

Mareo postural perceptual persistente: La causa más frecuente de mareo crónico es fácil de tratar

Persistent postural-perceptual dizziness: The most frequent cause of chronic dizziness is easy to manage

Juan Marambio G¹, Germán Segui V¹, Ignacio Cortés F², Hayo Breinbauer K¹.

RESUMEN

Los trastornos vestibulares funcionales se constituyen como una de las causas más frecuentes de consulta por vértigo y trastornos del equilibrio. El mareo postural perceptual persistente (MPPP) es un síndrome recientemente definido, enmarcado en la categoría de síndromes vestibulares crónicos, que agrupa trastornos vestibulares funcionales crónicos como el vértigo postural fóbico, el malestar con el movimiento espacial, el vértigo visual y el mareo subjetivo crónico. El MPPP se manifiesta por síntomas de mareo, inestabilidad y/o vértigo no rotatorio, persistentes, exacerbados por cambios posturales, movimientos y exposición a distintos estímulos visuales. El tratamiento de este cuadro es más sencillo de lo que parece, basado en psicoeducación efectiva respecto a la patología como primer abordaje, adicionando o no rehabilitación vestibular, uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o terapia cognitivo conductual. Se presentan dos casos clínicos de pacientes diagnosticados con MPPP y su respuesta a tratamiento.

Palabras clave: Mareo, enfermedades vestibulares, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

Functional vestibular disorders are one of the most frequent causes of consultation due to vertigo and balance disorders. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD) is a recently defined syndrome, categorized as a chronic vestibular syndrome, that includes functional vestibular disorders such as phobic postural vertigo, space-motion

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Santiago, Chile.

² Servicio de Otorrinolaringología, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago, Chile.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido el 4 de marzo, 2019. Aceptado el 21 de abril, 2019.

discomfort, visual vertigo and chronic subjective dizziness. PPPD manifests with dizziness, unsteadiness and/or non-spinning vertigo, which are persistent, exacerbated by postural changes, movements and exposure to various visual stimuli. PPPD treatment is simpler than it may seem initially. It is based on effective psychoeducation related to the pathology in the first place, followed, or not, by vestibular rehabilitation, use of selective serotonin reuptake inhibitors and/or cognitive behavioral therapy. We present two clinical cases of patients diagnosed with PPPD and their response to treatment.

Key words: *Dizziness, vestibular diseases, selective serotonin reuptake inhibitors, cognitive behavioral therapy.*

INTRODUCCIÓN

El mareo postural perceptual persistente (MPPP) es un trastorno vestibular funcional crónico del sistema nervioso, caracterizado por vértigo no rotatorio e inestabilidad persistentes gatilladas por distintos tipos de estímulos¹, siendo la causa más frecuente de mareo crónico (Figura 1). Aunque como patología específica ha sido definido solo recientemente¹, existe más de 20 años de experiencia en distintos centros con respecto a este tipo de pacientes, donde en cada cual se abordaba el cuadro desde solo algunas de sus dimensiones. Es así como previamente se hablaba de vértigo postural fóbico, malestar con el movimiento espacial, vértigo visual, vértigo somatomorfo y mareo subjetivo crónico, entre otros. El consenso de 2017 de la Sociedad de Bárány determina que todas estas entidades “precursoras” (cada una levemente distinta) deben ser agrupadas y enriquecidas entre sí, en una única entidad clínica, el MPPP.

Si bien no existen datos epidemiológicos específicos de este nuevo síndrome, se ha estimado su incidencia y prevalencia en base a los datos obtenidos de pacientes diagnosticados con las entidades precursoras del MPPP (Figura 1). En centros terciarios de otoneurología, se ha estimado una prevalencia de 15%-20% de entre todos los pacientes que se evalúan por síntomas vestibulares^{2,3}, basándose en los cuadros precursores al espectro diagnóstico¹. De esta forma este síndrome es la segunda causa de síntomas vestibulares entre todos los adultos (luego del vértigo postural paroxístico benigno) (Figura 1) y la primera entre adultos jóvenes⁴.

Si bien no se conocen las causas exactas de este trastorno, se plantea que se originaría de una mala adaptación crónica a distintos eventos que gatillan síntomas vestibulares, incluyéndose dentro del espectro de los trastornos funcionales⁵. Su origen operacional se conforma a partir de la creación de criterios diagnósticos mediante un consenso de expertos de la Sociedad de Bárány, basándose en



Figura 1. Frecuencia de síndromes vertiginosos vistos en una unidad de mareo. Adaptado de Strupp, 2013. VPPB, vértigo postural paroxístico benigno; MPPP, mareo postural perceptual persistente; Sd, síndrome.

la revisión del estado del arte en investigación de vértigo postural fóbico, malestar por movimiento espacial, vértigo visual y mareo subjetivo crónico (Tabla 1). En cuanto al diagnóstico se deben cumplir los 5 criterios propuestos¹.

Diferentes aspectos del síndrome, como por ejemplo los síntomas vestibulares y del equilibrio, la fobia a los síntomas o sus desencadenantes, o los trastornos secundarios funcionales de la marcha que se desarrollan, pueden dominar su presentación clínica. Esto conduce a que estos pacientes puedan consultar a distintos especialistas antes de ser diagnosticados en un centro terciario, por lo cual sospechar o reconocer este síndrome se constituye de importancia en la práctica clínica para evitar un manejo tardío¹.

Conceptualmente ayuda el entender el MPPP en dos grandes subgrupos: uno primario que sería muy infrecuente, y otro secundario. Con secundario nos referimos a que existe en la gran mayoría de los casos un cuadro inicial que genera síntomas de vértigo, mareo o desequilibrio, y que MPPP aparece como un fenómeno en respuesta inadecuada por parte del sistema integrado del equilibrio funcional del paciente. El cuadro inicial puede ser cualquier patología vestibular, desde el vértigo postural paroxístico benigno, hasta la migraña vestibular. Se ha descrito que este cuadro "gatillante" de MPPP también puede corresponder menos frecuentemente a cuadros no-vestibulares

como crisis de pánico¹. Ante este cuadro inicial se produce un cambio normal en la integración sensorial favoreciendo *inputs* somatosensoriales y visuales, mayor atención en movimientos cefálicos y corporales, y una deambulación más cautelosa, todas respuestas esperadas ante una alteración del equilibrio; la patología se produce cuando existe un retraso en el retorno al control postural y oculomotor normal del equilibrio una vez remitido el cuadro inicial, persistiendo el uso de estas técnicas posturales de alto riesgo ante movimientos rutinarios y situaciones de baja demanda en cuanto a estímulo espacial, ya que existe una percepción alterada de que éstas estrategias aún son necesarias, lo que mantiene el cuadro a través del tiempo⁶.

Clínicamente resulta crítico poder diferenciar en un mismo paciente la coexistencia de una patología del equilibrio inicial, y el MPPP que aparece en respuesta a ella. En ocasiones el cuadro inicial es fácil y rápidamente tratado, pero es el MPPP lo que prevalece como principal problema de salud del paciente⁵. En los últimos años se han validado algunos manejos terapéuticos, dentro de los que destaca la rehabilitación vestibular (RV) como la alternativa con mayor evidencia^{5,7-9}, independiente de la etiología que originó el cuadro¹⁰. De forma complementaria se han adicionado otros componentes farmacológicos como no farmacológicos, destacando los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)^{5,11} y la terapia cognitivo

Tabla 1. Criterios diagnósticos establecidos en consenso de la Sociedad de Bárány, basados en síndromes de vértigo funcional precursores del MPPP

Criterios diagnósticos de Mareo postural-perceptual persistente (MPPP):	
A.	Uno o más síntomas de mareos, inestabilidad o vértigo no rotatorio presentes la mayoría de los días por al menos 3 meses
1.	Síntomas duran por periodos prolongados de tiempo (horas), pudiendo aumentar y disminuir en intensidad
2.	Los síntomas pueden no estar presentes de forma continua a lo largo de todo el día
B.	Los síntomas ocurren sin una provocación específica, pero son exacerbados por tres factores:
1.	Postura erguida
2.	Movimientos activos o pasivos, independiente de la dirección o posición
3.	Exposición a estímulos visuales en movimiento o patrones visuales complejos
C.	Generalmente comienza luego de eventos que causan vértigo, mareo o problemas con el equilibrio, incluyendo: síndromes vestibulares agudos, episódicos o crónicos, enfermedades neurológicas o médicas, o estrés psicológico:
1.	Cuando son gatillados de forma aguda o episódicas, los síntomas se establecen como en el criterio A si el precipitante desaparece, pero pueden volverse intermitente y luego consolidarse en un curso persistente
2.	Cuando son gatillados por precipitantes crónicos, los síntomas pueden desarrollarse lentamente al inicio y empeorar gradualmente
D.	Los síntomas causan una alteración funcional importante
E.	Los síntomas no son atribuibles a otra enfermedad

(Adaptado de Staab y cols, 2017¹).

conductual (TCC)^{5,7,11}. Para todas estas alternativas una psicoeducación previa respecto al origen de la patología, su manejo y pronóstico es fundamental para asegurar un resultado adecuado⁵; ésta se logra en la explicación que el médico debe realizar al paciente al momento del diagnóstico (Figura 2). A continuación se presentan 2 casos clínicos de pacientes diagnosticados con este síndrome, su evolución y respuesta al tratamiento propuesto.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Corresponde a una paciente de género femenino de 47 años, con antecedente de hipotiroidismo primario en tratamiento y síndrome migrañoso, el cual se presentaba previamente sólo con cefaleas. Es derivada en octubre de 2014 a otorrinolaringología por síndrome vertiginoso: presentaba un accidente cócleo-vestibular con hipoexcitabilidad vestibular derecha de 42% y pérdida de tonos agudos ipsilaterales hasta 50 dB en la audiometría. Evoluciona con crisis de vértigo sin síntomas auditivos, asociadas a fotofobia y cefalea, para lo que se indica tratamiento antimigrañoso con propanolol, lo que logra eliminar las crisis de vértigo espontáneo, pero persistiendo un mareo crónico de base, que genera angustia importante y conductas evitativas secundarias con ausentismo laboral significativo. Se indica RV, pero no tiene un resultado efectivo.

Ante esta evolución se diagnostica MPPP y se realiza psicoeducación intensiva en dos sesiones.

Además, se inicia sertralina 50 mg al día, con incrementos hasta alcanzar 100 mg diarios, todo esto en un período de dos meses, obteniendo remisión parcial de síntomas, sólo con ligera inestabilidad postural residual. Se repite RV eliminando este síntoma, con mejora del test de agudeza visual, test *timed up and go*, test de alcance funcional (10 cm inicialmente a 16 cm al final de la terapia), marcha dinámica y puntaje en el test de discapacidad vestibular (*dizziness handicap inventory*, 64 a 72 puntos).

Actualmente la paciente presenta sólo una o menos crisis mensuales de cefalea, y sin vértigo. En términos formales se consideró que esta paciente presentó una vestibularización de un cuadro migrañoso de base luego de una vestibulopatía aguda unilateral combinada con hipoacusia súbita ipsilateral (accidente cócleo-vestibular), desarrollando de forma secundaria a estos cuadros un MPPP. Queremos insistir, que, en nuestra opinión, fue MPPP el cuadro que más sintomatología e impacto en calidad de vida generaba en la paciente.

Caso 2

El segundo caso corresponde a una mujer de 64 años previamente asintomática, que debuta con un episodio de vértigo postural paroxístico benigno (VPPB) del canal semicircular posterior izquierdo, que requirió tres sesiones de maniobras de reposición de Epley, con buena respuesta. El examen VIII par inicial presentaba nistagmo geotrópico y vértigo con posición de sentada a cabeza colgando a izquierda. Algunos meses después recidiva con un nuevo cuadro de VPPB,

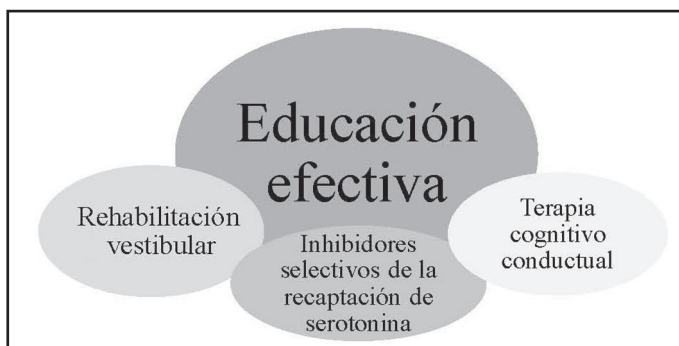


Figura 2. Esquema terapéutico del MPPP. El elemento más importante es educar al paciente respecto a su enfermedad, este primer paso es fundamental para asegurar el éxito de otros elementos terapéuticos.

requiriendo dos sesiones más en esta ocasión, las que fueron efectivas.

Posterior al manejo de este segundo episodio presenta un mareo crónico de base, persistente, que se asocia a reclusión y disminución de sus actividades habituales, con sintomatología ansiosa en relación a eventual repetición del cuadro, el que no se vuelve a presentar. Examen VIII par no mostraba nistagmo con maniobras de Dix Hallpike, pero sí desencadenaba mareo en varias posiciones. Con esta evolución se diagnostica MPPP y se realiza psicoeducación; cabe destacar que ésta se realiza con ocho meses de posterioridad al primer episodio de VPPB. Además, se indica sertralina 50 mg al día por dos meses, que después se suspendió. Al cabo de este tiempo la paciente evoluciona con remisión completa de la sintomatología.

DISCUSIÓN

El MPPP corresponde a un síndrome recientemente definido que agrupa y unifica distintos trastornos vestibulares funcionales crónicos. Se manifiesta clínicamente por mareos, alteraciones del equilibrio o vértigo no rotatorio, exacerbados por situaciones de la vida diaria que involucren postura erecta, movimientos y estímulos visuales complejos. La sintomatología también puede ser desencadenada sin provocación aparente y remitir transitoriamente en momentos de distracción. Así, su diagnóstico es clínico mediante la identificación de estas características, no existiendo pruebas complementarias que lo confirmen.

Esta patología tendría un predominio en mujeres, con una edad promedio de presentación de 40 años, lo cual, de acuerdo a datos de centros terciarios, la convertiría en la primera causa de trastornos vestibulares en adultos jóvenes y la segunda entre todos los adultos⁴. Estas características coinciden con ambos casos presentados. Aún es desconocida la causa de este síndrome, no obstante se han identificado al menos tres mecanismos directos por los cuales este desorden se originaría⁵. Estos serían: un control postural más rígido, un cambio en el procesamiento de la información de orientación espacial, favoreciendo *inputs* visuales sobre los vestibulares; y falla en los mecanismos corticales superiores que modulan

los dos mecanismos anteriores⁵. Además, la presencia previa de trastornos de ansiedad o de personalidad podrían predisponer a estos pacientes al desarrollo de estas respuestas maladaptativas^{1,6}.

Los pacientes pueden experimentar limitación significativa de sus actividades de la vida diaria, lo cual sumado a un tiempo promedio de 4,5 años de duración de la enfermedad previo a la consulta en un centro especializado, determina una pérdida importante de la calidad de vida y el desarrollo de trastornos psiquiátricos y funcionales de la marcha secundarios que pueden dificultar el tratamiento de esta patología, por lo cual deben ser identificados y tratados^{1,2}. Dada las características de este síndrome, su diagnóstico puede ser difícil debido a las posibles comorbilidades vestibulares, neurológicas, médicas o psiquiátricas que pueden gatillar o agravar este síndrome. Así, se deben buscar activamente otras condiciones que puedan asimilar este síndrome o cambiar su curso. No obstante, esta entidad se constituye como un diagnóstico positivo y no de exclusión, por lo que puede coexistir con otras condiciones, que deben buscarse¹. En el primer caso el síndrome migrañoso, así como el accidente cocleovestibular se constituyen ambos en factores etiológicos y comórbidos que dificultan el manejo del cuadro.

En cuanto a las alternativas de tratamiento se deben considerar estrategias de comunicación efectiva y tratamientos personalizados que incluyan RV, farmacológicos y TCC. En primer lugar, se debe realizar educación sobre el diagnóstico, su curso crónico, enfatizando en la existencia de alternativas terapéuticas disponibles: esta simple acción favorece enormemente el pronóstico posterior y la respuesta a otras terapias de forma sinérgica⁵. Como se aprecia en los casos este ejercicio es relevante: en el primer caso vemos un esquema de RV sin educación previa, el que no tuvo éxito, pero el segundo esquema, previa educación y complementado con otras terapias, permitió la remisión sintomática; en el segundo caso esta acción (psicoeducación), complementada con tan sólo dos meses de tratamiento farmacológico, logró el éxito terapéutico.

Los ejercicios de RV para MPPP deben promover la adaptación de los pacientes a su sintomatología específica y difieren de aquellos destinados a tratar desórdenes que surgen de trastornos vestibulares estructurales⁹. A modo general las técnicas

en MPPP apuntan a fatigar las respuestas reflejas anormales al movimiento y reducir la sensibilidad a los estímulos visuales¹⁰, las cuales deben ser realizadas de forma gradual pero constante.

El uso de ISRS ha mostrado reducir el mareo e inestabilidad en pacientes con mareo subjetivo crónico basado en estudios clínicos prospectivos no randomizados^{5,11}. Por último la TCC también ha mostrado un efecto positivo en pacientes con mareo subjetivo crónico, especialmente en aquellos que desarrollan síntomas fóbicos secundarios^{5,7,12}. El fármaco más utilizado ha sido la sertralina, comenzando a dosis baja de 50 mg al día, de uso preferente en las mañanas. Se promulga su uso durante un periodo acotado, de uno a tres meses, considerando

MPPP un estado funcional del paciente del cual debe salir, y no un cuadro realmente crónico.

Queremos recalcar el éxito obtenido con estos abordajes terapéuticos en estos casos clínicos, donde creemos, tanto en base a esta experiencia inicial como en los reportes en la literatura, que la psicoeducación clara y positiva es fundamental en sacar a estos pacientes del “estado MPPP”. Esperamos que la revisión y presentación de estos dos casos, uno con alta comorbilidad (migraña vestibular y ataque cocleovestibular) y otro secundario a la causa más frecuente de vértigo (VPPB), motiven a los profesionales que enfrenten este cuadro a iniciar estas sencillas medidas de manejo aquí presentadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. STAAB J, ECKHARDT-HENN A, HORII A, JACOB R, STRUPP M, BRANDT T, BRONSTEIN A. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res* 2017; 27: 191-208.
2. BRANDT T, DIETERICH M. Phobischer-attacken schwankschwindel, ein neues syndrom. *Münch Med Wochenschr* 1986; 128: 247-50.
3. STAAB J, RUCKENSTEIN M. Expanding the differential diagnosis of chronic dizziness. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133: 170-6.
4. STRUPP M, DIETERICH M, BRANDT T. The treatment and natural course of peripheral and central vertigo. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 505-16.
5. POPKIROV S, STAAB J, STONE J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): A common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Pract Neurol* 2018; 18: 5-13.
6. DIETERICH M, STAAB J. Functional dizziness: from phobic postural vertigo and chronic subjective dizziness to persistent postural-perceptual dizziness. *Curr Opin Neurol* 2017; 30: 107-13.
7. POPKIROV S, STONE J, HOLLE-LEE D. Treatment of persistent postural-perceptual dizziness (PPPD) and related disorders. *Curr Treat Options Neurol* 2018; 20: 50.
8. NADA E, IBRAHEEM O, HASSAAN M. Vestibular rehabilitation therapy outcomes in patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2019; 128: 323-29.
9. DUNLAP P, HOLMBERG J, WHITNEY S. Vestibular rehabilitation: advances in peripheral and central vestibular disorders. *Curr Opin Neurol* 2019; 32: 137-44.
10. THOMPSON K, GOETTING J, STAAB J, SHEPARD N. Retrospective review and telephone follow-up to evaluate a physical therapy protocol for treating persistent postural-perceptual dizziness: A pilot study. *J Vestib Res* 2015; 25: 97-103.
11. YU YC, XUE H, ZHANG Y, ZHOU J. Cognitive behavior therapy as augmentation for sertraline in treating patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Biomed Res Int* 2018; doi: 10.1155/2018/8518631.
12. WHALLEY MG, CANE DA. A cognitive-behavioral model of persistent postural-perceptual dizziness. *Cogn Behav Pract* 2017; 24: 72-89.