



ARTÍCULO ESPECIAL

Clasificación de los vértigos periféricos de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología: concordancia diagnóstica y actualización (versión 2, año 2011)

Andrés Soto-Varela^{a,*}, Ismael Arán-González^{b,1}, José Antonio López-Escámez^c, Constantino Morera-Pérez^d, Manuel Oliva-Domínguez^e, Nicolás Pérez-Fernández^{f,1}, Herminio Pérez-Garrigues^{d,1}, Paz Pérez-Vázquez^{g,1}, Marcos Rossi-Izquierdo^h y Sofía Santos-Pérez^a

^a Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Grupo Otolgía & Otoneurología CTS495, Hospital del Poniente, El Ejido, Almería, España

^d Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^e Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^f Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^g Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^h Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

Recibido el 7 de octubre de 2011; aceptado el 20 de octubre de 2011

Disponible en Internet el 14 de diciembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Vértigo;
Clasificación;
Otoneurología

Resumen

Introducción: La Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF publicó en 2008 una clasificación de los vértigos periféricos, basada en criterios clínicos. El objetivo de este estudio es validar esta clasificación mediante el análisis de la concordancia diagnóstica entre múltiples evaluadores.

Métodos: Participaron 7 evaluadores con experiencia clínica en el diagnóstico de afección vestibular, pertenecientes a 6 centros diferentes. Uno de ellos seleccionó las historias clínicas de 50 pacientes consecutivos que consultaron por alteraciones del equilibrio (24 varones y 26 mujeres; edad media: 53,5 años). Estas historias, suprimidos los datos que permitiesen identificar a los pacientes, el diagnóstico establecido y el tratamiento pautado, fueron remitidas a los otros 6 investigadores. Cada uno de ellos estableció un diagnóstico, intentando ajustarlo a los epígrafes de la clasificación.

Resultados: De los 50 pacientes, existió una coincidencia sustancial en el diagnóstico (4 o más evaluadores alcanzaron el mismo) en 31 (26 con diagnóstico positivo y 5 negativo: no podía ser incluido en ningún epígrafe). El índice kappa, que mide el nivel de concordancia entre tres o

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andres.soto@usc.es (A. Soto-Varela).

¹ Miembro de la Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF.

más observadores, fue de 0,4198 (lo que indica un grado de acuerdo moderado). La unanimidad solo se alcanzó en 7 pacientes (4 VPPB, dos enfermedades de Ménière y un vértigo asociado a migraña).

Conclusiones: La actual clasificación, con los criterios que incluye, solo permite etiquetar con un consenso aceptable al 62% de los pacientes. Se propone una modificación de la clasificación, incluyendo el epígrafe de VPPB probable, y revisando los de vértigo-migraña y vértigo asociado a migraña.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Vertigo;
Classification;
Otoneurology

Peripheral vertigo classification of the Otoneurology Committee of the Spanish Otorhinolaryngology Society: diagnostic agreement and update (version 2-2011)

Abstract

Introduction: In 2008, the Otoneurology committee of the SEORL-PCF published a classification of peripheral vertigo, based on clinical criteria. The objective of this study was to validate this classification through analysing the diagnostic agreement among several medical assessors.

Methods: Seven medical assessors, all with clinical experience, from 6 different hospitals, participated in the study. One of them selected the clinical histories of 50 consecutive patients who had consulted as a result of balance disorders (24 men and 26 women) with an average age of 53.5 years. These clinical histories -without any information that would identify the patient, the diagnosis established and the treatment- were sent to another 6 assessors. Each of these investigators established their own diagnosis, trying to adjust it to the epigraphs of the classification.

Results: Of the 50 patients, there was substantial agreement as to the diagnosis (4 or more evaluators indicated the same one) in 31 cases (26 with a positive diagnosis and 5 with a negative one, which could not be included in any epigraph). The kappa index, which measures the level of accordance between 2 or more assessors, was 0.4198 (moderate level of agreement). Unanimity was achieved in only 7 cases (4 BPPV, 2 Ménière's disease and 1 vertigo associated with migraine).

Conclusions: The current classification, with the criteria it includes, allows labelling with an acceptable consensus to only 62% of the patients. Therefore, a modification in the classification is proposed in relation with the probable BPPV epigraph, as well a revision of the entries for vertigo-migraine and vertigo associated with migraine.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El paciente con vértigo supone en muchas ocasiones un enfermo de especial dificultad para el otorrinolaringólogo. A la vaguedad de las explicaciones sobre sus síntomas y las dificultades para interpretarlos, se suma con frecuencia la variabilidad en la denominación de los cuadros clínicos. Pese a los diferentes intentos de clasificación de los vértigos (o de alguna de las entidades que los producen)¹, la realidad nos muestra que incluso dentro de los otorrinolaringólogos dedicados específicamente a la Otoneurología no existe un lenguaje único que permita una fácil comunicación entre ellos, a la hora de establecer diagnósticos y protocolos terapéuticos. Este mismo hecho ha sido también señalado a nivel internacional por la Sociedad Bárány^{2,3}.

Ante la constatación de esta realidad en nuestro país y como un intento de establecer una nomenclatura sencilla y aceptada por todos, la Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF elaboró a lo largo de los años 2003 a 2006 una propuesta de clasificación de los vértigos periféricos. Ésta, tras ser consultada y evaluada por diversos otoneurólogos españoles, fue publicada como Documento de Consenso en el Acta Otorrinolaringológica Española en el año 2008⁴ y citada

posteriormente en una de las ya mencionadas publicaciones de la Sociedad Bárány³, en el año 2009.

En ese mismo año 2009, se propuso desde la Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF realizar una validación de esta clasificación, a fin de comprobar su utilidad en la práctica clínica. Se buscaría un triple objetivo:

- Determinar el porcentaje de pacientes que consultan por vértigo y alteraciones del equilibrio que pueden ser incluidos en los epígrafes de la clasificación.
- Establecer el nivel de concordancia entre diferentes evaluadores clínicos en los diagnósticos realizados a los mismos pacientes, utilizando los criterios descritos en esta clasificación.
- Realizar, si fuese procedente, una propuesta de modificación de la clasificación, si se detectaban limitaciones en la misma y existía un consenso en la forma de subsanarlas.

Material y métodos

Se diseñó para ello un estudio multicéntrico, con la participación de un coordinador y 6 evaluadores diferentes,

todos ellos otorrinolaringólogos dedicados de forma específica a la Otoneurología y con actividad clínica en 6 centros distintos.

El coordinador del trabajo seleccionó las historias de 50 pacientes consecutivos que consultaron por vértigo y alteraciones del equilibrio, y en los cuales a su juicio fue posible alcanzar un diagnóstico. Se trataba de 24 varones y 26 mujeres, con una edad media de 53,5 años (con un mínimo de 8 y un máximo de 89 años). De dichas historias clínicas se excluyó la siguiente información:

- Nombre y datos identificativos de los pacientes, a fin de preservar su privacidad.
- El diagnóstico propuesto por el coordinador del estudio.
- El tratamiento indicado (por cuanto podría ser indicativo del diagnóstico).

Consecuentemente, las historias clínicas incluyeron:

- Datos demográficos de los pacientes: edad, sexo, estado civil, profesión y hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco y/o cafeína, y exposición a ruidos).
- Datos clínicos: antecedentes médicos personales y familiares, consumo actual de fármacos, motivo de consulta y anamnesis otoneurológica detallada.
- Datos exploratorios:
 - Exploración clínica otorrinolaringológica general.
 - Exploración neurológica (pares craneales, fuerza, sensibilidad y pruebas de coordinación).
- Exploración clínica otoneurológica y equilibriométrica:
 - Exploración del nistagmus espontáneo (a ojo desnudo y con gafas de Frenzel).
 - Tests de Halmagyi y de agitación cefálica.
 - Tests de Romberg y Unteberger.
 - Pruebas posicionales (cuando estaban indicadas): tests de Dix y Hallpike, de McClure y/o de hiperextensión cefálica.
- Audiometría tonal liminar.
- Pruebas instrumentales de exploración equilibriométrica (las indicadas en cada paciente): videonistagmografía (pruebas calóricas y/o rotatorias), posturografía dinámica, craneocorpografía y/o potenciales evocados miogénicos vestibulares.
- Otras pruebas analíticas, audiológicas (otoemisiones acústicas y/o potenciales evocados auditivos) y/o de imagen

(resonancia magnética encefálica y/o tomografía axial computarizada de peñascos).

Estas 50 historias clínicas fueron remitidas simultáneamente a los 6 evaluadores. Se le solicitó a cada uno de ellos:

- Un diagnóstico de cada paciente, intentado ajustarse a los epígrafes de la clasificación de consenso.
- El diagnóstico personal para cada uno de los enfermos.
- Comentarios sobre las dificultades encontradas para incluir a cada enfermo en la clasificación.

Los diagnósticos y comentarios de cada uno de los evaluadores se recogieron en una hoja de Excel. El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows. Para el análisis de la concordancia de diagnósticos se empleó el índice kappa.

Resultados

Se analizó en primer lugar el porcentaje de pacientes que habían podido ser incluidos por los evaluadores en algunos de los epígrafes de la clasificación de consenso. Se consideraron tres posibilidades:

- Se ha alcanzado un diagnóstico y éste forma parte de la clasificación.
- Se ha llegado a un diagnóstico, pero éste no está contemplado en la clasificación.
- No es posible, con la información disponible, establecer un diagnóstico.

El porcentaje de pacientes incluidos por cada uno de los evaluadores está recogido en la [tabla 1](#). El porcentaje de pacientes en los cuales no es posible establecer un diagnóstico de los descritos en la clasificación de consenso oscila, según los evaluadores, entre el 24 y el 48% del total.

Se procedió a continuación a analizar el nivel de concordancia diagnóstica entre los evaluadores. Se consideraron dos situaciones:

- Pacientes en los cuales hubo unanimidad en el diagnóstico entre los 6: siete enfermos (14% del total). Se trataba de 4 pacientes con diagnóstico de vértigo posicional paroxístico benigno, dos con enfermedad de Ménière y uno con vértigo asociado a migraña.

Tabla 1 Pacientes incluíbles y no incluíbles en la clasificación

	Pacientes con diagnóstico positivo	Pacientes con vértigo de origen indeterminado	Pacientes no incluíbles en la clasificación
Evaluador 1	38 (76%)	0	12 (24%)
Evaluador 2	29 (58%)	10 (20%)	11 (22%)
Evaluador 3	26 (52%)	1 (2%)	23 (46%)
Evaluador 4	27 (54%)	14 (28%)	9 (18%)
Evaluador 5	32 (64%)	5 (10%)	13 (26%)
Evaluador 6	29 (58%)	21 (42%)	0

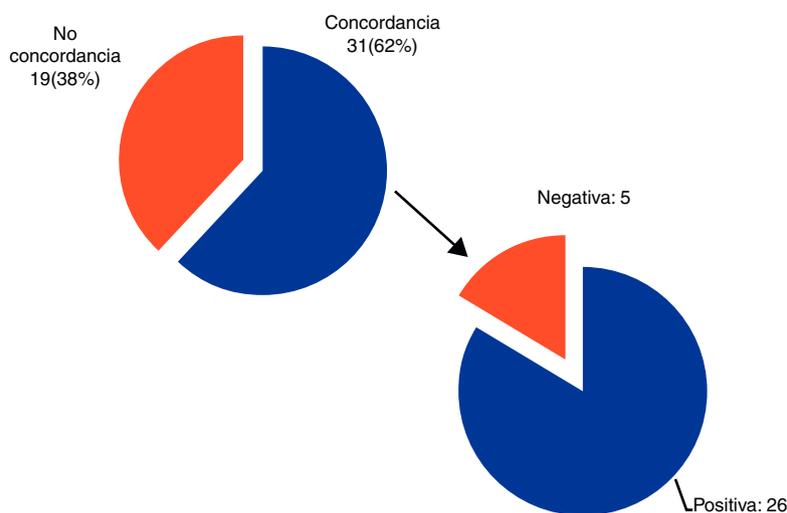


Figura 1 Concordancia diagnóstica (coincidencia de al menos 4 evaluadores).

- Pacientes con concordancia mayoritaria (al menos 4 de los evaluadores coincidieron en el diagnóstico en base a la clasificación): 31 pacientes (62%). De estos, la concordancia fue positiva (hubo acuerdo en que era posible establecer un diagnóstico de los incluidos en la clasificación en 26 pacientes (52% del total) y negativa (hubo acuerdo en que no era posible incluir al enfermo en ninguno de los epígrafes de la clasificación) en 5 (10% del total). Esta concordancia puede observarse gráficamente en la [figura 1](#).

Para el análisis estadístico de la concordancia entre evaluadores, empleamos el índice kappa, midiendo la concordancia entre tres o más observadores con dos categorías. En este caso las dos categorías son las siguientes:

- Se establece un diagnóstico.
- No se establece un diagnóstico («vértigo de origen indeterminado» o «no se puede incluir en la clasificación»).

El grado de acuerdo que indica el resultado del índice kappa está reflejado en la [tabla 2](#). En nuestra serie de pacientes, bajo las condiciones antes indicadas, el valor del índice kappa es de 0,4198, con un intervalo de confianza del 95% y con una $p < 0,00001$. Indica, por tanto, un grado de concordancia moderado.

Por último, se recogieron los diferentes comentarios de los evaluadores sobre las dificultades encontradas para

incluir a los pacientes en los epígrafes de la clasificación. Estos comentarios se resumen en lo siguiente:

- Algunos pacientes no refieren crisis de vértigo, sino inestabilidad o desequilibrio, por lo que no podían ser incluidos en ninguno de los apartados de la clasificación.
- El diagnóstico de vértigo posicional paroxístico benigno exige pruebas positivas en el momento del diagnóstico. Por ello, no pueden incluirse aquellos enfermos que relatan una clínica compatible, pero ya resuelta en el momento de la consulta.
- Algunos evaluadores señalan que falta algún diagnóstico:
 - Vestibulotoxicidad.
 - Presbivértigo/presbiastasia.
 - Intoxicación/efectos secundarios farmacológicos,..
 - Episodio vestibular agudo de horas (duración no precisada en neuritis).
 - Vértigo periférico recurrente.
 - Vértigo postural fóbico y ansiedad.

Discusión

La existencia de una nomenclatura consensuada, basada en datos clínicos y de uso sencillo, que permitiese la categorización de los pacientes con vértigo, era una demanda de los otorrinolaringólogos dedicados a la Otoneurología. La clasificación de consenso propuesta por la Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF se desarrolló intentando dar respuesta a estas cuestiones.

El intento de validación actual se realizó procurando ajustarse a la realidad clínica de los pacientes con vértigo y alteraciones del equilibrio. Se escogió para ello un grupo de enfermos, sin selecciones ni exclusiones, que consultaron de forma consecutiva por vértigo o alteraciones del equilibrio en una consulta especializada de Otoneurología. Esto constituye simultáneamente una ventaja (se ajusta a la realidad de las consultas) y una limitación (no todos los pacientes que son remitidos a las Unidades de Otoneurología han sido adecuadamente preevaluados, con lo cual

Tabla 2 Grado de acuerdo, estimado según el resultado del índice kappa

0	Sin acuerdo
0-0,2	Insignificante
0,2-0,4	Bajo
0,4-0,6	Moderado
0,6-0,8	Bueno
0,8-1	Muy bueno

Tabla 3 Categorías diagnósticas para el trastorno vestibular periférico (SEORL-PCF 2011, versión 2)**Crisis de vértigo única***Vértigo agudo con hipoacusia:*

- Con afectación coclear (laberintitis).
- Neuritis cocleovestibular (síndrome de Ramsay-Hunt).

*Vértigo agudo sin hipoacusia (neuritis vestibular)***Crisis de vértigo recurrente***Crisis de vértigo recurrente con hipoacusia:*

- Enfermedad de Ménière.
- Migraña tipo basilar.
- Enfermedad autoinmunitaria del oído interno.
- Neurosífilis-otosífilis.
- Fístula perilinfática.

Crisis de vértigo recurrente sin hipoacusia:

- Provocadas.
- Provocadas por la postura.
- Vértigo posicional paroxístico benigno definitivo (VPPB definitivo).
- Vértigo posicional paroxístico benigno probable (VPPB probable).
- Provocada por la presión: fístulas perilinfáticas.
- Espontáneas.
- Migraña vestibular.
- Vértigo metabólico.
- Vértigo paroxístico de la infancia.
- Vértigo de origen vascular (AIT, insuficiencia vertebrobasilar).

Vértigo de origen indeterminado

Los pacientes con inestabilidad persistente o recurrente no han sido incluidos en esta clasificación.

pueden llegar pacientes que no presentan realmente vértigo ni inestabilidad).

Una segunda limitación viene dada por el diseño metodológico del estudio. Los evaluadores disponen únicamente de la información que el coordinador del estudio les remite; esta información fue considerada como suficiente por el coordinador para establecer el diagnóstico, pero puede no serlo así para alguno de los evaluadores. Por otra parte, el diagnóstico elaborado a partir de una historia clínica escrita por una tercera persona presenta limitaciones con respecto al diagnóstico «frente al enfermo», por la información adicional que se puede obtener en esta segunda situación (posibilidad de ahondar en el interrogatorio, información aportada por el lenguaje corporal del enfermo, ...).

Una vez tenidas en cuenta estas consideraciones, el nivel de concordancia alcanzado (moderado, según el valor del índice kappa) muestra la necesidad de introducir mejoras en la clasificación a fin de conseguir que el nivel de coincidencia sea sustancialmente mayor. Los resultados de esta evaluación fueron discutidos, no solo entre el coordinador y los evaluadores, sino también con un grupo más numeroso de otoneurólogos en septiembre de 2010, en Madrid, y posteriormente a través de correos electrónicos, a fin de que la modificación de la clasificación fuese también consensuada. Se propusieron dos modificaciones. La primera consiste en la inclusión de un nuevo epígrafe dentro del

apartado «crisis de vértigo recurrente sin hipoacusia, provocadas por la postura», dividiendo ésta en dos apartados:

- VPPB definitivo: según la definición previa de la clasificación: «vértigo breve (habitualmente, segundos de duración), desencadenado mediante las pruebas de provocación posicional (test de Dix y Hallpike, test de decúbito lateral, test de rotación o test de hiperextensión cefálica) que es agotable y reproducible».
- VPPB probable: clínica sugestiva de VPPB, pero con pruebas posicionales negativas en el momento de la consulta (por resolución espontánea de los síntomas).

La segunda modificación es la revisión y actualización de los diagnósticos de «vértigo-migraña» y «vértigo asociado a migraña», sustituidos respectivamente por «migraña tipo basilar» y «migraña vestibular», en base a información bibliográfica posterior a la publicación de la primera clasificación. Con estas modificaciones, la clasificación de consenso del vértigo de la Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF sería la reflejada en la tabla 3. Se transcribe a continuación desde la publicación inicial⁴, a modo de anexo, la definición de cada uno de los epígrafes, con las modificaciones ya descritas previamente en el VPPB, en el vértigo-migraña y en el vértigo asociado a migraña.

Resultado también de las reflexiones y consultas realizadas sobre esta evaluación es el compromiso de la Comisión de Otoneurología de la SEORL-PCF de reevaluar de forma dinámica la clasificación, a fin de determinar su eficacia y alcanzar nuevos acuerdos referidos a entidades sobre las cuales en la actualidad no se ha podido alcanzar un consenso definitivo (presbivértigo, ototoxicidad, etc.).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Definiciones de los epígrafes de la clasificación

A.1. Crisis de vértigo única

Vértigo agudo con hipoacusia. Síndrome clínico caracterizado por hipoacusia junto con crisis súbita de vértigo, cortejo vegetativo, nistagmus espontáneo y desequilibrio postural. A su vez puede presentarse: a) con afectación coclear (laberintitis) de causa otógena, vascular, tumoral y degenerativa, y b) neuritis cocleovestibular: herpes zóster ótico (síndrome de Ramsay-Hunt).

Vértigo agudo sin hipoacusia: neuritis vestibular. Síndrome clínico caracterizado por aparición súbita de una crisis de vértigo prolongada, con náuseas y vómitos, nistagmus espontáneo y desequilibrio postural, sin síntomas auditivos ni neurológicos.

A.2. Crisis de vértigo recurrente

A.2.1. Crisis de vértigo recurrente con hipoacusia Enfermedad de Ménière. Para ser incluido en este grupo el paciente tiene que haber tenido al menos dos

episodios típicos de vértigo (de al menos 20 min de duración, se acompañan de desequilibrio y frecuentemente de cortejo vegetativo, obligan a descansar, y siempre presentan nistagmus horizontal u horizontal-rotatorio). Debe presentar hipoacusia de tipo perceptivo, constatada audiométricamente al menos en una ocasión (es habitual que la audición fluctúe, pero no es esencial para el diagnóstico). El oído afectado tiene que presentar acúfenos, plenitud ótica o ambos. Corresponderían a los que la *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* (AAO-HNS) define como «EM definitiva»¹. Incluiría también otras formas clínicas como el vértigo de Ménière (VM) familiar, por probable alteración genética, y el VM bilateral (sincrónico y asincrónico).

Migraña tipo basilar (código 1.2.6. de la ICHD-II)⁵. El vértigo está presente en el 60% de los pacientes con migraña tipo basilar⁶. Se define como una cefalea migrañosa con aura que presenta al menos dos de los siguientes síntomas neurológicos totalmente reversibles:

- Disartria.
- Vértigo.
- Acúfenos.
- Hipoacusia.
- Diplopia.
- Síntomas visuales simultáneamente en ambos ojos y ambos campos visuales nasales y temporales.
- Ataxia.
- Disminución del nivel de consciencia.
- Parestesias simultáneas bilaterales.

La presencia de alteraciones motoras excluye este diagnóstico. Los síntomas que asocia la migraña de tipo basilar característicamente se asocian a los de fosa posterior y típicamente son bilaterales. Se requiere que uno de los síntomas de aura se desarrolle gradualmente durante 5 minutos o varios síntomas de aura ocurran en sucesión durante más de 5 minutos. Además, cada síntoma del aura dura como mínimo 5 minutos y hasta un máximo de 60 minutos.

Previamente clasificada como migraña basilar. La terminología ha sido modificada porque existe poca evidencia de que la arteria basilar o el territorio de la arteria basilar estén implicados. La ICHD-2 reconoce el vértigo como aura de la migraña de tipo basilar.

Enfermedad autoinmunitaria del oído interno. Cuadro clínico caracterizado por vértigo e hipoacusia neurosensorial súbita, rápidamente progresiva y/o episódica, con buena respuesta a tratamiento con corticoides e inmunosupresores, en el contexto de una enfermedad sistémica autoinmunitaria y/o trastornos en alguno de los siguientes test de laboratorio: velocidad de sedimentación elevada; factor reumatoide positivo, anticuerpos antinucleares positivos, anticuerpos citoplasmáticos anti-neutrófilos positivos, inmunocomplejos circulantes elevados. *Western blot* positivo e inmunofenotipo de linfocitos T16.

Neurosifilis-otosifilis. Incluiría a pacientes con vértigo episódico con hipoacusia perceptiva unilateral o bilateral, progresiva. Los pacientes presentan hipofunción vestibular

unilateral o bilateral y estudios analíticos positivos para sífilis.

Fístula perilinfática. Se caracteriza por vértigos con hipoacusia neurosensorial progresiva con evolución escalonada y antecedentes de malformaciones de oído medio-interno (evidenciadas con tomografía computarizada y resonancia magnética), traumatismos craneales o cirugía con manipulación sobre ventana oval o redonda y/o con visualización de la fístula en acto quirúrgico. El test de la fístula es positivo (aunque no en todos los casos). Suele haber hipoexcitabilidad laberíntica en la prueba térmica en muchos casos.

A.2.2. Crisis de vértigo recurrente sin hipoacusia

Provocadas

Por la postura. VPPB, con dos posibilidades:

- VPPB definitivo, según la definición previa de la clasificación: «denominado vértigo postural paroxístico benigno y definido como un vértigo breve (habitualmente, segundos de duración), desencadenado mediante las pruebas de provocación posicional (test de Dix y Hallpike, test de decúbito lateral, test de rotación o test de hiperextensión cefálica) que es agotable y reproducible».
- VPPB probable: clínica sugestiva de VPPB, pero con pruebas posicionales negativas en el momento de la consulta (por resolución espontánea de los síntomas).

Por la presión: fístulas perilinfáticas. Vértigo desencadenado por la presión mecánica, generada por el propio paciente (maniobra de Valsalva), por el explorador (presión generada en el conducto auditivo externo) o por sonidos (fenómeno de Tullio). Habitualmente, las fístulas perilinfáticas cursan con hipoacusia; sin embargo, en la dehiscencia del conducto semicircular superior puede no haber hipoacusia.

Espontáneas

*Migraña vestibular*⁷. Se ha definido mediante 4 criterios:

- Síntomas vestibulares episódicos de intensidad moderada.
- Historia previa o actual de migraña de acuerdo con los criterios de la IHS-II.
- Uno de los síntomas migrañosos siguientes debe aparecer durante al menos dos ataques de vértigo: cefalea migrañosa, fotofobia, fonofobia, síntomas visuales u otras auras.
- Otras causas deben ser descartadas mediante pruebas complementarias adecuadas.

Los síntomas vestibulares incluyen el vértigo rotatorio u otra ilusión de movimiento propia o de objetos, que puede ser espontánea o posicional. Los síntomas vestibulares son «moderados» si interfieren, pero no impiden las actividades cotidianas⁸. El diagnóstico de la migraña vestibular no requiere la asociación consistente entre vértigo y cefalea. De hecho, esta asociación sistemática solo ocurre en un 5-10% de los pacientes que cumplen criterios de migraña vestibular. Típicamente las cefaleas migrañosas suelen preceder en varios años a la crisis de vértigo.

En cualquier caso, aunque ampliamente empleado y estudiado, el término migraña vestibular no está incluido en la ICHD.

Vértigo metabólico. Alteración del equilibrio (inestabilidad y/o episodios de sensación de movimiento) en pacientes con enfermedades metabólicas conocidas y descompensadas (diabetes, nefropatía, etc.). La clínica debe revertir al conseguir la compensación del cuadro metabólico.

Vértigo paroxístico de la infancia. Episodios breves (menos de 15 min) y recurrentes de pérdida de equilibrio, que aparecen en los primeros años de la vida (habitualmente, antes de los 6 años). Se pueden acompañar de síntomas vegetativos y que tienden a desaparecer de modo espontáneo (habitualmente, antes de los 10 años). Con frecuencia es relacionado con la migraña.

Vértigo de origen vascular (AIT, insuficiencia vertigo-basilar). Episodios repetidos de vértigo o desequilibrio en pacientes ancianos y/o con factores de riesgo cardiovascular, en ocasiones desencadenados por movimientos bruscos de la región cervical. Acompañados de síntomas transitorios de isquemia de fosa craneal posterior (visión nublada y/o fotopsia, cefalea occipital, pérdida de fuerza y/o parestesias en extremidades superiores, etc.) con recuperación completa tras las crisis.

Vértigo de origen indeterminado. Se refiere a los vértigos que no se han podido incluir en ninguno de los cuadros anteriores.

Bibliografía

1. Monsell EM, Balkany TA, Gates GA, Goldenberg RA, Meyerhoff W, House JW. Committee on hearing and equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113:181-5.
2. Bisdorff A, Bronstein A, Kingma H, Lempert T, Neuhauser H, Newman-Toker DE, et al. Building worldwide expert consensus around a glossary of vestibular symptoms - the first step towards a structured international classification of vestibular disorders. En: Abstracts of the Bárány Society XXV International Congress. 2008. March 31-April 3.
3. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders. First consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *Journal of Vestibular Research.* 2009;19:1-13.
4. Morera C, Pérez H, Pérez N, Soto A. Clasificación de los vértigos periféricos. Documento de Consenso de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (2003-2006). *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2008;59:76-9.
5. Wang CT, Lai MS, Young YH. Relationship between basilar-type migraine and migrainous vertigo. *Headache.* 2009;49:426-34.
6. Sturzenegger MH, Meienberg O. Basilar artery migraine: a follow-up study of 82 cases. *Headache.* 1985;25:408-15.
7. Cha IH. Migraine-associated vertigo: diagnosis and treatment. *Seminars in Neurology.* 2010;30:167-74.
8. Lempert T, Neuhauser H, Daroff RB. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann NY Acad Sci.* 2009;1164:242-51.