

Neuronitis vestibular - 2017

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 deambulaci3n o durante la prueba de Romberg.

El lado afectado tiene una alteraci3n unilateral o ninguna respuesta a la estimulaci3n cal3rica.

En la neuronitis los siguientes sntomas deben estar ausentes:

- Nistagmo multidireccional, (que sugiere v3rtigo de origen central,)
- p3rdida de la audici3n,
- d3ficits de otros nervios craneales,
- ataxia truncal (sugiere enfermedad cerebelosa u otro proceso del SNC),
- membrana timp3nica inflamada,
- sensibilidad mastoidea,
- fiebre alta y
- rigidez de nuca.

Una bateria de pruebas clnicas parecen 3tiles para diferenciar la neuritis vestibular de un proceso central m3s peligroso como el AVC cerebeloso.

Se cree que la infecci3n viral del nervio vestibular y / o laberinto es la causa m3s com3n de neuronitis vestibular.

La isquemia aguda localizada de estas estructuras tambi3n puede ser una causa importante.

Especialmente en los ni1os, la neuritis vestibular puede estar precedida por los sntomas de un resfriado com3n. Sin embargo, el mecanismo causal sigue siendo incierto.

Los estudios de laboratorio generalmente no ayudan a determinar la etiolog3a o el tipo de v3rtigo.

Sin embargo, pueden ser 3tiles para ayudar a distinguir entre v3rtigo y otros tipos de mareos, como aturdimiento.

Considerar **glucosa s3rica anormal, anemia, o cualquier arritmia cardiaca en curso cuando los pacientes informan sensaci3n de mareo.**

Los m3todos de imagen cerebral pueden ser necesarios para evaluar las causas del v3rtigo central. Debido a artefactos 3seos importantes degradan las im3genes de CT de la fosa posterior, la Resonancia magn3tica es la modalidad de imagen patr3n 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.