

# Neuronitis vestibular

Dr. Andrés R. Pérez Riera

La neuronitis vestibular puede definirse como disfunción aguda y sostenida del sistema vestibular periférico que causa náuseas secundarias, vómitos y vértigo.

Como esta condición no es siempre de naturaleza inflamatoria, los neurólogos a menudo se refieren a ella como neuropatía vestibular. Aunque la neuronitis vestibular y la laberintitis pueden estar estrechamente relacionadas en algunos casos, la neuronitis vestibular se distingue de la laberintitis por tener la función auditiva preservada.

Su etiología sigue siendo parcialmente desconocida, pero parece ser una interrupción repentina de la aportación neuronal aferente de uno de los dos aparatos vestibulares.

Este desequilibrio en la entrada neurológica vestibular al SNC provoca vértigo.

Se cree que al menos en algunos casos se debe a la reactivación del virus herpes simple tipo 1 latente en los ganglios vestibulares. Ocurre más comúnmente en adultos de mediana edad (media 40 años).

Los pacientes por lo general se quejan de un comienzo abrupto de vértigo severo debilitante con inestabilidad asociada, náuseas y vómitos. A menudo describen su vértigo como un sentido de que ellos o sus alrededores están girando y aumenta con el movimiento de la cabeza. El nistagmo espontáneo, unidireccional y horizontal es el hallazgo físico más importante. El nistagmo puede ser posicional y aparente sólo cuando se mira hacia el oído sano, o durante las maniobras de Hallpike

Ver vídeo de las maniobras en este link

<https://www.youtube.com/watch?v=tJEFi5RFZEM>

Las maniobras de Hallpike requiere que el paciente pase de sentado a la posición supina 3 veces. La primera vez, hacer el paciente recostarse con la cabeza hacia adelante y el cuello ligeramente extendido; repetir este movimiento con la cabeza del paciente girada 45 grados a la derecha y una tercera vez con la cabeza girada 45 grados a la izquierda. Debemos instruir

al paciente para que mantenga los dos ojos abiertos cada vez que se recuesta.

Los pacientes pueden suprimir su nistagmo mediante fijación visual y tiende a caer hacia su lado afectado cuando intenta la deambulación o durante la prueba de Romberg. El lado afectado tiene una alteración unilateral o ninguna respuesta a la estimulación calórica.

En la neuronitis los siguientes síntomas deben estar ausentes:

- Nistagmo multidireccional, (que sugiere vértigo de origen central,)
- pérdida de la audición,
- déficits de otros nervios craneales,
- ataxia truncal (sugiere enfermedad cerebelosa u otro proceso del SNC),
- membrana timpánica inflamada,
- sensibilidad mastoidea,
- fiebre alta y
- rigidez de nuca.

Una batería de pruebas clínicas parecen útiles para diferenciar la neuritis vestibular de un proceso central más peligroso como el AVC cerebeloso.

Se cree que la infección viral del nervio vestibular y / o laberinto es la causa más común de neuronitis vestibular.

La isquemia aguda localizada de estas estructuras también puede ser una causa importante. Especialmente en los niños, la neuritis vestibular puede estar precedida por los síntomas de un resfriado común. Sin embargo, el mecanismo causal sigue siendo incierto.

Los estudios de laboratorio generalmente no ayudan a determinar la etiología o el tipo de vértigo. Sin embargo, pueden ser útiles para ayudar a distinguir entre vértigo y otros tipos de mareos, como aturdimiento.

Considerar **glucosa sérica anormal, anemia, o cualquier arritmia cardíaca en curso cuando los pacientes informan sensación de mareo.**

Los métodos de imagen cerebral pueden ser necesarios para evaluar las causas del vértigo central. Debido a artefactos óseos importantes degradan las imágenes de CT de la fosa posterior, la Resonancia magnética es la modalidad de imagen patrón oro..

Las posibles causas del vértigo central son

- hemorragias cerebelosas
- infartos y tumores,
- lesiones del tronco encefálico,
- tumores del ángulo cerebelopontino y
- la esclerosis múltiple.