¿Qué hallazgos radiológicos consideramos relevantes en pacientes con vértigo y mareo? Resultados de una encuesta realizada a médicos

What radiological findings do we consider relevant in patients with vertigo and dizziness? Results of a survey performed on doctors

Sr. Editor:

El vértigo y el mareo son frecuentes en medicina: los pacientes que los presentan consultan en múltiples ocasiones y son valorados en distintas especialidades[1]. El término mareo incluye diversos síntomas: vértigo, inestabilidad, desequilibro y presíncope. Representa el 5-10% de las consultas en Atención Primaria, afecta al 30% de la población mayor de 65 años y supone el 4% de las visitas a Urgencias[2]. La aproximación diagnóstica al vértigo y mareo es compleja; hay pocas guías sobre la adecuación de solicitud de pruebas radiológicas. El reto de evaluar y tratar a estos pacientes reside en identificar correctamente la etiología de su queja y es indispensable evaluar los síntomas neurológicos y otorrinolaringológicos[3]. Es habitual que los médicos utilicen pruebas de imagen para descartar causas centrales. El origen del vértigo y mareo es principalmente periférico (más frecuentemente vértigo posicional paroxístico benigno y enfermedad de Ménière), y entre el 5 y el 11% tendrían origen central[2]. Otro diagnóstico otoneurológico es la migraña vestibular, en algunos artículos señalada como la causa más frecuente de vértigo espontáneo recurrente, y en cuyos criterios diagnósticos no se encontrarían hallazgos patológicos radiológicos[4,5].

El objetivo es definir qué hallazgos radiológicos se considerarían relevantes en el estudio del vértigo y mareo, analizando las pruebas de neuroimagen de 493 pacientes valorados por vértigo y mareo: TC craneal, TC de peñascos, RM cerebral y RM de base de cráneo.

A partir de los informes radiológicos, se elaboró un listado con los hallazgos encontrados. Para determinar si estos podrían justificar los síntomas, se diseñó una encuesta que se distribuyó de forma manual a médicos que valoran a pacientes con síntomas otoneurológicos (otorrinolaringólogos, neurólogos y rehabilitadores). Consta de 2 preguntas: una con 37 ítems de elección única y politómica, en la que se pregunta si determinado hallazgo justificaría vértigo o mareo; y otra dicotómica, para conocer la dificultad percibida para responder el cuestionario. Se consideró que el hallazgo podría justificar el síntoma y resultar significativo en el diagnóstico del vértigo y mareo en las respuestas «sí» y «alta probabilidad».

Se obtuvieron resultados de 31 encuestas. En 32 de los 37 hallazgos el resultado fue estadísticamente significativo (tabla 1). En el 8,1% de los hallazgos se concluye que sí justifican vértigo o mareo, en el 18,9% lo justificarían con alta probabilidad, en el 67,6% con baja probabilidad y en el 5,4% no se encuentra ninguna asociación. Al 77% de los médicos les resultó difícil elegir la opción más adecuada.

Tanto en este estudio como en la clínica diaria, cuando las pruebas se solicitan sin tener un diagnóstico de presunción, existen dificultades en la interpretación de los resultados. Es complicado determinar si la aparición de un hallazgo radiológico justifica un síntoma como vértigo o mareo. Para el 77% de los encuestados también resultó difícil elegir una u otra opción. Aunque en la mayoría de los hallazgos la opción más votada fue estadísticamente significativa, en el 62% todos los campos fueron marcados por al menos un médico, con una gran variabilidad interprofesional. Estos resultados son una buena aproximación a la realidad clínica, ya que es la interpretación del hallazgo de la prueba lo que determinará el tratamiento del paciente.

Los hallazgos significativos para el vértigo fueron: atrofia o lesiones isquémicas cerebelosas y protuberenciales, enfermedad desmielinizante, lesiones del ángulo pontocerebeloso, descenso de las amígdalas cerebelosas y compromisos neurovasculares de la arteria cerebelosa anteroinferior. En ciertos casos, a pesar de detectar el hallazgo radiológico, no se suele realizar un tratamiento curativo, es decir, la solicitud de la prueba ayuda al diagnóstico, pero no alteraría la condición clínica del paciente.

Consideramos que la neuroimagen ayudaría en el diagnóstico del vértigo cuando se investigue algo específico, no como método de cribado. Los pilares fundamentales en el diagnóstico del vértigo y mareo son la anamnesis y la exploración física, y las pruebas de imagen han de ser complementarias y, sobre todo, guiadas por una historia clínica adecuada.

Tabla 1 Resultados de la encuesta realizada a médicos respecto a las pruebas de neuroimagen en estudio de mareos ¿El hallazgo justifica los síntomas vértigo o mareo?

Hallazgo radiológico	Sí	Alta probabilidad	Baja probabilidad	No	Total	*p*
	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)		
ACV isquémico cerebeloso	26 (83,9)	5 (16,1)	-	-	31	*0,001*
Enfermedad desmielinizante	9 (29,0)	15 (48,4)	7 (22,6)	-	31	*0,080*
Lesión APC izquierdo de 22 × 24 mm	15 (50,0)	10 (32,2)	5 (16,7)	-	30	*0,023*
Malformación de Arnold Chiari tipo I	6 (20,0)	12 (40,0)	11 (36,7)	1 (3,3)	30	*0,003*
Hematoma cerebeloso	17 (56,7)	11 (36,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	30	*0,001*
Atrofia cerebelosa	7 (22,6)	15 (48,4)	7 (22,6)	2 (6,4)	31	*0,001*
Lesión hipodensa en protuberancia	9 (29,0)	10 (32,2)	10 (32,2)	2 (6,4)	31	*0,052*
Diámetro de foramen yugular aumentado	2 (7,4)	7 (25,9)	13 (48,1)	5 (18,5)	27	*0,005*
Lesión APC 6 mm	2 (7,4)	10 (37,0)	11 (40,7)	4 (14,8)	27	*0,008*
Lesiones isquémicas crónicas pequeño vaso (leucoaraiosis)	2 (6,4)	5 (16,1)	10 (32,2)	14 (45,2)	31	*0,002*
Hematoma subdural (no en territorio post.)	1 (3,3)	2 (6,7)	18 (60,0)	9 (30,0)	30	*0,001*
ACV isquémico crónico (no en territorio post.)	1 (3,3)	3 (10,0)	14 (46,7)	12 (40,0)	30	*0,001*
Ventriculomegalia	-	4 (13,8)	16 (55,2)	9 (31,0)	29	*0,003*
Hidrocefalia crónica del adulto	1 (3,3)	8 (26,7)	15 (50,0)	6 (20,0)	30	*0,001*
Atrofia temporal (demencia tipo Alzheimer)	1 (3,2)	4 (12,9)	17 (54,8)	9 (29,0)	31	*0,001*
Megacisterna magna	-	3 (10,0)	21 (70,0)	6 (20,0)	30	*0,001*
Ocupación de oído medio sin erosión	1 (3,3)	6 (20,0)	19 (63,3)	4 (13,3)	30	*0,001*
Demencia frontotemporal	1 (3,2)	2 (6,4)	16 (51,6)	12 (38,7)	31	*0,001*
Necrosis cortical occipital crónica	-	4 (13,3)	14 (46,6)	12 (40,0)	30	*0,014*
Lesión isquémica aguda ACM	5 (16,6)	12 (40,0)	13 (43,3)	-	30	*0,057*
Silla turca vacía	-	1 (3,3)	17 (56,6)	12 (40,0)	30	*0,001*
Hipertensión endocraneal benigna	1 (3,2)	10 (32,2)	17 (54,8)	3 (9,7)	31	*0,001*
Pequeña lesión isquémica parietal	1 (3,2)	1 (3,2)	16 (51,6)	13 (41,9)	31	*0,001*
Cambios posquirúrgicos por meningioma	1 (3,2)	10 (32,2)	17 (54,8)	3 (9,7)	31	*0,001*
Calcificación en receso lateral del IV ventrículo	-	2 (6,6)	18 (60,0)	10 (33,3)	30	*0,001*
Cambios por mastoidectomía radical	1 (3,3)	5 (16,7)	14 (46,7)	9 (30,0)	30	*0,001*
Meningioma intracanal	9 (33,3)	12 (44,4)	6 (22,2)	-	27	*0,223*
Infarto antiguo cerebeloso	3 (10,0)	10 (33,3)	14 (46,7)	3 (10,0)	30	*0,001*
Resto neoplásico posquirúrgico de meningioma	1 (3,7)	11 (40,7)	15 (55,5)	-	27	*0,001*
Quiste aracnoideo de fosa posterior	2 (6,7)	10 (33,3)	15 (50,0)	3 (10,0)	30	*0,001*
Focos contusivos crónicos cerebrales	1 (3,3)	2 (6,7)	18 (60,0)	9 (30,0)	30	*0,001*
Elongación-tortuosidad de arteria vertebral	2 (6,7)	8 (26,7)	15 (50,0)	5 (16,7)	30	*0,001*
Lesión necrótica del lóbulo temporal	-	7 (23,3)	12 (40,0)	11 (36,7)	30	*0,349*
Bucle en ACAI	4 (13,3)	17 (56,7)	7 (23,3)	2 (6,7)	30	*0,001*
Quiste aracnoideo en APC derecho	2 (6,7)	17 (56,7)	10 (33,4)	1 (3,3)	30	*0,001*
Anomalía venosa en lóbulo temporal	-	2 (6,7)	15 (50,0)	13 (43,3)	30	*0,001*
Quiste en hipófisis	-	-	11 (36,7)	19 (63,3)	30	*0,038*

¿Le ha resultado difícil elegir la opción más adecuada?
Sí --> 24 No --> 6 NS/NC --> 1
Respondida por: 27 otorrinolaringólogos, 2 neurólogos y 2 rehabilitadores.
ACAI: arteria cerebelosa anteroinferior; ACM: arteria cerebral media; ACV: accidente cerebrovascular; APC: ángulo pontocerebeloso; frec.: frecuencia; NS/NC: no sabe, no contesta; post.: posterior.

Bibliografía

1. Becares Martínez C, Arroyo Domingo MM, López Llames A, Marco Algarra J, Morales Suárez-Varela, MM. Vértigo y mareo en el hospital: frecuentación, flujo y características de los pacientes. Acta Otorrinolaringológica Española 2018;694:219-25.c.
2. Connor SEJ, Sriskandan N. Imaging of dizziness. Clin Radiol. 2014;69:111–22.
3. Navi BB, Kamel H, Shah MP, Grossman AW, Wong C, Poisson SN, Kim AS. The use of neuroimaging studies and neurological consultation to evaluate dizzy patients in the emergency department. Neurohospitalist. 2013;3:7–14.

4. Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterson J, Seemungal B, Carey J, Newman-Toker D. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. J Vestib Res. 2012;22:167–72.
5. Batuecas Caletrio, Á., Martín Sanz, E., Trinidad Ruiz, G., Espinosa Sánchez, J.M., Alemán López, Ó. Migraña vestibular: diagnóstico y tratamiento. Revista ORL. 2013;4:21-9.

Carmen Bécares Martínez[a,*], Aurora López Llames[a], Marta M. Arroyo Domingo[b] y María M. Morales Suárez-Varela[c]

[a] *Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja (Alicante), España*
[b] *Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España*
[c] *Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Valencia, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: c.bec.mar@gmail.com
(C. Bécares Martínez).

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.005
0212-6567/
© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Responsabilidad social y salud: una tarea pendiente

Social responsibility and health: A pending task

Sr. Editor:

Es conocido el valor que la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos[1] tiene para la bioética, como: 1) el instrumento internacional más importante en esta materia promovido por las Naciones Unidas; 2) ampliación de su marco de competencia al vincularla con los derechos humanos y 3) marco de principios que imponen obligaciones morales universales. Esto explica el esfuerzo permanente de la UNESCO en promover el análisis y difusión de los principios de dicha Declaración[2].

En el artículo 14.°, la Declaración introduce la «responsabilidad social y salud» como un principio de la bioética. Este principio aleja a la bioética de la tendencia de quedarse en cuestiones de la asistencia médica y de los derechos individuales de los pacientes, ampliando su horizonte a otros ámbitos: problemáticas sociales, determinantes sociales en salud, políticas sanitarias y derechos humanos, y restricciones al acceso a la atención sanitaria. Dada su importancia, este fue el primer principio que abordó la UNESCO. Pero la alta complejidad de su contenido hizo que la aprobación de un informe final a cargo de expertos tardara 5 años[3]. La crisis financiera internacional y la tendencia dominante en los países desarrollados a aplicar políticas de austeridad en salud eclipsaron las expectativas puestas en la difusión inmediata del informe. A pesar del cuestionable efecto positivo que tales políticas han tenido en salud[4], esta situación permaneció sin cambio hasta el 2017 con el anuncio de la Comisión Europea del final de la crisis[5]. Pronto, la UNESCO, en colaboración con su Centro de Documentación e Información en Bioética de más reciente creación, se embarcó en el relanzamiento de este trabajo en español y en acceso abierto[6]. Se buscó visibilizar una tarea pendiente en la que todos somos responsables.

El informe

Dividido en 5 capítulos, el informe empieza proponiendo una visión más integral de la salud que incluya los determinantes sociales y las restricciones a la atención sanitaria. Mediante la vinculación de la responsabilidad social y las obligaciones morales en salud, esta no solo se ve como un derecho sino como un bien social y humano universal. Desatenderla, advierte el documento, vulneraría el derecho a la vida, piedra angular de todos los demás. En este marco, la atención sanitaria se entiende como una responsabilidad de los gobiernos hacia las personas a las que sirven, pero sin desentenderse del compromiso a ser solidarios con aquellos países que menos tienen. De hecho, una mayor posesión de recursos debería conducir a un mayor compromiso hacia una distribución equitativa de ellos en vacunas, medicamentos, innovación e investigación. Sobre esto último, se resalta que los beneficiarios del progreso científico no solo deberían ser los países ricos sino también los pobres. El informe se detiene en 4 ámbitos especiales: 1) *atención médica*, cuya mejora permanente debe ser prioritaria, pero manteniendo un balance entre eficiencia y equidad; 2) *investigación*, entendida como inversión y no como gasto; 3) *industria*, cuya mejora debe incluir las condiciones laborales y el cuidado del medio ambiente. En el caso de los medicamentos, recomienda mayor sensibilidad social de las farmacéuticas y un uso responsable de los usuarios y 4) *educación*, donde analfabetismo y pobreza son descritos como 2 grandes determinantes sociales en salud, especialmente en la infancia. Concluye el informe con acciones concretas: 1) criterios en la toma de decisiones en políticas sanitarias; 2) inclusión de enfoques transnacionales; 3) promoción de los comités nacionales de bioética; 4) desarrollo de mecanismos que mejoren la calidad en atención sanitaria; 5) acciones atenuantes del deterioro medioambiental y del manejo de pandemias y 6) mecanismos de autocontrol en los medios de comunicación para reducir la desinformación y promover una comunicación clara y veraz en salud.