

VÉRTIGO CERVICAL

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA-GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA.
| HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, (GRANADA).

Puede que se haya abusado del término vértigo cervical en otros tiempos pero ahora tampoco se puede decir que no existe y achacar a todo vértigo posicional benigno a partículas de otoconias que flotan en la endolinfa, como se exponen en los congresos sobre vértigos.

Por experiencia propia sufrí hace mucho tiempo dos vértigos giratorios intensos con vómitos, al levantarme al día siguiente de hacer unas excursiones con el niño sentado en los hombros.

La consulta por síndrome vertiginoso sin hipoacusia, ni acúfenos, pero con molestias cervicales, es una de las más frecuentes y al realizar la rx

lateral de cervicales muchas veces se aprecia una rectificación de la curvatura fisiológica del cuello por contractura (*figura 1*). Independientemente de que se continúe con estudios audiométricos y de imagen posteriores, un tratamiento con relajantes musculares, masajes con cremas de caspiceina que producen calor y ejercicio físico, es necesario para mejorar la clínica.



FIGURA 1:
Rx lateral cervical que muestra un bloque vertical a nivel de c4-c5 -c6.



FIGURA 2:
Rectificación de la curvatura cervical.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

- Varón de 69 años, con antecedentes de operación de hernia discal de L5, tiroidectomía total, infarto de miocardio hace 4 años, que consulta por vértigos frecuentes desde hace 3 años, el último fue un mes antes que le duró 4 días, de tipo rotatorio, vino por urgencias y no se apreció nistagmo espontáneo, tiene ruidos en oído izquierdo.
- Las audiometrías realizadas periódicamente presentan caída en tonos agudos de 75 db, con umbral de frecuencias bajas y medias a 20 db. Otoscopia normal, Romberg -, no nistagmo espontáneo. El TAC craneal hace 3 años fue normal, la rx lateral de cervicales presentaba un bloque de las vértebras c4-c5-c6.
- Se pide RMN craneal que es normal.
- Se deriva a rehabilitación que observa limitación de la extensión al 80%, flexión libre, rotación derecha al 80%, rotación izquierda al 50%, e inclinaciones laterales al 80%. Palpación dolorosa sobre todo en cervicales medias.
- Después de tratamiento rehabilitador, en la revisión a 3 y 9 meses está mejor, sin crisis fuertes de vértigos.

DISCUSIÓN

La percepción de rotación de la cabeza o el tronco en el espacio sería errónea si el aparato vestibular y la percepción cervical no se complementan. Cuando los estímulos sensoriales generados por el cuello y por los receptores vestibulares se combinan (rotación relativa de la cabeza sobre el tronco) se obtiene una aproximación más realista de la orientación de ambos en el espacio.

Esta información se integra con la vestibular y la visual a nivel de los núcleos vestibulares y el tálamo, proyectando a las aéreas multimodales de la corteza parietal.

Es decir, que para un mantenimiento adecuado del equilibrio, se requiere de la fina coordinación entre los ojos, el oído (sistema vestibular), la propiocepción (ubicación espacial del segmento corporal), el tronco cerebral, el cerebelo, las estructuras corticales y de la generación de respuestas motoras adecuadas de reequilibración.

No hay una definición precisa y única del vértigo cervical. El mareo cervicogénico es una sensación inespecífica de altera-

Vértigo Cervical

ción del equilibrio y de la orientación espacial originada por una actividad anormal de las aferencias cervicales. Se puede definir al vértigo cervical como la asociación de los siguientes criterios: dolor cervical crónico, presencia de vértigo con la rotación cervical en ausencia de nistagmos, presencia de artritis cervical y/o cambios degenerativos discales intervertebrales.

Los siguientes datos experimentales sustentan la influencia cervical en el equilibrio y la orientación:

- La estabilidad estática de los pacientes con dolor cervical (cervicalgia tensional) es peor que la de personas sanas (posturografía) Kaskimies et al. 1997.
- La terapia física cervical (manipulativa y movilizadora) mostró una mejoría significativa a 3 meses en pacientes con vértigo cervical (77 vs 23%). Galm et al. 1998.
- La infiltración con anestesia local (suboccipital) genera ataxia. De Jong et al. 1977 y Dieterich et al. 1993.
- La movilización del tronco con la cabeza fija (propiocepción cervical) permite localizar un objeto estacionario en la oscuridad. Bronstein et al. 1998.
- La vibración cervical aplicada sobre el músculo esternocleidomastoideo (ECM) genera desplazamiento subjetivo de los objetos estacionarios y nistagmos. Popov et al. 2002.
- La vibración aplicada sobre la región dorsal cervical genera desequilibrio y anteropulsión. Ivanenko et al. 1999.
- La rotación sostenida de la cabeza y el cuello induce asimetría en la ganancia del reflejo vestibulo-ocular. Padoan et al. 1998.
- La estimulación galvánica sobre los músculos cervicales genera desplazamiento subjetivo de la verticalidad. Wapner et al. 1951.
- La pérdida de la función vestibular uni o bilateral se asocia a un aumento de la ganancia (participación funcional) de la propiocepción cervical. Kasai et al. 1978.
- Luego de un episodio de latigazo cervical (whiplash syndrome) puede presentarse vértigo frente a los movimientos de la cabeza (generalmente vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB) o disfunción otolítica), menos frecuentemente se presenta vértigo de origen cervical. Vibert et al. 2003.

Complementariamente con los datos experimentales, se ha demostrado que la información sensorial muscular aberrante se genera por un espasmo o contractura del músculo esternocleidomastoideo y trapecio superior (Brown, 1992). La interconexión entre la propiocepción cervical y los núcleos vestibulares puede contribuir a generar un patrón cíclico en el cual los mareos generarían contractura y espasmo muscular cervical que a su vez contribuirían a aumentar el mareo (Morinaka, 2009).



Bibliografía

- Brandt T. Somatosensory vertigo. En: Brandt T, editor. Vertigo: its multisensory syndromes. 2nd ed. Londres: Springer-Verlag; 2003. p. 441-51.
- Wing LW, Hargrave-Wilson W, Aust N. Cervical vertigo. Z J Surg. 1974; 44:275.
- Galm R, Rittmeister M, Schmitt E. Vertigo in patients with cervical spine dysfunction. Eur Spine J. 1998; 7:55.
- Karlberg M, Magnusson M, Malmstrom EM, Melander A, Moritz U. Postural and symptomatic improvement after physiotherapy in patients with dizziness of suspected cervical origin. Arch Phys Med Rehabil. 1996; 77: 874-82.
- Reid SA, Rivett DA. Manual therapy treatment of cervicogenic dizziness: a systematic review. Man Ther. 2005; 10: 4-13.
- Furman JM, Cass SP. Balance disorders: a case-study approach. Philadelphia: F. A. Davis; 1996.
- Yahia A, Ghroubi S, Jribi S, Malla J, Baklouti S, Ghorbel A, et al. Chronic neck pain and vertigo: is a true balance disorder present ?. Ann. Phys. Rehabil. Med. 2009; 52: 556-67.