

Eva Sánchez
Grandal
R2 MFyC. CS
ELVIÑA

Patología del Oído en Atención Primaria.

III

× **MAREO**

× **Vértigo**

Ilusión de mov del paciente o su entorno (habitualmente rotatorio)
Suele nistagmo y cortejo neurovegetativo (náusea/vómitos, palidez y sudoración).
Por asimetría aguda del sist vestibular, a nivel central o periférico (+frec).

× **Presíncope**

Sensación de desfallecimiento o pérdida inminente de la conciencia.
Sin pérdida real de conciencia (vs síncope).
Recuperación rápida. Cortejo neurovegetativo.
Causas: hipotensión ortostática, arritmias, estenosis carotídea, IAM, farmacos...

× **Síncope**

Sensación de desfallecimiento con pérdida de conciencia.
Causas: Hipotensión ortostática, arritmias, episodios vasovagales....

× **Desequilibrio**

Sensación de perdida equilibrio. Incapacidad mantener posición. No osciloscopias.
en bipedestación o con la marcha (+frec), rara al sentarse/acostarse.
Alt. vestibular central o periférica.

× **Mareos inespecíficos** Causa extravestib: Hiperventilación, PSQ, TCE, Hipoglucemia...

Anamnesis: FRCV, ORL, F, desencadenantes/acompañantes... Único/recurrente. Seg/h/días.

Exploración : General Piel, TA, FC, cervical A.V, acimetría... NRL PPCC, motor, sensibilidad, ROT, cerebelosa...

Sist. VestibuloOcular:

***Nistagmo espontáneo:** Fase lenta y fase rápida(marca dirección). Mareo + Nistagmus \approx vértigo.

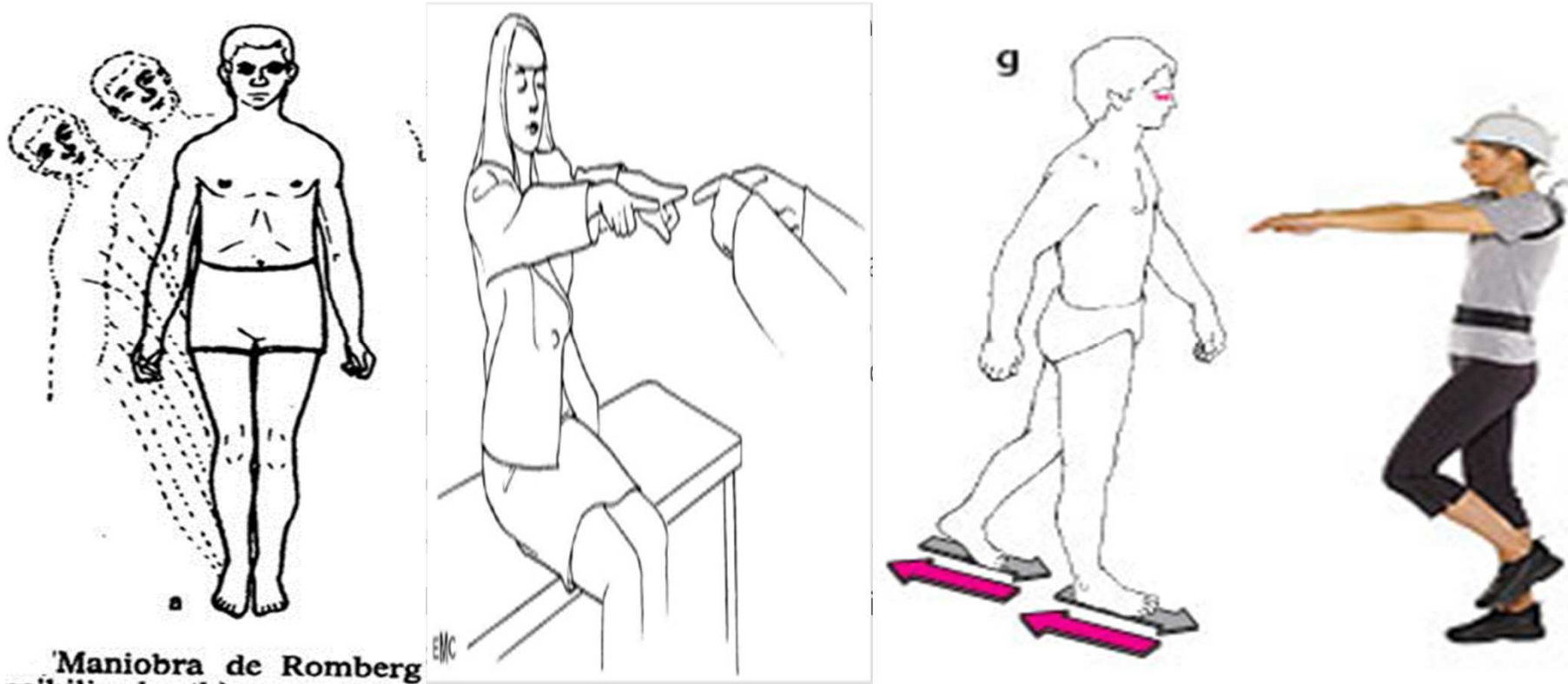
Indica asimetría vestibular aguda. El tipo de nistagmus ayuda a localizar lesión vestibular:

-*Periférica:* Horizonto-rotatorio en sentido contrario a la lesión, más intenso al mira al lado sano, se inhibe al fijar la mirada. Igual en ambos ojos, igual dirección en todas las direcciones de la mirada.

-*Central:* Vertical, cambia dirección según direc mirada, no se inhibe al fijar, diferente en cada ojo.



- P. de impulso cefálico:** Mirada fijada al frente, giramos cabeza 20°, esperar 40seg y repetir.
Si ojos pierden fijación d la mirada (sacadas): lesión vestib perif contralat a dnd miran



Maniobra de Romberg

Sist. Vestíbuloespinal:

***Romberg:** Decúbito, pies juntos, ojos cerrados. Caída hacia el lado de la lesión

***Barany:** Sentado, ojos cerrados, brazos estirados e índices hacia explorador.

Perif: desviación bilat hacia el lado enf vs *Central:* desviación unilat o discordante

***P. Babinski-Weil.** Ojos cerrados, caminar adelante/atrás sin girar. Desviación: lesión ipsilat

***P. Unterberger-Fukuda:** Ojos cerrados y brazos extendidos en pronación, dar 80 pasos in situ

Si rotación: lesión laberíntica ipsilateral

Vértigo Periférico	Vértigo Central
<p>Brusco. Paroxístico. Rotatorio Seg/min/horas. Hipoacusia y acufenos frec. Nauseas/vómitos frec. Influencia postural.</p>	<p>Insidioso (salvo ACV del TE) Continuo, progresivo. Mal definido. Días/meses/años. Raro Raro Poca</p>
<p>Nistagmus horizonto-rotatorio hacia lado sano. Se inhibe con la fijación de la mirada. Romberg Positivo hacia lado de la lesión. Barany desviación bilat hacia lado de la lesión. Marcha hacia lado de la lesión.</p>	<p>Vertical o Multidireccional . No. Negativo. Barany desviación unilat o discordante Marcha inestable, ataxia y caída.</p>
<p><u>Sdme vestibular:</u> Completo: vértigo, desequilibrio, N/V y nistagmo. Proporcionado: a +vértigo, +nistagma y +desequilibrio. Armónico: Nistagmus hacia lado sano. Romberg/Barany /marcha hacia lado enfermo.</p>	<p>Incompleto Desproporcionado. Disarmónico</p>
<p>Lesión recept vestib utrículo, sáculo, cond semicirculares, VIII par.</p>	<p>Lesión vías y centros nerviosos del TE o cortex.</p>
<p>VPPB, Neuritis vestibular, Meniere, Laberintitis, Ototóxicos, Neurinoma, Zoster ótico, Trauma</p>	<p>Migrañoso. EM. Tumor fosa post. TCE. AIT. Infarto y hemorragia cerebelosa.</p>

✘ Enfermedad de Menière

Crónico, idiopático. Inicio frec 20-60 años. 20% H Fam: HAD penetrancia reducida y anticipación.

Dif teorías relacionan hidrops endolinfático e isquemia transitoria.

Causa inicial desconocida. Relación con migraña, VHS, alergia, rinitis, atopia, AI, neoplasia...

Síndrome de Meniere : etiología concreta conocida.

Meniere Bilateral: cada oído por separado debe cumplir los Crit Dx de la AAO-HNS

Clinica:

Vértigo rotatorio ≥ 20 min.

Náuseas y vómitos.

Hipoacusia neurosensorial unilateral

Sensación de plenitud ótica o presión en el oído, min/h. Suele preceder a la crisis.

Acúfeno suele de tonos graves y puede distorsión auditiva.

Evolución:

Hipoacusia inicio fluctuante en tonos graves... progresiva...permanente en todas las frec.

Vértigo ↓ intensidad. Instauro inestabilidad permanente. *Acúfeno* ↑ intensidad.

Crterios Dx Enf Meniere según la AAO-HNS (Academia Americana de ORL)

	Vértigo rotatorio ≥ 20 min	Hipoacusia fluctuante (demostrada en audiometría)	Acúfeno o Plenitud ipsilateral	Otra causa
Segura	Si	Si	Si	No
Definitiva	2 o + episodios	Si	Si	No
Probable	Único episodio	Si	Puede	No
Posible	Recurrentes	No H. o H. con inestabilidad	Puede	No

Pruebas complementarias:

Audiometría: Criterio Dx. No durante crisis.

RMN con gadolinio Solo difunde en perilinfa. Ausencia: hidrops endolinfático.

VEMPS Pot Evocados Miogénicos Vestib Cervicales y Oculares. Se alteran antes los cervicales.

Tratamiento: Individualizado

Crisis aguda (Control vértigo, ↓intensidad y frec) ≈Fx, diferente efecto 2^{ario}

- *Leves/moderado:* Cinarizina 30mg/8h 7-14 días.

- *Grave:* Sulpiride 50 mg/8h v.o 7-14d (si vómitos 100mg IM) o Tielipiperazina 6,5 mg/8h.

Crisis recurrentes:

Dieta sin sal/cafeína: no evidencia. Diuréticos/Betahistina/CC: no recomend sistemática.

Rehabilitación vestibular.

Tto no destructivo: DXM 4 mg/ml 2-5 días. Generador impulsos en CAE. Cx saco endolinfático

Tto destructivo: Si debilitante/incapacitante. Elimina recept periféricos.

Gentamicina intratimpánica (multiple/a demanda). Neurotomía vestibular. Laberintectomía.

Derivar a ORL, NRL, URG... Audiometría/RMN. Nausea/vómito q no cesan. Dudas dx.

Valorar nivel funcional del paciente según cuestionario AAO-HNS

Consejos: No conducir durante crisis. Reiniciar ABVD para promover compensación central.

Disponer medicación para la crisis. Valorar repercusión del acufeno.

- **Shwanoma Vestibular** mal llamado **Neurinoma del acústico**. Dx con RMN. Puede:
H. NS progresiva + Desequilibrio+ Acufeno. No vértigo (alt. vestib progresiva compensada)
- **Esclerosis Múltiple**. Nistagmus más intenso, duradero y características centrales.
- **AIT** breve, ataxia, rara hipoacusia.
- **Migraña** joven con migraña q inicia vértigo episódico (días/sem) recurrente con hipoacusia reversible, acufeno uni/bilat, vómitos. TTO:prevención migraña
- **Hipofunción vestib bilat** Idiopática o 2^{aria} a ototoxicidad, AI, Shwanommas, inf, vasc...
Raro vértigo (compensación SNC). Desequilibrio (> en oscuridad). Osciloscopia si mv cefalico
Dx : Roomber positivo. Alt A. V dinámica (Dif. A.V con cabeza estática vs en en mov)
Tto rehabilitación vestibular. No fármacos supresores vestibulares (q ↑ desequilibrio).
- **Mareo Psicossomático:**
Meses/años. Por hiperventilación, somatización por depresión mayor, ansiedad...
Muy sensible a mov personal y visual (mareo visual). Pruebas complem: normales.
Tto: ansiolíticos SSRI, TCC, Supresión y rehabilitación vestibular....
- **Vértigo central:** No nistagmus. Cervicalgia severa con una posición cervical forzada.
- **Lesiones del ángulo pontocerebeloso o cerebelo:** En Dix-Hallpike:
nistagmus atípico con componente vertical inf, sin latencia fatiga ni agotamiento
- **Ortostatismo:** mareo+vértigo con cambios de posición (al levantarse). No osciloscopia

- **Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)**

Vértigo más frec en primaria. Idiopática (mujer 50-70años) o 2^{aria} a trauma/inf (no dif sexo)

Vértigo súbito y breve (<1min) por mov cefálicos específicos, ceden espontáneamente.

Crónico y recidivante. Benigno. Con nauseas/vómitos. Sin clínica auditiva.

Teorías fisiopatogenia:

-*Canalolitiasis:*

Partículas desprendidas del utrículo, se desplazan x canales semiculares x mov cefalicos

Explica la mayoría d VVPB d canal post y sup. Latencia(1-5seg) Agotamiento(10-20seg) Fatiga

-*Cupulolitiasis:* Partículas sobre la cúpula de la cresta ampular, hacen q pesen más.

No explicar: latencia, agotamiento ni fatiga. Explica algunos VPPB de canal horizontal.

Dx definitivo: clínico + pruebas dx positivas (si negativas no excluye VPPB)

Derivar a ORL: bilat, rebelde a maniobras recolocación partículas, VPPB canal horizontal...

Tratamiento

-**Supresores vestib** o **Antieméticos:** solo si crisis muy frec-duraderas o gran complejo NV.

- **Cirugía:** oclusión del canal semicircular post.

-**Maniobras de recolocación de partículas:** Necesita: consentimiento informado, dx preciso del canal semicircular afecto. Repercusion en ABVD. Ausencia cervicopatía, cardiopatía, estenosis carotidea severa...

- **Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)**

Vértigo más frec en primaria. Idiopática (mujer 50-70años) o 2^{aria} a trauma/inf (no dif sexo)

Vértigo súbito y breve (<1min) por mov cefálicos específicos, ceden espontáneamente.

Crónico y recidivante. Benigno. Con nauseas/vómitos. Sin clínica auditiva.

Teorías fisiopatogenia:

-*Canalolitiasis:*

Partículas desprendidas del utrículo, se desplazan x canales semiculares x mov cefalicos

Explica la mayoría d VVPB d canal post y sup. Latencia(1-5seg) Agotamiento(10-20seg) Fatiga

-*Cupulolitiasis:* Partículas sobre la cúpula de la cresta ampular, hacen q pesen más.

No explicar: latencia, agotamiento ni fatiga. Explica algunos VPPB de canal horizontal.

Dx definitivo: clínico + pruebas dx positivas (si negativas no excluye VPPB)

Derivar a ORL: bilat, rebelde a maniobras recolocación partículas, VPPB canal horizontal...

Tratamiento

POSTERIOR	MANIOBRA EPLEY MODIFICADA	Eficacia a corto plazo. Una suele suficiente.
	MANIOBRA DE LIBERACIÓN DE SEMONT	Eficacia similar a Epley.
	EJERCICIOS DE BRAND Y DAROFF	A corto plazo < eficacia. No datos largo plazo
SUP- ANT	M. EPLEY MODIFICADA	Considerando el oído enf el contrario al Dix-Hallpike positivo
HORIZONTAL	M. DE BARBACOA	Si rotación cefálica: nistagmo horizontal puro geotropico

Pruebas Dx VPB:

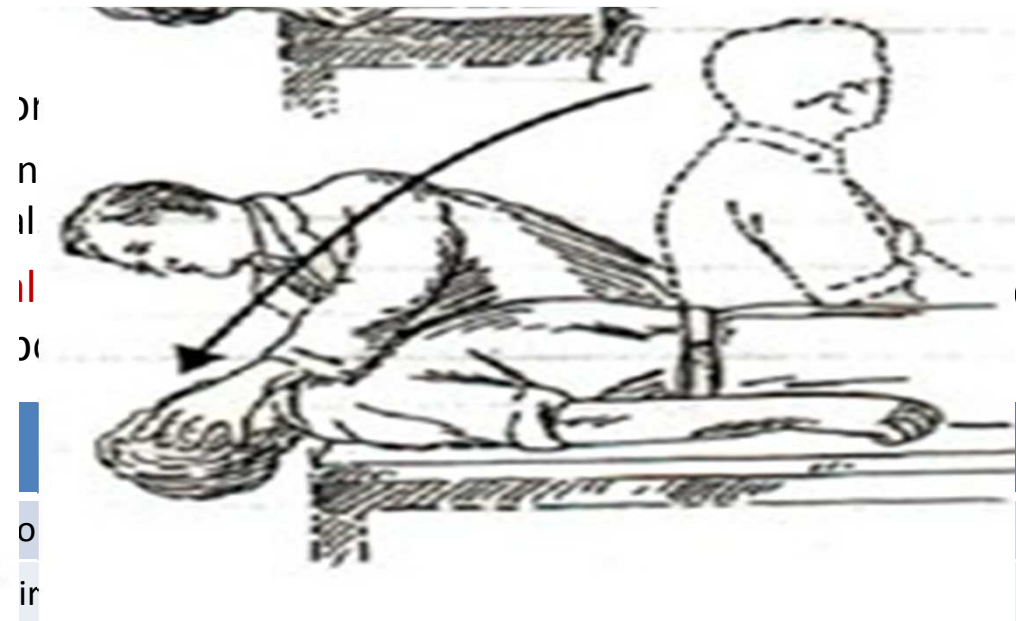
Prueba Dix-Hallpike:

Explora Canal Post contralateral (también Ant-Sup contralateral y Horizontal ipsilateral)

Sentado, piernas estiradas, giramos su cabeza rápido 45° hacia el lado a explorar, lo tumbamos en decúbito supino con la cabeza colgada fuera de la camilla 30°. Esperar 60" y volver a la posición inicial

Positiva si vértigo + nistagmus característico (q dep de la localización)

Canal		Ojo del oído afecto	Ojo contralateral
POST	Al tumbarse	Horizonto/rotatorio ipsilateral (geotrópico)	Vertical Sup
	Al sentarse	Vertical Inf.	
SUP o ANT	Al tumbarse	Horizonto/rotatorio contralateral (antigeotrópico)	Vertical Inf
	Al sentarse	Vertical Sup	Vertical Sup



Pruebas Dx VPB:

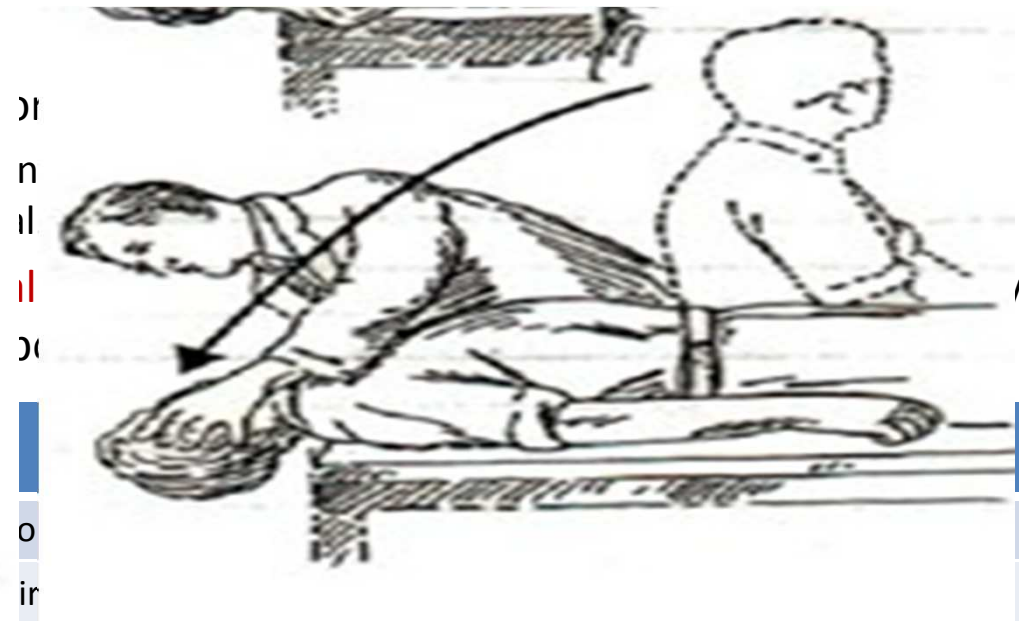
Prueba Dix-Hallpike:

Explora Canal Post contralateral (también Ant-Sup contralateral y Horizontal ipsilateral)

Sentado, piernas estiradas, giramos su cabeza rápido 45° hacia el lado a explorar, lo tumbamos en decúbito supino con la cabeza colgada fuera de la camilla 30°. Esperar 60" y volver a la posición inicial

Positiva si vértigo + nistagmus característico (q dep de la localización)

Canal		Ojo del oído afecto	Ojo contralateral
POST	Al tumbarse	Horizonto/rotatorio ipsilateral (geotrópico)	Vertical Sup
	Al sentarse	Vertical Inf.	
SUP o ANT	Al tumbarse	Horizonto/rotatorio contralateral (antigeotrópico)	Vertical Inf
	Al sentarse	Vertical Sup	Vertical Sup



Pruebas Dx VPB:

Prueba Dix-Hallpike:

Explora Canal Post contralateral (también Ant-Sup contralat y Horizontal ipsilat)

Sentado, piernas estiradas, giramos su cabeza rápido 45º hacia el lado a explorar, lo tumbamos en decúbito supino con la cabeza colgada fuera de la camilla 30º. Esperar 60´y volver a la posición inicial

Positiva si vértigo + nistagmus característico (q dep de la localización)

Canal		Ojo del oído afecto	Ojo contralat
POST	Al tumbarse	Horizonto/rotatorio ipsilat (geotropico)	Vertical Sup
	Al sentarse	Vertical Inf.	
SUP o ANT	Al tumbarse	Horizonto/rotatorio controlat (antigeotropico)	Vertical Inf
	Al sentarse	Vertical Sup	Vertical Sup

Prueba de rotación cefálica:

Siempre q Dix-Hallpike negativa o horizontal puro bilat o q cambia de dirección

Decúbito supino, ojos abiertos, mirada al frente, le giramos rápidamente su cabeza hacia un lado volviendo lentamente a la posición inicial. A continuación giramos al otro lado.

Si VPPB del canal semicircular **horizontal**: vértigo + nistagmus puro, latencia, agotamiento y fatiga, dirección cambiante de posición d partículas dentro del canal:

	Nistagmus	Localización Lesión: hacia donde el nistagmus tiene
Canalolitiasis	Geotrópico (ipsilateral al giro cefálico)	Mayor intensidad.
Cupulolitiasis	Ageotrópico (contrario al giro cefálico)	Menor intensidad

Neuritis vestibular. Disfunción vestibular aguda idiopática . Vértigo agudo prolongado.

Vértigo periférico, súbito, grave, h-días , sudoración/nauseas/vómitos.

sin relación con cambios posturales, intensa inestabilidad y sensación de caerse hacia los lados,
Recuperación completa en 1mes, inestabilidad puede persistir.

Teoría implicación vírica (asociación a inf vv.aa.sup).

*Romberg y Unterberger-Fukuda desviación hacia lado enf.

*Nistagmus espontáneo horizontal hacia sano.

Si ausente: comprobar q no existe mov ocular evocado por la mirada dirigida drcha-zq.

*HTI: Prueba impulso cefálico (reflejo vestíbulo-ocular): Positivo. "Sacadas" hacia lado enf.

*Video HTI si disponible, detecta sacadas encubiertas por el mv ocular, inapreciables por explorador. Util en seguimiento: correlación prueba positiva y mareo.

*VEMP (oculares y cervicales). No en fase aguda. Localiza la lesión del VII par en :

N. vestibular sup (+frec)... VEMP *oculares* contralateral alterado y cervicales normal.

N. vestibular inferior:..... VEMP *cervical* alterado y oculares normales.

Tto ambulatorio (derivar si central o >1mes)

Sedantes vestibulares (control NV) Primeras 24h, luego suspender para no retrasar compensación SNC.

CC Mejoran pruebas de fx vestibular, pero no mejoría clínica. Indicado solo si dura >1mes.

Rehabilitación física si ↑ inestabilidad.

- **Pseudoneuritis vestibular** vértigo súbito espontáneo con cuadro NV sin clínica auditiva.

Causa central (por ACV PICA o AICA) por lo que HTI y VHTI normales (no sacadas)