderly, making it difficult to maintain balance, especially in difficult sensory situations. Its treatment lies in the rehabilitation of the vestibular system, through the rehabilitation of the vestibulocular reflex and static and dynamic balance.

Key words: Presbyvertigo, vestibular system, vestibular rehabilitation.

Introducción

PODEMOS definir como Presbivértigo a las alteraciones del equilibrio que pueden aparecer fisiológicamente como consecuencia del envejecimiento. No es por tanto una enfermedad.

La evaluación de éstos pacientes en una consulta de ORL, o de Medicina de Familia, es por tanto comprometida, ya que la suma de incapacidades y las diversas patologías que se presentan con la edad, conllevan a dificultades en el diagnóstico y el tratamiento del problema.

Las alteraciones del equilibrio pueden ser producidas por alteraciones en:

- El sistema vestibular
- Sistema visual
- Sistema propioceptivo
- Sistema neuromuscular
- Sistema esquelético
- Iatrogénico

No es por tanto una situación patológica, sino que sería la consecuencia lógica del deterioro que el paso de los años produce en los distintos sistemas que contribuyen a mantener el equilibrio. Por ello tenemos que tener en cuenta 2 conceptos, vértigo del anciano (presbivértigo primario) y vértigo en el anciano (presbivértigo secundario o presbias-tasia), cuando hay una causa patológica que lo produzca.

No aparece de forma generalizada en todas las personas, por lo que es probable que estos síntomas aparezcan cuando haya un sustrato biológico favorable, motivado posiblemente por la presencia previa de diversas enfermedades que hayan deteriorado en mayor o menor medida el correcto funcionamiento de sus sistemas sensoriales.

Por tanto, podríamos decir que su etiología es multifactorial y secundaria a la involución senil de los sistemas encargados del mantenimiento del equilibrio.

Según el INE en España, a 1 de enero de 2017, hay 8.764.204 personas mayores de 65 años, un 18,8% sobre el total de la población (46.572.132). La población mayor de 80 años representa un 6.8 % y sigue creciendo al aumentar las expectativas de vida. Según el INE en 2066 seremos un 34.6 % las personas mayores de 65 años.

Entre un 15 y un 20 % de las personas que acuden a una consulta de ORL son mayores de 65 años y de ellos un 25-30 % consultan por patologías del equilibrio.

Clínica

La mayor parte de los pacientes refiere una sensación de mareo, de desequilibrio y/o inestabilidad continua, relacionados con los cambios posicionales y posturales, que empeora ante movimientos bruscos, al cerrar los ojos y en la oscuridad, mejorando con el reposo, por lo que el paciente tiende a hacerse cada vez más sedentario.

Puede incluso acompañarse de sensación neurovegetativa más o menos evidente (palidez, náuseas que pueden llegar al vómito y diaforesis).

Se acompaña de pérdida de audición en frecuencias agudas (presbiacusia), lentamente progresiva por lo que, con frecuencia, a los pacientes, les ha pasado desapercibida, aunque si refieren dificultad en la comprensión del lenguaje en ambientes ruidosos (regresión fonémica). A menudo tienen acúfenos bilaterales (presbiacúfenos).

Con frecuencia, a esta sensación de inestabilidad se sobreañade, con carácter episódico y recurrente, un vértigo rotatorio desencadenado por movimientos y giros de la cabeza y/o con los cambios posturales, siendo la duración del vértigo rotatorio breve, y acompañada de un cortejo neurovegetativo de escasa intensidad. (D/D con el VPPB).

Nunca se produce pérdida de conciencia.

Es importante no achacar toda alteración del equilibrio al presbivértigo. Aunque fisiológicamente haya una limitación de los movimientos del anciano, alteraciones en la marcha, alteraciones visuales y somatoestésicas, etc. Hay que hacer un cuidadoso diagnóstico diferencial con otras causas de vértigo que pueden aparecer en ancianos y que tienen tratamiento efectivo (presbiastasia). Cabe destacar el vértigo posicional paroxístico benigno, que muchas veces pasa desapercibido. No debe existir patología cardiovascular, neurológica, osteoarticular o endocrina que pueda determinar por sí sola o en combinación con el envejecimiento una alteración de la orientación en el espacio o del equilibrio en el contexto de un paciente con presbivértigo.

El diagnóstico puede ser lento e insidioso ya que es preciso descartar cualquier problema ajeno al deterioro fisiológico normal. Precisa:

- Historia otoneurológica completa. Una buena exploración del equilibrio, parte de una cuidadosa anamnesis y de una exploración clínica detallada.
- Audiometría tonal liminar con hipoacusia neurosensorial bilateral y simétrica.
- Exploración vestibular.

Con ello suele ser suficiente para el diagnóstico, aunque a veces hay que pedir colaboración con el Geriatra, especialista de MI, con el Médico de Familia o ser remitido a una unidad de vértigo para su estudio completo.

Sobre todo, porque existen también, según Schuknecht, formas atípicas en la población de edad avanzada.

- Presbivértigo por cupulolitiasis: depósitos cupulares en los conductos semicirculares posteriores, que originan caídas al suelo. Similar al VPPB.

- Presbivértigo ampular: se presenta ante los movimientos angulares de la cabeza y es difícil de distinguir del vértigo vascular cervical.
- Presbivértigo macular: se produce por la atrofia macular del sáculo. Se produce vértigo al levantarse de la cama.
- Presbiataxia: desequilibrio de origen neurológico; se presenta principalmente al andar.

El diagnóstico del presbivértigo se basa por tanto en la exclusión de otros procesos. Los vértigos patológicos que se producen en las personas mayores son producidos por trastornos, además de la involución senil y del sistema vestibular con la de otros sistemas corporales y con otras patologías, funcionales, orgánicas sobreañadidas, que alteran el funcionamiento del sistema vestibular. La mayoría de tales enfermedades del anciano pueden causar por sí mismas vértigo y desequilibrio: insuficiencia vertebrobasilar, hipertensión arterial, ateromatosis, cervicoartrosis y diabetes mellitus. Todo esto hace difícil el diagnóstico diferencial entre presbivértigo y vértigo senil patológico.

Exploración clínica de la marcha

– Test de “*Timed up and go*” (TUG) (1986) (“Levántate y anda”).

Esta prueba se utiliza para explorar la movilidad y capacidad locomotora del anciano. El paciente se incorpora desde una silla, camina tres metros en línea recta, gira, vuelve y se sienta. Se evalúa en una escala de 5 puntos:

1. Normal: toda la prueba sin fallos y sin presentar inestabilidad.
2. Muy poco anormal: algún pequeño fallo, sin riesgo de caída.
3. Medianamente anormal: inestabilidad en la prueba, se levanta con ayuda de las manos, giros con pasos cortos, riesgo de caída.
4. Moderadamente anormal: no se levanta, giro muy defectuoso, evidente riesgo de caída, giro muy inestable.
5. Gravemente anormal: amago de caída en la prueba.

Pruebas instrumentales

Disponemos en la actualidad de aparatos, localizados en las Unidades de vértigo, que, aunque sirven para realizar la evaluación del equilibrio de los pacientes, lo más importante es que nos pueden ayudar a identificar a los individuos con un riesgo más elevado de caídas, a fin de reducir la incidencia de eventos traumáticos y la morbi-mortalidad subsiguiente.

– VNG

Hasta hace pocos años solo teníamos la ENG, más tarde VNG, para la exploración del vértigo. Es una prueba basada en la exploración del nistagmus. El estudio del movimiento ocular va a permitir conocer el funcionamiento del órgano del equilibrio. Es una técnica no invasiva y segura que dura unos 45 minutos. El paciente se coloca unas gafas que llevan una videocámara, que permite el registro en video del movimiento ocular. Un equipo informático permite la captura y el seguimiento de éste movimiento. Se viene realizando con pruebas optocinéticas y calóricas.

– El eHIT (*Head Impulse Test*)

Siglas que significan *Heat Impulse Test* o Test sobre movimientos de la cabeza. Exploración de reciente aparición y que se ha extendido por su rapidez, su comodidad y su utilidad en el diagnóstico del vértigo y alteraciones del equilibrio. Se basa en la VNG. Consiste en la evaluación de movimientos rápidos de la cabeza hacia los lados mediante la cámara que controla los movimientos oculares, a la que se le añade un acelerómetro que controla la velocidad del movimiento. Mediante la repetición del movimiento rápido de la cabeza en diferentes ocasiones podemos obtener un gráfico que nos evalúa el reflejo vestíbulo-ocular y por tanto nos permite comparar la función del equilibrio de un oído respecto al otro.

– Craneocorpografía

Descrita inicialmente por Claussen en 1968, consiste en el registro fotográfico de los desplazamientos de la cabeza y de los hombros durante la realización de las pruebas de Romberg y de Unterberger. Para ello se coloca un casco con 2 pilotos luminosos, una en la frente y otro en la nuca, y 2 pilotos más, uno en cada hombro. Para la toma fotográfica se utiliza una cámara, que se dirige hacia el techo, hacia un espejo convexo, que a su vez enfoca al paciente. Permite, de manera rápida y sencilla, obtener una evaluación cuantitativa y relativamente objetiva de las reacciones vestibuloespinales, que de otra forma siempre están sujetas al criterio subjetivo del observador

– Posturografía dinámica computerizada

Con ella podemos medir el control postural estático y dinámico del paciente, mediante una plataforma estabilométrica, cuando modificamos las informaciones sensoriales, introduciendo una plataforma móvil y un entorno visual referenciado al movimiento, conectados a un ordenador. La prueba consiste en varios ejercicios de dificultad creciente. En estos ejercicios situaremos al paciente sobre la plataforma

de posturografía, la plataforma consta de una serie de sensores simétricamente situados, que miden las fuerzas verticales y horizontales.

– *Sway star system*

El *Sway Star*, la diferencia de la posturografía dinámica computerizada, registra y analiza los desplazamientos del tronco en los planos anterior-posterior y lateral, con un diseño y portabilidad que permite el estudio del equilibrio de los sujetos reproduciendo diversas situaciones de la vida cotidiana.

Se basa en la medición de las desviaciones angulares del tronco cerca del centro de masa (alrededor de L3-L5) bajo diferentes situaciones de conflicto sensorial (andar sobre foam, subir escaleras, un taburete, unas barreras...). La medición del movimiento del tronco cerca del centro de gravedad es, probablemente, la manera más eficaz de cuantificar la tendencia a las caídas.

Está instalado sobre un cinturón que permite la colocación del sensor a nivel lumbar conectado, por vía inalámbrica, a un ordenador portátil.

Tratamiento

No existe un tratamiento farmacológico efectivo para el presbivértigo. Es más, la polimedicación que con frecuencia reciben muchos ancianos es un factor favorecedor del desequilibrio, que se superpone a su clínica de base. Lo primero que hay que hacer es suprimir el Sulpiride que la mayoría de los pacientes están tomando porque impide la compensación central. Personalmente siempre añadido un vasodilatador cerebral, aunque está en entredicho si sirve para algo.

El principal tratamiento es la rehabilitación vestibular, que tiene como objetivo buscar la compensación central y así disminuir la inestabilidad y el riesgo de caídas e incorporar al paciente a sus actividades habituales lo antes posible. Comprende un conjunto de ejercicios dirigidos a promover la máxima compensación posible del sistema vestibular.

Bibliografía

1. Rosell Antón JA. Vértigo senil y presbivértigo. Seminario Médico 1996;48(2):106-123
2. Agrawal Y, Van de Berg R, Wuyts E, et al. Presbyvestibulopathy: Diagnostic Criteria Consensus Document of the Classification Committee of the Bárány Society. J Vestib Res 2019;29(4):161-170.
3. Gluth MB, Nelson EG. Age-Related Change in Vestibular Ganglion Cell Populations in Individuals With Presbycusis and Normal Hearing. Otol Neurotol 2017;38(4):540-546
4. Shepard NT. Programmatic vestibular rehabilitation. OtolaryngologyHead and Neck Surgery 1995;112:173-82.

