

# Vértigo Visual/Sensibilidad a los Movimientos



INPA Translations

**Autor: Jean Marie Berliner, PT, DPT, NCS**  
**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



## Descripción General

El Vértigo Visual se define como mareos provocados por entornos visuales repetitivos o de movimiento visual de diferentes patrones de imágenes.<sup>1</sup> Hay varias teorías sobre el origen del vértigo visual/la sensibilidad al movimiento; una teoría es que la sensibilidad al movimiento y el vértigo visual se deben a un conflicto sensorial o a una integración anormal entre los sistemas visual, vestibular y somatosensorial.<sup>2,3</sup> Se cree que puede haber una discrepancia entre las expectativas de la persona y los estímulos externos recibidos. Otra teoría es que la combinación de un trastorno vestibular y la dependencia visual subsecuente es lo que causa vértigo visual.<sup>1</sup> También existen varios diagnósticos que posiblemente contribuyen al vértigo visual y la sensibilidad al movimiento: el vértigo relacionado con migraña, las lesiones traumáticas de la cabeza, el síndrome de post-conmoción cerebral y los mareos cervicogénicos/mareos asociados con lesiones de latigazo cervical.<sup>2</sup> Los trastornos psicológicos, incluyendo los ataques de pánico, también son diagnósticos diferenciales importantes.<sup>1</sup>

## Síntomas

Los síntomas típicos del vértigo visual y/o de la sensibilidad al movimiento incluyen mareos episódicos, palidez, diaforesis, cansancio, salivación, náusea, vómitos, desequilibrio, vértigo y desorientación. Los síntomas usualmente son provocados por locomoción pasiva (como ser pasajero en un auto o viajar en barco o en avión) o movimiento en el entorno visual cuando el sujeto está parado y quieto. Ejemplos de entornos visuales que se mueven incluyen un estímulo optocinético giratorio, observar objetos (tránsito, nubes, árboles) en movimiento, o mirar una pantalla grande.<sup>1,3,4,5,7,8</sup>

## Diagnóstico

El Cuestionario de Discapacidad por Mareos (DHI, siglas en inglés) y el Cociente de Sensibilidad al Movimiento (CSM) son las herramientas que más a menudo se usan para diagnosticar la sensibilidad al movimiento. En el DHI el paciente contesta 25 preguntas para identificar dificultades que puede estar experimentando debidas a sus síntomas.<sup>2</sup> En el CSM, el paciente realiza 16 movimientos diferentes, de posición de la cabeza y el cuerpo, durante los cuales se registra la intensidad y duración de cualquier síntoma y se calcula un cociente.<sup>6</sup> El Cuestionario de Características Situacionales, que evalúa la incomodidad en el espacio y con el movimiento observada en los pacientes vestibulares y agorafóbicos, también puede ser de ayuda.<sup>7</sup> Un examen oculomotor, pruebas de la función del reflejo vestibulo-ocular y otras pruebas de función vestibular deben ser realizadas para descartar una patología vestibular central o periférica. La Prueba Clínica de Interacción Sensorial y Balance (CTSIB, siglas en inglés) es útil para identificar el tipo o tipos de información

# Vértigo Visual/Sensibilidad a los Movimientos



INPA Translations

**Autor: Jean Marie Berliner, PT, DPT, NCS**  
**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



sensorial (vestibular, visual y somatosensorial) que el paciente usa para lograr la estabilidad postural. La Posturografía Dinámica Computarizada, que usa una plataforma de fuerza y un entorno en movimiento, objetivan aun más las capacidades del paciente para resolver el conflicto sensorial para lograr equilibrio bípedo.<sup>2</sup>

## Tratamiento

El tratamiento para el vértigo visual y la sensibilidad al movimiento abarca tanto la rehabilitación vestibular como la educación en las estrategias de compensación. Los ejercicios de habituación se hacen para reducir los síntomas de mareos provocados por el movimiento. Estos ejercicios son escogidos identificando los movimientos y las posiciones que provocan los síntomas en la evaluación con el Cociente de Sensibilidad a los Movimientos. Con el paso del tiempo, con movimientos repetidos, los síntomas disminuyen y pueden ser introducidos nuevos movimientos.<sup>6</sup> Junto con los ejercicios vestibulares de rehabilitación estandarizados, los pacientes se benefician de la estimulación optocinética (EOC) y ejercicios que involucran conflictos visuo-vestibulares.<sup>1,4,7,8</sup> A medida que se vaya produciendo compensación, el paciente progresa de una dependencia visual para el control postural a un control postural más propioceptivo con el uso de señales vestibulo-propioceptivas.<sup>4,5,7,8</sup>

## Referencias:

1. Bronstein AM. Vision and Vertigo: Some visual aspects of vestibular disorders. *J Neurol.* 2004;251:381-387.
2. Herdman SJ. Vestibular Rehabilitation. 3rd Ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2007.
3. Sawle G. Visual vertigo. *The Lancet.* 1996;347:986-987.
4. Guerraz M, Yardley L, Berthon P, et al. Visual vertigo: symptom assessment, special orientation and postural control. *Brain.* 2001;124:1646-1656.
5. Bronstein AM. The visual vertigo syndrome. *Acta Otolaryngol.* 1995;520:45-48.
6. Smith-Wheelock M, Shepard NT, Telian SA. Physical therapy program for vestibular rehabilitation. *American J Otol.* 1991; 12(3):218-225.
7. Pavlou M, Davies RA, Bronstein AM. The assessment of increased sensitivity to visual stimuli in patients with chronic dizziness. *J Vestib Res.* 2006; 16(4-5): 223-31.
8. Pavlou M, et al. The effect of repeated visual motion stimuli on visual dependence and postural control in normal subjects. *Gait Posture.* 2011 Jan; 33(1):113-118.