



RIO

4^a Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

NUESTRO FORO

ABSTRACTS 2024

Organizado por:



Patrocinado por:



<https://taronin.es/home-profesional>

Con la colaboración de:



Título original:

REUNIÓN DE INVIERNO DE OTONEUROLOGÍA 2024 . LIBRO DE ABSTRACTS

© Copyright Contenidos 2024: Los autores

ISBN: 978-84-19546-46-3

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica.



4ª Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

ABSTRACTS
2024

SUMARIO

COMITÉ CIENTÍFICO

Comisión de Otoneurología (SEORL)



Dr. Marcos Rossi Izquierdo
Presidente
Servicio ORL.
Hospital Lucus Augusti. Lugo



Dr. Eduardo Martín Sanz
Vocal
Servicio ORL.
Hospital Universitario de
Getafe. Madrid



Dr. Juan Manuel Espinosa Sánchez
Vocal
Servicio ORL.
Hospital Universitario Virgen de
las Nieves. Granada



Dr. Emilio Domínguez Durán
Vocal
Servicio ORL.
Hospital Universitario Virgen
de Macarena. Sevilla

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 1: COMUNICACIONES ORALES

Viernes 23 Febrero / 10:15 - 11:30 h.

Moderador: Dr. Jonathan Esteban Sánchez.

1. Estudio de la función vestibular en pacientes pediátricos: consideraciones metodológicas
2. Función vestibular en edad pediátrica
3. Respuesta ocular en función de la velocidad cefálica en el VVOR
4. Definición de la supersacada como predictor de buen pronóstico funcional en pacientes con síndrome vestibular agudo
5. Estimación de la agudeza visual dinámica mediante aprendizaje automático a partir de las mediciones obtenidas en el VHIT
6. Pronóstico auditivo de pacientes con hipoacusia súbita en función de la presencia de síndrome vestibular agudo asociado

SESIÓN 2 COMUNICACIONES ORALES

Viernes 23 Febrero / 15:15 - 16:30 h.

Moderadora: Dra. Sofía Pacheco López.

7. Prevalencia de consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes con síndrome vestibular crónico
8. Evaluación de la función cognitiva en pacientes con mareo postural perceptual persistente (MPPP)
9. Evaluación de pruebas vestibulares en pacientes con síndrome de CANVAS: un estudio en 22 pacientes con diagnóstico genético confirmado
10. Disfunción vestibular en pacientes con mutaciones en el gen COCH (DFNA9)
11. Consideraciones para establecer un protocolo de manejo para el Síndrome Vestibular Agudo en Urgencias. El problema del tiempo
12. Paroxismia vestibular: experiencia clínica del uso de eslicarbazepina en una Unidad de Otoneurología de un centro de tercer nivel



SESIÓN 3: COMUNICACIONES ORALES

Viernes 23 Febrero / 17:30 - 18:45 h.

Moderadora: Dra. Virginia Franco Gutiérrez.

13. Riesgo de caídas en adultos a partir de 70 años con vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)
14. VPPB en el síndrome de Lindsay-Hemenway
15. Utilidad del Bow and Lean en el diagnóstico del VPPB de los canales semicirculares verticales
16. Personalización de la Maniobra de Epley a partir de simulaciones numéricas
17. Nistagmo de posición extrema de la mirada en pacientes con hipofunción vestibular unilateral
18. Deterioro cognitivo e hipoacusia en pacientes con acúfeno crónico

SESIÓN 4: COMUNICACIONES ORALES

Sábado 24 Febrero / 9:00 - 10:15 h.

Moderadora: Dra. Alharilla Montilla Ibáñez.

19. Redescubriendo la posturografía: Test de Romberg con agitación cefálica activa y análisis mediante espectrograma de frecuencias
20. ¿Pueden los sistemas posturográficos portátiles predecir el riesgo de caídas en pacientes con inestabilidad?
21. ¿Es la hidropesía endolinfática detectada en la resonancia magnética un hallazgo verdaderamente cocleocéntrico?
22. Factores predictores al debut de la enfermedad de Ménière de deterioro auditivo a los 10 años. Diseño de una curva ROC
23. Estacionalidad en la enfermedad de Ménière
24. Función y exploración vestibular en pacientes con implante coclear. ¿Recibe el vestíbulo la importancia que merece?

PÓSTERS

PÓSTER MEETING

Viernes 23 Febrero / 17:00 - 17:30 h.

1. ¿Hipoacusia súbita y vértigo tras ejercicio físico? A propósito de un caso
2. Parálisis facial periférica secundaria a ictus isquémico en pedúnculo cerebeloso medio izquierdo adyacente al IV ventrículo. A propósito de un caso
3. Uso de 4-aminopiridina en paciente con ataxia y downbeat nystagmus. A propósito de un caso
4. ¿Otosífilis? A propósito de un caso
5. Una rara causa de inestabilidad crónica producida por dolicoectasia de la arteria vertebral
6. Estudio de un caso de meningitis bacteriana en paciente con antecedente de estapedectomía 20 años antes

PÓSTERS

7. Neuritis vestibular en paciente con hipoacusia neurosensorial congénita
8. *Otolith function in Usher type II Syndrome*
9. Compensación vestibular central, un reto actual en Otoneurología
10. Acúfeno unilateral e inestabilidad persistentes en pacientes de edad avanzada
11. “Doctora, la gente me pregunta si voy borracha”
12. Síndrome de Ménière pediátrico: un desafío diagnóstico. A propósito de un caso
13. Polineuropatía craneal por herpes simple
14. Fístula arteriovenosa dural: Una causa infrecuente de acúfeno
15. La sedestación como exploración esencial en el SVA. A propósito de un caso
16. Uso de EGB 761 en un caso de platina flotante
17. Inestabilidad en paciente en edad pediátrica
18. “Genta low intratimpánica”. Tratamiento de los episodios de vértigo de la enfermedad de Ménière
19. Eficacia de la fisioterapia vestibular frente al ejercicio multicomponente en la mejora funcional en las personas mayores. Ensayo clínico aleatorizado
20. Síndrome de Ramsay-Hunt. Mareo y rehabilitación vestibular
21. Patología isquémica del laberinto: Síndrome de Lindsay-Hemenway
22. Características de los pacientes con mareo residual tras vértigo posicional paroxístico benigno que acuden al servicio de rehabilitación vestibular
23. Evolución y control de la Enfermedad de Ménière Unilateral Definitiva asociada a Migraña



4^a Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

ABSTRACTS 2024



24. Estudio otoneurológico comparativo entre familiares afectados de síndrome de CANVAS (cerebellar ataxia, Neuropathy and vestibular areflexia syndrome)
25. Efectos de la rehabilitación vestibular y la terapia manual en pacientes con disfunción vestibular unilateral: un ensayo clínico aleatorizado doble-ciego
26. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad de Ménière
27. Síndrome vestibular prolongado en gestante
28. El papel de la angiotomografía computarizada de cabeza y cuello en la evaluación de vértigo
29. Mejora de la calidad de vida de los pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno del canal semicircular posterior tras la maniobra de Epley, la maniobra de Semont o la maniobra de Semont Plus
30. Perfil clínico, resultados audiovestibulares y manejo del vértigo e inestabilidad en el paciente pediátrico: cuando no todo es culpa de la ansiedad
31. Hipofunción vestibular secundaria al uso tópico de aminoglucósidos en oídos con membrana timpánica perforada



RIO

4^a Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

**ABSTRACTS
2024**

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 1

Viernes 23 Febrero / 10:15 - 11:30 h.

Moderador: Dr. Jonathan Esteban Sánchez.

Estudio de la función vestibular en pacientes pediátricos: consideraciones metodológicas

Dra. Rocío González Márquez, Dra. Paula Morales Chacchi, Dr. Eduardo Martín Sanz.

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de alteraciones del equilibrio en población pediátrica oscila entre el 0,45 y el 15%. El estudio de estos pacientes representa un desafío diagnóstico ya que, por las características de este grupo de edad, la anamnesis y la exploración pueden resultar especialmente complejas. A este hecho, se une la falta de pruebas complementarias adaptadas a este grupo poblacional, lo que dificulta aún más la evaluación de la función vestibular.

Dadas las características del *Video Head Impulse Test* (VHIT) de Synapsis®, consideramos su posible utilidad para el estudio del paciente pediátrico

OBJETIVO

Evaluar la utilidad del VHIT Synapsis® para el estudio de sistema vestibular de pacientes pediátricos, haciendo especial hincapié en la curva de aprendizaje y consideraciones metodológicas de la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó la función vestibular mediante VHIT Synapsis® en una cohorte de 65 pacientes de entre 3 y 14 años, tanto sanos como con alteraciones del sistema cocleovestibular. Todas las pruebas fueron realizadas por los mismos dos exploradores. En el presente estudio se prestó especial atención a las dificultades metodológicas surgidas durante la realización del mismo, así como la curva de aprendizaje del personal implicado y el modo de resolver las dificultades surgidas a lo largo del proceso.

RESULTADOS

VHIT Synapsis® tiene importantes ventajas a la hora del análisis del reflejo óculo-vestibular (VOR) en pacientes pediátricos, como la ausencia de una gafa o la posibilidad de cambiar el canal semicircular estudiado, sin moverse de la cabecera del paciente. Sin embargo, durante el presente estudio se constató la complejidad en la exploración en estos pacientes, no solamente en cuanto al tiempo de la prueba sino también en relación con dificultades de tipo técnico.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

VHIT Synapsis® es un dispositivo adaptado a pacientes pediátricos o que no puedan portar las gafas de exploración de los sistemas convencionales, y que facilita la cuantificación del VOR y el estudio de las sacadas. El estudio del sistema vestibular en este grupo de pacientes precisa no solo de material específico adaptado a ellos sino también de personal cualificado para realizar las pruebas.

Función vestibular en edad pediátrica

Dra. Paula Morales Chacchi, Dra. Rocío González Márquez, Dr. Eduardo Martín Sanz.

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de trastornos vestibulares en población pediátrica es cada vez mayor. Sin embargo, en la edad pediátrica, una correcta anamnesis y la evaluación de la función vestibular no son suficientes para siquiera una orientación diagnóstica, ya que presentan mayor dificultad a la hora de describir su sintomatología. Por otro lado, las distintas pruebas vestibulares existentes no suelen estar adaptadas a las características de este grupo poblacional.

OBJETIVO

Analizar la función vestibular en población pediátrica sana mediante un sistema *Video Head Impulse Test* (vHIT) y las posibles implicaciones clínicas derivadas del estudio del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal de 30 niños sanos de entre 5 y 13 años, pertenecientes a nuestra área de salud. Excluimos niños que tuvieran antecedentes personales o familiares de hipoacusia o vértigo, así como de la presencia de factores de riesgo descritos por la Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil (CODEPEH).

A cada niño se le realizó una exploración auditiva y se estudió la función vestibular mediante el *Video Head Impulse Test* (vHIT), utilizando el modelo Synapsys®. Este sistema videoasistido evita la utilización de una gafa, con lo que teóricamente es más idóneo para este grupo poblacional.

Del mismo modo, se realizó en todos los niños una anamnesis completa donde se analizaron aspectos del desarrollo del lenguaje, la marcha y el equilibrio.

RESULTADOS

Estudiamos los canales semicirculares horizontales de los 30 niños con éxito, obteniendo ganancias dentro de la normalidad. No se evaluaron los canales verticales debido al mayor desafío que conlleva su realización en población pediátrica. No observamos aumento de la ganancia del reflejo vestibuloocular (VOR) con la edad. Tampoco se objetivaron asimetrías de la ganancia respecto al lado del canal semicircular, ni con respecto al sexo. Paralelamente, ningún sujeto de nuestro grupo de estudio mostró alteraciones auditivas, del desarrollo del lenguaje, ni motor.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

El vHIT es una herramienta útil, rápida y fiable en el estudio de la función vestibular en población pediátrica, con una buena tolerancia de los pacientes. Esto supone un gran impacto clínico, permitiendo una detección precoz en caso de disfunción vestibular y la derivación a rehabilitación vestibular para facilitar el desarrollo temprano del niño.

Respuesta ocular en función de la velocidad cefálica en el VVOR

Dra. Maider Andueza Guemb, Dr. Jorge Rey-Martínez, Dra. Miren Goiburu, Dra. María Landa, Dr. Alfonso Rodríguez, Dr. Xabier Altuna.

Hospital Universitario de Donostia, Guipúzcoa.

INTRODUCCIÓN

El VVOR (prueba de interacción visuo-vestibular) es una exploración clínica que permite estudiar de forma simultánea los tres mecanismos de estabilización de la mirada: seguimiento ocular lento, reflejo optocinético y el VOR (reflejo vestíbulo-ocular).

En los últimos años, nuestro grupo de investigación ha desarrollado una metodología para cuantificar la ganancia ocular en el VVOR. El tipo de movimiento cefálico en esta prueba hace que la cuantificación de la ganancia cuantificada en el VVOR sea correlativa pero no equivalente a la ganancia (VOR) en el vHIT.

OBJETIVO

Estudiar la ganancia de la respuesta ocular en función de la velocidad de movimiento de la cabeza en el VVOR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desarrollamos un nuevo método de cuantificación del VVOR agrupado, según las diferentes velocidades del movimiento cefálico. Posteriormente, dicho método se aplicó a los datos recogidos de 50 pacientes desde enero del 2021 hasta diciembre de 2023 que tenían realizadas las pruebas de VVOR y vHIT en un hospital terciario.

RESULTADOS

Serán presentados los resultados preliminares de los pacientes analizados hasta la fecha de su exposición, analizando el grado de concordancia entre las ganancias de las dos pruebas (vHIT - VVOR), según la velocidad del movimiento cefálico.

CONCLUSIÓN

Las conclusiones serán expuestas atendiendo a los resultados que se obtengan al analizar los datos recogidos, reflejando en qué grado existe (o no) concordancia entre la respuesta ocular en las pruebas vHIT y VVOR, atendiendo a la velocidad del movimiento cefálico en dichas exploraciones.

Definición de la supersacada como predictor de buen pronóstico funcional en pacientes con Síndrome vestibular agudo

Dr. Gonzalo Ruiz Morales, Dra. Sonia García Díaz, Dr. Angel Batuecas Caletrio, Dr. Gabriel Trinidad Ruiz.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN

La aparición de sacadas covert en la evolución de un síndrome vestibular agudo (SVA) se ha asociado a un estado de mejor compensación y recuperación sintomática.

Dado que estas sacadas implican una anticipación del error retiniano final, se consideran y, así se ha demostrado, un evento inducible a través del entrenamiento; por lo que son un objetivo en los programas de rehabilitación vestibular.

Sin embargo, puede observarse en la clínica que algunos pacientes son capaces de realizar sacadas covert de alta precisión (incluso únicas), de forma muy precoz (incluso desde el inicio del SVA).

OBJETIVO

Determinar si la aparición de sacadas covert de alta precisión, en concreto sacadas covert únicas (supersacadas), puede ser un signo de buen pronóstico de recuperación de la función vestibular en pacientes con SVA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 81 pacientes con SVA a los que se les realizó VHIT (*video head impulse test*) en los primeros días tras el inicio de los síntomas y a lo largo del seguimiento para verificar la recuperación (o no) de la función vestibular.

Se recogieron variables relacionadas con las características de los pacientes (edad, sexo, recuperación de la función vestibular), así como de los estímulos (velocidad pico, amplitud, duración) y de las respuestas obtenidas (tanto ganancia, como mediciones relativas a las sacadas).

Se realizó un estudio bivariable mediante el test de Chi cuadrado y U de Mann Whitney para detectar asociaciones.

Posteriormente, se realizó un estudio multivariante mediante regresión logística binomial (RLB) empleando para la entrada de datos un método de eliminación hacia atrás por razón de verosimilitud.

Por último, se realizó un estudio por conglomerados tipo clúster bietápico para obtener un modelo de predicción a través de las variables asociadas de forma significativa en el estudio bivariable.

RESULTADOS

Encontramos supersacadas en el lado enfermo en el 75% de las exploraciones precoces de los pacientes que posteriormente presentaron una recuperación funcional, frente al 6,1% de las de los que no se recuperaron ($p < 0,001$).

Los pacientes que se recuperaron presentaron, además, significativamente menor edad, mayor ganancia en el lado enfermo y consecuentemente menor proporción de desplazamiento cefálico compensado por sacadas (*covert u overt*). En los registros sin supersacadas, los pacientes que se recuperaron tenían también una menor latencia de las sacadas *overt*.

En el estudio por regresión logística, se eliminaron todas las variables introducidas excepto la edad, la proporción de supersacadas en el lado enfermo y la proporción de desplazamiento cefálico compensado con sacadas covert en el lado enfermo. El modelo resultante consiguió clasificar correctamente al 87,1% de los pacientes, con una sensibilidad del 93% y una especificidad del 79%.

En el análisis por conglomerados, se generaron dos clústers a partir de la presencia de supersacadas en el lado enfermo (resultando éste el predictor de mayor importancia), la edad y la ganancia del lado enfermo. La pertenencia a cada grupo consiguió una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93,3% en la predicción de la recuperación de la función vestibular.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

A pesar de encontrar una proporción similar de sacadas covert por estímulo en ambos grupos, e incluso una menor proporción de compensación del desplazamiento cefálico por sacadas covert en el grupo de pacientes con recuperación funcional, la presencia de supersacadas fue significativamente superior en estos últimos. Además, en el estudio multivariante este hallazgo fue el predictor de mayor importancia.

Estos resultados sugieren que la aparición de supersacadas en las etapas precoces tras

un SVA podría asociarse a una mayor probabilidad de recuperación funcional del órgano vestibular.

Estimación de la agudeza visual dinámica mediante aprendizaje automático a partir de las mediciones obtenidas en el VHIT

Dra. Sonia García Díaz, Dr. Gonzalo Ruiz Morales, Dr. Gabriel Trinidad Ruiz.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN

La agudeza visual dinámica (AVD) es un procedimiento fundamental en la exploración vestibular, pues es la traducción funcional del reflejo vestibuloocular (RVO). Por otro lado, su medición es importante, no solo desde un punto de vista clínico (vestibular, oftalmológico o neurológico), sino que también tiene otras implicaciones en ámbitos como el laboral.

Hasta el momento existen diferentes métodos para explorarla, pero a pesar de que se conocen asociaciones con determinadas variables, todos implican la respuesta subjetiva del paciente.

OBJETIVOS

Definir y validar un modelo de estimación objetiva de la AVD, desarrollado a través de las mediciones obtenidas en el *Video Head Impulse Test* (VHIT).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos 201 pacientes con VHIT y AVD con estimulación fija de 20 líneas de optotipos (0%-100% de agudeza visual en intervalos del 5%) y movimiento cefálico sinusoidal pasivo.

Registramos los parámetros del impulso (velocidad pico, duración y amplitud) y la respuesta del VHIT (ganancia, mediciones relacionadas con las sacadas y con la excentricidad retiniana estimada a lo largo de 700 msg); del movimiento cefálico aplicado para la exploración de la AVD subjetiva (velocidad pico, amplitud y frecuencia), y los valores de agudeza visual en estático y en condiciones dinámicas reconocidos de forma subjetiva por el paciente. Empleamos estas variables para entrenar diferentes modelos de *Machine Learning* (ML) con dos abordajes para predecir la respuesta:

- Por un lado, la categorización de los datos de AVD en tres grupos (AVD < 10%; AVD entre el 10 y el 25%, y AVD > 25%). Con la clasificación obtenida se realizó un análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach y correlación intraclase).
- Por otro lado, la predicción de los datos de AVD en bruto. Con los valores obtenidos por los modelos de regresión, se realizó un estudio de correlación y una simulación de muestreo para estimar la mediana del error y de la proporción de casos en los que la diferencia fue del 5% (1 línea) o menos.

En ambos casos se realizó una validación cruzada de 3 partes y se empleó un método MRMR (máxima relevancia-mínima redundancia) para la selección automática de predictores según su importancia.

RESULTADOS

De las diferentes opciones de clasificación entrenadas, el Bagged Trees fue el más eficaz en el caso de la clasificación, obteniendo una precisión tras la validación del 82,6%. Respecto a las medidas de fiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,991 y un coeficiente de correlación intraclase para medidas repetidas de 0,981, calculado para acuerdo absoluto.

De las diferentes opciones de regresión entrenadas, el *Bagged Trees* fue también el más eficaz, con un valor de RMSE (raíz cuadrada del cuadrado del error cuadrático medio) de 5,3, es decir, un error de aproximadamente una línea (5%). Este modelo realizó una estimación del valor de AVD obtenido previamente de forma subjetiva con un error de 1 línea o menos (5% o menos) en el 97,5% de los pacientes.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

A pesar de que el estímulo del VHIT es un movimiento diferente al empleado para valorar la AVD, los valores subjetivos que se obtuvieron se correlacionaron bien con los estimados por los modelos de ML.

Estos datos sugieren que es posible realizar una aproximación objetiva de la AVD a través de los parámetros obtenidos en el VHIT.

Pronóstico auditivo de pacientes con hipoacusia súbita en función de la presencia de síndrome vestibular agudo asociado

Dra. Miriam González García,¹ Dra. Lucía Prieto Sánchez de Puerta,¹ Dr. Emilio Domínguez Durán,² Dr. Serafín Sánchez Gómez.¹

1. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; 2. Hospital Quirón Infanta Luisa, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia súbita neurosensorial idiopática (ISSNHL) es una sordera de inicio súbito, con pérdida de más de 30 dB, al menos en tres frecuencias consecutivas de la audiometría tonal, sin otros antecedentes otológicos. La recuperación de la audición depende de varios factores pronósticos. Estudios recientes han establecido que cuando aparece un síndrome vestibular agudo (SVA) acompañando a la ISSNHL, puede afectar negativamente a la recuperación de la audición. Conocer la función vestibular de los pacientes con ISSNHL podría ser de utilidad para predecir la recuperación auditiva, incluso en los pacientes sin SVA acompañante.

OBJETIVO

Evaluar la recuperación auditiva y vestibular en pacientes con ISSNHL en función de la presencia de SVA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en PubMed, Cochrane Library, EMBASE y Scopus, sin restricción de idioma, incluyendo los artículos publicados en los últimos 10 años. Se incluyeron estudios retrospectivos, prospectivos de casos-controles y cohortes, y ensayos clínicos aleatorizados. Se efectuó un metaanálisis con los resultados de los pacientes descritos en estos estudios.

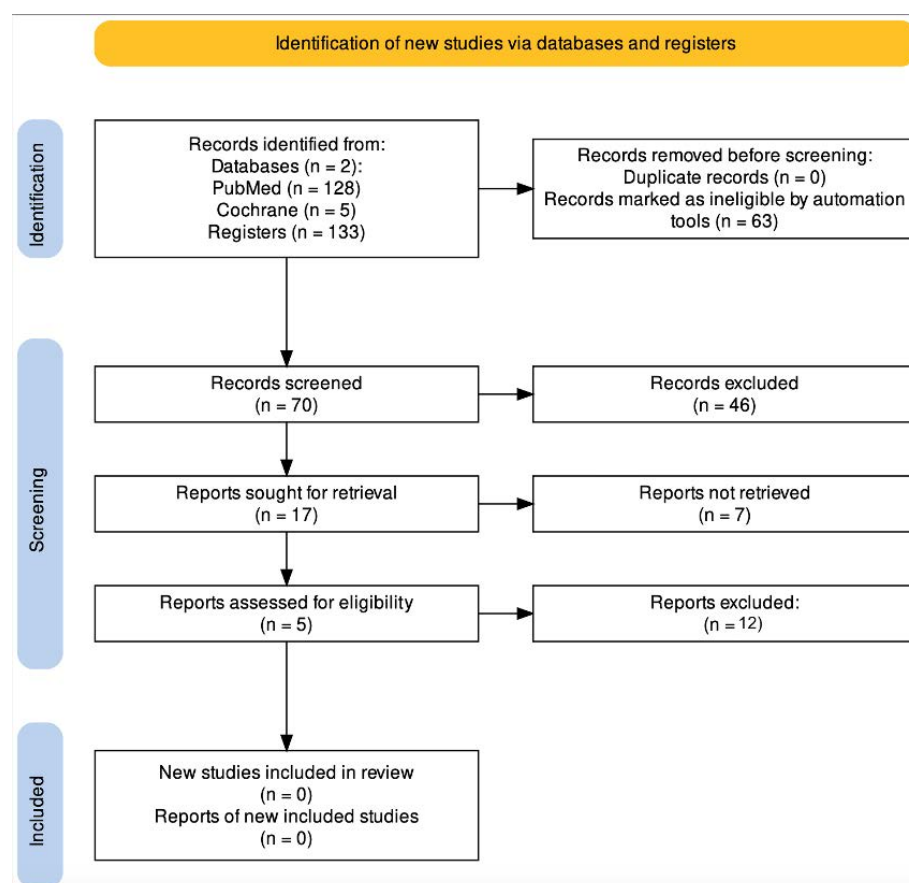
RESULTADOS

Se encontraron 386 artículos de los cuales, ocho respondieron a la pregunta de la revisión sistemática: siete estudios retrospectivos, un estudio de casos-controles y un estudio de cohortes. Estos artículos permitieron incluir en el metaanálisis a 649 pacientes. El 44,5% presentaban SVA acompañante. La función vestibular se evaluó de formas muy diversas: *Video Head Impulse Test* (vHIT), cervical vestibular-evoked myogenic potentials (cVEMPS), u ocular vestibular-evoked myogenic potentials (VEMPS), pruebas calóricas, videonistagmografía (VNG) y Sensory Organization Test (SOT) que dificultaron la comparación entre artículos.

En siete de los estudios, se encontró una relación inversa entre la función vestibular y la recuperación de la hipoacusia súbita, alcanzando la significación estadística solo cuatro de ellos.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La recuperación de ISSNHL parece ser menor en pacientes con SVA asociado. Líneas futuras de investigación deben evaluar si la medición sistemática de la función vestibular en los pacientes con ISSNHL, independientemente de si presentan SVA puede ser útil para predecir la recuperación auditiva.





4^a Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

**ABSTRACTS
2024**

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 2

Viernes 23 Febrero / 15:15 - 16:30 h.

Moderadora: Dra. Sofía Pacheco López.

Prevalencia de consumo prolongado de benzodiacepinas en pacientes con síndrome vestibular crónico

Dra. Mar Rey Berenguel, Dra. Adela Serrano Herrera, Dra. Juana Domínguez Pérez, Dr. Juan Manuel Espinosa Sánchez.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN

Las benzodiacepinas (BZD) son uno de los grupos farmacológicos que con más frecuencia se prescriben en nuestro país, siendo la prevalencia de su consumo en la población general española de un 15%. Sin embargo, solo el 20-30% de estas prescripciones resultan adecuadas según las guías de práctica clínica. No se recomienda el uso prolongado de estos medicamentos, especialmente en pacientes mayores de 65 años, debido a los efectos adversos que producen, entre los cuales se encuentran la sedación y el mareo, que aumentan el riesgo de caídas y, por lo tanto, la tasa de mortalidad. Además, las BZD interfieren con los mecanismos de compensación vestibular central.

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia del consumo crónico de BZD en pacientes con mareo o inestabilidad persistente
- Comparar el consumo de BZD en pacientes con mareo o inestabilidad persistente, respecto a controles sin patología audio-vestibular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles en el que los casos procedían de una serie de pacientes consecutivos que consultaban por mareo o inestabilidad de más de 3 meses de duración, atendidos en una unidad de Otoneurología de un hospital de tercer nivel.

Los controles eran pacientes que acudían a la consulta de Otorrinolaringología general sin referir síntomas audiovestibulares. Se consideró como consumo prolongado de BZD el superior a 3 meses.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo donde las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas mediante tabla de frecuencias y porcentajes. Se realizó estudio con test de Shapiro-Wilk para valorar la normalidad de las variables continuas. Posteriormente, con el propósito de contrastar los resultados entre los grupos control y los casos, se usó la prueba U de Mann-Whitney. Por otro lado, para la comparación de las variables cualitativas, se empleó la prueba de la chi-cuadrado de Pearson. Los cálculos se efectuaron con el programa estadístico STATA versión 16.

RESULTADOS

Se incluyeron 174 pacientes con inestabilidad crónica, con una edad media de $59,41 \pm 12,82$ años, de los cuales 111 (63,79%) eran mujeres. La causa más frecuente de inestabilidad crónica fue el mareo persistente perceptivo postural, presente en 76 (43,67%) pacientes. Del total de 174 casos estudiados, 54 (31,03%) tenían prescrita algún tipo de BZD durante más de 3 meses, siendo la más frecuente el diazepam.

Se incluyeron 174 controles, con una edad media de $52,5 \pm 19,41$ años, de los cuales 106 (60,92%) eran mujeres. En el grupo control solo 26 pacientes (14,26%) consumían BZD.

Al analizarlo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de BZD entre ambos grupos ($p = 0,000$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al segregar por género o edad.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La prevalencia de consumo de BZD en los controles coincide con la reportada en la población general española; sin embargo, observamos como en nuestros pacientes con inestabilidad persistente es el doble. Aun cuando el diseño del estudio no permite establecer una relación causal, la prescripción de BZD debería ajustarse a las guías de práctica clínica, especialmente en pacientes con síntomas vestibulares.

Evaluación de la función cognitiva en pacientes con mareo postural perceptual persistente (MPPP)

Dra. Adela Serrano Herrera, Dra. María del Mar Rey Berenguel, Dr. Juan Manuel Espinosa Sánchez.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN

El mareo postural perceptual persistente (MPPP) constituye un trastorno vestibular crónico caracterizado por mareo no vertiginoso sostenido o inestabilidad postural, englobando diversos trastornos considerados anteriormente como diferentes. A pesar de las alteraciones que refieren los pacientes, la repercusión del MPPP en la cognición y el estado emocional no han sido todavía esclarecidas.

OBJETIVO

Evaluar el grado de afectación cognitiva en individuos diagnosticados con MPPP y compararlo con la población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de MPPP según los criterios de la Bárány Society (2017) evaluados en la consulta de Otolaryngología de un hospital de tercer nivel desde marzo 2018 a enero 2024. Se realizó una exploración clínica otoneurológica completa, así como audiometría tonal liminal, *Video Head Impulse Test* (vHIT), videonistagmografía (VNG), potenciales vestibulares miogénicos evocados (VEMP) y pruebas de imagen cuando se consideró necesario para excluir otras causas de patología vestibular. Como criterios de exclusión, se consideraron la presencia de enfermedades psiquiátricas discapacitantes, antecedentes de ictus, masas o infecciones cerebrales y el diagnóstico de deterioro cognitivo de etiología conocida o enfermedades degenerativas como la demencia y el Parkinson. Tras recibir una explicación por parte de un facultativo, los pacientes completaron cuestionarios autoadministrados para evaluar el impacto del mareo, *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) y los acúfenos *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) en la calidad de vida, la depresión y ansiedad *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y la percepción de calidad de vida (WHOQOL-BREF).

Además, los autores administraron el test MoCA para evaluar el deterioro cognitivo. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables clínicas y sociodemográficas, calculando medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Para contrastar hipótesis de igualdad entre pacientes con MPPP y valores estándar, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes.

RESULTADOS

De los 76 pacientes evaluados, se incluyeron los 33 que cumplían los criterios descritos. El análisis estadístico reveló una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes con MPPP, evidenciado por puntuaciones más bajas de MoCA (media: 22,41; DS: 4,27) que la población general ($p < 0,05$). Además, estos pacientes alcanzaban puntuaciones elevadas en los cuestionarios HADS (media: 16,13; DS: 4,27) y PHQ-9 (media: 10,87; DS: 6,02) indicando un incremento en los niveles de ansiedad y depresión.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

El MPPP impacta negativamente en la función cognitiva de los pacientes, dando lugar a una prevalencia superior de deterioro cognitivo en comparación con la población general. Además, estos pacientes muestran un aumento de los niveles de ansiedad y depresión. Se requieren estudios adicionales que comparen la magnitud de este efecto con la de pacientes afectados por otras vestibulopatías, con el fin de caracterizar de manera más precisa este trastorno y optimizar su abordaje terapéutico.

Evaluación de pruebas vestibulares en pacientes con síndrome de CANVAS: un estudio en 22 pacientes con diagnóstico genético confirmado

*Dr. Santiago Almanzo, Dra. Inés Tortajada Torralba, Dr. Saúl Astray Gómez, Dra. Teresa Sevilla Mantecón,
Dra. Ana Belén Castilla Jiménez, Dr. Miguel Armengot Carceller, Dra. Vanesa Pérez Guillén.*

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre la ataxia cerebelosa y la arreflexia vestibular bilateral fue descrita por primera vez en 1991. Con el tiempo, se asoció con la neuropatía sensitiva, dando origen al acrónimo CANVAS (Síndrome de Ataxia Cerebelosa, Neuropatía sensitiva y Arreflexia Vestibular).

OBJETIVO

Determinar la variabilidad clínica y vestibular en pacientes con CANVAS, analizando la relación entre la genética, las manifestaciones clínicas y los resultados de pruebas vestibulares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con CANVAS genéticamente confirmado, realizado en un hospital de tercer nivel. Se analizaron datos demográficos, resultados de las pruebas vestibulares de la prueba calórica y el *Video Head Impulse Test* (vHIT), y evaluaciones adicionales (electromiografía e imágenes de resonancia magnética) de cada paciente.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de 22 pacientes (11 hombres, 11 mujeres) con diagnóstico genético (20 homocigotos AAGGG y 2 heterocigotos AAAAG/AAGGG). De ellos, 10 pacientes pertenecen a 3 familias, mientras que el resto son casos esporádicos. La edad de los pacientes osciló entre 51 y 83 años (edad media de 66 años). El inicio de los síntomas varió entre 40 y 79 años (edad

media de 60 años), con presentaciones clínicas diversas. Solo en 9 pacientes el vHIT arrojó resultados anormales; mientras que, con las pruebas calóricas, la función vestibular estuvo alterada en 12 pacientes.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

No en todos nuestros pacientes con diagnóstico genético se demuestran patrones clínicos o vestibulares consistentes, siendo notable la discrepancia entre los resultados del vHIT y las pruebas calóricas. Dada la variabilidad clínica y de los resultados vestibulares, es necesaria más investigación en esta nueva y relativamente rara enfermedad.

Disfunción vestibular en pacientes con mutaciones en el gen COCH (DFNA9)

Dra. Aida Veiga Alonso, Dra. Rocío González Aguado, Dra. Esther Onecha de la Fuente, Dr. Carmelo Morales Angulo.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

INTRODUCCIÓN

El gen COCH codifica la cochlina, una proteína de la matriz extracelular detectada en la cóclea y el sistema vestibular. Las mutaciones heterocigotas en este gen causan pérdida de audición autosómica dominante no sindrómica (DFNA9) con afectación del sistema vestibular.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia y los tipos de mutaciones en el gen COCH en la pérdida de audición hereditaria no sindrómica en Cantabria.

Comprender sus manifestaciones cocleovestibulares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron pruebas de mutaciones en el gen COCH mediante secuenciación de próxima generación en pacientes diagnosticados con pérdida de audición neurosensorial no sindrómica en el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander).

RESULTADOS

Nuestro estudio incluyó 7 casos índice, detectándose una mutación causante de pérdida de audición en 3 (37,5%). Todos presentaban una variante patogénica del gen COCH (dominio LCCL, codificación de la proteína p.Gly88Ala) de forma heterocigota, con pérdida de audición neurosensorial progresiva bilateral desde la edad adulta. Seis informaron inestabilidad; ninguno cumplía los criterios de la enfermedad de Ménière.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Las mutaciones en el gen COCH causan pérdida de audición variable de inicio DFNA9, afectando inicialmente a las frecuencias altas y progresando rápidamente en todas las frecuencias. La pérdida de audición puede asociarse a acúfenos y vértigo/inestabilidad recurrentes.

Se han descrito dos fenotipos vestibulares principales asociados al dominio LCCL:

- Inestabilidad debido a hiporreflexia o arreflexia vestibular.
- Síntomas vestibulares que se asemejan a la enfermedad de Ménière, diferenciándose en el tipo de pérdida de audición.

Nuestro estudio muestra una variante patogénica no descrita en el gen COCH, común en Cantabria. El fenotipo observado se alinea con un subgrupo que presenta variantes en el dominio LCCL.

Consideraciones para establecer un protocolo de manejo para el Síndrome Vestibular Agudo en Urgencias. El problema del tiempo

Dra. Elena Sánchez Rodríguez, Dr. Camino Álvarez Fernández, Dr. Jorge Javier Ramírez, Dr. Luis López Fernández, Dr. José Luis Llorente Pendás, Dra. Paz Pérez Vázquez.

Hospital Universitario Central de Asturias.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome vestibular Agudo (SVA) es el elemento clínico cardinal tanto del vértigo/mareo de origen vascular como de la disfunción vestibular aguda unilateral (neuritis vestibular, NV), siendo fundamental el diagnóstico diferencial de estas entidades para el manejo y pronóstico de los pacientes. Los elementos que configuran el SVA son el tipo de síntomas (vértigo/mareo agudo y prolongado, con náuseas o vómitos, inestabilidad postural e intolerancia al movimiento), conjunto sintomático que debe persistir al menos durante 24 horas. Desde el punto de vista de la exploración, el nistagmo forma parte inherente de la definición de la neuritis vestibular y se completa, formando el protocolo conocido como HINTS, con la prueba de impulso cefálico (HIT) test de skew (cover test), siendo además importante valorar la presencia de ataxia.

El propósito de este estudio es estimar la incidencia del SVA en nuestro centro, así como las condiciones y necesidades para protocolizar su manejo sin interferir con las estrategias del servicio de urgencias hospitalario (SUH).

OBJETIVOS

- Estimar la prevalencia del SVA en el Servicio de Urgencias de nuestro centro (HUCA).
- Establecer las bases para elaborar un protocolo de valoración y manejo de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los pacientes vistos en el SUH de nuestro centro (hospital de tercer nivel) con el diagnóstico de vértigo/mareo/ inestabilidad sin causa específica no vestibular, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2022. Se excluyeron los casos postraumáticos.

De los registros de la historia clínica se analizan las características epidemiológicas básicas de los pacientes (edad, sexo y factores de riesgo vascular -FRCV-), síntomas, signos en las exploraciones realizadas, tiempo de permanencia en Urgencias y eventuales interconsultas a los servicios de ORL o Neurología, destino de los pacientes al alta y ulterior valoración en consulta de ORL o de Neurología, así como el diagnóstico de un accidente cerebrovascular (ACV) durante el año siguiente a su valoración en el servicio de Urgencias. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS v17.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio fueron valoradas en el servicio de Urgencias de nuestro centro un total de 61966 urgencias (342/día). En dicho periodo se registraron 293 diagnósticos de vértigo/mareo sin causa específica, lo que representaría el 2% del total de las urgencias. Para seleccionar los probables SVA, se eliminaron las correspondientes a brotes de síndrome vestibular recurrente y los vértigos exclusivamente posicionales, estudiándose definitivamente 221 pacientes.

Ochenta y cuatro eran varones (38%) y 137 mujeres (62%), con edades comprendidas entre 21 y 93, siendo la edad media de 61,5 años (DE 18,5). No hubo diferencias significativas entre las edades de los varones y las mujeres ($p = 2.64$, t de student). 105 pacientes tenían algún FRCV, de los cuales el 34% estaba antiagregado o anticoagulado y el 15% habían tenido un ACV previo.

La sintomatología era difícil de sistematizar, pero en la mitad de los pacientes se constataron náuseas/vómitos y mareo con giro de objetos. No constaba nistagmo (ni presencia ni ausencia) en un 38% de los casos (85 pacientes), se especificaba la ausencia éste en un 34% (76 pacientes) y en un 27% de las historias figuraba nistagmo, sin especificarse la dirección del mismo en el 46% de ellos. La inhibición del nistagmo solo se consideró en un 5% de los casos. Se hacía referencia al nistagmo evocado por la mirada en 15 pacientes (6,8%), siendo muy difícil discernir si se referían a un nistagmo evocado por la mirada o de mirada extrema.

La prueba de impulso cefálico sólo constaba en 13 pacientes (6%) y el Cover test en 9 pacientes (4%). Considerando los HINTS como una unidad de exploración, ésta solo se completó en 8 pacientes (3,6%). La exploración de la estática o de la marcha constaba en 56 pacientes (25%) y se especificaba que no se exploraba por malestar del paciente en 79 casos (36%).

La exploración neurológica era más esmerada, explorando vías largas, lenguaje, orientación, así como pares craneales y dismetría en 182 pacientes (82,4%).

Se solicitaron 40 estudios de TAC, siendo el motivo fundamental de la solicitud la presencia de cefalea (18%). Sólo se halló patología isquémica, subaguda, en un caso.

Los pacientes permanecieron en urgencias una media de 4 horas y el 90% de los pacientes estuvo en Urgencias menos de 6 horas. En 33 pacientes (15%) no fue posible estimar la duración de los síntomas previa a su visita a Urgencias, pero por norma los pacientes llevaban menos 12 horas de evolución. Sumando el tiempo de duración de los síntomas y el tiempo de permanencia

en Urgencias, solo el 46% cumplirían las condiciones de tiempo (24 horas) para aplicar los criterios de valoración de SVA.

Con los datos anteriores, sólo se pudieron catalogar como SVA bien definido 31 casos (14%).

El manejo de estos pacientes corrió mayoritariamente a cargo del SUH, solicitando valoración intrahospitalaria por ORL/Neurología sólo en un 5% (11 casos) y valoración al alta en consulta externa por dichos servicios 32 pacientes (14%). No se etiquetó ningún caso desde urgencias como SVA, siendo toda la terminología diagnóstica empleada meramente sintomática. Sólo a un paciente se le asignó el diagnóstico de NV, siendo ORL el artífice del diagnóstico y procediendo al ingreso del paciente.

Diez pacientes sufrieron un evento vascular durante el año siguiente a su estancia en Urgencias.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

De todos los pacientes vistos en Urgencias, únicamente se confirmó un diagnóstico de NV y sólo se pudieron clasificar de SVA el 14% de los pacientes seleccionados (10% de todos los pacientes que acudieron por mareo a Urgencias), cifra muy inferior a lo descrito en la literatura (20-25%). Esto nos lleva a pensar que posiblemente un número significativo de SVA quedan sin valorar ni diagnosticar adecuadamente.

Los servicios de Urgencias tienen ámbitos de trabajo y protocolo totalmente distintos, lo que se aprecia en el esquema de exploración y diagnóstico. Además, el tiempo medio de permanencia de los pacientes con posible SVA (4 horas) es inferior al tiempo medio de permanencia de los pacientes en Urgencias (6 horas), parámetro (tiempo medio de permanencia) que precisamente se considera un indicador de calidad del SUH.

Pensamos que el establecimiento de un protocolo del SVA en las Urgencias, más que residir en formar a los médicos de Urgencias en su manejo, debería basarse en instruirles en la identificación precisa de los posibles candidatos, coordinando los pasos a seguir los Servicios de ORL y Neurología, con la colaboración del de Radiología, sin menoscabar la funcionalidad del SUH y evitando interferir en sus propios protocolos y en sus criterios de gestión.

Paroxismo vestibular: experiencia clínica del uso de eslicarbazepina en una Unidad de Otoneurología de un centro de tercer nivel

Dr. Saúl Astray Gómez, Dr. Santiago Almanzo, Dra. Ana Belén Castilla Jiménez, Dr. Miguel Armengot Carceller, Dra. Vanesa Pérez Guillén.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la paroxismia vestibular ha cambiado sustancialmente con la introducción de la carbamazepina en su diagnóstico y tratamiento. El uso de sus derivados, como la eslicarbazepina, no se encuentra muy extendido y genera incógnitas en cuanto a su perfil terapéutico y de seguridad.

OBJETIVO

Analizar los resultados clínicos del tratamiento con eslicarbazepina en pacientes con paroxismo vestibular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo con recogida de datos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de paroxismo vestibular probable y definitiva a partir de historias clínicas en los últimos 5 años (N = 9). Análisis del tratamiento recibido, así como de la respuesta clínica y principales efectos adversos.

RESULTADOS

3 pacientes (33%) no recibieron ningún tratamiento farmacológico por la baja frecuencia de las crisis (< 2-3 crisis mensuales). 5 pacientes (55%) fueron tratados con eslicarbazepina en lugar de carbamazepina. La titulación inicial de dosis fue de 400 mg cada 24 horas. De ellos, 4 presentaron respuesta total y 1 respuesta parcial. 4 pacientes (44%) discontinuaron el tratamiento: 2 por mejoría sintomática y 2 por efectos adversos. Los efectos adversos más frecuentes observados fueron la somnolencia (2), náuseas (2) y vómitos (2). En 8 (88%) pacientes la RMN (resonancia magnética nuclear) demostró bucle vascular de la arteria cerebelosa anteroinferior (AICA) sin mostrar relación con la gravedad de la clínica.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La experiencia clínica de nuestro centro apoya el uso de eslicarbazepina como tratamiento de la paroxismia vestibular. A pesar de no existir aún ensayos clínicos controlados y aleatorizados que cuantifiquen su eficacia, cabe esperar una respuesta terapéutica similar a la carbamazepina, dado su mecanismo de acción similar, presentando además un mejor perfil de seguridad, posología más sencilla y mayor tolerabilidad.



RIO

**4^a Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA**

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

**ABSTRACTS
2024**

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 3

Viernes 23 Febrero / 17:30 - 18:45 h.

Moderadora: Dra. Virginia Franco Gutiérrez.

Riesgo de caídas en adultos a partir de 70 años con vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)

Dra. Rocío González Aguado,¹ Dr. José Ignacio Benito Orejas,² Dr. Ángel Batuecas Caletrío.³

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria; 2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 3. Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El VPPB es el trastorno vestibular más frecuente. Su prevalencia oscila entre 10,7 y 64 casos por 100.000 habitantes, y llega al alcanzar una incidencia acumulada de hasta el 10% a la edad de 80 años. En las personas de edad avanzada, presentar clínica de mareos es aceptado sin motivar una consulta específica, llegando al diagnóstico de VPPB de forma incidental en muchos de los casos. La inestabilidad que produce esta patología en el colectivo de la tercera edad puede ser un factor de riesgo de caídas, y estas a su vez constituyen la principal causa de morbilidad en sujetos dichos sujetos.

OBJETIVO

Estimar si la presencia de VPPB aumenta el riesgo de caídas en adultos a partir de 70 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio multicéntrico observacional de cohortes, donde la exposición serán los pacientes a partir de 70 años con diagnóstico de vértigo posicional paroxístico benigno (sVPPB) y la no exposición los pacientes de la misma edad que no lo presenten (nVPPB). El periodo de reclutamiento fue de 2 años en el que participaron 10 centros.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 174 pacientes. De ellos, 98 pacientes presentaban VPPB (sVPPB) y 76 no presentaban VPPB (nVPPB). Se realizó la estadística descriptiva y por otro lado se obtuvo mediante X² el RR=3,9 (p<0,05) donde se observa la clara tendencia a caerse en los pacientes que presentan VPPB. No existieron diferencias con respecto al sexo y a la edad.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Las caídas son el principal marcador de morbilidad en los pacientes de edad avanzada. El VPPB constituye una patología frecuente con un diagnóstico y tratamiento sencillo. Ello hace que, todo paciente con inestabilidad, sea candidato a realización de maniobras posicionales para descartarlo.

VPPB en el síndrome de Lindsay-Hemenway

Dr. Luis Cabrera Pérez, Dr. Guillermo Coronel Touma, Dr. Ignacio García Soria, Dra. Victoria Díaz Sánchez, Dra. Chiara Monopoli Roca, Dr. Ángel Batuecas Caletrio.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El VPPB es la causa más frecuente de enfermedad vestibular periférica. En el 50-70% corresponde a la forma idiopática y hasta en un 15% secundaria al SVA. La presentación de un VPPB tras un episodio de SVA, generalmente considerado como Neuritis vestibular, también se ha conocido como síndrome de Lindsay-Hemenway.

OBJETIVO

Demostrar las características demográficas y clínicas del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), comparando el VPPB idiopático y secundario a un síndrome vestibular agudo (SVA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles retrospectivo. Datos demográficos y clínicos de 72 pacientes con VPPB fueron extraídos de historias clínicas. Pacientes con diagnóstico de VPPB idiopático (n = 50) y VPPB secundario a SVA (n = 22). Las características demográficas, lateralidad, canal semicircular involucrado, resolución del VPPB y el número de maniobras realizadas fueron analizadas.

RESULTADOS

La edad media (60 años, DS = 12), género (> 60% mujeres) y lateralidad afecta (> 50% oído derecho) fue similar para ambos grupos. 100% del VPPB secundario a SVA fue del canal semicircular posterior (CSCP), a diferencia del VPPB idiopático en el que el 83% afectó al CSCP y 17% CSC horizontal. El VPPB se resolvió en el 90,9% frente al 89,1% de los pacientes con VPPB idiopático y secundario respectivamente (p > 0.005). El número de maniobras necesarias (M = 3,32 vs 1,73) y el tiempo (M = 61,95 vs 12,89 días) hasta la resolución del VPPB fue mayor en el grupo del VPPB secundario frente al idiopático (p = 0,001). Se objetivó una correlación positiva entre el déficit vestibular al diagnóstico del SVA y el número de maniobras necesarias para la resolución del VPPB. A mayor deterioro de la ganancia, mayor número de maniobras necesarias (p = 0,008).

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

En nuestro estudio, la edad media fue similar en ambos grupos, a diferencia de otros estudios en los que la edad media de los pacientes con VPPB secundario a NV era menor. Todos los pacientes desarrollaron un VPPB asociado al mismo lado del SVA, compatible con lo descrito en estudios previos. Esto implica una relación fisiopatológica entre ambas entidades. El número de maniobras realizadas y el tiempo hasta la resolución del VPPB fue mayor en el grupo secundario a SVA comparado frente a VPPB idiopático resultados que son compatibles con Turk *et al.* y Balatsouras *et al.* Con respecto a las limitaciones de nuestro estudio, en primer lugar, fue el diseño retrospectivo; el número de la muestra y la recurrencia en el grupo del VPPB idiopático, variable que no pudo ser analizada.

Los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto diferencias entre el VPPB idiopático y secundario a NV. Los pacientes con VPPB secundario a VN requieren mayor número de maniobras y tiempo para la resolución del VPPB, hallazgo estadísticamente significativo y compatible con estudios previos. Estudios analíticos prospectivos son necesarios para determinar la relación fisiopatológica de base y el tiempo hasta la recurrencia entre ambas entidades clínicas.

Utilidad del Bow and Lean en el diagnóstico del VPPB de los canales semicirculares verticales

Dra. Marta Chaure-Cordero, Dr. Jonathan Esteban-Sánchez, Dr. Juan Riestra-Ayora, Dra. Rocío González-Márquez, Dra. Irene Mármol-Szombathy, Dr. Eduardo Martín-Sanz.

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Bow and Lean Test (BLT) es usado comúnmente como herramienta de apoyo en el diagnóstico del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) del canal semicircular horizontal (CSH). Sin embargo, el nistagmo vertical en el BLT puede indicar la presencia de otras variantes de VPPB como, por ejemplo, una canalolitiasis del canal semicircular posterior.

OBJETIVO

Evaluar la importancia clínica del BLT para el diagnóstico de diferentes variantes del VPPB de los canales verticales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron 567 pacientes con VPPB de canal vertical. Los pacientes afectados de VPPB del canal semicircular superior o posterior se examinaron semanalmente hasta la negativización del BPPV. En cada visita se analizaron las características del nistagmo durante el BLT.

RESULTADOS

De 567 pacientes con VPPB de canal vertical, el 1,4% tenía afecto el canal superior. El BLT fue positivo en 155 pacientes, mostrando patrones diversos como nistagmo vertical inferior en el bow y ningún nistagmo en el lean (15,52% de los pacientes), o nistagmos vertical inferior en el bow y vertical superior en el lean (6,17%). Estos patrones estuvieron presentes predominantemente en la canalolitiasis del canal semicircular posterior. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dirección

del nistagmo provocado por el BLT en los subtipos de BPPV del canal semicircular posterior. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a latencia o duración del nistagmo durante las posiciones en el BLT. Entre los subtipos del VPPB, hubo una diferencia significativa en la duración y latencia del nistagmo, especialmente entre cupulolitiasis y otras variantes. La sensibilidad del BLT fue de 0,93 en bow y de 1 en lean, mientras que la especificidad fue de 0,93 y 0,82 respectivamente.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Más allá del VPPB del canal horizontal, el BLT se ha observado útil en el diagnóstico de otras variantes del VPPB. Sin embargo, los resultados del estudio varían debido a diferencias en las características del paciente y la ejecución de la prueba. Actualmente, no se han encontrado características específicas para el canal semicircular superior que lo diferencien del posterior, lo cual limita el uso de la prueba para esta variante.

Personalización de la Maniobra de Epley a partir de simulaciones numéricas

Dr. Ismael Arán-Tapia,^{1,2,3} Dr. Andrés Soto-Varela,⁴ Dr. Vicente Pérez-Muñuzuri,^{1,3} Dra. Sofía Santos-Pérez,⁴ Dr. Ismael Arán,⁵
Dr. Alberto P. Muñuzuri.^{1,2}

1. Grupo de Física No Lineal. Universidad de Santiago de Compostela, España; 2. Centro de Investigación y Tecnología Matemática de Galicia (CITMAga), Santiago de Compostela, España; 3. Instituto CRETUS, Santiago de Compostela, España; 4. División de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España; 5. Unidad de Otoneurología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, España.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos de reposicionamiento canalicular para tratar el vértigo posicional paroxístico benigno se aplican siguiendo criterios estandarizados, sin tener en cuenta las posibles singularidades anatómicas del laberinto membranoso para cada individuo. Como resultado, es posible que algunos pacientes sean refractarios al tratamiento, debido a desviaciones significativas de su anatomía con respecto a un laberinto membranoso ideal, el cual se utiliza para diseñar las maniobras estandarizadas.

OBJETIVOS

Estudiar la maniobra de Epley desde un punto de vista matemático, analizando la dinámica del fluido endolinfático y las otoconias dentro de la geometría del laberinto membranoso.

Comprender los factores que pueden influir en el fallo de la maniobra de Epley en algunos pacientes.

Proponer variaciones que mejoren los resultados del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de la maniobra de Epley, utilizando simulaciones numéricas basadas en una reconstrucción de imagen médica en 3D del laberinto membranoso izquierdo humano. Para ello, se empleó una microtomografía computarizada de alta definición de una muestra de hueso temporal humano, y se desarrolló un modelo matemático para el fluido endolinfático, acoplado con un modelo de partículas esféricas que representa las otoconias dentro del fluido. Esto nos permitió medir la posición y la duración del desplazamiento de las otoconias en cada uno de los pasos de la maniobra, basándose en las ecuaciones que rigen la fenomenología física detrás del vértigo posicional paroxístico benigno.

RESULTADOS

Las simulaciones numéricas de la maniobra de Epley estándar, aplicada a este modelo de laberinto membranoso, arrojaron resultados insatisfactorios, ya que las otoconias no terminan en la parte anterior del utrículo donde se encuentra la mácula utricular (**Figura 1**). Los tiempos necesarios en cada paso de la maniobra son mayores para las otoconias más pequeñas (**Figura 2**). El uso de diferentes ángulos de rotación puede evitar que las otoconias se desplacen de forma no deseada.

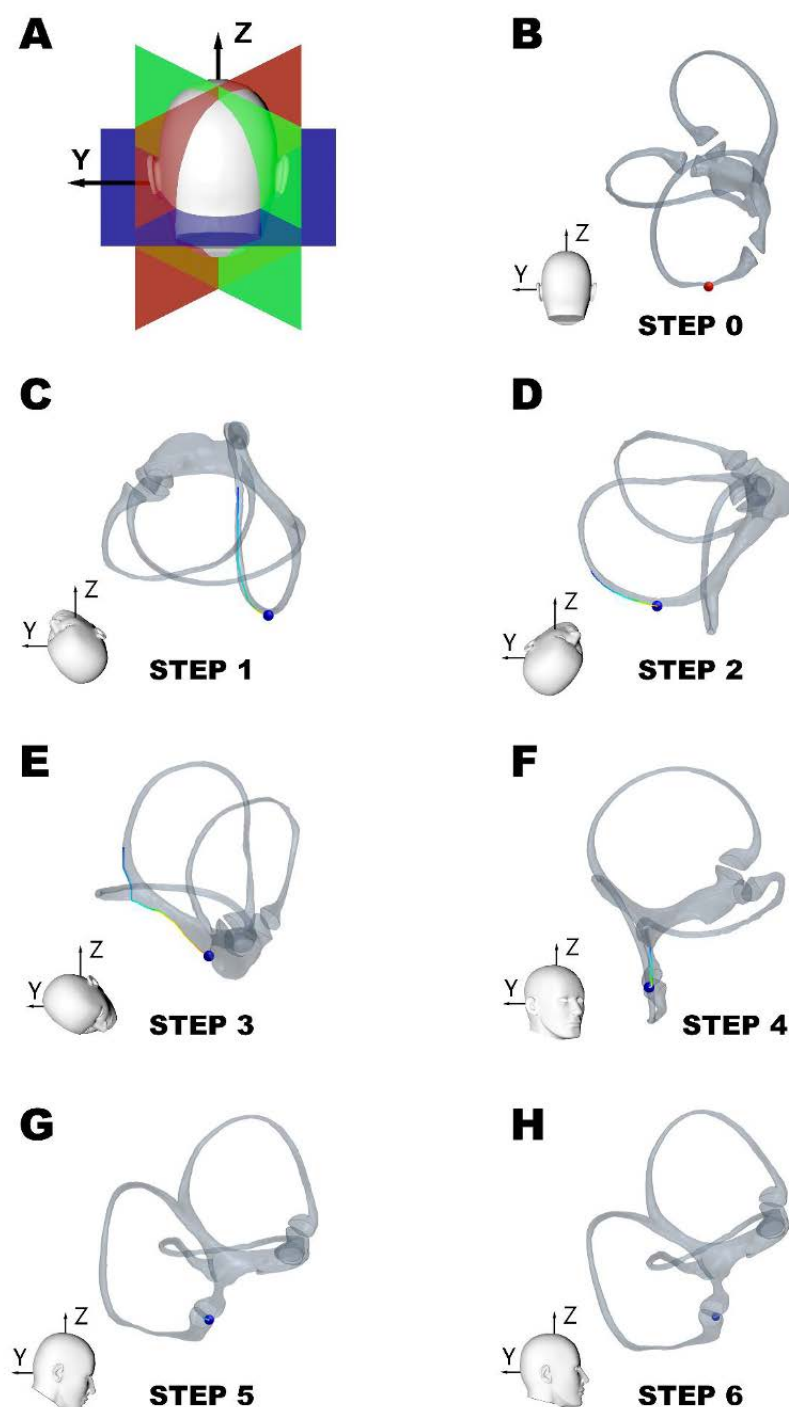


Figura 1. Desplazamiento de las otoconias durante la maniobra de Epley estándar para el canal semicircular posterior izquierdo. Al final de la maniobra las otoconias terminan en la ampolla posterior.

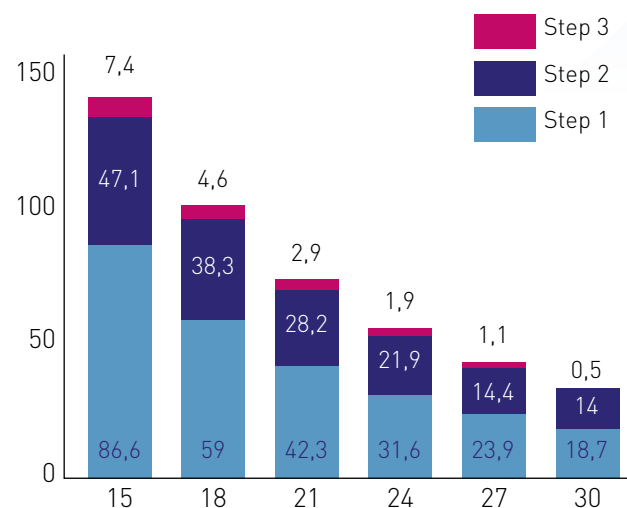
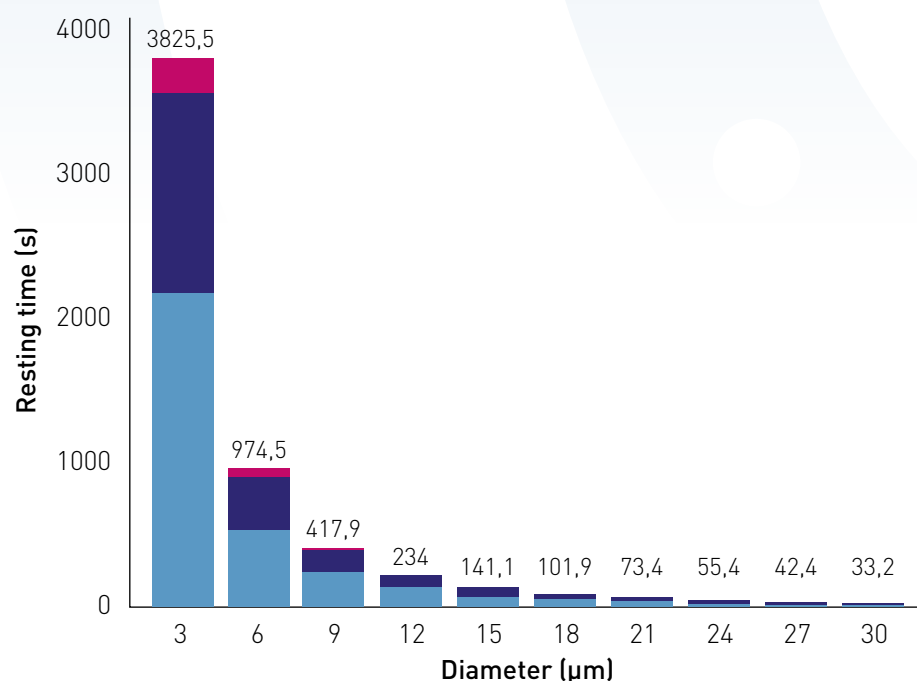


Figura 2. Tiempos de desplazamiento necesarios para que las otoconias consigan abandonar el canal semicircular posterior en función de su diámetro. En el gráfico pequeño se puede ver desglosado el tiempo requerido para cada uno de los tres primeros pasos de la maniobra.

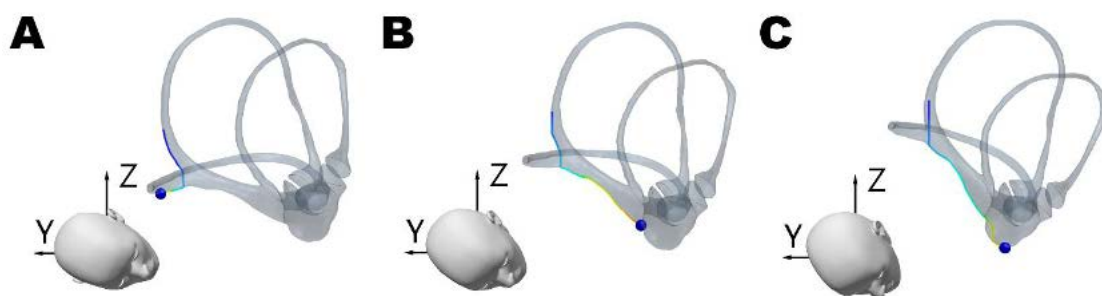


Figura 3. Diferentes posiciones alcanzadas por las otoconias cuando se aplica el paso 3 con un ángulo de rotación de A) 75°, B) 90° y C) 105°. Si se cometiese un error de -15° respecto a la posición estándar, las otoconias se desplazarían dentro del canal semicircular superior.

Los pasos 3, 4 y 5 muestran una mayor susceptibilidad al fracaso, ya que las otoconias podrían desplazarse accidentalmente dentro del canal semicircular superior o la ampolla posterior (**Figura 1 y Figura 3**).

DISCUSIÓN

Modificar la maniobra de Epley, basándose en los resultados numéricos obtenidos en el laberinto membranoso estudiado, puede tener un efecto significativo en el éxito o fracaso del tratamiento. Aunque la maniobra se haya evaluado para un caso en concreto, es posible que ciertos resultados sean generalizables a otros individuos. Por ejemplo, el tiempo estandarizado para la maniobra de Epley podría ser insuficiente para expulsar todas las otoconias fuera del canal semicircular posterior.

CONCLUSIÓN

El uso de simulaciones numéricas parece ser una herramienta útil para futuros procedimientos de reposicionamiento canalicular, que busquen personalizar el tratamiento mediante la modificación de los planos de rotación actualmente definidos como criterios estándar.

Nistagmo de posición extrema de la mirada en pacientes con hipofunción vestibular unilateral

Dra. Lucía Prieto Sánchez de Puerta, Dr. Emilio Domínguez Durán, Dra. Miriam González García, Dra. Serafín Sánchez Gómez.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla); Hospital Quirón Infanta Luisa (Sevilla).

INTRODUCCIÓN

El nistagmo de posición extrema de la mirada, bien conocido en posición fisiológica de la cabeza, ha sido recientemente descrito en la posición de Dix-Hallpike en individuos sanos. Sin embargo, sus características en esta posición en sujetos con hipofunción vestibular permanecen sin explorar.

OBJETIVO

Analizar la influencia de la hipofunción vestibular en las características del nistagmo de posición extrema de la mirada en las posiciones de McClure y de Dix-Hallpike.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron 31 pacientes diagnosticados con vestibulopatía unilateral aguda según los criterios de la Sociedad Bárány. A todos los pacientes se les realizó una prueba de impulso cefálico, seguida de maniobras de McClure y Dix-Hallpike con y sin fijación de la mirada, con posición inicial de los ojos tanto en posición neutra como en posición extrema. Se registraron dirección, sentido, latencia, velocidad de fase lenta y duración del nistagmo, analizando la relación con los valores de la ganancia y la presencia y el tipo sacadas en la prueba de impulso cefálico.

RESULTADOS

El 92,6% de los sujetos con hipofunción vestibular presentaron nistagmo de posición extrema de la mirada, siendo este significativamente más frecuente que en individuos sanos. La dirección y el sentido del nistagmo variaron según la prueba posicional realizada y según las ganancias del reflejo vestíbulo-ocular. La oclusión de la mirada y la posición inicial del ojo en posición extrema aumentaron su frecuencia.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La hipofunción vestibular afecta al nistagmo de posición extrema de la mirada durante las pruebas de provocación de VPPB. Reconocer este nistagmo puede contribuir a aclarar los diagnósticos y prevenir el sobrediagnóstico de VPPB en individuos con hipofunción vestibular aguda.

Deterioro cognitivo e hipoacusia en pacientes con acúfeno crónico

*Dra. Patricia Pérez-Carpena,^{1,2,3,4} Dr. Alberto Bernal-Robledano,^{1,2,3} Dr. Dimitris Kikidis,⁵ Dra. Birgit Mazurek,⁶
Dr. Stefan Schoisswohl,^{7,8} Dra. Susanne Staudinger,⁷ Dr. Berthold Langguth,⁷ Dr. Winfried Schlee,^{7,9} Dr. Jose Antonio López-Escámez.^{1,2,3,10}*

1. Grupo de Otolología y Neurología CTS495, Instituto de Investigación Biosanitaria, ibs. Granada, Universidad de Granada, Granada, España; 2. Área de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Universidad de Granada, Granada, España. 3. Programa de Patología Neurosensorial, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Raras, CIBERER, Madrid, España; 4. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España; 5. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Hippokration General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece; 6. Charité-Universitätsmedizin Berlin, Tinnitus Center, Berlin, Germany; 7. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Regensburg, Regensburg, Germany 8. Department of Human Sciences, Institute of Psychology, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg, Germany; 9. Institute for Information and Process Management, Eastern Switzerland University of Applied Sciences, St. Gallen, Switzerland; 10. Meniere's Disease Neuroscience Research Program, Faculty of Medicine and Health, School of Medical Sciences, The Kolling Institute, University of Sydney, Sydney, Australia.

INTRODUCCIÓN

El acúfeno, definido como la percepción de un sonido en ausencia de estímulo sonoro externo que lo genere, es un síntoma que suele estar asociado a hiperacusia, pérdida de audición y trastornos psicológicos como ansiedad o depresión, pudiendo tener, además, una asociación directa con el desarrollo de deterioro cognitivo.

OBJETIVO

Evaluar la relación entre los acúfenos y la hiperacusia con el deterioro cognitivo, basada en el uso del cuestionario de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para esto, se diseñó un estudio transversal multicéntrico internacional europeo, que incluyó individuos con acúfeno crónico de la base de datos "Unificación de Tratamientos e Intervenciones para el Tinnitus" (UNITI), procedentes de cuatro centros clínicos terciarios diferentes, ubicados en Atenas y Granada (grupo mediterráneo), Berlín y Ratisbona (grupo alemán). Se reclutaron y evaluaron 380 personas con un diagnóstico de acúfeno crónico no pulsátil (acúfeno permanente y constante de > 6 meses de evolución) y sin evidencia de deterioro cognitivo grave (MoCA > 22), utilizando las siguientes herramientas: MoCA, Tinnitus Handicap Inventory (THI), Test de Hipersensibilidad al Sonido (Nelting/GÜF), Cuestionario de salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) y Cuestionario de cribado European School for Interdisciplinary Tinnitus Research Screening Questionnaire (ESIT-Q).

RESULTADOS

Las puntuaciones MoCA fueron diferentes entre los individuos alemanes y los mediterráneos ($p < 0,01$), por lo que ambos grupos se analizaron y compararon por separado. Las puntuaciones MoCA se asociaron significativamente con el nivel educativo, la edad, el umbral auditivo a 8 kHz y el THI en ambos grupos. Además, se encontró una correlación significativa entre las puntuaciones del PHQ-9 y el THI y el GÜF ($p < 0,01$ tanto en alemanes como en el Mediterráneo).

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Nuestros datos sugieren una asociación entre la discapacidad inducida por el acúfeno, la pérdida de audición de alta frecuencia y el deterioro cognitivo leve. Las puntuaciones obtenidas en el PHQ-9 se correlacionan con las puntuaciones del THI y Nelting/GÜF, independientemente de los umbrales de pérdida auditiva.



RIO

**4ª Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA**

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

**ABSTRACTS
2024**

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 4

Sábado 24 Febrero / 9:00 - 10:15 h.

Moderadora: Dra. Alharilla Montilla Ibáñez.

Redescubriendo la posturografía: Test de Romberg con agitación cefálica activa y análisis mediante espectrograma de frecuencias

Dr. Manuel Oliva Domínguez,¹ Dra. Olga Santaella Guardiola,² Dr. Juan Bartual Magro.³

1. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga; 2. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz; 3. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

INTRODUCCIÓN

¿Podría la estimulación vestibular añadir información relevante para el diagnóstico de nuestros pacientes al realizar una posturografía?

Una forma de hacer esta estimulación de forma sencilla y económica es mediante un movimiento cefálico activo, de forma similar a como se ha venido haciendo en las pruebas de posturografía con agitación cefálica. Hasta ahora, en este protocolo se realizan las pruebas posturográficas habituales (SOT, mCTSIB) mientras el paciente mueve su cabeza a una frecuencia inferior a 1 Hz y midiendo los parámetros habituales.

OBJETIVO

Estudiar qué ocurre cuando la estimulación es más intensa aplicando un nuevo método de análisis de los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Compararemos un Grupo Normal de individuos sanos con otro Grupo Patológico de pacientes atendidos en nuestra Consulta Vestibular.

Todos realizarán la prueba de Romberg: permanecer de pie en suelo firme con los ojos abiertos (hseo) y luego con los ojos cerrados (hsec), durante 25 segundos en cada situación. Se les instruye a mover la cabeza a derecha e izquierda en el plano yaw, siguiendo el ritmo de un metrónomo ajustado de forma que resulte un movimiento cefálico de 2 Hz.

El registro de la prueba se hará mediante un dispositivo IMU fijo a la cabeza del paciente configurado a una frecuencia de muestreo de 25 frames/segundo. Tomaremos en consideración sólo los datos del eje X.

Con los resultados, procederemos a realizar un espectrograma de frecuencias, e identificaremos las principales variables.

Seguidamente, estudiaremos si hay diferencias significativas entre el Grupo Normal y el Grupo Patológico.

El software que usamos es:

- Matlab R2023b para el espectrograma de frecuencias e identificación de variables, mediante un algoritmo diseñado por nosotros
- RStudio 2023.06.0 y R 4.3.1 para el estudio estadístico
- El nivel de significación se ajusta a $p < 0.05$

RESULTADOS

El Grupo Normal (Grupo 0) está compuesto de 22 individuos. El Grupo Patológico (Grupo 1), de 150 individuos.

Al hacer el espectrograma de frecuencias identificamos las siguientes variables en cada grupo:

- Número de formantes del espectro.
- Frecuencia de los formantes (Frec1, Frec2, Frec3...). Al formante con menor frecuencia (Frec1) le llamaremos Frecuencia Fundamental.
- Potencia de los formantes (Pot1, Pot2, Pot3...).
- Proporción entre la potencia de la Frecuencia Principal y los formantes siguientes (Pot1/Pot2, Pot1/Pot3).

Dada la proporción de Datos No Disponibles, sólo consideraremos las 3 primeras frecuencias en nuestro análisis.

Los resultados significativos ($p < 0.05$) en el test de Wilcoxon-Mann-Whitney comparando Grupo Normal y Patológico son:

hseo

- **Frecuencia de los formantes.** Frec3 con media de 5.334211 Hz en Grupo Normal y 4.632283 en Grupo Patológico.
- **Potencia de los formantes.** Pot1 valor medio de 0.3080615 en Grupo Normal y 0.1678459 en el Grupo Patológico.
- **Proporción entre los primeros formantes.** Pot1/Pot2: valor medio de 9.049404 en el Grupo Normal y 5.558270 en el Grupo Patológico.
- **Pot1/Pot3:** valor medio 9.498468 en el Grupo Normal y 5.914985 en el Grupo Patológico.

hsec

- **Número de formantes:** valor medio de 3.954546 formantes en Grupo Normal y 4.873333 en el Grupo Patológico.
- **Frecuencia de los formantes. Frec1:** con valor medio de 2.186364 Hz en Grupo Normal y 1.815333 HZ en Grupo Patológico.
- **Frec2:** con valor medio de 4.106818 Hz en Grupo Normal y 3.381000 Hz en Grupo Patológico.
- **Frec3:** con valor medio de 5.304762 Hz en Grupo Normal y 4.540780 Hz en Grupo Patológico.
- **Potencia de los formantes. Pot1:** con valor medio de 0.2891441 en Grupo Normal y 0.1906555 en Grupo Patológico.



4ª Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

ABSTRACTS 2024

SUMARIO

- **Proporción entre los primeros formantes. Pot1/Pot2:** valor medio de 9.115638 en el Grupo Normal y 5.895102 en el Grupo Patológico.
- **Pot1/Pot3:** valor medio 9.741393 en el Grupo Normal y 6.131704 en el Grupo Patológico.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Los individuos del Grupo Normal son capaces de hacer movimientos más rápidos, más armónicos y de menor entropía, es decir, pueden hacer movimientos mejor controlados y más regulares. En cambio, en el Grupo Patológico las características son las opuestas.

Como explicación sabemos que, para la bipedestación simple sobre un suelo firme, la participación vestibular es escasa. Si el individuo mueve la cabeza, habrá una estimulación vestibular. Si esta información es simétrica, entonces el Sistema Nervioso Central no tendrá problema para integrarla en el mantenimiento del equilibrio.

Pero si tenemos una información vestibular alterada o asimétrica, el movimiento de la cabeza realzará esa información errónea. Entonces el SNC debería ignorar la información vestibular. Ello va a redundar o bien en un peor control del movimiento cefálico o en un mal control de la postura corporal; si cambia la postura corporal, se van a añadir más movimientos cefálicos en distintos planos, empeorando toda la situación.

¿Pueden los sistemas posturográficos portátiles predecir el riesgo de caídas en pacientes con inestabilidad?

Dra. Irene Saura Vilela, Dra. Ana Faraldo García, Dr. Marcos Rossi Izquierdo, Dra. Sofía Santos Pérez, Dr. Andrés Soto Varela.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

Los cambios en la senectud conducen a una disminución de los mecanismos de control del equilibrio y corrección postural. Esto supone un aumento de la dificultad para mantener el equilibrio, aumentando así el riesgo de caídas y consecuentes fracturas, particularmente comunes en pacientes ancianos con inestabilidad.

OBJETIVO

Determinar si alguna de las variables analizadas por los posturografos dinámicos portátiles que incluyen análisis de la marcha (Sistema Sway Star), en pacientes ancianos con inestabilidad vs sujetos sanos de la misma edad, podrían darnos las claves para predecir el riesgo de caídas y planificar una rehabilitación vestibular más eficaz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles, transversal y simple ciego.

Se incluyeron 45 individuos mayores de 64 años: 30 casos (criterios de inclusión: > 1 caída en los últimos 12 meses, > 15 segundos o algún apoyo en el test de time up and go, composite < 68 en el test de organización sensorial, > 0 = a 1 caída durante el SOT, comparados con 15 controles.

Se realizó el estudio postural "Resumen del control del Balance (BCS)" del Sistema Sway

Star (pruebas de postura, de paso, escaleras, análisis sensorial, índices resumidos, y cocientes paso/postura).

Para el estudio estadístico se utilizó el paquete SPSS 15.0. Se consideró la significación del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

En las pruebas de postura, la velocidad angular y el ángulo del tronco son sustancialmente menores en el grupo control que en el grupo con inestabilidad.

En las pruebas de paso, la duración es inferior en el grupo control que en el grupo con inestabilidad, con diferencias estadísticamente significativas en todas las pruebas.

No hay diferencias en el análisis sensorial.

En los cocientes paso/postura también se evidencian diferencias, siendo menores en los casos que en los controles.

En los índices de control del equilibrio (BCI), el grupo de los controles tiene menor resultado que el grupo de los casos.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Las claves para distinguir entre sujetos sanos y pacientes con inestabilidad podrían ser la medida de balanceo de las pruebas de postura, la duración de las pruebas de paso y los resultados de los índices de control del equilibrio (BCI).

¿Es la hidropesía endolinfática detectada en la resonancia magnética un hallazgo verdaderamente cocleocéntrico?

*Dra. Melissa Blanco-Pareja,¹ Dra. Marta Álvarez de Linera,¹ Dr. Víctor Suárez-Vega,⁵ Dra. Laura Flix Díez,¹
Dra. Ruth Escudero Medina,¹ Dr. Pablo Domínguez Echávarri,² Dr. Pablo Menéndez Fernández-Miranda,³
Dra. Raquel Manrique-Huarte,⁴ Dra. Gloria Liaño,⁵ Dr. Nicolás Pérez-Fernández.¹*

1. Departamento de Otorrinolaringología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid; 2. Departamento de Radiología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; 3. Departamento de Radiología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid; 4. Departamento de Otorrinolaringología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; 5. Departamento de Radiología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Enfermedad de Ménière (EM) es un trastorno crónico y progresivo, de etiología desconocida, probablemente multifactorial que afecta al oído interno. Afecta tanto a los órganos de la audición como del equilibrio, y se caracteriza por una tríada de episodios de crisis de vértigo, pérdida auditiva fluctuante y tinnitus. La hidropesía endolinfática (EH) es una condición caracterizada por una distensión de las estructuras del oído interno que contienen endolinfa. Un aumento del volumen dentro de estas estructuras está estrechamente correlacionado con los síntomas de la EM.

OBJETIVO

Analizar si la Enfermedad Hidrópica (EH) detectada en la resonancia magnética muestra también un desarrollo cocleocéntrico: de tal manera que la EH en la cóclea (cEH) siempre debe estar presente cuando se encuentra hidrops vestibular (vEH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde septiembre de 2016 hasta junio de 2022, 137 pacientes diagnosticados con EM según los criterios de Bárány fueron remitidos a nuestra clínica para imágenes de hidropesía por resonancia magnética. Se evaluó que todos los pacientes cumplieran los criterios para el diagnóstico de enfermedad unilateral definitiva. Los datos demográficos incluyeron la duración de la enfermedad, el número de ataques de vértigo durante el período de 6 meses antes de ser atendidos y los días desde el último episodio de vértigo. Se realizó una evaluación otoneurológica completa. Se realizaron pruebas auditivas (audiometría tonos puros) y pruebas vestibulares (prueba de impulso cefálico y potenciales vestibulares miógenos evocados). Todos los estudios de RM se realizaron utilizando 3 imanes de Tesla.

RESULTADOS

Participaron 137 pacientes, 71 hombres y 66 mujeres, con una edad media de 55 ± 12 años. Los pacientes clasificados en dos grupos, según el grado de hidropesía endolinfática: 40,15% fueron considerados cocleocéntricos (CC), y 59,85% fueron incluidos en el grupo no cocleocéntrico (NCC). En la resonancia magnética, el grado de VestEH en el lado afectado fue más severo en los pacientes pertenecientes al grupo NCC ($p < 0,001$). CocLEH en el lado afectado no muestra diferencias significativas entre grupos ($p = 0,068$). Adicionalmente, mostró estar moderadamente correlacionado con VestEH (tau-b de Kendall = 0,59, valor de $p < 0,001$). Esta correlación aumentó cuando los pacientes se separaron en grupo cocleocéntrico (tau-b de Kendall = 0,78, valor de $p < 0,001$) y grupo no cocleocéntrico (tau-b de Kendall = 0,80, valor de $p < 0,001$).

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

El grado de hidropesía vestibular para el grupo Cocleocéntrico fue bajo en comparación con el no Cocleocéntrico.

Factores predictores al debut de la enfermedad de Ménière de deterioro auditivo a los 10 años. Diseño de una curva ROC

*Dra. Paula Rodríguez Rivas,^{1,2} Dra. Olalla Vázquez Cancela,³ Dr. Borja Boronat Catalá,^{2,4} Dra. Cristina Fernández Pérez,³
Dra. Sofía Santos Pérez,^{1,2} Dr. Andrés Soto Varela.^{1,2}*

1. Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; 2. Programa de Doctorado en Investigación Clínica en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela; 3. Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; 4. Hospital de Alzira, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de audición es uno de los elementos más incapacitantes de la enfermedad de Ménière y es extremadamente variable, existiendo escasa evidencia sobre qué elementos determinan su progresión. El hecho de ser capaces de identificar en el debut de la enfermedad qué pacientes van a sufrir un mayor deterioro auditivo, sería crítico para adaptar el uso de tratamientos más agresivos, como la gentamicina, al riesgo de progresión.

OBJETIVO

Identificar si los pacientes con un mayor deterioro auditivo tras 10 años de evolución presentan, al debut de la enfermedad, una mayor PTA (*pure tone average*) o diferencias en otras variables respecto a aquellos con menor pérdida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de 2 cohortes retrospectivas de pacientes con enfermedad de Ménière con 10 años de seguimiento, realizados en una misma unidad de forma sistemática: pacientes con una PTA a los 10 años mayor de 70 dB (estadio IV de la enfermedad de Ménière) y pacientes con una PTA a los 10 años menor de 70 dB (estadios I, II y III). Se compararon las PTAs de ambos grupos en el momento de debut de la enfermedad (PTA estándar, PTA incluyendo graves), junto con otras variables como edad de debut, tiempo de debut, sexo, antecedentes personales, perfil de pérdida auditiva, número de crisis, bilateralidad, síntomas al debut, asociación con VPPB, migraña e hipertensión.

RESULTADOS

Se analizaron 70 pacientes (45,7% bilaterales, edad media 61,84, edad media debut 46,73). Los pacientes con mayor deterioro auditivo a los 10 años presentaron una mayor PTA en el debut (49,62), especialmente PTA graves (51,87 p: 0,029) respecto al grupo con menor pérdida auditiva. La presencia de inestabilidad al debut (46,2%) y el perfil de caída inicial pantonal (41,9%), son los factores que se asociaron con una mayor probabilidad de presentar un estadio IV de Ménière a los 10 años. No se encontraron diferencias significativas en otras variables entre ambos grupos. El factor que mejor permite predecir la probabilidad de deterioro auditivo al realizar una curva ROC es la 1ª PTA en graves al debut (AUC 0,69).

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Una peor PTA graves al debut se podría relacionar con un mayor deterioro auditivo tras 10 años de evolución. LA PTA graves al debut, la presencia de inestabilidad al inicio de la enfermedad y un perfil de caída pantonal son las variables que se han relacionado con una mayor probabilidad de presentar una PTA mayor de 70 dB a los 10 años. No se encuentran diferencias significativas en otras variables entre ambos grupos.

Estacionalidad en la enfermedad de Ménière

Dra. Rosana Rodríguez-Villalba,¹ Dra. Vanessa Villarraga Cova,¹ Dr. Miguel Caballero Borrego,² Dr. Gabriel Trinidad Ruiz.³

1. Althaia Xarxa Universitària de Manresa; 2. Hospital Clínic de Barcelona; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN

La estacionalidad de las crisis de los pacientes con enfermedad de Ménière ha sido descrita clásicamente pero no existen estudios que comprueben la misma.

OBJETIVOS

Evaluar la relación entre los cambios meteorológicos y las crisis de enfermedad de Ménière en los pacientes que acuden a nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo descriptivo, donde se revisaron 194 historias de pacientes con diagnóstico de enfermedad de Ménière controlados en nuestro centro a partir de 2014. Se escogieron pacientes con diagnóstico de enfermedad de Ménière definitiva, de acuerdo con los criterios de la Sociedad Bárány, descartándose a los pacientes con enfermedad de Ménière bilateral, a un paciente con un neurinoma del acústico contralateral, a pacientes con otosclerosis concomitante, patología de oído medio u otros tipos de vértigo.

Se recogieron datos sobre sexo, edad, grado de hipoacusia, temperatura, humedad relativa, racha máxima de viento y precipitación acumulada las fechas en las que se presentaron las crisis de vértigo, relacionándolas entre sí y con el resto de los datos meteorológicos de los otros meses del año en cada uno de los 82 pacientes seleccionados.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 82 pacientes (41 mujeres y 41 hombres) con una edad media de 60,63 años. El período de seguimiento fue de al menos 13 meses. Los meses del año que se asociaron de forma significativa con mayor riesgo de crisis de vértigo fueron noviembre, abril y octubre; y, por el contrario, los meses con menor riesgo de crisis fueron febrero, julio y agosto.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Las crisis de vértigo en pacientes con enfermedad de Ménière se presentan de forma más frecuente en algunos meses del año en nuestro medio, lo que nos hace inferir que pueden existir variaciones meteorológicas que alteren la presión de las estructuras del oído interno en estos pacientes.

Función y exploración vestibular en pacientes con implante coclear. ¿Recibe el vestíbulo la importancia que merece?

Dr. Joan Lorente Piera,¹ Dra. Raquel Manrique-Huarte,¹ Dr. Nicolás Pérez Fernández,² Dr. Manuel Manrique Rodríguez.¹

1. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; 2. Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las directrices para un implante coclear (IC) están ampliándose rápidamente, lo que posibilita que un mayor número de pacientes se vean beneficiados por su aplicación y mejora nuestra comprensión de sus implicaciones, tales como los efectos secundarios y los riesgos para los pacientes que se someten al procedimiento, así como los cambios histológicos resultantes. Es crucial tener en cuenta que las molestias vestibulares representan una de las complicaciones más frecuentes de este procedimiento. La incidencia real de estas molestias varía considerablemente en diversos estudios, oscilando desde un mínimo del 0,33 % hasta un máximo del 75 %, según informes previos. Por lo tanto, es de suma importancia llevar a cabo un estudio exhaustivo sobre este tema.

Aunque la implantación coclear es un procedimiento relativamente seguro, durante la intervención quirúrgica, las estructuras que involucran el vestíbulo pueden experimentar alteraciones en la fase inicial al abrir el oído interno, afectando tanto la membrana de la ventana redonda como la parte anterior durante la realización de la cocleostomía. Ambos procedimientos generan un efecto similar al de una fístula perilinfática aguda, causando el colapso de estructuras membranosas o dando lugar a un laberinto flotante, lo que conlleva la modificación correspondiente de la función vestibular. Por eso mismo, esta área ha suscitado interés, y se han llevado a cabo investigaciones con el fin de identificar los efectos vestibulares de los implantes cocleares, puesto que, hasta el momento, ninguno de estos estudios ha alcanzado significación estadística en relación con la frecuencia de quejas vestibulares.

OBJETIVOS

- Examinar el espectro de quejas vestibulares que surgen tardíamente en pacientes con implantes cocleares y analizar su diagnóstico, presentación clínica y resultados posteriores al tratamiento.
- En segundo lugar, creemos que un estudio histopatológico podría ayudar a dilucidar los efectos de la inserción de una guía de electrodos en la cóclea a nivel del vestíbulo.

Asimismo, de forma secundaria, este trabajo pretende repasar qué ventajas e inconvenientes aportan las distintas pruebas vestibulares en el contexto postquirúrgico de un IC, prevaleciendo el uso de los potenciales vestibulares miogénicos evocados (VEMPS) y/o pruebas calóricas por encima de las demás.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo tiene dos grandes bloques diferenciados. El primer bloque se trata de un estudio retrospectivo realizado en un centro terciario de referencia en sujetos tratados con IC entre 2002 y 2014. Del total de 648 pacientes que se sometieron a implante coclear durante este período, 31 sujetos acudieron a la consulta con molestias vestibulares de inicio tardío.

De los 31 pacientes, 25 cumplieron con los criterios de inclusión, mientras que otros fueron excluidos debido a lo siguiente: quejas vestibulares que comenzaron antes de la IC y se detuvieron durante un pequeño período de tiempo después del implante (n = 4), vértigo de inicio temprano con fluctuaciones (n = 1) y el paciente recibió tratamiento en otro lugar (n = 1). En este apartado, se pretende llevar a cabo una caracterización de las quejas vestibulares más frecuentes, clasificarlo desde un punto de vista cronológico y tratar de vaticinar si desde un punto de vista terapéutico, estos pacientes merecen un abordaje distinto a pacientes con clínica vertiginosa no sometidos previamente a implantación coclear.

El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 19.0 (Chicago, IL), la distribución de los datos se analizó mediante el cálculo de medias medianas y aritméticas, se realizó un análisis de Kruskal-Wallis para comparar síntomas en ambos grupos quirúrgicos y un análisis de Kaplan-Meier para evaluar la diferencia entre el tiempo de inicio de los síntomas para ambos grupos.

Para el estudio histológico, se incluyeron 14 primates no humanos (*Macaque fascicularis*), puesto que los elementos histológicos fundamentales de la cóclea son uniformes entre las diferentes especies de mamíferos, incluyendo la *Macaca fascicularis*, que es uno de los modelos de primates no humanos más exhaustivamente estudiados en la investigación biomédica. Todos ellos fueron intervenidos quirúrgicamente para colocarles una guía de electrodos de implante coclear mediante procedimiento quirúrgico estándar. Se clasificaron en dos grupos según el tipo de guía de electrodos utilizados. Grupo A (n = 6) y Grupo B (n = 8) y cada macaco fue etiquetado como Mf1A, Mf2A, Mf7B y así sucesivamente. Se realizó un seguimiento de 6 meses con pruebas auditivas objetivas periódicas y radiografías para evaluar la profundidad de inserción. El grupo A recibió guía clínica de electrodos FLEX 28 con 12 contactos, mientras que el grupo B, la guía de electrodos CI HL14 utilizada es una matriz de investigación preclínica [Shepherd, T. et al. (2011)], fabricada por Cochlear Ltd con 14 contactos. Para evaluar el efecto de la cirugía de implante coclear, se realizó un análisis histológico detallado en el vestíbulo realizado por un observador ciego con experiencia en histología del oído interno.

RESULTADOS

En clave al estudio retrospectivo con 31 pacientes, la composición demográfica de la muestra reveló que el 72% eran hombres y el 28% mujeres, con una mediana de edad de 58 años. El periodo mínimo de seguimiento fue de 9 meses (media = 51, mediana = 34). Se llevaron a cabo cocleostomías en ocho casos y la inserción de ventana redonda en 19 casos (se excluyeron dos pacientes de cada grupo en el análisis debido a implantes bilaterales bajo enfoques diferentes). El tiempo promedio desde el implante hasta la aparición de síntomas vestibulares fue de 53 meses, con una mediana de 32 meses. Desde un punto de vista cronológico, se observó que con un 30%, lo más frecuente es que los síntomas ocurran de forma temprana, es decir, entre 24 horas después de la cirugía hasta un mes más tarde.

Un análisis de Kaplan-Meier reveló que el enfoque de ventana redonda presenta un inicio más rápido de los síntomas con significancia estadística ($p = 0,020$). La queja más común entre todos los pacientes, independientemente del abordaje quirúrgico, fue la inestabilidad. No se observaron diferencias significativas en los síntomas mediante la prueba de Kruskal-Wallis, excepto en los episodios de vértigo, que fueron más frecuentes en el enfoque de ventana redonda. En 12 pacientes, la sintomatología se atribuyó al lado implantado. En el seguimiento a largo plazo, un número considerable de pacientes (20 de 25) experimentaron recuperación con el tratamiento estándar, indicando que la presencia del implante no se asocia con un mal pronóstico de recuperación.

Respecto al estudio histológico, la implantación coclear se realizó con éxito en los 14 oídos a través de un enfoque de ventana redonda. En el grupo A, se observó deterioro auditivo con signos histopatológicos de osificación de la escala timpánica, colapso de la sáculo y obliteración del conducto coclear. Además, se observaron signos de dilatación del seno endolinfático dos sujetos. En cuanto al grupo B, no se observó deterioro auditivo, pero sí signos histopatológicos de dilatación del seno endolinfático en otros dos. En conclusión, el riesgo de daño histológico de los órganos vestibulares, siguiendo conceptos quirúrgicos mínimamente traumáticos y los principios de cirugía suave, es muy bajo. La cirugía de implante coclear es un procedimiento seguro y se puede realizar preservando las estructuras vestibulares.

DISCUSIÓN

Este estudio revela que la tasa de aparición tardía de mareos después del implante es del 4,16%, divergente a otros estudios que informan cifras superiores, llegando hasta el 45,4%. También observamos discrepancias en la incidencia de disfunción vestibular postoperatoria, que se sitúa entre el 20% y el 70%, según otros informes. La diferencia podría explicarse por un sesgo de inclusión en nuestro estudio, dado que los pacientes incluidos fueron aquellos que percibieron que su sintomatología era lo suficientemente grave como para buscar atención médica con dicha queja. Se deduce que ser mayor es un factor de riesgo general de mareos en la población general y esto también es válido para los pacientes implantados. Sin embargo, la literatura insiste en que el vértigo, el mareo y la inestabilidad probablemente constitu-

yan un espectro, derivado de diversos mecanismos o trastornos similares y esta dinámica también se evidencia en los pacientes sometidos a implantes.

A grandes rasgos, sobre el estudio histológico existe escasa literatura sobre los cambios histopatológicos en el vestíbulo tras el implante coclear. Otros mecanismos podrían dar cuenta de la afectación vestibular. Entre los principales se incluyen: la progresión de la condición preexistente como hydrops endolinfático; la laberintitis serosa (una irritación e inflamación laberíntica debido a la cocleostomía o a la presencia de cuerpos extraños como el electrodo); la pérdida intraoperatoria de perilinfa; o la liberación de otoconias como consecuencia de la perforación intraoperatoria. Algunos autores han descrito una afección sacular, histopatológicamente descrita como una distorsión de la membrana sacular, un sáculo parcial o completamente colapsado, o un sáculo hidrópico.

Respecto a las pruebas, desafortunadamente sigue sin existir un *Gold standard* para estos pacientes. Con las que más experiencia se tienen, siguen siendo las pruebas calóricas, en las cuales la literatura pone de manifiesto que la cirugía de IC aumenta el riesgo de hipofunción vestibular en canal semicircular horizontal, así como los VEMPS, especialmente con registro cervical, donde los distintos autores nos indican una tendencia a la afectación sacular, posiblemente secundario a una cuestión de proximidad anatómica. No obstante, a pesar de que los hallazgos en estas pruebas sean congruentes con que sí que existe afectación vestibular, no se correlaciona la función con los síntomas que refieren los pacientes.

CONCLUSIÓN

Con el auge de la cirugía de IC en pacientes candidatos, ha surgido preocupación por los síntomas de mareos, vértigo y desequilibrio que comúnmente se informan después de la cirugía de IC, aumentando el riesgo de caídas en algunos pacientes mayores. La incidencia disfunción vestibular después de la IC unilateral parece ser baja, pero las pruebas vestibulares son cada vez más importantes en la evaluación postquirúrgica. Las pruebas vestibulares, como las calóricas y las VEMPS, se utilizan para evaluar la función vestibular después de la cirugía de IC, pero NO hay una prueba *Gold standard*. Los resultados muestran efectos perjudiciales significativos de la cirugía en algunas pruebas, como las calóricas y VEMPS, mientras que otros, como VHIT, no muestran efectos significativos.

Se han observado daños histopatológicos significativos en órganos vestibulares en algunos casos post mortem, y se postulan varios mecanismos para la disfunción vestibular después de la cirugía de IC. Además, la elección del enfoque quirúrgico (cocleostomía vs inserción de ventana redonda) puede influir en la aparición de síntomas, pero en general, un número significativo de pacientes se recupera con el tratamiento estándar a largo plazo.



4^a Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

**ABSTRACTS
2024**

SUMARIO

PÓSTER MEETING

Viernes 23 Febrero / 17:00 - 17:30 h.

¿Hipoacusia súbita y vértigo tras ejercicio físico? A propósito de un caso

Dr. José María Sala-Vivé Gallego,^{1,2} Dr. José García Amabile,^{1,2} Dra. Laura Acevedo Ortiz,² Dra. Mariela Andrea Carboni Muñoz,²
Dra. Carla Moreno Galindo,² Dr. Pablo Melgarejo Moreno.²

1. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida; 2. Hospital Universitario Santa Maria, Lleida.

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia súbita se define como la pérdida auditiva neurosensorial de 30 db o más, en 3 frecuencias consecutivas, en un periodo máximo de 72 horas.

Existe entre un 7% a un 45% de los casos en que se encuentra su factor etiológico. Según un metaanálisis realizado por Chau *et al.* las causas identificables más prevalentes son la infecciosa (13%), otológica (5%) y traumáticas (4%).

La presencia de vértigo ocurre en 30% de los casos y empeora su pronóstico. La hemorragia en el oído interno es una causa poco frecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que acudió a la consulta por hipoacusia brusca izquierda con sensación vertiginosa de 48 horas de evolución tras realizar ejercicio físico intenso.

La otoscopia no mostró alteraciones. La acumetría mostró un Weber hacia la derecha y Rinne positivo bilateral. Se evidenció un nistagmo espontáneo hacia la izquierda grado II. Head impulse test con sacadas correctoras y cover test negativo. Barany y Romberg hacia la izquierda (irritativo).

Se realizó una audiometría tonal que objetivó normoacusia derecha e hipoacusia moderada (PTA de 67.5 dB) mixta izquierdo.

Se inició tratamiento con corticoterapia oral e intratimpánica, sin observar mejoría a nivel auditivo. Para el vértigo se aplicaron sedantes vesiculares y ejercicios de rehabilitación vestibular.

A las dos semanas, el paciente tenía menor inestabilidad y el nistagmo era derecho grado I (paralítico).

Se realizó un vHIT evidenciando una hipofunción del canal semicircular horizontal izquierdo.

Se solicitó una resonancia magnética (RM) cerebral y de CAIS la cual mostró una hiperintensidad de señal en T1 y Flair en cóclea, utrículo, sáculo y canales semicirculares izquierdo sin realce con la administración de contraste lo que indicaba una hemorragia a nivel de oído interno.

Además, se realizó estudio de coagulación sin evidenciar alteraciones. A los dos meses el paciente no presentaba vértigo ni sensación de inestabilidad pero la hipoacusia se mantuvo.

DISCUSIÓN

La hemorragia intracoclear e intralaberíntica es un fenómeno poco frecuente que puede causar hipoacusia brusca y trastornos del equilibrio. Tiene una incidencia que oscila entre el 0.5% y 6% de los casos. Se ha descrito en pacientes con enfermedades hematológicas, tras la toma de anticoagulantes, traumatismos craneoencefálicos, hemorragias de neoplasias intracraneales o del oído interno, y también en cirugía de schwannoma vestibulococlear.

Existe muy poca literatura de este fenómeno al realizar ejercicio intenso como es el caso de nuestro paciente. Patrick J. *et al* estudiaron a nivel anatómico-patológico las alteraciones del oído interno en buceadores muertos durante una inmersión y encontraron varios casos de hemorragia intracoclear y a nivel de sáculo y utrículo, pero en ningún caso se vieron afectados los canales semicirculares como ocurrió en nuestro paciente.

Otros casos documentados de hemorragias idiopáticas hallaron hemorragias intralaberínticas exclusivamente, no siempre acompañadas de pérdida auditiva.

Dada su poca incidencia, la literatura es controvertida a la hora de determinar cuál es la mejor prueba audiológica para valorar la hipoacusia, pero recomiendan los PEATC como herramienta más precisa. Tampoco existe un consenso sobre cuándo realizar pruebas de imagen de control.

Xi-Hang Chen *et al.* observaron que la hemorragia se reabsorbe a partir de los 4-6 meses de producirse, por ello, recomienda realizar una RM de control a partir de los 4 meses.

No existen estudios comparativos del tratamiento de dicha patología. La recuperación auditiva es muy pobre pese a realizar tratamiento con corticoterapia, aún así no está contraindicada. Se recomienda no usar agentes vasoactivos ni trombolíticos.

A nivel de recuperación del equilibrio, se recomienda realizar ejercicios de rehabilitación vestibular dado que sí se ha evidenciado una mejoría de los pacientes afectados.

Parálisis facial periférica secundaria a ictus isquémico en pedúnculo cerebeloso medio izquierdo adyacente al IV ventrículo. A propósito de un caso

Dra. Victoria Díaz Sánchez, Dr. Luis Cabrera Pérez, Dra. Chiara Monopoli Roca, Dr. Guillermo Coronel Touma, Dr. Susana Marcos Alonso, Dr. David Sánchez García, Dr. Angel Batuecas Caletrio.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El nervio facial es un nervio mixto, que forma el séptimo par craneal (VII). Su función principal es controlar la musculatura de la expresión facial. Sin embargo, tiene otras funciones importantes como proporcionar inervación parasimpática a las glándulas salivales y a la glándula lagrimal, y también aporta fibras sensitivas que recogen el gusto de los dos tercios anteriores de la lengua y la sensibilidad de una región determinada del conducto auditivo externo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 74 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipemia y linfoma extranodal; que acude al servicio de Urgencias por náuseas y vómitos y sensación de mareo e inestabilidad. Tras la administración de medicación antiemética, la paciente presenta una mejoría de la clínica y se decide el alta hospitalaria.

A los tres días, vuelve a consultar por empeoramiento de la clínica y además, en esta ocasión, presenta una hipoestesia e inmovilidad de la hemicara izquierda. Contactan con el otorrinolaringólogo de guardia, quién diagnostica de una parálisis facial periférica izquierda grado IV de House Brackmann.

Realiza una exploración vestibular exhaustiva, sin signos de patología vestibular periférica y con un vHIT con baja ganancia bilateral y sacadas desorganizadas. Se contacta con neurólogo de guardia, quien, con una exploración neurológica aparentemente normal, solicita un TAC y RMN urgente. El resultado del TAC fue normal y la RMN reveló un foco hiperdenso en pedúnculo cerebeloso medio izquierdo adyacente al IV ventrículo, sugerente de una lesión isquémica.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

El núcleo del nervio facial se localiza en el tronco del encéfalo. Las fibras motoras del nervio facial generan una rodilla que rodea al núcleo del abducens ipsilateral (VI), generando una prominencia en el suelo del cuarto ventrículo, denominada colículo facial.

La arteria laberíntica, que se origina de la arteria cerebelosa anterior inferior, es la que irriga al núcleo del facial y a sus fibras. Una oclusión causaría una parálisis facial “periférica” ipsilateral.

Uso de 4-aminopiridina en paciente con ataxia y downbeat nystagmus. A propósito de un caso

Dra. María Mendiguchía Simón,¹ Dr. Eduardo Martín Sanz,² Dra. Almudena Rueda Marcos.²

1. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo; 2. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El nistagmo vertical inferior o downbeat nystagmus se trata del nistagmo de fijación adquirido más común. Por lo general, traduce patología del sistema nervioso central, debido a un defecto de las células de Purkinje del flóculo y paraflóculo del cerebelo sobre las neuronas de los núcleos vestibulares.

El cuadro clínico consiste en oscilopsia vertical, trastornos del equilibrio y disminución de la agudeza visual.

Las causas más frecuentes son debidas a procesos degenerativos y daño vascular a nivel del cerebelo o tronco encefálico, aunque en un porcentaje significativo de los casos la etiología es idiopática.

Se ha planteado el tratamiento con 4-aminopiridina (fampridina), debido a su mecanismo de acción aumentando la influencia inhibitoria fisiológica alterada en el control de los movimientos verticales por parte del sistema vestíbulo-cerebelar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años, sin enfermedades previas de interés, derivada para estudio de síndrome vestibular episódico y nistagmo vertical inferior asociado.

El cuadro se caracteriza por vértigo, vómitos persistentes, inestabilidad y oscilopsia.

A la exploración, destaca un nistagmo vertical inferior que aumenta en mirada lateral, con seguimiento ocular alterado.

En cuanto a la exploración neurológica, presencia de dismetría en prueba talón-rodilla izquierda con actitud distónica del miembro inferior.

La RM cerebral evidencia atrofia corticosubcortical y cerebelosa. Se amplía el estudio mediante pruebas vestibulares, constatan-

dose en el vHIT ganancias conservadas de ambos canales semicirculares horizontales. Los VEMPS muestran una reducción del potencial izquierdo y las pruebas calóricas una reflectividad de 290 °/s sin inhibición con la fijación visual.

Dada la existencia de datos sugestivos de patología central, se descartan otras causas (tumoral, esclerosis múltiple, vascular, síndrome del área postrema, síndrome paraneoplásico...)

En concreto, se solicita estudio para ataxia espinocerebelosa, detectándose una delección de significado incierto en el gen VWA3B, relacionado con ataxia espinocerebelar autosómica recesiva tipo 22.

Se plantea a la paciente el inicio de tratamiento con 4-aminopiridina a dosis de 10 mg/12 horas, evidenciándose en las sucesivas revisiones una mejoría significativa de la ataxia y distonía del pie izquierdo, con reducción del nistagmo vertical inferior. No obstante, el seguimiento ocular e inhibición visovestibular permanecen alterados.

DISCUSIÓN

El nistagmo vertical inferior por lo general traduce patología del sistema nervioso central, debido a una alteración de la actividad inhibitoria de las células de Purkinje a nivel del flóculo y paraflóculo cerebeloso sobre los núcleos vestibulares.

Se manifiesta clínicamente como mareo, oscilopsia y alteraciones del equilibrio que pueden resultar incapacitantes para el paciente.

Una opción de tratamiento médico es la fampridina (4-aminopiridina) debido a su mecanismo de acción mejorando la excitabilidad de las células de Purkinje a nivel del lóbulo floculonodular.

En este caso, se ha demostrado mejoría subjetiva en relación con los síntomas visuales y los trastornos de la marcha, así como cambios en la magnitud de algunos de los parámetros analizados mediante videonistagmografía.

¿Otosífilis? A propósito de un caso

Dra. Carmen Gutiérrez Castillo.

Hospital Vinalopó. Elche, Alicante.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión fundamentalmente por vía sexual (ITS) causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La clínica varía según qué órganos se hayan afectado, la neurosífilis se puede clasificar en formas tempranas (sífilis asintomática, meningitis sintomática, sífilis ocular, otosífilis y sífilis meningovascular) aparece en los primeros meses, y tardías (involucran el parénquima de la médula y el encéfalo), que aparecen años después de la primera infección. Se desarrolla en personas que no han recibido tratamiento.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 39 años que consulta por crisis vertiginosas episódicas de un mes de evolución, hipoacusia en oído derecho y parálisis facial periférica derecha. En la exploración destaca una maniobra oculocefálica positiva a la derecha; una hipofunción vestibular con presencia de sacadas en oído derecho (mediante V-HIT) y una hipoacusia neurosensorial moderada-severa de oído derecho.

Ante la sospecha de neuritis cocleovestibular el paciente recibe tratamiento, a pesar del cuál experimenta un empeoramiento clínico y en las pruebas audiovestibulares. Además, debuta con una hipoacusia de oído izquierdo. Sin embargo, la parálisis facial periférica derecha se resolvió completamente, aunque días después desarrolla una parálisis facial periférica contralateral.

Las pruebas de imagen (TC y RMN) no muestran hallazgos relevantes. Sin embargo, entre los análisis plasmáticos realizados, destaca el test de reagina plasmática rápida (RPR) positiva, asociado a VIH no diagnosticado anteriormente.

Tras el diagnóstico de otosífilis, se dio tratamiento con penicilina G y terapia antiretroviral pertinentes; a pesar del cumplimiento del mismo, el paciente ha seguido una evolución tórpida hacia cofosis del oído derecho e hipoacusia neurosensorial moderada en oído izquierdo, con arreflexia vestibular bilateral que no se ha conseguido compensar a pesar de rehabilitación vestibular.

DISCUSIÓN

La neurosífilis produce una fibrosis proliferativa con obliteración del espacio perilinfático, cambios osteóticos difusos y una grave degeneración del neuroepitelio coclear y vestibular. También puede provocar un hidrops endolinfático, que causaría un síndrome de Ménière secundario.

En las series revisadas los síntomas más frecuentes fueron: hipoacusia (90,6%), tinnitus (72,9%) y vértigo (52,9%). Las crisis vertiginosas se describen de forma episódica y recurrentes. La hipoacusia puede ser uni- o bilateral, fluctuante; de instauración aguda o rápidamente progresiva, simulando enfermedad autoinmune del oído interno.

CONCLUSIÓN

En un paciente con disfunción cocleovestibular, no explicable por otras causas, debe plantearse la posibilidad de infección luética del oído, que se confirmaría con serología positiva para sífilis, prueba no treponémica (RPR) o treponémica, FTA-abs 5.

El tratamiento con penicilina y corticoesteroides debe iniciarse cuanto antes para disminuir la respuesta inmunitaria y la fibrosis laberíntica y del saco endolinfático. Normalmente, el pronóstico es bueno; con frecuencia, se produce una mejoría de los acúfenos y el vértigo o desequilibrio, pero la hipoacusia responde algo peor. Se revisa el estado del paciente 4 años después, persistiendo la arreflexia vestibular, y se comparan la concordancia entre las pruebas vestibulares de VHIT, videonistagmografía y posturografía.

Una rara causa de inestabilidad crónica producida por dolicoectasia de la arteria vertebral

*Dra. Sara Soria Medina, Dra. Iballa Romero Sánchez, Dra. Rocío Andreu Abeledo,
Dra. María Soledad Cabrera Ramírez, Dr. Jesús Benítez del Rosario.*

Hospital Universitario de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

La dolicoectasia vertebrobasilar es una rara enfermedad caracterizada por la expansión, elongación y desarrollo de un recorrido tortuoso de las arterias vertebrobasilares.

La incidencia exacta en la población general es desconocida, aunque un estudio japonés señala la afectación del 1.3% de la población.

Como causas se propone la HTA, factores genéticos y otros (infección, etc.). Dicha enfermedad se ha documentado con síntomas vestibulococleares como la hipoacusia neurosensorial, paroxismo vestibular o tinnitus pero, a nuestro entender, no existe ningún caso asociado a inestabilidad crónica por *downbeat* nistagmo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 72 años con HTA y dislipemia como antecedentes personales, que presentaba una inestabilidad crónica con oscilopsia y visión borrosa sin otros síntomas asociados de unos siete años de evolución.

La valoración neurológica fue normal con pruebas de imagen TC y RM en ese momento normales. La paciente fue valorada por nuestro servicio hace cuatro años en la que lo único que encon-

tramos fue un *downbeat* nistagmo en todas las posiciones, empeorado en maniobras de hiperextensión, lateralización de la mirada y durante la convergencia.

El estudio radiológico vascular solicitado reveló la presencia de una dolicovertebral derecha con compresión del flóculo ipsilateral.

Se trató a la paciente con baclofen y fampridina sin resultado clínico. A la paciente se le ha propuesto tratamiento de descompresión vascular microquirúrgica que ha rechazado.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Las causas de inestabilidad central pueden tener muchos orígenes. La presencia de un solo trastorno oculomotor como es el *downbeat* nistagmo obliga a clasificarlos como causas estructurales o no-estructurales.

Aproximadamente, en un 30% de los pacientes no se encuentra una causa y se consideran idiopáticos. Presentamos un raro caso explicativo de *downbeat* nistagmo de origen vascular compresivo, no existiendo otras causas de *downbeat* nistagmo así como algoritmo diagnóstico y tratamiento actual de esta patología.

Estudio de un caso de meningitis bacteriana en paciente con antecedente de estapedectomía 20 años antes

Dra. María Álvarez Álvarez, Dra. Victoria Duque Holguera, Dr. Juan Losada Campa, Dra. Mariana González Sosto, Dr. Jesús Eduardo Ramírez Salas, Dr. Jaime Santos Pérez.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

La estapedectomía es la técnica de elección en la cirugía de la otosclerosis y consiste en la extirpación total o parcial (estapedotomía) del estribo y la sustitución del mismo por una prótesis anclada al yunque y la introducción de esta en la ventana oval. Durante la misma, se perfora la platina, lo que produce la exposición total o parcial de la ventana oval. Por ello, la cóclea puede quedar expuesta a gérmenes del oído medio, aumentando la posibilidad de aparición de complicaciones de otitis media aguda, como laberintitis aguda supurada o meningitis.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 60 años entre cuyos antecedentes personales destaca la realización de una estapedectomía izquierda, en el año 2001, con colocación de prótesis incompatible con realización de RM.

Desde el año 2018, presentaba hipoacusia neurosensorial profunda en dicho oído. Acudió a Urgencias en 2020 con clínica compatible con vértigo periférico, siendo dada de alta con tratamiento con sedantes vestibulares. Sin embargo, 24 horas tras el alta hospitalaria consultó de nuevo por empeoramiento de la sintomatología pese al tratamiento, al que se había añadido cefalea, fiebre elevada y ataxia.

A la exploración otológica, se visualizó timpanoesclerosis izquierda sin otros hallazgos.

En la exploración vestibular, se objetivó un nistagmo grado III horizontorrotatorio derecho, con impulso cefálico con sacadas correctoras al girar hacia la izquierda, cover test normal, desviación segmentaria a la izquierda y reacción de inclinación oculocefálica. Se solicitó una TC urgente para descartar laberintitis, siendo ésta normal.

Además, durante la exploración sistémica, se evidenció un bajo nivel de consciencia, con rigidez nuchal y signos de Brudzinski y Kernig positivos. Ante estos hallazgos se solicitó la valoración del servicio de Medicina Interna, realizándose punción lumbar.

Se obtuvo líquido cefalorraquídeo de aspecto purulento.

Fue ingresada en este Servicio con diagnóstico de meningitis bacteriana, pautándose tratamiento antibiótico, corticoideo y con sedantes vestibulares. El cultivo de LCR fue positivo para *S. pneumoniae*.

Durante su ingreso hospitalario, se realizó HIT donde se confirmaron ganancias izquierdas disminuidas (0,22) sin mejoría significativa en sucesivas revisiones. Los cVEMPs estaban ausentes en el lado izquierdo. La vibración mastoidea producía un nistagmo horizontorrotatorio derecho.

La paciente presentó mejoría paulatina durante el ingreso, dándose de alta domiciliaria a las dos semanas.

Tras el alta hospitalaria, se solicitó una nueva TC de peñasco, para poder realizar el diagnóstico diferencial entre laberintitis sobre otosclerosis coclear versus neuritis vestibular causada por meningitis aguda bacteriana.

El hallazgo fue de laberintitis osificante izquierda. Este resultado, junto con el aislamiento de *S. pneumoniae* en el LCR de la paciente, orientaron el diagnóstico hacia una laberintitis aguda izquierda.

A los seis meses tras el ingreso, se realizó extracción de prótesis de estapedectomía de oído izquierdo y obliteración de la ventana oval con grasa de lóbulo auricular para evitar nuevos episodios similares secundarios a la exposición de la ventana oval.

Se mantiene estable neurológicamente desde el alta hospitalaria, aunque persiste inestabilidad, por lo que la paciente se encuentra actualmente en proceso de rehabilitación vestibular.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La dificultad del diagnóstico diferencial entre neuritis vestibular secundaria a meningitis o laberintitis aguda en esta paciente radica, en primer lugar, en la contraindicación de realización de resonancia magnética por la prótesis de estribo y, en segundo lugar, en el antecedente de cofosis de oído izquierdo, lo que no permitía valorar la afectación auditiva en este diagnóstico diferencial. De la misma manera, también se desconocía si se trataba de una otosclerosis coclear, con una alteración en la transmisión, con cVEMPs no valorables.

En un paciente con la ventana oval expuesta, un primer episodio de laberintitis aguda izquierda predispone a episodios similares.

Aunque la estapedectomía es un procedimiento con una elevada tasa de éxitos, es importante tener en cuenta sus complicaciones.



4ª Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

ABSTRACTS
2024

SUMARIO

PÓSTERS

Neuritis vestibular en paciente con hipoacusia neurosensorial congénita

Dra. Adriana Michavila Oller, Dra. Anna Penella Prat, Dra. Marta Mesalles Ruiz.

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La neuritis vestibular es la segunda causa más frecuente de vértigo, con una fisiopatología no conocida totalmente y para la que no se dispone de protocolos establecidos de tratamiento. En algunos casos se puede añadir la presencia de acúfenos. Presentamos el caso de una paciente con sospecha de neuritis del nervio vestibular inferior derecho que consultó en nuestro centro, que destaca por el antecedente de hipoacusia neurosensorial congénita bilateral.

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años, con antecedente de hipoacusia neurosensorial congénita bilateral, que refiere episodio de vértigo rotatorio hace un año y medio de una hora de duración. Posteriormente explica inestabilidad crónica acompañada en ocasiones de episodios de vértigo rotatorio de minutos de duración en relación con los movimientos cefálicos, orientados como un posible vértigo posicional paroxístico benigno. Refiere tinnitus bilaterales de tiempo de evolución.

La exploración física mostró nistagmo a la izquierda, con la mirada a la izquierda. Las maniobras de Dix-Halpike y McClure fueron negativas (en ese momento la paciente negaba clínica sugestiva de VPPB).

Las pruebas complementarias de imagen (TC y RMN) descartaron alteraciones. Audiometría con hipoacusia neurosensorial severa ya conocida.

El vHIT mostró hallazgos sugestivos de alteración de la función vestibular a nivel del canal semicircular posterior derecho, que podrían corresponder a una neuritis del nervio vestibular inferior derecho.

Por persistencia de inestabilidad residual intercrisis y los acúfenos, se indicó realizar ejercicios de rehabilitación vestibular y tratamiento con Ginkgo biloba EGb761 durante 3 meses.

En la visita de control, la paciente refirió inestabilidad leve que había mejorado mucho con EGb761 y los ejercicios de rehabilitación, por lo que se mantuvo el tratamiento y se continuó seguimiento en consultas externas.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Presentamos un caso poco frecuente de una paciente con hipoacusia neurosensorial congénita que presenta aparición de neuritis del nervio vestibular inferior derecho con inestabilidad residual. Además, la paciente refería acúfenos bilaterales de tiempo de evolución, que tienen una prevalencia entre el 5% y el 43%.

Este caso ilustra el papel del extracto de Ginkgo biloba EGb761 en el tratamiento de la inestabilidad residual secundaria a una neuritis vestibular y de acúfenos de larga evolución.

Este extracto tiene un papel neuroprotectivo con efectos antioxidantes y de disminución de producción de radicales libres. En la literatura se ha estudiado su eficacia en el tratamiento de la neuritis vestibular junto con los ejercicios vestibulares, y también se ha comparado su eficacia con la betahistina (sin diferencias estadísticamente significativas) o el uso concomitante de metilprednisona. En conclusión, el tratamiento de la inestabilidad secundaria a una neuritis vestibular realizado con EGb761 y rehabilitación vestibular puede ser de utilidad en pacientes con hipoacusia congénita bilateral y acúfenos de larga evolución.

Otolith function in Usher type II Syndrome

Dra. Ana Margarida Amorim,^{1,3} Dra. Dilia Rebello,¹ Dra. Ana Cristina Lopes,¹ Dr. João Lemos,^{2,3} Dr. João Carlos Ribeiro.^{1,3}

1. Otorhinolaryngology Department, Coimbra University Hospital Centre; 2. Neurology Department, Coimbra University Hospital Centre; 3. Faculty of Medicine, Coimbra University.

INTRODUCTION

Usher's syndrome type II (USH2) is a rare autosomal recessive ciliopathy classically characterized by moderate to profound congenital hearing loss, late onset of rod-cone dystrophy, and normal vestibular function. Recent studies investigating the vestibular function of USH2 patients suggested latent damage to the otolith vestibular receptors.

OBJECTIVE

In this prospective study we intended to investigate otolith dynamic function in USH2 patients.

MATERIAL AND METHODS

Twenty-two patients with a genetic diagnosis of USH2 (median 53.86 ± 2.99) and 22 (median 52.23 ± 2.74) age matched controls were investigated by cervical (c-VEMPs) and ocular vestibular evoked myogenic potentials (o-VEMPs). Activities Balance Scale (ABC) questionnaire and Dizziness Handicap Inventory (DHI) were completed and correlated with vestibular function test in USH2.

RESULTS

Fourteen of twenty-two USH2 and 0/22 controls had vertigo past complaints. In the total 88 ears, c-VEMPs were absent in 16 cases (in right ear and/or left ear) in USH2 patients and in 4 cases in controls. O-VEMPs were absent in 22 cases in USH2 and 12 cases in controls.

Statistically significant differences between USH2 versus Controls were found for: o-VEMP N1 latencies (median 11.60/ 10.40, $p < 0.010$) on the right ear, o-VEMP P1-N1 amplitudes on the right ear (median 5.15/10.10, $p < 0.003$), and o-VEMP P1-N1 asymmetry ratio (24.78/ 40.50, $p < 0.014$) respectively.

We found a positive strong correlation between o-VEMPs amplitude of the right ear and total DHI score (Spearman coefficient 0.769, $p = 0.003$) in USH2, but any correlation with ABC total score was found. No association was found between the complaints of vertigo and c-VEMPs or o-VEMPs absence/presence ($p = 0.251/0.119$, respectively).

DISCUSSION/ CONCLUSION

Our investigation exposed variations in otolith organ's function, indicating diminished saccular and utricular dynamic function in USH2 compared to age-matched controls, especially in o-VEMPs. Moreover, these dysfunctions do not appear to correlate with heightened reports of dizziness or vertigo.

These findings suggest that USH2 encompasses not just cochlear but also vestibular otolith impairment, aligning with and expanding upon recent studies.

Incorporating vestibular tests into the diagnosis and monitoring of USH2 may provide additional insights for characterizing individuals with USH disease.

BIBLIOGRAPHY

1. Nisenbaum, E., Thielhelm, T. P., Nourbakhsh, A., Yan, D., Blanton, S. H., Shu, Y., Koehler, K. R., El-Amraoui, A., Chen, Z., Lam, B. L., & Liu, X. (2022). Review of Genotype-Phenotype Correlations in Usher Syndrome. *Ear and hearing*, 43(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001066>
2. Wafa, T. T., Faridi, R., King, K. A., Zalewski, C., Yousaf, R., Schultz, J. M., Morell, R. J., Muskett, J., Turriff, A., Tsilou, E., Griffith, A. J., Friedman, T. B., Zein, W. M., & Brewer, C. C. (2021). Vestibular phenotype-genotype correlation in a cohort of 90 patients with Usher syndrome. *Clinical genetics*, 99(2), 226–235. <https://doi.org/10.1111/cge.13868>
3. Magliulo G, Iannella G, Gagliardi S, et al (2015) Usher's Syndrome: Evaluation of the Vestibular System with Cervical and Ocular Vestibular Evoked Myogenic Potentials and the Video Head Impulse Test. *Otol Neurotol* 36(8):1421- 1427
4. Magliulo G, Iannella G, Gagliardi S, et al (2017) Usher's Syndrome Type II: A Comparative Study of Genetic Mutations and Vestibular System Evaluation. *Otolaryngol Head Neck Surg*;157(5):853-860. doi:10.1177/0194599817715235

Compensación vestibular central, un reto actual en Otoneurología

Dra. Ana Marín Peñalver,¹ Dra. Laura Riera Tur,¹ Dr. Ricardo de los Ríos de la Peña.²

1.Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; 2.Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lindsay-Hemenway clínicamente se caracteriza por la sucesión de dos entidades clínicas de vértigo periférico, una primera fase en la que el paciente presenta una crisis compatible por un episodio de neuritis vestibular aguda, seguida de una segunda fase compuesta por episodios de vértigo periférico paroxístico benigno del canal semicircular posterior que, en muchas ocasiones, permanece recurrente.

Su fisiopatología consiste en la oclusión de la arteria vestibular anterior, que causa isquemia en el territorio irrigado por la misma, ocasionando el primer cuadro vertiginoso periférico agudo que remite en días, semanas o incluso meses.

Además, la necrosis isquémica puede provocar un gran vértigo rotatorio duradero y la degeneración posterior de la mácula utricular y dispersión otoconial en la cúpula del canal semicircular posterior, lo que se traduce en la persistencia de episodios de vértigo posicional paroxístico benigno que pueden ser recurrentes.

A continuación, exponemos un caso clínico que fue valorado en la unidad de Vértigo de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Hospital Puerta del Mar.

CASO CLÍNICO

Paciente hombre de 65 años, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento, acude con clínica vertiginosa aguda de características periféricas y horas de duración. Tras recibir tratamiento con sedantes vestibulares, remitió el cuadro agudo y durante el seguimiento el paciente presentó clínica compatible con vértigo posicional paroxístico benigno del canal semicircular posterior ipsilateral de forma recurrente, por lo que es seguido en nuestras consultas.

La exploración otoneurológica descartó centralidad y se completó estudio con video head impulse test, revelando una hipofunción en el canal semicircular lateral derecho, que nos hizo sospechar una neuritis vestibular en el canal lateral ipsilateral, junto con una exploración otoneurológica posterior compatible con una canalolitiasis en el canal posterior derecho, por lo que se diagnostica de Síndrome de Lindsay-Hemenway.

El tratamiento incluyó medicación con sedantes vestibulares en la primera fase, seguida de maniobras de reposición y rehabilitación vestibular en la segunda fase de vértigo recurrente.

DISCUSIÓN

Analizando el síndrome presentado, se trata de una entidad compleja puesto que el diagnóstico diferencial involucra dos entidades clínicas de vértigo periférico.

La exclusión de lesión central es imperativa junto con una anamnesis dirigida, exploración neurológica y pruebas complementarias, ya que se describe que hasta el 16,3% de los pacientes cuyo motivo de consulta es vértigo posicional paroxístico benigno, en realidad sufren de dicho síndrome.

En cuanto a la etiopatogenia, en la literatura concuerda una mayor prevalencia en pacientes de edad y características al caso presentado, prevalece la afectación del oído derecho (66%) sin embargo, aparece más en el sexo femenino (73%) y en zonas rurales. Además, su tratamiento supone un reto en el campo de Otoneurología, por lo que es preciso un adecuado enfoque terapéutico basado en una compensación vestibular central temprana.

Acúfeno unilateral e inestabilidad persistentes en pacientes de edad avanzada

*Dra. Carlota González Lluch, Dra. Ángela Callejo Castillo, Dra. Susana Lareo Copa, Dra. Paula Martínez López,
Dr. Fernando Orera Pérez, Dr. Emilio Amilibia Cabeza.*

Hospital Univeritario Germans Trias y Pujol, Badalona.

INTRODUCCIÓN

El acúfeno persistente se asocia a la presbiacusia y al trauma auditivo. El síndrome vestibular crónico en pacientes de edad avanzada se caracteriza por inestabilidad y alteración de la marcha con la discapacidad psicológica y social asociadas; así como a caídas frecuentes, con las complicaciones que éstas conllevan.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 72 años que acude a urgencias por hipoacusia brusca izquierda acompañada de acúfeno izquierdo mal tolerado e inestabilidad que se trata con corticoterapia oral sin mejoría.

En la visita de otoneurología destaca a la exploración: otoscopia normal; nistagmo horizontal izquierdo provocado y romberg, Uterberger y Barany negativos. Se realiza vHIT, objetivándose en el oído izquierdo reducción de los valores medios de las ganancias en todos los canales semicirculares (CS); sacadas overt en CS anterior y posterior y sacadas overt y covert en CS lateral.

Se inicia tratamiento con Tavonín 120 mcg 1 comprimido cada 24 horas durante 12 semanas junto a rehabilitación vestibular. En la consulta de seguimiento a los 4 meses se objetiva mejoría de la inestabilidad y el acúfeno izquierdo con mejor tolerancia, pero sin mejoría auditiva.

DISCUSIÓN

Estudios experimentales recientes confirman los efectos beneficiosos del EGb 761 tras un daño vestibular al favorecer los mecanismos de compensación vestibular. En la población de edad avanzada supone una mejoría de la discapacidad física, psicológica y social asociadas. Es un tratamiento con un buen perfil riesgo-beneficio, sin evidencia de interacción con fármacos como anticoagulantes o antiagregantes, por lo tanto, seguro en pacientes polimedicados.

“Doctora, la gente me pregunta si voy borracha”

Dra. Encarnación Antúnez Estudillo, Dra. Laura Riera Tur, Dra. Ingrid Márquez Estefenn.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una mujer de 43 años con antecedentes familiares de adenocarcinoma de colon, alergia a pelo de gato y perro, insomnio, y un episodio previo de Vértigo Posicional Paroxístico benigno. Consulta por inestabilidad, lateropulsión y vértigo no rotatorio persistente. A pesar de tratamientos previos, persisten los síntomas. Las exploraciones, pruebas audiométricas e impedanciometría son normales.

Se plantea el diagnóstico de Mareo Postural Perceptual Persistente (PPPD) y se inicia tratamiento con rehabilitación vestibular y EGb761. La paciente muestra mejoría en la revisión a los 2 meses.

La discusión destaca la complejidad del PPPD, entidad poco conocida, y su tratamiento desafiante. Se concluye que el PPPD es frecuente en mujeres de 40-60 años, con dificultades en el manejo, pero nuevas alternativas terapéuticas muestran eficacia.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años con antecedentes personales de un episodio de vértigo posicional paroxístico benigno, refiere inestabilidad en relación con la marcha y lateropulsión hacia ambos lados. Niega giro de objetos. Con náuseas ocasionales sin vómitos. Refiere esta sintomatología desde hace unos meses. No otra sintomatología asociada.

Ha estado en tratamiento con sulpirida 50 mg y betahistina 16mg sin mejoría.

Exploración otoscópica:

- Oído derecho (OD): canal auditivo externo (CAE) permeable membrana timpánica (MT) sin alteraciones normocoloreada.
- Oído izquierdo (OI): CAE permeable MT íntegra normocoloreada.

Exploración neurológica:

- Pares craneales conservados no diadococinesias.

Exploración vestibular:

- No nistagmos ni espontaneo ni con fijación e la mirada. Romberg negativo. Barany: negativo. Unterberger Fukuda negativo. Test de Babinsky negativo. Dix- Hallpike: negativo. Mc Clure: negativo.

Las pruebas complementarias de audiometría tonal e impedanciometría fueron normales.

Se llega a un diagnóstico de posible mareo postural perceptual persistente o “*Persistent postural – perceptual dizziness*” (PPPD).

Como tratamiento se entregan y explican ejercicios de rehabilitación vestibular y EGb 761 1 comprimido de 120 mg cada 24 horas, durante 6 semanas.

DISCUSIÓN

El PPPD es una entidad relativamente nueva que pretende unificar varios síntomas como es el vértigo no rotatorio que empeora en la bipedestación de duración de tres o más meses. El diagnóstico de esta entidad es poco conocido por la sociedad médica general.

El tratamiento es controvertido y distinto a otras entidades de vértigo.

El PPPD ha demostrado ser una entidad frecuente en mujeres de entre 40 y 60 años, de difícil tratamiento en el que deben evitarse los sedantes vestibulares.

Las nuevas alternativas de tratamiento están siendo una buena solución.

Síndrome de Ménière pediátrico: un desafío diagnóstico. A propósito de un caso

Dr. José García Amabile, Dr. José M. Sala-Vive, Dra. Vesela Ivanova Borukova, Dra. Haya Radwan, Dra. Laura Acevedo, Dra. Mariela Carboni, Dr. Victor Palomar, Dra. Monserrat Borrás, Dr. Antonio Ruíz, Dr. Xavier Galindo.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida; Hospital Universitario Santa María de Lleida.

INTRODUCCIÓN

El vértigo es relativamente frecuente en niños; el 5,3% de los pacientes pediátricos presentan este síntoma.

Aunque las causas del vértigo han sido bien descritas en adultos, los criterios diagnósticos en niños no han sido bien establecidos.¹

La enfermedad de Ménière (EM) se caracteriza por ataques idiopáticos de vértigo y síntomas auditivos. Los criterios diagnósticos de EM definitiva consensuados por el Classification Committee of the Bárány Society, the European Academy of Otolology and Neurotology, *et al.*, se basan en criterios clínicos y requieren de la observación de un episodio de vértigo asociado a hipoacusia neurosensorial en frecuencias medias y bajas y sintomatología otológica fluctuante.²

Los síntomas suelen comenzar entre los 30 y los 50 años en adultos. La mayoría de los niños reportados tienen 10 años o más, sin embargo, artículos recientes incluyen a niños menores de 5 años con síntomas y hallazgos auditivos que sugieren EM.³

CASO CLÍNICO

Varón de 9 años que refiere episodios recurrentes de sensación de giro objetos de minutos/horas de duración con mal estado general, náuseas y vómitos, taponamiento ótico en oído izquierdo (OI) y acúfeno intermitente en OI que no se modifica durante las crisis.

Presenta alrededor de 2-3 crisis por mes.

En dos oportunidades requiere de tratamiento corticoideo endovenoso, con mejoría clínica sin requerir hospitalización. No presenta alteraciones visuales, cefalea, fotofobia, sonofobia u otros síntomas neurológicos. Niega antecedentes de traumatismos. En el examen físico (EF) durante las crisis se observa nistagmo horizontal grado I con fase rápida a la derecha, test del impulso cefálico positivo, Test de Romberg y Test de Skew negativos.

El EF intercrisis es normal. Pruebas realizadas: audiometría tonal donde se observa hipoacusia neurosensorial moderada en OI de predominio en frecuencias bajas. Impedanciometría: curva tipo A con reflejo estapedial presente. PEACT: Persistencia de la Onda V hasta 30dB en el OD y 50dB en el OI, sin otros hallazgos. TC y RM de peñascos sin hallazgos patológicos.

El VHIT durante crisis vertiginosa muestra hipofunción del canal horizontal izquierdo con sacadas over y covert y en el de control los parámetros están dentro de la normalidad. En la última visita refiere encontrarse asintomático desde hace un mes y está pendiente de realizar pruebas calóricas y audiometría de control.

DISCUSIÓN

Incluso en ausencia de cierta información, es razonable considerar que los pacientes pediátricos con ataques recurrentes espontáneos de vértigo que duran más de 20 minutos y presenten hipoacusia neurosensorial unilateral y fluctuante en bajas frecuencias pueden presentar EM.

El diagnóstico diferencial es clave. En cuanto a las posibles causas de vértigo en niños, es importante descartar una causa del sistema nervioso central, como los tumores de la fosa posterior, ya que, en esta edad hay una mayor incidencia de estos tumores en comparación con los adultos.⁴

El vértigo posicional paroxístico benigno es extremadamente raro en niños, por lo tanto, se sugiere considerar realizar estudios de neuroradiología diagnóstica para descartar un tumor de fosa posterior en niños pequeños con vértigo inducido por cambios posicionales. La causa más frecuente en niños es el vértigo benigno recurrente de la infancia y se cree que está relacionado con la inmadurez del sistema nervioso, caracterizado por ataques espontáneos y de corta duración. Conclusión: La EM rara vez se presenta en niños y la literatura al respecto es escasa. La frecuencia es sólo del 0,4 al 7,0 % con respecto a los adultos. Diagnosticar esta enfermedad en niños puede resultar aún más desafiante debido a las dificultades para realizar pruebas neurorrológicas, especialmente en niños pequeños, y la dificultad de comunicar los síntomas.

En cualquier caso se recomienda evaluar la audición en niños con crisis vertiginosas.^{5,6}

BIBLIOGRAFÍA

1. Davitt, M., Delvecchio, M. T., & Aronoff, S. C. (2017). The Differential Diagnosis of Vertigo in Children. *Pediatric Emergency Care*, 1. doi:10.1097/pec.0000000000001281
2. López-Escámez Ja, Carey J, Chung W, Goebel Ja, Magnusson M, Mandalà M, Newman-Toker De, Strupp M, Suzuki M, Tralbalzini F, Bisdorff A. Criterios diagnósticos de enfermedad de Ménière. Documento de consenso de la Bárány Society, la Japan Society for Equilibrium Research, la European Academy of Otolology and Neurotology (EAON0), la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) y la Korean Balance Society. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2016;67(1): 1-7.
3. Brantberg, K., Duan, M., & Falahat, B. (2012). Ménière's disease in children aged 4-7 years. *Acta Oto-Laryngologica*, 132(5), 505-509. doi:10.3109/00016489.2011.643240
4. Brandt T. 1999. *VertiVerlag*.
5. [15] Abu-Arafeh I, Russell G. Paroxysmal vertigo as a migraine equivalent in children: a population-based study. *Cephalalgia* 1995;15:22-5. 6. [16] Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1): 1-160. Correo electrónico del primer autor: drjosegarciaamabile@gmail.com Menor de 35 años.

Polineuropatía craneal por herpes simple

Dra. Margarita Mesa-Marrero,¹ Dra. Andrea Alvarez-Roger,¹ Dra. María Labeaga-Sánchez,² Dra. Begoña de Frias-Berzosa.²

1.Hospital de Viladecans, Barcelona; 2. Hospital de Viladecans, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El virus herpes simple tipo 1 (HSV-1) puede generar una amplia variedad de manifestaciones clínicas del sistema nervioso. Después de la primera infección queda latente en los ganglios sensoriales del sistema nervioso. Normalmente, en el ganglio geniculado. Durante su reactivación suele migrar a la piel o mucosas de la zona de la primo-infección y causar lesiones vesiculares en esa área. Más raramente, la reactivación causa conjuntivitis y lesiones cutáneas vesiculares en el trayecto de la primera rama del V par craneal.

La queratitis epitelial por VHS-1 es la causa más frecuente de ceguera corneal en el mundo. La necrosis aguda de retina se asocia normalmente a encefalitis herpética. Se acepta que es la causa más frecuente de parálisis facial periférica y se postula como la causa principal de neuritis vestibular y de hipoacusia brusca. Sin embargo, no existe ninguna referencia en la literatura del VHS -1 como causa de polineuropatía de pares craneales.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años, normocompetente, sin enfermedades crónicas que presenta un cuadro de lesiones cutáneas vesiculares en el ala nasal derecha con dolor, parestesias faciales ipsilaterales y pérdida de visión y audición derecha, sin vértigo.

Se confirma un déficit visual de en el cuadrante temporal derecho sin lesiones conjuntivales, corneales o retinianas. La audiometría muestra una hipoacusia neurosensorial derecha sin lesiones cutáneas auriculares.

Como antecedente, a los 12 años de edad, tuvo unas lesiones vesiculares frontales que fueron diagnosticadas de herpes zoster derecho cutáneo frontal por lo que se trató como herpes zoster resolviéndose las lesiones y persistiendo los déficits neurológicos.

Las lesiones vesiculares nasales recurren a los pocos meses sobrepasando la línea media facial, con anestesia de la segunda rama del trigémino y aumento de la hipoacusia.

La PCR de las vesículas es positiva a VHS-1 y negativa a VVZ y VHS-2.

La clínica recurre hasta en 2 ocasiones más, por lo que se decide el tratamiento crónico con valaciclovir que evita la recaída.

No han mejorado los déficits neurológicos que se mantienen estables.

DISCUSIÓN

Se ha demostrado la latencia del virus del herpes simple tipo I (HSV-1) en el ganglio de Scarpa y en el ganglio vestibular. Este hallazgo apoya la hipótesis de la neuritis vestibular o la hipoacusia brusca por reactivación del HSV-1. La primera infección por HSV-1 ocurre en el ganglio geniculado, y desde ahí se extiende a otros pares craneales por anastomosis anatómicas. Las polineuropatías herpéticas están bien descritas en el virus herpes zoster pero no en el VHS-1.

La recurrencia de las lesiones, en nuestro caso, hacen sospechar un virus herpes simple (VSH) frente al primer diagnóstico por virus de la varicela zoster (VVZ).

El empeoramiento auditivo con la recurrencia de las lesiones cutáneas confirma la relación de la hipoacusia con la reactivación herpética.

CONCLUSIONES

Describimos el primer caso de polineuropatía de pares craneales por VHS-1.

Fístula arteriovenosa dural: una causa infrecuente de acúfeno

Dra. María Paola Aguilera Quezada,¹ Dr. Camilo Rojas Báez,¹ M. Company,¹ Dr. David Hernández Morales,² Dr. Octavio Garaycochea.¹

1. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona; 2. Servicio de Neurorradiología intervencionista, Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El acúfeno, según McFadden, es la percepción de sonido originado dentro de la cabeza o los oídos. Se estima una prevalencia mundial en torno al 22%. Sin embargo, menos del 10% de pacientes, manifiesta un acúfeno de tipo pulsátil, que suele ser típicamente unilateral.

La causa más frecuente de acúfeno pulsátil es la presencia de una fístula arteriovenosa dural, existiendo otras etiologías menos frecuentes como las causas no vasculares y la idiopática. La incidencia de las fístulas arteriovenosas durales se estima en un 0.17 por 100.000 personas.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años

Antecedentes médicos patológicos: HTA, Dislipidemia.

Hábitos tóxicos: Alcohol + Ex consumidor de cocaína.

Motivo de consulta: Acúfeno holocraneal, continuo, no fluctuante, de tipo pulsátil (descrito por el paciente como "aspas de ventilador") en oído izquierdo, de aproximadamente 1 año de evolución. No otros síntomas auditivos ni vestibulares asociados.

Exploración otorrinolaringológica

Exploración otológica: Conducto auditivo expedito, membrana timpánica íntegra, sin signos de ocupación ni retracciones timpánicas.

Exploración audiológica: Umbral tonal medio dentro de la normalidad (sin caída en frecuencias agudas).

Tratamiento ambulatorio: Tavonin 1 comprimido / día

Exploraciones complementarias

AngioRM: Signos de fístula arteriovenosa (FAV) con arteriolización de la señal de flujo a nivel del golfo de la yugular y seno sigmoide izquierdos, asociando pequeños vasos arteriales anómalos y prominentes (probablemente ramas meníngeas de la arteria faríngea ascendente).

Arteriografía cerebral: FAV dural tipo I, de ramas de la arteria carótida externa izquierda (A. faríngea ascendente, A. auricular y A. occipital) que drenan a un seno sigmoide separado del seno transversal.

Tratamiento dirigido

Embolización de FAV con microcoils a través de arteria y vena femoral común.

DISCUSIÓN

Las fístulas arteriovenosas durales representan entre el 10-15% de los shunts arteriovenosos intracraneales. Se trata de lesiones adquiridas que suelen presentarse entre los 50-60 años. Se definen como comunicaciones anómalas entre las arterias meníngeas y los senos venosos durales, venas meníngeas o venas de la corteza cerebral. El seno sigmoideo y transversal representan localizaciones frecuentes.

Entre los factores involucrados en su etiología se encuentran: hipertensión y trombosis venosa, estados de hipercoagulabilidad, traumatismos, inflamación y antecedentes quirúrgicos. La clínica más frecuente consiste en cefalea y acúfenos. El acúfeno pulsátil es el síntoma inicial más común y está frecuentemente asociado a fístulas de alto flujo localizadas a nivel del seno sigmoideo / transversal.

El *Gold standard* para su diagnóstico es la angiografía por sustracción digital, sin embargo, la angio-TAC y la angio-RM muestran beneficios óptimos. En cuanto al tratamiento, para las lesiones asintomáticas o mínimamente sintomáticas, se prefiere observación, dado que la regresión espontánea es frecuente. En las demás situaciones, el tratamiento de elección es el manejo endovascular a través de una embolización selectiva, el cual ha mostrado altas tasas de curación. El riesgo de no tratar las FAVd puede llevar a la producción de hemorragias intracraneales por ruptura espontánea.

CONCLUSIONES

El acúfeno es un síntoma presente en múltiples enfermedades, por lo que requiere un enfoque diagnóstico adecuado, y en muchas ocasiones multidisciplinar. En cuanto a las malformaciones arteriovenosas durales, el otorrinolaringólogo puede ser el primer profesional que permita su sospecha.

Es importante saber guiar el proceso diagnóstico e instaurar el tratamiento más adecuado, sobretodo cuando el acúfeno puede reducir significativamente la calidad de vida del paciente que lo padece.

Los métodos terapéuticos endovasculares actuales representan una opción segura y con altas tasas de curación para estos pacientes.

La sedestación como exploración esencial en el SVA. A propósito de un caso

Dra. Marina Godás Núñez, Dr. Vicente Pino Rivero.

Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata, Cáceres.

INTRODUCCIÓN

El síndrome vestibular agudo (SVA) es una causa muy frecuente de atención en urgencias, englobando patologías de curso benigno como la neuritis y patologías potencialmente graves como ictus.

CASO CLÍNICO

Se expone el caso de un paciente varón de 80 años con alergia al metamizol, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño grave, fibrilación auricular, patología valvular aórtica, mitral con insuficiencia cardíaca asociada.

Es trasladado a Urgencias del Hospital Campo Arañuelo por el 112 por mareo de horas de evolución, valorado en urgencias extrahospitalarias estableciéndose tratamiento con sulpirida y metoclopramida.

A su llegada a Urgencias, está estable hemodinámicamente, muy sintomático, se aprecia un nistagmo horizontorrotatorio derecho, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservados. Reflejos conservados. Se realiza un TAC cerebral siendo este normal.

Al estar sintomático, con nistagmo y TAC normal, desde urgencias contactan con ORL de guardia para valoración de vertigo periférico con mal control sintomático con tratamiento.

A la llegada de ORL de guardia, el paciente refiere mareo con giro de objetos de horas de duración con cortejo vegetativo con vómitos. Niega cefalea. No cuenta clínica audiológica ni auditiva. Refiere dudoso episodio autolimitado de disartria, dice que durante un rato no podría articular palabra bien, pero que luego se resolvió. Es el primer episodio de vértigo que ha presentado.

En la exploración física, la otoscopia es normal bilateral. Presenta un nistagmo horizontorrotatorio grado II derecho, una maniobra oculocefálica negativa bilateral y un cover test con movimiento en plano horizontal, no vertical. No disimetría ni disdiadococinesia. En el romberg, gran aumento de la base de sustentación, imposible de realizar con caída principalmente a la derecha.

Frente a la historia y la exploración, se comenta el caso con Medicina Interna, la exploración no permite descartar patología central, se recomienda completar estudio y continuar con observación para ver evolución.

Se decide mantener en Urgencias durante la noche, no cambiando la exploración, y durante el ingreso posterior se realiza una Resonancia Magnética (día 5 de ingreso), objetivándose ictus isquémico cerebeloso reciente con hemorragia petequeal en el territorio de la PICA. Estenosis arterosclerótica en el tramo M1 de la ACM izquierda, de más del 40%.

Se decidió instaurar tratamiento anticoagulante y rehabilitador, con mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

El HINTS (por sus siglas en inglés: Head Impulse-Nistagmus-Test de Skew) es uno de los protocolos de exploración de SVA más extendidos en las urgencias, con mayor sensibilidad y especificidad para detectar causas centrales de vértigo.

Pero no es el único, existen otros protocolos con sensibilidad y especificidad similares que engloban otros items, tales como STANDING (incluye sedestación) o HINTS Plus (incluye hipoacusia).

En el caso expuesto, la historia clínica ya era dudosa, y el HINTS no permitía descartar centralidad, pero la imposibilidad de sedestación estable fue un signo inequívoco de la necesidad de completar estudio.

El TAC ofrece una falsa seguridad y no debería ser utilizado en urgencias para valorar los SVA.

En el SVA, es esencial, aparte de realizar el protocolo de exploración establecido en su Hospital, realizar una historia clínica valorando la clínica neurológica, y explorar la función cerebelosa (disimetría y disdiadococinesia junto con sedestación).

Uso de EGB 761 en un caso de platina flotante

Dra. Natalia Arango,¹ Dra. Marta Sandoval.^{1,2}

1. Departamento de Otorrinolaringología. Hospital Clínic. Barcelona; 2. Unidad de Otología. Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La manipulación de la platina se considera el máximo exponente de daño vestibular en la cirugía del oído medio. Una de las situaciones más estresantes para el otólogo, es encontrarse una platina flotante, cuya incidencia se encuentra entre el 2 y el 5,8% de los casos. Su complicación más importante es la sordera postoperatoria, estimada en un 16%. Siendo significativamente superior a la incidencia de la sordera post-estapedotomía sin platina flotante (1%).

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años con antecedentes familiares de otosclerosis no intervenidos, presentaba hipoacusia transmisiva de oído izquierdo de 5 años de evolución sin otra sintomatología asociada. La audiometría del oído izquierdo mostraba PTA de 55dB y GAP de 25dB.

La tomografía computarizada era sugestiva de otoespongiosis antefenestram izquierda, realizando el diagnóstico de otosclerosis.

Por elección de la paciente, se sometió a una estapedotomía izquierda.

Durante el procedimiento quirúrgico, se evidenció una platina flotante en la ventana oval. Se realizaron las maniobras oportunas y necesarias para evitar la lesión del vestíbulo, finalmente se cubrió la ventana oval con el pericondrio y se adaptó una prótesis de *Soft Clip Piston Stapes*.

En el postoperatorio, se administró corticoterapia y se adicionó EbG 761 120mg (Tavonin®) 1 comprimido al día durante 1 mes. Clínicamente, presentó inestabilidad y sensación de rotación de objetos durante los primeros 7 días, con recuperación progresiva hasta lograr mejoría sintomática completa al mes de la intervención, momento en el cual retomó sus actividades físicas habituales.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La otosclerosis es una enfermedad compleja de la cápsula ótica, caracterizada por una remodelación ósea anómala en el hueso temporal.

El tratamiento se basa en la mejora auditiva con audioprótesis o bien con cirugía, pero ninguna de las dos puede frenar la afectación de la cápsula ótica. Se considera la cirugía como la opción terapéutica más efectiva.

La cirugía del estribo ocasiona daño vestibular agudo en el 30 al 77% de los casos.

El EGb761® ha demostrado ser eficaz en la compensación del daño vestibular agudo, mejorando la perfusión vascular al tejido cerebral. Proponemos el uso de éste como tratamiento médico adyuvante en el postoperatorio de la estapedotomía en casos complejos en los que se prevé mayor riesgo de desarrollar vértigo u otra sintomatología otológica de difícil control.

Inestabilidad en paciente en edad pediátrica

Dr. Pablo Santos Gorjón, Dra. María Martín Bailón, Dr. Víctor Martín Sánchez, Dra. María Cruz Pérez Liedo, Dra. Miriam González Sánchez, Dra. Soledad Suárez Ortega.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Complejo Asistencial de Zamora.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso clínico de paciente pediátrico con cuadro de inestabilidad persistente.

OBJETIVOS

Revisar la actuación ante un paciente pediátrico con una vestibulopatía aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso clínico tras la revisión de la historia clínica del paciente. Se trata de un caso que precisó ingreso hospitalario y presentamos el manejo del mismo y el algoritmo diagnóstico y terapéutico empleado.

RESULTADOS

El paciente tras el estudio audiovestibular correspondiente y la perceptiva resonancia magnética fue diagnosticado, tratado con medicación para reducir su sintomatología.

DISCUSIÓN

Precisamos en el diagnóstico diferencial de un paciente con inestabilidad persistente, la exploración otovestibular básica, una RMN para descartar retrocloclearidad en un periodo de tiempo razonable.

En nuestro medio, precisamos ingresar al paciente o realizar consultas de alta resolución, según el grado de afectación. Puede ser necesario tratamiento intravenoso con sedantes vestibulares, antiheméticos y corticoterapia y oral si es posible como tratamiento sintomático y realizar el estudio audiovestibular completo lo antes posible.

El diagnóstico de patología central se establece frecuentemente en la primera visita del ORL, y con unas simples gafas de Frenzel. Los antecedentes familiares en el caso descrito ayudaron al diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño de 10 años, con inestabilidad persistente, mareo de 3 días de evolución. Puesto que presentaba varios signos de centralidad y estaba muy sintomático, se realizó el estudio completo ingresado.

Presenta un cuadro de inestabilidad importante sin clara sintomatología giratoria, con sensación vegetativa acompañante. No presenta presión aural acompañante ni hipoacusia subjetiva. El niño refiere,

ocasionalmente, visión borrosa y diplopia en mirada extrema. En ningún momento ha presentado cefalea o migraña acompañante.

Avisan al ORL de guardia para valorar al paciente.

Tras la anamnesis dirigida su madre, refiere antecedente de Esclerosis Múltiple controlada por Neurología y cuadros de repetición de mareos.

Se le realiza el protocolo HINTs sin ser concluyente para periférico.

El paciente presenta un nistagmus bidireccional y una inestabilidad muy marcada. Se decide en consenso con Servicio de Pediatría ingreso para realizar RMN y estudio vestibular.

El VHIT no muestra alteraciones y la audiometría, timpanometría y las pruebas calóricas son normales. Sin embargo, se objetiva un nistagmus de en mirada extrema bidireccional.

El paciente recibe corticoterapia a milígramo por kilogramo y antieméticos con mejoría tras 48 horas con tratamiento intravenoso y desaparición de la diplopia y el nistagmo.

Se cursa interconsulta a Servicio de Oftalmología que descarta alteración de agudeza visual y no objetiva diplopia en el momento de la exploración.

El paciente recibe el alta y está en seguimiento por Pediatría y ORL. Realiza tratamiento con un comprimido de 120 mg de Egb761 cada 24 horas durante 2 meses. No ha vuelto a manifestar inestabilidad ni otra sintomatología.

DISCUSIÓN

Debido a la edad del paciente y tras discutir el caso en sesión clínica decidimos solicitar una RMN para descartar patología central. En dicha RMN aparecen placas de esclerosis inicial en zona temporal. Para el diagnóstico en estos casos de edad temprana con difícil anamnesis podría precisar de una consulta de alta resolución¹ o un ingreso para ampliar los estudios pertinentes y realizar tratamiento intravenoso.²

El diagnóstico de patología central se establece en la primera visita del ORL, y con unas simples gafas de Frenzel.³

Muchas veces es el que mejor puede orientar estos procesos debido a que es el especialista junto con el Neurólogo Pediátrico más competente.⁴

La realización del V-HIT de forma muy preferente también puede aportar información.

Una TAC sólo podría descartar patologías tumores y en este caso por evitar radiar el cristalino y por el diagnóstico de sospecha se prefirió la RMN.



4ª Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

ABSTRACTS 2024

SUMARIO

El antecedente materno de Esclerosis Múltiple fue clave para la sospecha diagnóstica.

CONCLUSIONES

Hay cuadros clínicos que por ser “no congruentes”, la exploración o la gravedad de los mismos precisan realizar una RMN de forma preferente y seguimiento estrecho.

El neurólogo pediátrico y el ORL pueden aportar su visión particular sobre los casos y orientar de forma correcta al paciente.

En muchos casos, el tratamiento con ginkgo biloba puede ser útil en la recuperación del equilibrio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balatsouras DG, Kaberos A, Assimakopoulos D, Katoto-michelakis M, Economou NC, Korres SG. Etiology of vertigo in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71:487-94.
2. Van de Berg R, Widdershoven J, Bisdorff A, Evers S, Wiener-Vacher S, Cushing SL, *et al.* Vestibular Migraine of Childhood and Recurrent Vertigo of Childhood: Diagnostic criteria Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society and the International Headache Society. *J Vestib Res.* 2021;31(1):1-9.
3. Pazdro-Zastawny K, Pośpiech L, Zatoński T. Long-term evaluation of the effect of middle ear effusion on the vestibular system in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018; 109:13-6.
4. Said EA, Ahmed MK Enass SM. Role of vestibular testing in deciding treatment strategies for children with otitismedia with effusion. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences.* 2015; 16:151-9.

“Genta low intratimpánica”. Tratamiento de los episodios de vértigo de la enfermedad de Ménière

Dra. Ainhoa Arrondo Insausti, Dra. Vania Makarena Guzmán Zapata, Dr. Vicente Piñeiro Possé, Dra. Liliana Ramos Valencia, Dr. Hind Bennis.

Hospital Universitario Galdakao. Usansolo, Bizkaia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Ménière es una afección idiopática que afecta al oído interno. Se caracteriza por episodios recurrentes de vértigo (de más de 20 minutos de duración), hipoacusia fluctuante del oído afecto (predominantemente en frecuencias graves), sensación de taponamiento ótico y acúfeno.¹

El objetivo del tratamiento consiste en controlar la clínica vestibular de la manera más conservadora posible. Para aquellos casos resistentes al tratamiento médico habitual, la gentamicina intratimpánica ha mostrado ser un tratamiento efectivo ya que produce la ablación del sistema vestibular.² Sin embargo, la imposibilidad de predecir el daño exacto del oído interno con este tratamiento ha llevado a explorar vías menos tóxicas.

OBJETIVO

Valorar el resultado de la gentamicina intratimpánica a bajas dosis en el tratamiento de las crisis de vértigo en la enfermedad de Ménière.

MATERIAL

Se ha realizado un seguimiento prospectivo de 3 paciente afectados de enfermedad de Ménière definida¹ (1 bilateral, 2 unilaterales). Se describe el control de las crisis de vértigo y la aparición de hipoacusia e inestabilidad compensatoria post infiltración de gentamicina a dosis bajas.

RESULTADOS

Los 3 pacientes han mostrado un control aceptable de las crisis vertiginosas con menor pérdida auditiva e inestabilidad compensatoria.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

El síntoma más incapacitante de la enfermedad de Ménière es la crisis de vértigo, lo que afecta significativamente la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, el control de estas crisis se convierte en uno de los principales objetivos terapéuticos.

Según nuestra pequeña muestra, la gentamicina intratimpánica a bajas dosis ha mostrado un aceptable control de las crisis, con una preservación auditiva superior y una menor incidencia de inestabilidad compensatoria en comparación con los pacientes tratados con dosis tradicionales de gentamicina intratimpánica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basura, G.J., Adams, M.E., Monfared, A., Schwartz, S.R., Antonelli, P.J., Burkard, R., Bush, M.L., Bykowski, J., Colandrea, M., Derebery, J., Kelly, E.A., Kerber, K.A., Koopman, C.F., Kuch, A.A., Marcolini, E., McKinnon, B.J., Ruckenstein, M.J., Valenzuela, C.V., Vosooney, A., Walsh, S.A., Nnacheta, L.C., Dhepyasuwan, N. and Buchanan, E.M. (2020), Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 162: S1-S55. <https://doi.org/10.1177/0194599820909438>
2. Faizal B, Rajan A. Low Dose Intratympanic Gentamicin in Ménière's Disease. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Aug;74(Suppl 1):320-325. doi: 10.1007/s12070-020-02104-4. Epub 2020 Sep 1. PMID: 36032834; PMCID: PMC9411289.

Eficacia de la fisioterapia vestibular frente al ejercicio multicomponente en la mejora funcional en las personas mayores. Ensayo clínico aleatorizado

Dra. Marina López- García,¹ Dra. M^a Teresa González López,² Dra. Rocío Sasián López de Arellano, Dr. José Jesús Jiménez- Rejano,¹ Dra. Carmen M Suárez- Serrano.¹

1. Departamento de. Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España; 2. Fisioterapia los Bermejales. Sevilla; 3. Coordinadora del área de Fisioterapia en Grupo Médico López Cano. Cádiz; 4. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Instituto Oto Vértigo. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento de la población global representa una relevante transformación demográfica en la actualidad (el 14,44% de la población tiene más de 70)

El envejecimiento es un proceso normal que se caracteriza por modificaciones de modo gradual en las funciones fisiológicas de los diferentes sistemas y dentro de esos procesos, la pérdida de la función vestibular va unida al proceso normal de envejecimiento y de forma progresiva pueden producirse diversos síntomas como mareos, desequilibrios, debilidad facial y de extremidades, confusión o dolor de cabeza.

El deterioro vestibular es, por tanto, un factor de riesgo conocido de las caídas. La fisioterapia vestibular se ha demostrado eficaz para la mejora del equilibrio y para reducir el riesgo de caídas en personas cognitivamente intactas sin deterioro vestibular, siendo los ejercicios de fisioterapia vestibular un enfoque específico de la rehabilitación vestibular para la reducción de mareos y desequilibrios, pues facilita la compensación del Sistema Nervioso Central.

Por otro lado, el ejercicio físico terapéutico es una estrategia no farmacológica eficaz para mejorar la condición funcional de los mayores y aunque se sabe que son diversas las modalidades de ejercicio que mejoran la función física y la calidad de vida, las Guías de Práctica Clínica enfatizan la importancia del ejercicio multicomponente /multimodal para este grupo poblacional.

OBJETIVO

Determinar si existe diferencia de la eficacia de los ejercicios vestibulares frente al multicomponente para la mejora de capacidad funcional de mayores de 70 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio piloto es un ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECA) con dos grupos en paralelo, en el que se compara la combi-

nación de un protocolo de ejercicio terapéutico multicomponente (EM) frente a ejercicios vestibulares (EV) en mayores de 70 años.

Se contactó con pacientes mayores de 70 años que tras realizar la Prueba Corta de Desempeño Físico o *Short Physical Performance Battery* (SPPB), que combina pruebas de equilibrio, velocidad de la marcha y levantadas de la silla, se le determina que existe una limitación funcional con alta probabilidad de fragilidad en aquellas personas con un SPPB <10. Por ello, seleccionamos a los individuos con una puntuación comprendida entre 4 y 9 puntos según la escala siendo aleatorizados entre grupo experimental vestibular y multicomponente control.

Los participantes que aceptaron (n=36), que fueron distribuidos en ambos grupos de modo aleatorio y se les realizó la intervención de 5 sesiones por semana durante 6 semanas.

Las variables dependientes estudiadas han sido:

1. Valoración de la función física
2. Capacidad de la marcha
3. Capacidad de equilibrio dinámico como predictor de riesgos de caídas

Intervención y recogida de datos:

A. En el grupo multicomponente:

Se llevó a cabo un programa de ejercicio físico multicomponente terapéutico de 6 semanas de duración. Se siguió la guía ministerial y el consenso de Vivifrail.

B. En el grupo ejercicio vestibular:

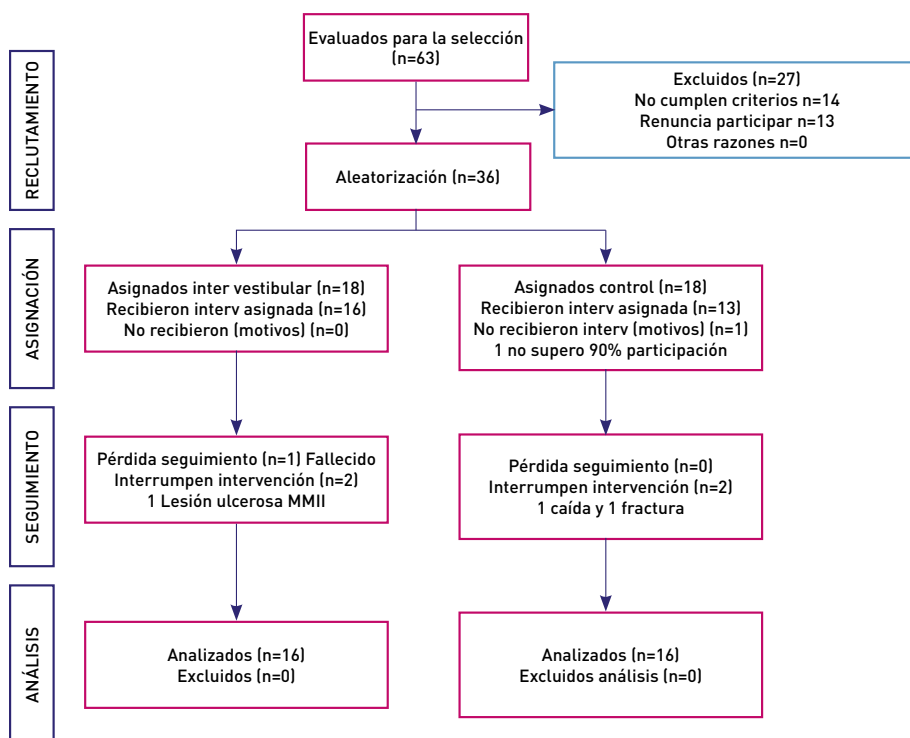
Los ejercicios vestibulares se realizaron bajo la supervisión de una fisioterapeuta, en sesiones de unos 20 minutos con 5 sesiones semanales (de lunes a viernes) que consistieron en 5 repeticiones sin fatiga de: movimientos de cabeza y ojos mientras se está sentado y de pie: movimientos de cabeza y cuerpo mientras se está sentado y de pie Vorx1 y VorX2 y finalmente ejercicios combinados de modificaciones en peldaños, superficies inestables y en marcha.

SUMARIO

RESULTADOS

Figura 1. Muestra del estudio

En el estudio se incluyeron un total de 36 sujetos con una muestra final de 29 sujetos (13 del grupo de EM y 16 del grupo de EV) con una media de edad de 85.97 años (DT=7.15). De estos pacientes 22 eran mujeres (75.9%) y 7 eran hombres (24.1%).



En la **Tabla 1**, mostramos los resultados de las comparaciones intragrupo, considerando cada grupo de forma aislada, de las variables dependientes. Como podemos observar en la tabla, en los dos grupos en la variable de función física los valores aumentaron significativamente en el post test con respecto a los valores pretest. Por otro lado, en la variable velocidad y en el equilibrio dinámico medido con la prueba Time Up and Go en ninguno de los dos grupos hubo diferencias entre los valores pre-intervención y los post-intervención.

Variable	Grupo	Medición Mediana [Q1-Q3]		Significación
		Pretest	Posttest	
Función física SPPB [0-12]	EM	4.00 [4.00-6.00]	7.00 [6.00-8.00]	p = .002 ^a
	EV	5.56 [1.32] ^b	6.75 [1.69] ^b	p = .007 ^c
Capacidad Marcha Velocidad [m/seg]	EM	0.85 [0.75-0.86]	0.79 [0.72-1.17]	p = .861 ^a
	EV	0.74 [0.18] ^b	0.74 [0.16] ^b	p = .991 ^c
Equilibrio dinámico Test TUG [seg]	EM	15.22 [11.81-16.67]	13.63 [12.17-15.73]	p = .753 ^a
	EV	15.76 [11.50-18.90]	15.07 [12.23-19.73]	p = .717 ^a

En la **Tabla 2**, se presentan los resultados para las comparaciones intergrupos. En el caso de la variable del estado funcional física, tal como se aprecia en la tabla 3, hubo diferencias significativas entre los dos grupos, tanto en la variable diferencia como en el porcentaje de cambio, resultando mayores en el grupo EM frente al grupo de EV. Por el contrario, en la variable marcha dinámica y medida de equilibrio dinámico mediante en el Test Get Up and Go ni en la diferencia ni en el porcentaje de cambio hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

Variable		Diferencias entre las mediciones		Significación Tamaño del efecto
		Grupo EM Mediana [Q1 ; Q3]	Grupo EV Mediana [Q1 ; Q3]	
Capacidad física SPPB [0-12]	Diferencia	2.00 [2.0; 3.00]	1.00 [0.00; 1.50]	p = .007 ^a r = 0.50
	Porcentaje de cambio	50.00 [33.33; 66.67]	15.48 [0.00; 32.50]	p = .012 ^a r = 0.48
Capacidad Marcha Velocidad [m/seg]	Diferencia	0.01 [0.21] ^b	0.00 [0.21] ^b	p = .915 ^c d = 0.04.
	Porcentaje de cambio	2.33 [25.94] ^b	3.78 [26.86] ^b	p = .884 ^c d = 0.06
Equilibrio dinámico Test TUG [s]	Diferencia	-0.48 [4.90] ^b	-0.09 [4.04] ^b	p = .816 ^c d = 0.09
	Porcentaje de cambio	3.19 [-17.25; 16.08]	7.06 [-15.79; 16.44]	p = .930 ^a r = 0.02

a. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

b. Se muestra la media y la desviación típica.

c. Se empleó la prueba t Student para muestras independientes.

EM: Ejercicio multimodal. EV: Ejercicio vestibular Q1 ; Q3: Cuartiles primero y tercero. r = "r" de Rosenthal. d = "d" de Cohen.

DISCUSIÓN

Las medidas de desempeño de actuaciones funcionales se están convirtiendo en indicadores muy fiables y preferidos a la hora de marcar la salud y función en adultos mayores, por lo que desde hace años la evidencia se orienta a apoyar su uso como medidas de cambio.

En los estudios realizados por Latham *et al.* con una población similar a la de nuestro estudio, la diferencia clínicamente importante en la escala SPPB es de 0,3 a 0,8 puntos y respecto a la potencia de efecto moderado 0,4 (el equivalente a pasar de 6 a 7 en la puntuación). Estos cambios determinan el salto claro según el propio test de pasar de un mayor funcionalmente tipo B a C. Es decir, mejorar y pasar de una limitación moderada o paciente frágil (que presenta una marcha con dificultad o con ayuda, que hace alguna levantada y completa con dificultad las pruebas de equilibrio) a ser un paciente prefrágil.

En nuestro estudio ambos grupos de EM y de EV obtienen puntuaciones superando esa cifra, los que nos reafirma en la utilidad de los ejercicios diseñados. En la misma línea apuntan otros estudios (realizados con una muestra más "joven" y compuesta por más individuos) con un nivel funcional situado en C, con lo que el margen de sensibilidad es más estrecho.

Respecto a la idoneidad de ambas técnicas, nuestro estudio ha demostrado mejoras en ambos grupos, si bien hay autores que diferencian realizar EV en sujetos con límites reducidos de estabilidad una gran mejoría y pacientes con más tiempo en el TUG muestran peores resultados y pueden beneficiarse más con el entrenamiento de la marcha. En ese sentido también una revisión sistemática (Kundakci, 2018) que sugiere que la RV con ejercicios muestra beneficios para los pacientes adultos con mareos crónicos con respecto a la mejora en la escala de síntomas de vértigo, riesgo de caídas, equilibrio, sin llegar a asociar como otros autores con reducciones de hasta el 50% en riesgo de caídas con reducciones significativas de TUG.



4ª Reunión de Invierno
de OTONEUROLOGÍA

23-24 febrero 2024

NUESTRO FORO

ABSTRACTS 2024

SUMARIO

CONCLUSIONES

Existen indicios de la eficacia de las intervenciones de ejercicio multicomponente y ejercicios vestibulares para mejorar las capacidades funcionales medidas según SPPB, si bien la fisioterapia vestibular no demuestra en este estudio ser superior en resultados funcionales al ejercicio multi componente.

La velocidad de la marcha mejora si se realizan ejercicios de carácter multicomponente y vestibulares.

Se hacen necesarios, conforme a la evidencia, nuevos estudios que comparen la efectividad de un grupo que realice ambas intervenciones de modo conjunto frente a otros ejercicios programados.

Síndrome de Ramsay-Hunt. Mareo y rehabilitación vestibular

Dra. Ana Sedeño Vidal,¹ Dra. María de Alharilla Montilla Ibáñez.²

1. Universidad de Jaén; 2. Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ramsay Hunt (RHS) se define como una parálisis facial aguda con erupción vesicular eritematosa en el conducto auditivo externo y que se acompaña de otalgia severa. La reactivación del virus varicela-zoster o la reactivación de infecciones latentes mediante el virus del herpes simple seguida de inflamación y alteración del nervio facial se conoce como la causa aparente de este síndrome RHS.

Las manifestaciones neurológicas que incluyen puede ser limitación del movimiento ocular, desviación de la lengua, cambio de voz, disfagia y neuralgia del trigémino. Los síntomas más comunes que acompañan a la parálisis facial en el RHS son la pérdida de audición, acúfenos, inestabilidad o vértigo y nistagmo fruto de la disfunción vestibulococlear asociada. (Lee *et al.* 2020; Yokose *et al.* 2020; Haeussler *et al.* 2022)

El RHS se presenta con vértigo agudo que dura más de 24 h, nistagmo espontáneo que late hacia el oído no afectado y una prueba de impulso cefálico positiva (Kim *et al.* 2022)

La rehabilitación vestibular tiene como objetivo reducir el mareo y mejorar el equilibrio, así como la función física general. La rehabilitación vestibular comprende actividades para disminuir la sensibilidad al movimiento (ejercicios de habituación), mejorar la estabilidad de la mirada (ejercicios de movimiento ojo-cabeza), el equilibrio y aumentar la resistencia.

El programa de rehabilitación vestibular comprendió ejercicios de habituación, estabilización de la mirada, equilibrio y marcha según el estudio previo publicado por Herdman *et al.* 2020

CASO CLÍNICO

Hombre de 62 años de edad acude al hospital con una historia de 5 días de otalgia izquierda, cefalea frontoparietal y sensación de náusea. Una semana después del inicio de los síntomas, muestra una otalgia severa con aparición de erupción vesicular en pabellón auricular, una crisis de vértigo agudo de 24 horas de duración y debilidad facial.

Presenta desdibujamiento de pliegues frontales izquierdos, dificultad para cierre ocular completo ojo izquierdo y desviación de la comisura bucal. Se consideró un diagnóstico clínico de síndrome de Ramsay Hunt con parálisis facial grado III.

Días posteriores a la crisis de vértigo incapacitante aparece acúfeno pulsátil en oído izquierdo que interfiere el descanso nocturno.

El examen de laboratorio mostró un aumento de valor de leucocitos y neutrófilos y una disminución de los linfocitos, valores bajos

de sodio y valores altos de la proteína C reactiva. Se le realizó una resonancia craneal sin alteraciones de significación patológica como diagnóstico diferencial.

El tratamiento aplicado fue aciclovir 800 mg 1/8 horas durante 7 días, prednisona 50 mg 2/24 horas durante 10 días con posteriormente pauta descendente y metoclopramida 1/8 horas si náusea o vómito.

En la exploración física posterior a la crisis única de vértigo, el paciente presenta inestabilidad y mareo con aumento de la base de sustentación. Romberg inestable sin caída ni lateralización. El paciente manifiesta que la sintomatología empeora con los movimientos cefálicos. Nistagmo espontáneo unidireccional sin desviación vertical horizontal/ rotatorio derecho. El nistagmo aumentaba en amplitud cuando miraba a la derecha y disminuye con la fijación visual. La dirección del nistagmo no se vio afectada por las maniobras de posicionamiento, como en las pruebas de Dix-Hallpike.

La evaluación neurológica y las pruebas oculomotoras descartaron signos de focalidad neurológica.

La prueba de impulso cefálico fue normal cuando su cabeza se giró rápidamente hacia la derecha. Se observó un claro movimiento sacádico de recuperación cuando su cabeza se giró rápidamente hacia la izquierda.

El paciente mostró una puntuación anormal en la prueba de agudeza visual dinámica (DVA) (puntuación > 0,20) LogMAR)

Audiometría: OD normal; OI caída en las frecuencias 4000 y 8000Hz hasta 80 dB. Resto de frecuencias conservadas.

La prueba de la vertical visual subjetiva (SVV): Los resultados mostraron una desviación significativa de la barra de inclinación de al menos 2,5° hacia el lado lesionado.

Se utilizó el *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) para cuantificar el grado de mareo subjetivo y el impacto en la calidad de vida, donde 0 indica una falta de discapacidad percibida y 100 indica una marcada percepción de discapacidad. El paciente obtuvo una puntuación de 70 sobre 100 en el DHI total; para la subescala funcional mostró 26/36 puntos, en la escala física se obtuvo 16/28 puntos y la escala emocional mostró 28/36 puntos.

El paciente obtuvo una puntuación de: 20/24 puntos sobre *Dynamic Gait Index* interpretado como con riesgo bajo de caída.

Después de 2 semanas de evolución la otalgia y las vesículas remitieron. La hipoacusia se recuperó por completo presentando una mejora parcial de la parálisis facial. El paciente presenta una inestabilidad postural persistente residual.

Las intervenciones de fisioterapia incluyeron un protocolo de ejercicio basado en ejercicios de estabilización de la mirada, ejercicios dinámicos de agudeza visual, ejercicios de estabilidad postural y de la marcha, ejercicios de equilibrio, ejercicios de marcha cognitivos y motores de doble tarea, ejercicios de habituación que provocaron mareos, ejercicios de sillón giratorio y estimulación optocinética con realidad virtual. El paciente acudía a una clínica de rehabilitación una vez por semana. Cada sesión de tratamiento tuvo una duración de 60 minutos.

El paciente fue supervisado por el mismo fisioterapeuta. Además, el paciente realizó ejercicios en casa dos veces al día y los registró en el diario de ejercicios domiciliarios.

DISCUSIÓN

Los síntomas y la gravedad de la vestibulopatía causada por el síndrome de Ramsay Hunt son diversos. Algunos pacientes con síndrome de Ramsay Hunt no desarrollan ningún síntoma vestibular, mientras que otros solo desarrollan síntomas vestibulares leves y se recuperan rápidamente. Sin embargo, en algunos pacientes con pérdida vestibular inicial, el déficit vestibular puede ser permanente y la inestabilidad puede volverse crónica mostrando una marcha inestable. (Ohtani *et al.* 2006)

Liao *et al.* demostró que la terapia basada en rehabilitación vestibular (VRT) mejoraba la capacidad de equilibrio y eliminaba significativamente los mareos incluso 1 año después del inicio de la enfermedad en nuestro paciente. Este estudio de caso sugiere que la VRT puede ser un método terapéutico eficaz en el tratamiento de la vestibulopatía crónica del síndrome de Ramsay Hunt.

En el estudio de Tokle *et al.* con el establecimiento de la prednisolona como estándar de atención para la neuritis vestibular, junto con la VRT en la estrategia de recuperación da como resultado una disminución significativa en la puntuación de mareo percibido (DHI) en el mareo provocado por el movimiento, en comparación con aquellos que reciben prednisolona sola. El diagnóstico de neuritis vestibular fue confirmado mediante videonistagmografía y prueba calórica bitérmica que mostrara al menos un 25% de asimetría. El programa de rehabilitación vestibular comprendió ejercicios de habituación, estabilización de la mirada, equilibrio y marcha. Los ejercicios de marcha incluían tareas duales como caminar mientras se movía la cabeza y contar hacia atrás sin perder el equilibrio ni la velocidad. Los ejercicios se realizaron con los ojos abiertos y cerrados. Las sesiones fueron supervisadas por un fisioterapeuta y se realizaron dos veces por semana durante 10 semanas. Se realizó un seguimiento al mes y a los 6 meses.

Yoo *et al.* observaron mejoras significativas en los parámetros tanto subjetivos (DHI) como objetivos (prueba calórica, prueba de impulso cefálico por video (vHIT) y prueba de organización sensorial (SOT)) en comparación con las características iniciales de los sujetos.

CONCLUSIÓN

La recuperación de la disfunción vestibular provocada por el síndrome de Ramsay Hunt es a veces lenta e incompleta. En este caso clínico podemos concluir que un tratamiento combinado genera una mejoría significativa en la percepción del vértigo y en la calidad de vida.

Patología isquémica del laberinto: Síndrome de Lindsay-Hemenway

Dr. Javier Morales Domínguez, Dr. Francisco Javier Cogolludo Pérez, Dra. Mireya Bonet Loscertales, Dr. Abel Bogoya Castaño, Dr. Asier Blanco Goñi, Dra. María Pilar Benavent Marín.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lindsay-Hemenway se caracteriza por la isquemia de la arteria vestibular anterior del laberinto con posterior desarrollo de una crisis vertiginosa aguda, que inicialmente presenta clínica similar a la neuritis vestibular. Tras la resolución del cuadro inicial, en un intervalo corto de tiempo aparecen nuevos episodios vertiginosos de características posicionales. El canal semicircular más frecuentemente afecto es el posterior.

Algunos autores sostienen que entre 1,8-22% de los pacientes con diagnóstico inicial de vértigo posicional paroxístico benigno, presentan en realidad dicho síndrome.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 66 años exfumador con antecedentes de hipertensión y dislipemia que acude al Servicio de Urgencias por mareo e inestabilidad con giro de objetos de 48 horas de evolución. La anamnesis y la exploración otoneurológica sugieren un cuadro de hipofunción vestibular aguda izquierda con mal control sintomático que requiere de ingreso hospitalario para control de los síntomas. El resultado de la audiometría realizada durante el ingreso fue de normoacusia para frecuencias graves y medias, con una caída leve en oído izquierdo en agudos y severa en oído derecho. La resonancia magnética con contraste de ambos CAIs no identificó alteraciones significativas.

Una vez controlados los síntomas agudos, se procede a alta domiciliaria y seguimiento posterior en consultas externas.

Se realizaron vHIT y pruebas calóricas de forma ambulatoria cuyos resultados fueron los siguientes, una asimetría con déficit del 90% izquierdo con reflectividad absoluta contralateral y ganancias izquierdas alteradas (0,2), con sacadas overt y covert patológicas.

En los meses sucesivos, el paciente comienza con crisis recurrentes cada dos meses de características posicionales.

Se realizan al paciente en diferentes consultas maniobras diagnósticas objetivando de forma repetida, un nistagmo horizontal-rotatorio izquierdo con la maniobra de Dix-Hallpike. La respuesta a las maniobras de reposicionamiento de Epley y Semont

fue solo parcial puesto que la clínica de posicional no terminaba de mejorar. Dado los hallazgos exploratorios compatibles con un síndrome de Lindsay-Hemenway, realizamos un vHIT de 6 canales y unos VEMPs cervicales y oculares que informaron de ganancias disminuidas para los canales superior y lateral izquierdos (con normalidad del posterior izquierdo y los tres derechos) y la presencia de ondas en los potenciales con amplitud y latencias normales para el lado derecho, con ausencia de las mismas en el izquierdo que confirmaron nuestra sospecha diagnóstica.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

El síndrome de la arteria vestibular anterior es consecuencia de la isquemia de las máculas del oído interno, sobre todo del utrículo, con degeneración de éstas y posterior desprendimiento de las otoconias hacia las ámpulas de los canales semicirculares, principalmente el canal posterior. Esto justificaría la clínica inicial de características idénticas a una neuritis vestibular con resolución, pero seguidamente aparición de crisis posicionales con respuesta parcial a las maniobras de recolocación. Este síndrome se definirá por antecedentes de vértigo intenso y agudo, seguido de episodios vestibulares en consonancia con los movimientos cefálicos, sin síntomas cocleares, maniobra de Dix-Hallpike positiva y ausencia o reducción de la respuesta calórica.

Resulta imprescindible en estos casos, descartar la presencia de una lesión central tanto clínicamente, comprobando las características periféricas del vértigo que cumplen las leyes de Alexander y mediante la realización de una RM de CAIs y cerebral. Las pruebas de imagen como la angio-TAC y angio-RMN no muestran alteraciones de señal en el distrito carotídeo y vertebral. Con estas limitaciones diagnósticas, en el momento actual, no somos capaces de diferenciar si la hipofunción vestibular aguda se debe a la isquemia de la arteria vestibular anterior o si se trata de un proceso inflamatorio del propio nervio vestibular.

La realización de una buena anamnesis y exploración junto con la evolución y las pruebas instrumentales disponibles nos permiten acercarnos a un diagnóstico con alta sospecha y definir la topografía de la lesión a la par que descartar otras patologías que afectan al laberinto.

Características de los pacientes con mareo residual tras vértigo posicional paroxístico benigno que acuden al servicio de rehabilitación vestibular

Dra. Laura Flix Díez, Dra. Melissa Blanco Pareja, Dra. Ruth Escudero Medina, Dr. Nicolás Pérez Fernández.

Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es una de las causas más frecuentes de vértigo. La gran mayoría estos casos se resuelven de forma satisfactoria con una o varias maniobras de reposicionamiento de partículas, pero aproximadamente un 30% de los pacientes presentan mareo residual una vez que el vértigo posicional se ha resuelto. La recomendación terapéutica recomendada para este perfil de situaciones suele ser la rehabilitación vestibular (RV).

OBJETIVO

Definir las características clínicas y de la función vestibular de los pacientes con mareo residual tras VPPB que acuden al servicio de RV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de la información clínica y de la función vestibular de los pacientes que acudieron al servicio de RV diagnóstico de mareo residual tras VPPB desde noviembre de 2019 a diciembre de 2023.

RESULTADOS

De 210 pacientes que acudieron al Servicio de RV, 58 (27,62%) tenían antecedentes de VPPB (43 mujeres y 15 hombres con una media de edad de 64,71 años), 18 de los cuales (31,03%) tenían antecedentes simultáneos de patologías vestibulares tales como: vestibulopatía unilateral, bilateral, mareo funcional o ataxia cerebelosa. Los resultados de las pruebas funcionales tienen gran variabilidad entre pacientes. Se revisa también la incidencia de recidivas durante el proceso de RV y su afectación en el mismo.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

La variedad funcional de los pacientes con mareo o inestabilidad residual a un VPPB que acuden a RV es muy grande, teniendo como consecuencia una adaptación muy diversa de los ejercicios seleccionados para la realización del tratamiento.

Evolución y control de la Enfermedad de Ménière Unilateral Definitiva asociada a Migraña

Dra. Vanessa Rosalyn Villarraga Cova,¹ Dra. María Rosana Rodríguez Villalba,¹ Dr. Gabriel Trinidad Ruiz,² Dr. Miguel Caballero Borrego.³

1. Xarxa Assistencial Universitària Manresa; 2. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 3. Hospital Clinic de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre la enfermedad de Ménière (EM) y la migraña es conocida. Aunque su fisiopatología es compleja, algunos elementos podrían ser compartidos, lo que podría motivar, en los casos en los que coexisten, diferentes circunstancias que pudieran condicionar la evolución y, consecuentemente, modificaciones en la necesidad de escalar en los tratamientos indicados para la propia EM.

OBJETIVO

Determinar si la asociación de migraña condiciona cambios en la evolución o en la necesidad de IT en pacientes con EM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron 82 pacientes que cumplían con los criterios de EM unilateral definitiva de acuerdo con la Sociedad Bárány.

Se analizaron las variables de sexo, edad, número de crisis en el último año, número de meses con crisis, años de evolución, antecedentes de migraña y necesidad de tratamientos transtimpánicos (IT) con dexametasona y/o gentamicina (laberintectomía química).

RESULTADOS

De los 82 pacientes incluidos, 41 eran hombres y 41 mujeres, con una edad mediana de 64 años, la edad mediana al diagnóstico fue de 50,5 años.

El 48,8 % (40 pacientes) se trataron con infiltración IT de corticoides, y al 9,8 % (8 pacientes) se les realizó laberintectomía química. Quince pacientes tenían diagnóstico de migraña (18,8%) siendo más frecuente en el sexo femenino (12 pacientes) $p < 0,02$. El 73,3% de los pacientes con migraña se trataron con infiltración IT de corticoides, mientras que sólo el 43,3% de los que no asociaban ese diagnóstico lo necesitaron ($p=0,04$). Sin embargo, no existieron diferencias para el resto de variables relacionadas con la gravedad o la evolución de la EM entre los pacientes con y sin migraña asociada. Tampoco hubo diferencias en cuanto a los tratamientos ablativos realizados.

DISCUSIÓN

La existencia de patologías sobreañadidas, como es el caso de la migraña a la EM podría condicionar cambios en la actitud terapéutica de la propia EM. Esto podría deberse a la existencia de síntomas añadidos que modifiquen la tolerancia, la percepción o el impacto en la vida diaria de las crisis de EM.

En nuestro estudio, no encontramos diferencias en las variables referidas exclusivamente a la propia EM, pero, a pesar de que no existían criterios de mayor gravedad o diferencias en las variables estudiadas (excepto el sexo), los pacientes con EM y migraña fueron tratados con mayor frecuencia con IT de corticoides.

CONCLUSIÓN

La asociación de migraña condicionó una mayor indicación de IT de corticoides, a pesar de que no se encontraron criterios de mayor gravedad o peor evolución.

Estudio otoneurológico comparativo entre familiares afectados de síndrome de CANVAS (cerebellar ataxia, Neuropathy and vestibular areflexia syndrome)

*Dra. Inés Tortajada Torralba, Dr. Santiago Almanzo, Dra. Teresa Sevilla Mantecón, Dra. Ana Belén Castilla Jiménez,
Dr. Miguel Armengot Carceller, Dra. Vanesa Pérez Guillén.*

Servicio Otorrinolaringología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de CANVAS se manifiesta como una ataxia progresiva que combina la afectación de diversos sistemas involucrados en el equilibrio con la presencia de neuropatía sensitiva, areflexia vestibular y ataxia cerebelosa.

La etiología de la enfermedad ha sido recientemente descrita y se atribuye a la herencia en homocigosis de una mutación con expansión del pentámero AAGGG a nivel del intrón 2 de la subunidad 1 del factor de replicación C (RFC1).

OBJETIVOS

Comparar las diferencias observadas a nivel de la función vestibular en individuos de una misma familia con diagnóstico genético de la enfermedad, mediante evaluación de resultados de VHIT y la prueba calórica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen 3 familias que presentan individuos afectados de enfermedad de CANVAS diagnosticados genéticamente.

En total, se estudian 10 pacientes. A los pacientes seleccionados se les realiza una exploración otoneurológica completa, la prueba de VHIT y un test calórico. Posteriormente se compara la afectación a nivel de la función vestibular entre los individuos de la misma familia.

RESULTADOS

En la prueba VHIT el 50% de los pacientes presentaron disminución en las ganancias bilateralmente.

En la prueba calórica el 60% presentó alteraciones de la misma (20% hipofunción vestibular bilateral y 40% areflexia bilateral).

En la primera familia de 4 hermanos, 3 presentaron la mutación en homocigosis, debutando con inestabilidad de la marcha. Dos hermanos mostraron ganancias disminuidas bilateralmente y areflexia vestibular bilateral.

No disponemos de datos del tercer miembro.

La segunda familia se compone de 3 miembros, todos afectados de la mutación, que debutaron con inestabilidad de la marcha. El caso índice presentó areflexia vestibular y disminución de las ganancias bilateralmente. Sus dos hermanos presentaron normalidad en el estudio ORL.

En la tercera familia compuesta por 5 hermanos, 4 miembros presentaron la mutación. El caso índice presentó areflexia vestibular y ganancias dentro de la normalidad. El resto de hermanos presentaron normalidad en el estudio ORL.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Con los resultados obtenidos podemos concluir que, a pesar de los recientes avances descritos en la etiología de la enfermedad, existen pacientes afectados con la mutación en homocigosis que no han manifestado síntomas y por tanto queda patente que faltan incógnitas por resolver en cuanto al origen de este síndrome.

Efectos de la rehabilitación vestibular y la terapia manual en pacientes con disfunción vestibular unilateral: un ensayo clínico aleatorizado doble-ciego

Dra. María de Alharilla Montilla Ibáñez,¹ Dra. Ana Sedeño Vidal.²

1. Hospital Universitario de Jaén; 2. Universidad de Jaén.

INTRODUCCIÓN

La hipofunción vestibular unilateral es la pérdida parcial o completa de la función de uno de los órganos sensoriales vestibulares periféricos y/o de los nervios vestibulares. La hipofunción vestibular unilateral (HVU) puede ser causada por neuritis vestibular o enfermedad de Ménière, pero también puede ser causada por un traumatismo, una intervención quirúrgica otológica, medicación ototóxica, u otras lesiones del VIII par craneal o de la cóclea. Los síntomas y signos de HVU aguda son vértigo con inestabilidad, náuseas/vómitos y/u oscilopsia, y nistagmo vestibular periférico espontáneo, que tiene dirección fija y se intensifica con la eliminación de la fijación visual y el reflejo vestíbulo ocular alterado. Los síntomas crónicos son vértigo o mareo de menor intensidad, intolerancia al movimiento de la cabeza, oscilopsia y desequilibrio postural o de la marcha con tendencia a caer hacia el lado afectado y/o náuseas.

OBJETIVO

Determinar el efecto de un programa de terapia de rehabilitación vestibular dirigida (RVD) con terapia manual (TM) sobre la discapacidad relacionada con el mareo y los síntomas de desequilibrio entre pacientes con disfunción vestibular unilateral periférica.

MÉTODOS

Ochenta pacientes de ambos sexos y mayores de edad ($54,75 \pm 1,34$ años) fueron asignados de forma aleatoria a los dos grupos de estudio. El grupo control ($n = 40$), se sometió a un programa de rehabilitación vestibular dirigido, y el grupo experimental ($n = 40$), recibió el mismo programa más terapia manual una vez por semana durante 4 semanas. Evaluamos su nivel de discapacidad (Dizziness Handicap Inventory, DHI), confianza en el equilibrio (escala de confianza en el equilibrio específica de actividades, ABC 16), equilibrio postural (plataforma estabilométrica estática) y la frecuencia e intensidad de los síntomas de mareo (escala visual analógica).

Se realizaron mediciones de los resultados tras finalizar la rehabilitación, pasado un mes y a los seis meses.

El protocolo de terapia manual se basó en la aplicación de la técnica de alta velocidad/baja amplitud sobre el segmento cervical del eje atlantooccipital y una técnica de inhibición y liberación miofascial de la musculatura suboccipital. La RV dirigida consistió en un programa con ejercicios de estabilización de la mirada (ejercicios de adaptación y sustitución), ejercicios de habituación y ejercicios destinados a mejorar el equilibrio y la marcha y la marcha.

RESULTADOS

Se observaron mejoras entre los grupos después de la intervención con respecto a la puntuación total del DHI y la intensidad del mareo en el grupo experimental ($p < 0,001$), así como cuatro semanas después. Seis meses después, el grupo experimental mostró mejoras en el centro de velocidad de presión con los ojos abiertos ($p = 0,019$), puntuación total DHI ($p = 0,001$) y subescalas (todas $p < 0,05$), e intensidad ($p = 0,003$) y frecuencia ($p = 0,010$) del mareo. Se observaron mejoras en la confianza en el equilibrio 1 mes ($p = 0,035$) y 6 meses ($p = 0,038$) después de la intervención.

CONCLUSIONES

La RV dirigida más terapia manual es una intervención segura y beneficiosa que acelera la recuperación de los pacientes que sufren mareo e inestabilidad derivados de la disfunción vestibular unilateral.

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad de Ménière

*Dra. Agustina Arbía,¹ Dra. Concepción Rodríguez Izquierdo,¹ Dr. Andrés Navarro,¹ Dra. Estefanía Miranda,¹
Dra. Cristina García García,¹ Dra. Anastasiya Avdiyuk,¹ Dr. Guillermo Plaza Mayor.²*

1. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid; 2. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. Hospital Universitario de la Zarzuela Sanitas, Madrid. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Ménière (EM) es una patología vestibular que afecta al oído interno dando como clínica episodios recurrentes de vértigo, plenitud ótica, acúfenos y pérdida de audición del oído afecto.

OBJETIVO

Valorar como los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión o dislipemia) pueden afectar a la evolución clínica de la enfermedad de Ménière.

MATERIALES/ METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se incluyen 61 pacientes diagnosticados de EM y en seguimiento en nuestro hospital en los últimos 3 años.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron diagnosticados según los criterios de la Sociedad Bárány y se valoró si en los 3 meses posteriores al diagnóstico presentaban o no crisis. Se excluyeron pacientes con enfermedad de Ménière probable, diagnosticados en otro centro, pacientes con alguna cirugía otológica y pacientes en seguimiento por migraña o enfermedad psiquiátrica.

RESULTADOS

De los 61 pacientes el 42,6% eran mujeres y el 57,4 % hombres, con una media de edad de 62 años. El 52,5 % tenía al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV).

El 73 % de los pacientes tuvieron crisis de Ménière en los 3 meses después del diagnóstico.

Existe una diferencia estadísticamente significativa en el número de crisis en los pacientes con FRCV respecto a aquellos sin FRCV. El 90,6% de los pacientes con FRCV presentó al menos una crisis en los siguientes 3 meses, mientras que, de los pacientes sin factores de riesgo, sólo el 35,5 % presentó crisis. Además, se observa que el hecho de presentar algún FRCV aumenta un 7,85 veces más el riesgo de presentar crisis que el grupo que no los tiene.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Nuestros resultados concuerdan con la literatura en cuanto a la mayor frecuencia de crisis en aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular.

Se puede observar que estas comorbilidades pueden tener un efecto considerable en el curso de la enfermedad, asociado a peor pronóstico. Así, sería posible plantear el abordaje médico para un buen control de los factores de riesgo cardiovascular de estos pacientes.

Síndrome vestibular prolongado en gestante

Dr. Alberto Codina Aroca, Dra. Daniela Pastene, Dr. Joan Remacha Sardà, Dr. Francesc Larrosa Díaz.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los Schwannomas Vestibulares (SV) en embarazadas son una entidad infrecuente y suponen un dilema en cuanto al manejo debido a los riesgos existentes tanto para la madre como para el feto. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada durante el embarazo y realizamos una revisión de la literatura existente para el manejo de esta patología tan infrecuente.

CASO CLÍNICO

Una mujer primípara de 24ª semanas de gestación (SG) acude a nuestro servicio por vértigo rotatorio de cinco semanas de evolución, con náuseas e imposibilidad para la ingesta durante la semana previa a la consulta.

La exploración neurológica demostró un nistagmo torsional de polo superior batiendo a derecha en posiciones de Dix-Hallpike y de McClure, así como un nistagmo evocado por la mirada y un *Video Head Impulse Test* normal con audiograma también normal.

Ante la sospecha de centralidad se realiza una resonancia magnética urgente que muestra un schwanoma vestibular (SV) de 2 cm.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

En la literatura, solo hay 31 casos de SV diagnosticados durante el embarazo incluyendo el nuestro, todos diagnosticados en el 2º y 3º trimestre, de los cuales solo 6 requirieron resección quirúrgica previa al parto.

El tratamiento debe basarse en el estado de gestación y la sintomatología de la paciente para minimizar los riesgos de madre y feto. Si la paciente está estable el mejor momento esperar al parto, en caso contrario hay que plantear una cirugía durante el segundo trimestre.

El papel de la angiotomografía computarizada de cabeza y cuello en la evaluación de vértigo

Dra. Bárbara Rebelo Rodrigues, Dr. Gonçalo Quadros, Dr. Márcia Mourão, Dra. Joana Silva, Dr. Sérgio Raposo.

Centro Hospitalario Tondela-Viseu, Portugal.

INTRODUCCIÓN

El vértigo y el mareo agudo son una de las 10 principales razones de búsqueda de atención médica en el servicio de urgencias. Esta es una queja de carácter subjetivo y puede ser una manifestación de diversas patologías, debiendo ser abordada con especial precaución, especialmente en relación a la etiología que involucra el sistema nervioso central y cerebrovascular. Aproximadamente el 10-25% de los casos de síndrome vestibular agudo son causados por accidente cerebrovascular.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la angiotomografía computarizada (ATC) de cabeza y cuello para la investigación de vértigo en el Servicio de Urgencias, con el fin de detectar hallazgos agudos significativos que conduzcan a un cambio en la gestión clínica, en comparación con la tomografía computarizada sin contraste.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado en el Centro Hospitalario Tondela-Viseu, en Portugal, entre 2019 y 2022. La selección se llevó a cabo utilizando un sistema de códigos de diagnóstico relacionados con vértigo y posteriormente se analizaron los pacientes sometidos a tomografía computarizada con y sin contraste. Las variables en estudio incluyen datos demográficos, presencia de factores de riesgo cardiovasculares y exámenes de imágenes realizados.

RESULTADOS

Un total de 2473 pacientes que acudió al servicio de urgencias debido a vértigo o alteraciones del equilibrio se sometió a tomografía computarizada. Sin embargo, la ATC craneoencefálica se realizó solo en 38 de las admisiones hospitalarias. La población que se sometió a la ATC tenía una prevalencia superior en el género masculino y un rango de edad entre 19 y 94 años. Se obtuvo un resultado alterado en aproximadamente el 32,4% de las ATC solicitadas.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Las directrices más recientes para el manejo de la vértigo aguda en el servicio de urgencias recomiendan que en casos sospechosos de accidente cerebrovascular transitorio se solicite una ATC o angiografía por resonancia magnética y/o se consulte con neurología. Se hace necesario llevar a cabo investigaciones adicionales para validar y profundizar en los beneficios de la ATC en el enfoque del vértigo en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Edlow JA, Carpenter C, Akhter M, et al. Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 (GRACE-3): Acute dizziness and vertigo in the emergency department. Acad Emerg Med. 2023;30(5):442-486. doi:10.1111/acem.14728
- Paşaoğlu L. Vertebrobasilar system computed tomographic angiography in central vertigo. Medicine (Baltimore). 2017;96(12):e6297. doi:10.1097/MD.0000000000006297
- Tu LH, Malhotra A, Venkatesh AK, et al. Clinical criteria to exclude acute vascular pathology on CT angiogram in patients with dizziness. PLoS One. 2023;18(3):e0280752. Published 2023 Mar 9. doi:10.1371/journal.pone.0280752

Mejora de la calidad de vida de los pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno del canal semicircular posterior tras la maniobra de Epley, la maniobra de Semont o la maniobra de Semont Plus

Dra. Rocío Andreu Abeledo, Dra. Iballa Romero Sánchez, Dra. Maria Soledad Cabrera Ramírez, Dra. Mercedes Valido Quintana, Dra. María Elvira Santandreu Jiménez, Dr. Jesús Benítez del Rosario.

Universitario de Gran Canaria, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN

El vértigo es un síntoma muy frecuente entre la población general, ocupando el 3^{er}-4^o síntoma por el que más se consulta. El VPPB es la causa más común entre los trastornos vestibulares. La mayor incidencia y prevalencia de esta enfermedad es la afectación del canal semicircular posterior. La calidad de vida en los pacientes que padecen vértigos se ve muy comprometida hasta que éste se resuelve.

OBJETIVOS

Valorar el efecto de las MRP en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con VPPBCSP comparando los tres posibles tratamientos de este estudio.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo multicéntrico en pacientes diagnosticados de VPPBCSP.

Para el diagnóstico, se realizó un estudio otoneurológico con videonistagmografía y se confirmó la enfermedad mediante técnicas de provocación. Se solicitó una autoencuesta a todos los pacientes denominada Escala de Actividades y Participación Vestibulares (VAP) que se realizaron antes y después de realizar las maniobras. Se dividió a los pacientes en 3 grupos, uno a los que se trató con la maniobra de Epley, el segundo a los que se realizó la maniobra de Semont y el tercero tratado con la maniobra de Semont plus. La posible mejora se evaluó mediante la comparación de ambos cuestionarios (pre y post tratamiento) extraídos de cada uno de los tres grupos tratados mediante la prueba t pareada para comprobar si la media entre pares de medidas es o no igual a cero, así como un análisis de varianza (ANOVA) para examinar las diferencias en las medias de los tres grupos y calcular su significación estadística.

RESULTADOS

Se comprueba la mejora en la puntuación del VAP pre y post-tratamiento de los tres grupos de pacientes tratados con las distintas maniobras ($p=0.0339$). La mejora en la puntuación del VAP entre los pacientes tratados con la Maniobra de Epley versus la de Semont no muestra diferencias significativa ($p=0.7967$) como tampoco la comparativa entre el tratamiento con la Maniobra de Semont vs. Semont Plus ($p=0.1843$). Sin embargo, si se obtiene una diferencia significativa en la mejora de la discapacidad entre la Maniobra de Epley vs. la de Semont Plus ($p=0.0415$).

CONCLUSIONES

En este estudio se concluye que hay una mejoría en la calidad de vida de los pacientes con VPPBCSP tras la realización de cualquiera de las tres maniobras.

La Maniobra de Epley presentó mejores resultados en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con VPPBCSP.

Perfil clínico, resultados audiovestibulares y manejo del vértigo e inestabilidad en el paciente pediátrico: cuando no todo es culpa de la ansiedad

Dr. Joan Lorente-Piera, Dra. Raquel Manrique- Huarte.

Departamento de Otorrinolaringología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El vértigo se describe habitualmente como la percepción rotatoria, de oscilación intrínseca o extrínseca de aquello que nos rodea o muestra movimiento. Se trata de una entidad también común entre la población más joven, con una tasa de prevalencia estimada que oscila entre el 5,2 y el 6% en población pediátrica (inferior a 18 años) con predominio en sexo femenino. Como puede deducirse, este signo aparece con una frecuencia notable en niños y adolescentes, pudiendo ocasionar, consecuentemente, retraso en el control postural, falta de coordinación y el desarrollo de inclinación paroxística de la cabeza en pacientes jóvenes para compensar el déficit.

Ahora bien, ¿son los vértigos en niños la consecuencia del estrés emocional y tienen todos un componente ansioso-depresivo subyacente? La respuesta es que no. Erbek *et al.*, en su estudio sobre el vértigo psicógeno realizado en 2006, identificaron una relación bidireccional entre los trastornos neuro-otológicos y psiquiátricos. En muchos casos, la patología de origen vestibular o central suele manifestarse antes de los síntomas en la esfera biopsicosocial. La clínica, al ser tan incapacitante en la vida diaria de los pacientes, conduce a un aislamiento para evitar estímulos desencadenantes, lo que a su vez genera ansiedad, depresión y/o trastornos del comportamiento.

OBJETIVOS

Este trabajo creemos que es de especial interés en el congreso porque se convierte en uno de los primeros estudios en España en demostrar que el origen del vértigo en la edad pediátrica está infradiagnosticado y que las causas difieren a las del adulto, al mismo tiempo que se intentan caracterizar estas enfermedades. A menudo, con una anamnesis exhaustiva, un protocolo HINTS correcto (Strupp *et al.*), la realización de pruebas audiovestibulares y, si precisa, de imagen, se puede obtener un diagnóstico con seguridad. Por otro lado, se pretende también dejar constancia que el abordaje de estos pacientes también dista del adulto, en cuanto a un manejo multidisciplinar se refiere, conjugando el trabajo del pediatra, el otorrinolaringólogo infantil u otoneurólogo y, a menudo, del psiquiatra o psicólogo para obtener óptimos beneficios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional retrospectivo en un centro de atención terciaria. Se realizó la recopilación de datos clínicos de sujetos en edad pediátrica que acudieron al departamento de

otorrinolaringología de nuestro centro por clínica de vértigo e inestabilidad desde 2016 hasta 2023 a los que, además, se les realizaron pruebas audiovestibulares. Una revisión detallada de los expedientes médicos y las pruebas pertinentes permitió la clasificación de los pacientes con patología vestibular, obteniendo un total de 42 niños para el estudio.

Únicamente en los pacientes con diagnóstico de mareo inducido por el movimiento se empleó un cuestionario estandarizado para categorizar sus síntomas. Éste fue el Motion Sickness Susceptibility-short (MSSQ-Short), una modificación del MSSQ original, con 9 ítems dirigido para pacientes con menos de 12 años el cual tiene como objetivo predecir las diferencias individuales en el mareo por movimiento al calificar la frecuencia de las molestias o náuseas generadas con los medios de transporte y las actividades.

Se emplearon métodos de estadística descriptiva mediante el programa RStudio v.3.3.3, principalmente medias aritméticas, desviaciones estándar y rangos. También se utilizaron gráficos sectoriales y de barras para describir las tendencias en ambos grupos. Además, se calculó la Odds Ratio (OR) para evaluar la fuerza de las probabilidades de tener síntomas psicósomáticos en los grupos con VPBI y MV, los dos más frecuentes. Así mismo, se calculó la correlación de Spearman entre las puntuaciones MSSQ-Short y la duración de los síntomas y posteriormente un modelo de regresión lineal simple para evaluar la relación entre estas dos variables, que se plasmó en un gráfico de dispersión junto con su coeficiente de determinación (R^2 142).

RESULTADOS

Con la anamnesis, los hallazgos exploratorios y las pruebas vestibulares registradas, se llegó a la conclusión que el 47,61% de los pacientes ($n=20$) padecían un mareo inducido por el movimiento o vértigo posicional benigno de la infancia (VPBI). A continuación, el 45,23% ($n=19$) fue diagnosticado de migraña vestibular, uno de los cuales presentaba episodios de vértigo paroxístico concomitantes. De los niños restantes, dos de ellos (4,76%) padecía una enfermedad de Ménière, mientras que el restante (2,38%) fue diagnosticado de un glioma bulbo-medular exofítico. El diagnóstico definitivo, así como la descripción de todos los hallazgos previamente descritos y los tratamientos, se resumen en la tabla 2.

Resulta interesante, tal y como se puede observar en la Tabla 2, que 16 de los pacientes (38,09%) que terminaron con un diagnóstico concluyente con mal funcionamiento o adaptación del sistema vestibular, habían sido diagnosticados en otro centro de una enfermedad psicósomática. Incluso, 12 de ellos (75%) estaban en

tratamiento con Fluoxetina entre 5-10 mg cada 24 horas, dependiendo del paciente.

Respecto a los resultados en el cuestionario MSSQ-Short, se obtuvo de media un resultado de $7 \pm 2,59$. Cabe decir, que este cuestionario, especialmente indicado en los pacientes con mareo inducido por el movimiento o VPBI, se pudo obtener en 18 de los 20 con este diagnóstico (73,68%), puesto que este está indicado especialmente en menores de 12 años. Por orden de frecuencia, los pacientes referían que la sensación de mareo empeoraba en viajes en buses, automóviles, botes pequeños y parques de atracciones. La correlación de Spearman aportó un resultado de 0,26 lo que sugiere que esta relación es débil, lo que significa que un aumento en las puntuaciones del MSSQ-Short se asocia débilmente con un aumento en la duración de los síntomas. Respecto a la regresión lineal, el coeficiente aportó un valor de 0,28, lo que sugiere que hay un aumento esperado en la duración de los síntomas a medida que aumentan las puntuaciones del MSSQ-Short. El coeficiente de determinación (R^2) fue de 0,78, lo que implica una relación fuerte entre las dos variables en el contexto del modelo, explicando aproximadamente el 78% de la variabilidad observada en la duración de los síntomas basándose en las puntuaciones del MSSQ Short.

En cuanto al tratamiento, se indicó la posibilidad de tomar antihistamínicos a 16 de los pacientes (38,09%) diagnosticados de VPBI, especialmente a modo profiláctico antes de someterse a actividades con riesgo a desencadenar síntomas, tales como ejercicio físico intenso o viajes en transporte público y/o náutico. De la misma forma, uno de los pacientes que no respondió favorablemente a los antihistamínicos, tomó un anticolinérgico como la escopolamina a razón de 10 mg/24 horas PRN. De los pacientes con migraña, 15 de ellos (35,71%) tomaron flunarizina durante tres meses, mientras que 3 (7,14%) acetazolamida también a modo de mantenimiento durante la misma duración. También 3 de ellos se sometieron a cirugía por las distintas causas previamente descritas. Los 5 restantes (11,90%) no quisieron tomar medicación, por lo que se sometieron únicamente a vigilancia activa. La evolución fue favorable en la mayoría de ellos a los 3 meses con tratamiento médico, con normalización de las pruebas vestibulares, teniendo únicamente que suspender el tratamiento en uno de ellos, por mala tolerancia a la acetazolamida. No hubo complicaciones en los pacientes operados, con los que se logró normalización en vHIT y VEMPS a los 12 meses.

DISCUSIÓN

En el ámbito diagnóstico, la literatura indica que la migraña vestibular (MV) es la causa más común de vértigos e inestabilidad en la infancia,. Sin embargo, en la muestra analizada, la migraña vestibular fue la segunda causa más frecuente, prácticamente empatando con el VPBI, posiblemente debido al hecho de que muchos pacientes con MV se manejaban directamente desde la consulta de neuropediatría, sin llegar a obtener de ellos pruebas

audiovestibulares que los hicieran susceptibles de cumplir criterios de inclusión. Aunque su fisiopatología no está clara, las hipótesis actuales se centran en la migraña, evidenciando la innervación trigeminal en los vasos laberínticos y la localización de neuropéptidos vasoactivos en terminales perivasculares de fibras trigeminales. El examen oto-neurológico no siempre revela hallazgos patológicos, pero en un tercio de los pacientes pueden presentarse alteraciones en pruebas vestibulares y/o seguimiento oculomotor. En la cohorte estudiada, el 52,26% de los pacientes con migraña exhibieron nistagmos patológicos y el 42,10% tuvo alteraciones en las pruebas vestibulares. A pesar de que no existe consenso según las recomendaciones de la Academia Americana de Neurología para el tratamiento profiláctico para las crisis de migraña, hemos reportado una buena experiencia con vasodilatadores como la flunarizina o diuréticos como la acetazolamida.

En nuestro análisis, destacamos una entidad especial denominada mareo inducido por el movimiento o vértigo posicional benigno de la infancia. Aunque su origen exacto es desconocido, se presume que surge de una disonancia vestibulo-visual, donde alteraciones en el sistema visual, señales de orientación espacial, y dificultad para integrar información multisensorial resultan en desequilibrio y vértigo. Trastornos como la migraña vestibular y la enfermedad de Ménière están vinculados a mayores tasas de susceptibilidad a mareos por movimiento. Aunque no existe un tratamiento estandarizado, se recetan principalmente antihistamínicos, benzodiacepinas de baja dosis o antimuscarínicos. En nuestro estudio, el dimenhidrinato y la meclizina fueron comúnmente recetados, especialmente en mayores de 12 años, sugiriéndose su uso como profiláctico sin lamentar efectos adversos crónicos como sedación o síndrome seco. En cuanto al cuestionario MSSQ-Short, comparado con la literatura (Golding *et al.* 2006), observamos similitudes en la puntuación media, con una propensión particular a desencadenar síntomas con vehículos pequeños y autobuses, coincidiendo con nuestra cohorte.

Resulta llamativo que el VPBI prevalezca sobre el VPPB, la causa más común en adultos, posiblemente debido a diferencias anatómicas que favorecen la fijación de otoconias en el oído interno de niños, según estudios anteriores (Femia *et al.* en 2011).

Finalmente, es importante recordar que, en la infancia, la enfermedad de Ménière es excepcionalmente rara, con una prevalencia global de entre el 0,4% y el 5%. Aunque su evolución es variable, se ha observado un curso agresivo en casos pediátricos, con afectación auditiva y aumento de hydrops endolinfático a nivel coclear. Algunos pacientes pueden requerir dispositivos audioprotésicos, e incluso descompresión de saco endolinfático para controlar las crisis vertiginosas.

En resumidas cuentas, referente a limitaciones del estudio, con una muestra de 42 pacientes, es ligeramente limitado debido a criterios de inclusión rigurosos. En segundo lugar, se han empleado tratamientos cuyo beneficio o indicación puede resultar controvertido por la escasa experiencia en sus respectivas pato-

SUMARIO

logías, aunque afortunadamente se han obtenido con ellos óptimos resultados y no se han lamentado efectos adversos graves.

CONCLUSIONES

Los trastornos vestibulares que producen mareo y vértigo en la infancia están infradiagnosticados. Las dificultades para diagnosticarlo por las peculiaridades que implica la población pediátrica generan que, en muchas ocasiones, se atribuyan todos los síntomas a trastornos psicósomáticos y no a sus causas más frecuentes, como la MV o el VPBI. Frecuentemente, la incapacidad que generan en el desarrollo de sus actividades cotidianas produce estrés emocional que puede enmascarar un trastorno vestibular subyacente o una patología central que posee un tratamiento médico o incluso quirúrgico.

Tanto nuestra muestra como la literatura indican que entre un 30-50% de estos pacientes puede presentar hallazgos exploratorios otoneurológicos patológicos y/o en pruebas audiovestibulares, de tal forma que no hay que dejar nunca de realizarlos con tal

	PACIENTES	
Diagnóstico inicial	S. Ansiosodepresivo	16 (38,09%)
	Migraña vestibular	7 (16,67%)
	Neuritis vestibular	7 (16,67%)
	Paroxismia vestibular	7 (16,67%)
	VPBI	4 (9,52%)
	Hipoacusia severa	1 (2,38%)
Diagnóstico final	VPBI	20 (47,61%)
	Migraña vestibular	19 (45,23%)
	Enfermedad de Ménière	2 (4,76%)
	Tumor cerebral	1 (2,38%)
Pruebas audiovestibulares (n=42, 100%)	Audiometría tonal alterada	4 (9,05%)
	vHIT alterado	13 (30,95%)
	VEMPS alterados	15 (35,71%)
Pruebas de imagen (n=15, 35,71%)	RM cerebral	1 (6,67%)
	RM secuencias de hydrops	2 (13,33%)

S: Síndrome. VPBI: Vértigo posicional benigno de la infancia. RM: Resonancia magnética.

Tabla 2. Resumen de la evolución diagnóstica inicial a la definitiva, así como de las pruebas audiovestibulares y de imagen durante la evolución del seguimiento.

DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA			
Edad al diagnóstico	10,19 ± 5,61 (6-14) años		
Género	32 (76,19%) Mujeres	10 (23,81%) Hombres	
Evolución	4,32 (2-7) años		
Origen	22 (52,38%) Urgencias pediátricas	18 (42,85%) Neuropediatría	2 (4,76%) ORL infantil

de que no pasen desapercibidas entidades, que una vez tratadas como es debido, pueden tener un mínimo impacto en la calidad de vida de los pacientes.

ORL: Otorrinolaringólogo

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes estudiados. La última fila de Origen hace referencia al lugar donde fue atendido inicialmente el paciente y en el cual se realizó el diagnóstico inicial.

Hipofunción vestibular secundaria al uso tópico de aminoglucósidos en oídos con membrana timpánica perforada

Dr. Carmelo Morales-Angulo, Dra. Rocío González-Aguado, Dra. Aida Veiga-Alonso.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Cantabria.

INTRODUCCIÓN

Los aminoglucósidos constituyen un grupo de antibióticos entre cuyos efectos secundarios más importante está la ototoxicidad. Habitualmente esta aparece tras el tratamiento administrado por vía parenteral sistémica, pero ocasionalmente pueden provocar ototoxicidad utilizados por vía tópica en oídos con perforación timpánica.

OBJETIVO

Identificar y caracterizar clínicamente a los pacientes atendidos en una Unidad de Otoneurología con ototoxicidad vestibular secundaria al uso de gotas óticas con aminoglucósidos en brotes de sobreinfección de otitis media crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva que incluyó pacientes con tímpano perforado que desarrollaron ototoxicidad vestibular en los últimos diez años después de la aplicación de aminoglucósidos tópicos del oído, en un centro de referencia terciario. El estudio abarcó la evaluación de la presentación clínica, el tratamiento, la calidad de vida y la función vestibular objetiva de los individuos identificados.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, seis pacientes, con edades comprendidas entre 33 y 71 años, desarrollaron ototoxicidad vestibular tras el uso de gotas tópicas de aminoglucósidos debido a brotes de infección en otitis media crónica. Todos los casos involucraron el uso de gentamicina. Dos casos fueron bilaterales y cuatro fueron unilaterales. La aparición de los síntomas se produjo entre una y cuatro semanas después del uso de las gotas. Todos ellos presentaron inestabilidad sin ataques de vértigo. Después de suspender las gotas y someterse a rehabilitación vestibular, cuatro pacientes experimentaron secuelas y dos pacientes (ambos con hipofunción vestibular bilateral) sufrieron un deterioro significativo en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

La ototoxicidad vestibular resultante del uso tópico de aminoglucósidos en los brotes agudos de otitis media crónica es rara. Sin embargo, debido a sus posibles consecuencias graves, los profesionales sanitarios deberían considerar agentes antibacterianos alternativos con eficacia similar.