

Medicamentos y Mareos

Autora: Melissa Bloom, PT, DPT

Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)

Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Supresores Vestibulares

Durante los primeros días de una crisis vestibular, Meclizina y otros supresores vestibulares pueden ayudar a controlar la náusea, el vértigo y los mareos severos. Sin embargo, el uso crónico es contraproducente para el proceso de compensación del sistema nervioso central. Los supresores vestibulares reducen la capacidad del sistema nervioso central para compensar la pérdida vestibular y pueden prolongar el tiempo de recuperación.¹⁻⁴ Los supresores vestibulares llevan el riesgo adicional de producir sueño, déficits cognitivos, dificultad para manejar y aumentar el riesgo de caídas.⁵ La recomendación de reducir y eliminar supresores vestibulares ha sido bien documentado en la literatura.^{1,3,9}

Neuritis Vestibular

Se cree que, si bien la neuritis vestibular es causada por un virus, los síntomas son debidos al proceso de inflamación que causa la compresión del nervio vestibular.¹⁰⁻¹² Los estudios han demostrado la eficacia de cortico-esteroides para tratar los daños de neuritis vestibular^{11,12} y los beneficios de cortico-esteroides sobre los medicamentos anti-virales o placebos.¹¹

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB)

La guía de práctica de la American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery (Academia Americana de Otorringología - Cirugía de Cabeza y Cuello) desaconseja el uso de medicamentos por parte de los clínicos en el tratamiento de VPPB y en vez de esto recomienda el uso de maniobras de reposicionamiento canalicular. Los supresores vestibulares solo están recomendados para el manejo de la náusea o de vómitos severos en el corto plazo. En cambio, los médicos deberían ofrecer educación sobre los medicamentos y su capacidad para causar daño potencial versus los beneficios.⁵ La guía de práctica de la American Academy of Neurology afirma que la investigación del uso de medicamentos para tratar VPPB es "inadecuada o conflictiva" y también recomienda el uso de maniobras de reposicionamiento canalítico para tratar el VPPB.¹³ No hay evidencia fuerte para apoyar el uso de medicamentos en la resolución de VPPB^{5,13} y no hay evidencia que demuestra que los supresores vestibulares sean tan eficaces como las maniobras de reposicionamiento canalicular.⁵

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Migraña

Los medicamentos que están demostrados ser eficaces en el tratamiento de los mareos asociados a migraña son los anti-depresivos, betabloqueantes, bloqueadores de canales de calcio, y medicamentos anticonvulsivantes.^{14,15} Los pacientes que recibieron medicamentos como tratamiento para mareos asociados a migraña han dado resultados significativamente mejores que los pacientes que no fueron medicados.¹⁶

Enfermedad de Meniere

Los diuréticos pueden reducir significativamente la frecuencia y severidad de los ataques de la enfermedad de Meniere.^{14,17,18} Se cree que la combinación de medicamentos con una reducción de sodio en la dieta resulta en una disminución del volumen endolinfático. En un ataque agudo de la enfermedad de Meniere, los medicamentos para el control de los síntomas están recomendados. La ansiedad asociada con mareos puede o no estar correlacionado con disfunción vestibular. Los ansiolíticos (benzodiazepinas) y los anti-depresivos (SSRIs) han sido recomendados para los pacientes con ansiedad, mareos, e inestabilidad.¹⁵

En resumen, los medicamentos pueden ser útiles en el manejo de determinadas alteraciones vestibulares. Sin embargo, no siempre están indicados o necesarios para una recuperación óptima de la función. Se debe prestar especial atención al diagnóstico del paciente y cuando los medicamentos son administrados en el transcurso de la recuperación.

Referencias:

1. Kondrad HR, Tomlison D, Stockwell CW, et al. Rehabilitation therapy for patients with disequilibrium and balance disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 107:105-108.
2. Baloh RW. Vertigo. *The Lancet* 1998; 352:1841-1846.
3. Peppard SB. Effect of drug therapy on compensation from vestibular injury. *Laryngoscope* 1996; 8:878-98.
4. Shepard NT, Telian SA. Programmatic vestibular rehabilitation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112(1): 173-182
5. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck* 2008; 139:S47-S81.
6. Whitney SL, Rossi MM. Efficacy of vestibular rehabilitation. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33(3):659-672.

Medicamentos y Mareos

Autora: Melissa Bloom, PT, DPT

Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)

Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



7. Robertson D, Ireland D. Evaluation and treatment of uncompensated unilateral vestibular disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1997; 30:745-757.
8. Hanley K, O'Dowd T, Considine N. A systematic review of vertigo in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51(469):666-671.
9. Brandt T. Management of vestibular disorders. *J Neurol* 2000; 247:491-499.
10. Baloh RW. Vestibular Neuritis. *N Engl J Med* 2003; 348:1027-1032.
11. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, Valacyclovir, or the Combination for Vestibular Neuritis. *N Engl J Med* 2004; 351(4):354-361.
12. Ariyasu L, Byl FM, Sprague MS, et al. The beneficial effect of methylprednisolone. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116:700-703.
13. Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, et al. Practice parameter: therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2008; 70(22) 2067-74
14. Chawla N, Olshaker JS. Diagnosis and management of dizziness and vertigo. *Med Clin N Am* 2006; 90:291-304.
15. Furman JM, Balaban CD, Jacob RG, et al. Migraine-anxiety related dizziness (MARD): a new disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76:1-8.
16. Whitney SL, Wrisley DM, Brown KE, et al. Physical therapy for migraine-related vestibulopathy and vestibular dysfunction with history of migraine. *The Laryngoscope*; 110 (9):1528-1534.
17. Claes J, Van de Heyning PH. Medical treatment of Meniere's disease: a review of literature. *Acta Oto-laryngologica* 1997; 117(s526):37-42.
18. Sajjadi H. Medical management of Meniere's disease. *Otolaryngol Clin N Am* 2002; 35:581-589.