

CAPÍTULO 15

Mareos Psicogénicos y el Mareo Posicional Perceptivo Persistente

Es frecuente que las personas con trastornos de ansiedad, depresión y fobias sientan mareos e inestabilidad. También es frecuente que las personas con vértigo de origen vestibular puedan tener crisis de ansiedad o depresión. Como toda enfermedad los trastornos vestibulares pueden traer en forma asociada alteraciones psicosociales. Por tal motivo debe tenerse en cuenta la superposición de síntomas vestibulares y psicológicos que suelen presentarse en muchos pacientes con mareos y problemas de equilibrio y que a su vez estos intervienen en su recuperación. Veremos en este capítulo la asociación entre el aparato emocional y nuestro aparato de equilibrio y distintos diagnósticos que asocian el vértigo y los mareos con alteraciones psicológicas.

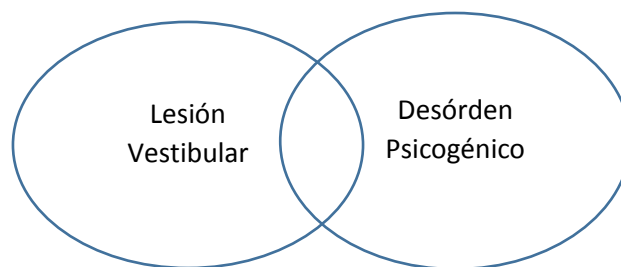


Figura. Las lesiones vestibulares pueden relacionarse con trastornos psicogénicos.¹

DESÓRDENES PSICOGÉNICOS CON SÍNTOMAS VESTIBULARES

¿Qué es la Ansiedad?

La ansiedad es una señal de alerta sobre un posible peligro inminente y nos permite adoptar las medidas necesarias para enfrentarnos a una amenaza. Forma parte de un mecanismo de defensa y supervivencia. Es una reacción común ante situaciones con un posible resultado negativo o incierto. Normalmente sentimos ansiedad ante eventos importantes de nuestra vida como hablar en público, una entrevista laboral o un examen. En estos casos nos mantiene preparados y atentos ante posibles acontecimientos.

Los Trastornos de Ansiedad

En algunas ocasiones el sentimiento de ansiedad puede ser muy intenso o prolongarse por demasiado tiempo sobrepasando nuestra capacidad para adaptarnos. En estos casos se convierte en algo patológico provocando malestar significativo con síntomas que afectan lo físico, lo psicológico y las conductas. Los ataques de pánico y las fobias son variantes de trastornos de ansiedad.²

Mareos en Trastornos de Ansiedad

El mareo en los trastornos de ansiedad suele describirse como un embotamiento o sensación de estar en el aire. Distintos estudios han demostrado que muchas personas con trastornos de ansiedad tienen dificultad en mantener el equilibrio en superficies inestables o al cerrar los ojos. También refieren incomodidad al caminar en lugares con muchos estímulos visuales o en alturas.^{3,4}

Ataques de Pánico

Los ataques de pánico son períodos en los que el individuo sufre en forma súbita un intenso miedo o temor con una duración variable, generalmente de minutos a horas. Los ataques o crisis de pánico aparecen repentinamente y pueden alcanzar su máxima intensidad en unos 10 minutos.

Definición de ataques de Pánico de la Asociación de Psiquiatría Norteamericana²

Las personas con trastorno de pánico tienen por lo menos 4 de los siguientes síntomas durante un ataque:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o a perder la razón
- Miedo a morir
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o ahogos

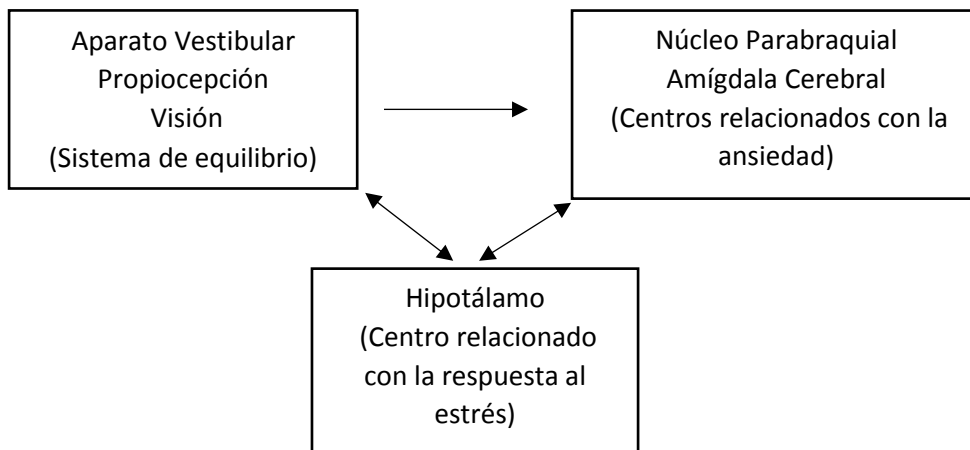
Las personas con ataques de pánico suelen hiperventilar durante las crisis. Generalmente la hiperventilación se genera por respirar muy rápidamente pero también puede darse por una mala respiración. La hiperventilación puede alterar el equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono en nuestro aparato respiratorio generando mareos.² Los mareos y el vértigo son síntomas frecuentes en personas con ataques de pánico.^{5,6}

Mareos y Fobias

Las fobias son otro tipo de desorden de ansiedad. Se caracterizan por un gran sentimiento de terror cuando uno se enfrenta o piensa en una determinada situación, objeto o actividad. El temor a los espacios cerrados (claustrofobia) y el miedo a la altura (acrofobia) son dos ejemplos. Las crisis de ansiedad pueden también desencadenar una agorafobia, que consiste en el miedo de enfrentar situaciones donde uno está solo o en lugares públicos en los que no existe la posibilidad de obtener ayuda o escapar en el caso de tener un ataque de pánico. Uno de los síntomas más comunes de la agorafobia es el vértigo o la inestabilidad al estar expuesto a este tipo de situaciones.²

Mecanismo de los Mareos Asociados a la Ansiedad

Existen circuitos neuronales vinculando los centros cerebrales relacionados con la ansiedad con el sistema vestibular central. Los núcleos vestibulares proyectan a los núcleos para-braquiales y a la amígdala cerebral, áreas relacionadas con la ansiedad y las emociones. En pacientes con ansiedad generalizada o crisis de ansiedad estos circuitos pueden activarse generando un mal funcionamiento de los centros de equilibrio. Este mecanismo constituye la base neuro-fisiológica de los mareos asociados a la ansiedad.⁷



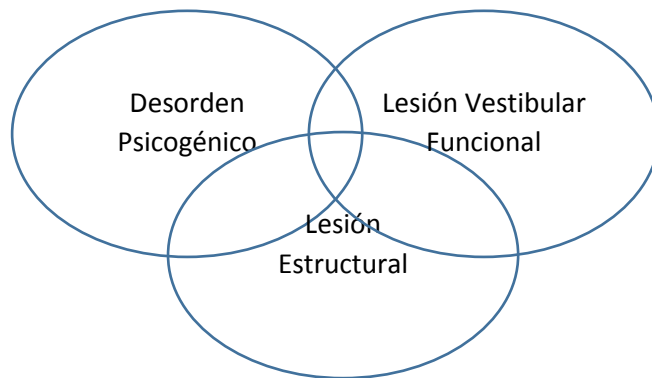
Esquema. Conexiones entre el aparato de equilibrio y áreas cerebrales relacionadas con la ansiedad y emoción (núcleo parabraquial, amígdala) y los centros de activación de las respuestas al estrés (hipotálamo).⁷

Depresión

Los pacientes con depresión suelen también presentar mareos. En general los describen como una sensación de cabeza liviana o embotamiento. El mareo puede ser uno de los primeros síntomas de una depresión.

SÍNDROMES VESTIBULARES FUNCIONALES

Existe un grupo de pacientes vistos en centros de tratamientos de mareos que presentan mareos, vértigo o inestabilidad de meses o años de evolución cuyos exámenes clínicos son normales o presentan alteraciones leves que no coinciden con la magnitud de sus síntomas. Estos trastornos son denominados funcionales, debido a que no se encuentran en estos pacientes lesión orgánica significativa (estructural), ni un trastorno psiquiátrico que por sí solo puede justificar todos los síntomas.



Esquema. Los trastornos vestibulares estructurales pueden asociarse a trastornos vestibulares psicogénicos o funcionales.¹

Se han utilizado distintas denominaciones diagnósticas para estos pacientes. En Alemania en la década del 80 se describió un conjunto de síntomas que el vértigo posicional fóbico⁸. Posteriormente este criterio fue refinado por un grupo de investigación norteamericano que describió un trastorno similar al que llamaron mareo crónico subjetivo.⁹

Recientemente para simplificar los diagnósticos y la investigación se han agrupado estos síndromes bajo una nueva terminología denominada el mareo postural perceptivo persistente (MPPP).¹⁰



Cuadro. Los trastornos vestibulares funcionales son actualmente agrupados bajo el término MPPP.

MAREO POSTURAL PERCEPTIVO PERSISTENTE (MPPP)

El Mareo postural perceptivo persistente (MPPP) es un término que entró en vigencia a partir de 2017 en la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomando aspectos del vértigo fóbico y del mareo crónico subjetivo.¹¹ Abarca alrededor del 15 al 20% de las personas que concurren a centros de mareos. Es la principal causa de mareos en personas entre los 30 y 50 años y es más común en mujeres.^{10,12}

Características

El MPPP es un desorden crónico del sistema nervioso central caracterizado por vértigo no giratorio y una percepción por parte del paciente de estar inestable. Los síntomas son más marcados al estar de pie y en ambientes con muchos estímulos visuales como centros de compras, plazas y supermercados. Las personas afectadas suelen caminar con una marcha rígida o con un aumento de la separación entre sus piernas. También evitan efectuar movimientos rápidos de su cabeza y suelen darse vuelta en forma lenta, evitando mover el cuello. A pesar de su sintomatología marcada, las personas con MPPP presentan equilibrio normal cuando son examinados, o una leve inestabilidad que no coincide con la dificultad que sienten al caminar y en muchos casos pueden efectuar deportes sin tener síntomas.

Las personas con MPPP suelen evitar situaciones o lugares donde se agravan sus síntomas. Muchos se sienten incapacitados de trabajar o de salir solos a la calle por lo que puede agregarse un diagnóstico de fobia asociada.

En resumen podemos decir que las personas con MPPP presentan un mareo constante pero fluctuante, se sienten inestables a pesar de tener un equilibrio normal y presentan un aumento de su mareo al efectuar movimientos rápidos (hipersensibilidad al movimiento) o al ver los movimientos de personas y objetos alrededor suyo (mareo visual).¹³



Figura: La exposición a estímulos visuales móviles puede inducir mareos en personas con MPPP. Fuente: Camila Rubio Varón

Tabla: Criterio para el diagnóstico de MPPP de la OMS¹¹

Mareo Posicional Perceptivo Persistente
Mareo y o inestabilidad no vertiginosa persistente de tres meses o más de duración.
Los síntomas están presentes la mayoría de los días, pero pueden fluctuar durante los mismos. Puede haber exacerbaciones momentáneas espontáneas o con movimientos repentinos.
Las personas afectadas se sienten peor cuando están erguidas, expuestas a estímulos visuales móviles complejos o durante movimientos de cabeza activos o pasivos. Estas situaciones pueden no ser igualmente provocativas.
Los eventos pueden ser posteriores a episodios vestibulares agudos o recurrentes o de problemas relacionados con el equilibrio.
Los síntomas pueden iniciarse en forma intermitente y luego perpetuarse.

Disparadores

Los pacientes con MPPP suelen referirse a un evento que desencadenó los síntomas. En un estudio, el 30% de los pacientes presentó como antecedente ataques de pánico o ansiedad generalizada, el 25% un cuadro vestibular periférico o central (por ej.

vértigo posicional paroxístico benigno, neuronitis vestibular), el 20% una migraña vestibular, el 15%, un traumatismo encefálico asociado a una conmoción cerebral o latigazo cervical, en el 7% un desorden en el sistema nervioso autonómico (por ej. hipotensión, desmayo) o una disritmia cardíaca (por ej. taquicardia, arritmia) y en el 3% efectos adversos de drogas.⁹

Podemos ver por las cifras anteriores que los ataques de pánico o la ansiedad generalizada son los principales disparadores de MPPP, pero no son elementos necesarios para que este ocurra. Los desórdenes vestibulares, las migrañas y los traumatismos de cabeza son otros disparadores frecuentes.

¿Qué Ocurre Primero el Trastorno de Ansiedad o el Mareo?

La mayoría de las personas con MPPP presentan desórdenes de ansiedad asociados al MPPP. En un estudio realizado a pacientes con diagnóstico de mareo subjetivo crónico alrededor de un tercio de los pacientes tuvo como disparador un trastorno de ansiedad (psicogénico), otro tercio una enfermedad vestibular definida (otológico), y otro tercio una enfermedad vestibular que agravó un cuadro de ansiedad pre-existente (mixto).¹⁵

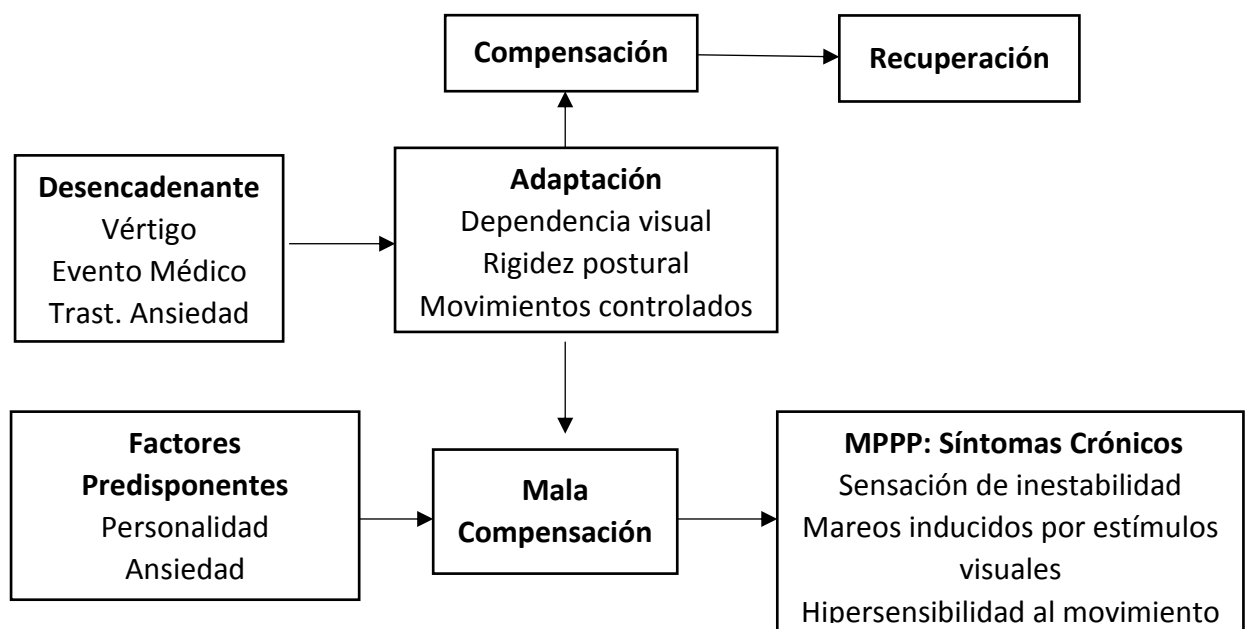
Causas

En las personas con MPPP un evento precipitante como un ataque de pánico o un episodio de vértigo debido a un trastorno vestibular dispara una combinación de estrategias posturales para minimizar los síntomas y evitar una caída. Estas estrategias incluyen prestarle más atención que lo normal al movimiento, caminar con mayor rigidez en las piernas, utilizar más la visión para estabilizarse, caminar con un apoyo o evitar mover la cabeza.

La mayoría de los pacientes con mareos modifican estas estrategias una vez que ha cedido el episodio agudo o que se ha llevado a cabo el proceso de compensación vestibular (ver capítulo 18). Sin embargo algunos pacientes, generalmente los más predispuestos a la ansiedad, o que han tenido respuestas muy ansiosas al evento disparador, no logran retornar a su control postural normal y siguen realizando sus movimientos en forma lenta y utilizando una mayor dependencia en la visión. En estos pacientes las áreas cerebrales relacionadas con la percepción e integración del movimiento permanecen hiperactivas más allá de los tiempos normales de recuperación. La sensación anormal de movimiento a su vez genera más preocupación lo que contribuye a generar un círculo vicioso que prolonga y agrava los síntomas.

Distintos estudios han demostrado que pacientes con MPPP dependen más de su visión para equilibrarse como también que presentan mayores oscilaciones en planos inestables que personas sin MPPP. Depender de la visión para estabilizarse tiene la desventaja de generar desorientación cuando uno está en situaciones donde hay objetos o personas en movimiento (por ej. cruzar una avenida) o muchos estímulos visuales (por ej. caminar en un supermercado). También se han registrado patrones anormales de actividad cerebral al ser expuestos a estímulos vestibulares (por ej. rotar la cabeza).

Debido a que los síntomas en el MPPP provienen de cambios en el funcionamiento del aparato de equilibrio pero sin que exista una lesión orgánica (por ej. tumor, isquemia, etc.) se clasifican como desordenes vestibulares funcionales.¹³



Esquema. Mecanismo de producción del MPPP, (modificado de 13).

Manejo

El manejo del MPPP se basa en un conjunto de medidas: evaluación vestibular y neurológica, educación, rehabilitación vestibular, terapia cognitiva conductual y farmacoterapia en algunos pacientes.

Evaluación Vestibular y Neurológica

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento es una evaluación cuidadosa para descartar un trastorno vestibular o neurológico estructural. El diagnóstico de MPPP se basa en criterios clínicos pero debe tenerse en cuenta su asociación con otros trastornos vestibulares o psicogénicos que pueden requerir tratamiento (por ej. migraña vestibular, ataques de pánico).¹³

Educación

Es frecuente que estos pacientes ya hayan recurrido a distintos profesionales buscando el origen de sus síntomas como también que su problema haya sido diagnosticado como un desorden cervical o puramente psicológico. El no obtener explicaciones sobre lo que está pasando, genera más angustia y a su vez sintomatología.

Las personas afectadas deben tener una explicación sobre el mecanismo de los mareos asociados a los miedos y ansiedad, para que comprendan como estos fenómenos pueden desencadenar o perpetuar síntomas vestibulares. En el caso de haber ocurrido una alteración estructural como un vértigo posicional benigno ya resuelto, las personas afectadas deben conocer los mecanismos de adaptación y que en la actualidad sus síntomas pueden ser residuales.¹⁴

Rehabilitación Vestibular

Se basa en ejercicios específicos del aparato de equilibrio para desensibilizarlo, mejorar el equilibrio y reducir la dependencia visual. Los ejercicios deben exponer al paciente a distintas situaciones y movimientos para adaptarlo nuevamente y disminuir paulatinamente las sensaciones anormales de movimiento, creando seguridad en el equilibrio. El paciente no debe evitar los estímulos provocadores sino exponerse en forma progresiva. Es importante que el paciente comprenda que el objetivo del tratamiento no es reparar un órgano dañado sino que el sistema de equilibrio deje de interpretar el movimiento como algo nocivo y peligroso para ellos (capítulo 18).^{16,17}

Terapia Cognitiva Conductual con o sin Farmacología

En aquellas personas cuyos síntomas son muy limitantes, se puede complementar la educación y rehabilitación con terapia cognitiva conductual y farmacoterapia. La terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia útil para tratar trastornos como

o la depresión la ansiedad y las fobias. Utiliza distintos componentes como la terapia cognitiva y la terapia de exposición.

La terapia cognitiva hace hincapié en identificar y neutralizar pensamientos negativos asociados a los desórdenes de ansiedad. La terapia de exposición hace enfoque en confrontar los miedos asociados a los desórdenes de ansiedad para ayudar a retomar las actividades que se están evitando. La terapia cognitiva conductual ha mostrado ser útil en el tratamiento del MPPP.^{18,19}

Tratamiento Farmacológico

El uso de antidepresivos disminuye los síntomas del MPPP. Algunos estudios han demostrado una disminución sustancial de síntomas en la mayoría de los pacientes tratados sobre todo cuando se asocian con rehabilitación vestibular y terapia conductual cognitiva. Se recomiendan dos tipos de drogas: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI). Se empieza con dosis muy bajas y en general se obtienen buenas respuestas en dosis de la mitad de las que se utilizan en el tratamiento de la depresión. Pueden llevar entre 8 a 12 semanas en notarse efectos positivos.^{13,20}

PUNTOS CLAVE DEL CAPÍTULO

Existe una estrecha relación entre nuestro aparato de equilibrio y nuestros centros emocionales.

Es frecuente la relación entre los trastornos de ansiedad con los mareos como así de los trastornos vestibulares con la ansiedad.

En alrededor del 10% de los pacientes que consultan a centros de mareos, no se encuentra un desorden orgánico que explique todos sus síntomas.

El vértigo y los trastornos de ansiedad pueden producir alteraciones en el funcionamiento del aparato de equilibrio, que pueden persistir luego de la resolución del cuadro agudo.

El MPPP se caracteriza por la presencia de mareos persistentes, inestabilidad, hipersensibilidad al movimiento y mareos inducidos por estímulos visuales, en ausencia de alteraciones orgánicas significativas.

El tratamiento se basa en descartar causas orgánicas para los síntomas, comprender el origen de los mismos y rehabilitar para crear mayor tolerancia al movimiento.

En algunas personas el tratamiento puede complementarse con terapia conductual cognitiva y psicofármacos.

REFERENCIAS

- 1) Dieterich M, Staab JP, Brandt T. Functional (psychogenic) dizziness Handb Clin Neurol. 2016; 139:447-468.
- 2) Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association. 2014
- 3) Jacob RG, Redfern MS, Furman JM (2009). Space and motion discomfort and abnormal balance control in patients with anxiety disorders. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 80, 74–8.
- 4) Redfern MS, Furman JM, Jacob RG (2007). Visually induced postural sway in anxiety disorders. J Anxiety Disord, 21, 704–16
- 5) Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. J Anxiety Disord. 2003; 17(4):369-88.
- 6) Nazareth I, Landau S, Yardley L, Luxon L Patterns of presentations of dizziness in primary care--a cross-sectional cluster analysis study. J Psychosom Res. 2006 Apr; 60(4):395-401.
- 7) Carey D Balaban,[†] Rolf G Jacob, and Joseph M Furman. Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications Expert Rev Neurother. 2011 Mar; 11(3): 379–394.
- 8) Brandt T. Phobic postural vertigo. Neurology, (1996) 46, 1515–19.
- 9) Staab JP, Ruckenstein. Expanding the differential diagnosis of dizziness. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, MJ (2007)13, 170–76.
- 10) Staab JP, Eckhardt-Henn A , Horii A , *et al* . Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the Bárány society. J Ves Res 2016.
- 11) WHO. Persistent postural-perceptual dizziness. *International classification of diseases*. 11th edition, 2015
- 12) Dieterich M, Staab JP , Brandt T. Functional (psychogenic) dizziness. Handb Clin Neurol 2016; **139:447–68**.
- 13) Popkirov s, Stab JP, Stone J. Practical Neurology 2018, 18: 5-13.
- 14) Stab. J. Behavioral Neuro-otology. Oxford Textbook of vertigo and Balance Disorders. 2013. 333-346.
- 15) Staab JP, Ruckenstein MJ. Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. Laryngoscope. 2003; 113:1714-1718
- 16) Meli A, Zimatore G, Badaracco C, De Angelis E Effects of vestibular rehabilitation therapy on emotional aspects in chronic vestibular patients. J Psychosom Res. 2007 Aug; 63(2):185-90

- 17) Thompson KJ, Goetting JC, Staab JP, *et al*. 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.
- (18) Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, *et al*. Treatment of phobic postural vertigo. A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization. *J Neurol* 2006;253:500–6.
- (19) Edelman S, Mahoney AE, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial. *Am J Otolaryngol* 2012; 33:395–401.
- (20) Staab JP¹, Ruckenstein MJ, Solomon D, Shepard NT. Serotonin reuptake inhibitors for dizziness with psychiatric symptoms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002 May; 128(5):554-60.