

Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de Alteraciones Vestibulares Comunes

Autora: Suzanne Moore, PT, DPT, OCS
Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)
Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS

INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Diagnóstico	Historia Clínica del Paciente	Hallazgos claves del examen clínico o de las pruebas diagnósticas	Tratamiento
Vértigo Paroxístico Posicional Benigno (VPPB)¹	Vértigo provocado por movimientos de la cabeza y posiciones (cómo por ejemplo dándose vuelta en la cama o estando acostado) y que dura desde algunos pocos segundos hasta un minuto. También puede ser que el paciente se queje de inestabilidad general cuando camina y está de pie.	Prueba de Dix-Hallpike: positiva con mareos y nistagmo hacia arriba y torsional (canal posterior) o hacia abajo y torsional (canal anterior) Prueba de Roll: Positiva con síntomas de mareos y un nistagmo horizontal (canal lateral). Nistagmo, independientemente de los canales, con latencia corta y que fatigan con la repetición.	El tratamiento principal del vértigo incluye procedimientos de reposicionamiento canalicular tales como las maniobras Epley o Semont. Un fisioterapeuta entrenado puede realizar estas maniobras. Terapia de Rehabilitación Vestibular y de Equilibrio puede ser usado para la inestabilidad persistente. La cirugía solo se considera para los casos refractarios y es muy rara.
Neuritis Vestibular/ Vestibulopatía Unilateral Aguda²	Comienzo repentino de vértigo giratorio persistente (constante), desequilibrio postural, nistagmo y náusea <i>sin</i> pérdida de audición. Dura aproximadamente 24 a 72 horas . Después de varios días, el paciente empezará a moverse de nuevo y referirá mareos e inestabilidad de intensidad variable cuando mueve la cabeza.	Nistagmo horizontal (Fase rápida en dirección opuesta a la del oído afectado) e inestabilidad postural significativa aparecen en la fase aguda. Grados variables de inestabilidad y mareos provocados por los movimientos aparecen en la fase crónica. Una prueba de impulso cefálico unilateral puede dar un resultado positivo. La respuesta calórica reducida unilateralmente. El audiograma es negativo para pérdida de audición.	Inicialmente los supresores vestibulares y cortico-esteroides están indicados. ³ El uso de los supresores vestibulares no debe ser prolongado. La terapia de rehabilitación vestibular está indicada para mejorar la estabilidad de la mirada, el control postural y para reducir las sensaciones residuales de mareos. ⁴

Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de Alteraciones Vestibulares Comunes

Autora: Suzanne Moore, PT, DPT, OCS
Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)
Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS

INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Laberintitis	Igual a la neuritis vestibular, pero el paciente también se queja de pérdida de audición y acúfenos. A menudo asociada con otitis media (bacteriana o viral).	Igual a la neuritis vestibular, salvo que el audiograma es positivo para pérdida sensorio-neural de audición.	Tratar la causa (bacteriana o viral). Supresores vestibulares, esteroides y medicamentos anti-virales en los casos apropiados.
Enfermedad de Meniere	Crisis espontáneas y repetidas de vértigo giratorio que duran desde 20 minutos hasta varias horas. Los ataques están acompañados por la sensación de tener el oído lleno de líquido, audición reducida y acúfenos, inestabilidad postural, náusea y/o vómitos. ⁵ Generalmente, el paciente está libre de síntomas entre crisis. Sin embargo, con el paso del tiempo el paciente puede referir una pérdida progresiva de audición e inestabilidad si hay una pérdida permanente de la función vestibular.	Nistagmo horizontal (Fase rápida en dirección opuesta a la del oído afectado) e inestabilidad postural significativa se notan en la fase aguda. La audición también estará reducida de una manera aguda en el audiograma. Respuesta calórica reducida unilateralmente. Con el paso del tiempo, el audiograma puede mostrar pérdida progresiva de la audición. Un paciente puede tener compromiso bilateral.	Los supresores vestibulares están indicados para las crisis agudas. El tratamiento intratimpánico con antibióticos ototóxicos o cirugía (como por ejemplo, sección del nervio vestibular o laberintectomía) puede usarse cuando las crisis se tornen más frecuentes y debilitantes. La rehabilitación vestibular no es apropiada durante una crisis aguda. La rehabilitación vestibular es apropiada inicialmente para educar al paciente sobre la enfermedad de Meniere y para establecer un punto de partida. Está indicada si el paciente percibe que su equilibrio está comprometido, si hay una pérdida permanente de función la vestibular, o después de un tratamiento intratimpánico o cirugía. ^{6,7}

Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de Alteraciones Vestibulares Comunes

Autora: Suzanne Moore, PT, DPT, OCS
Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)
Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Referencias:

1. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;139:S47-S81.
2. Strupp M, Brandt T. Vestibular neuritis. *Semin Neurol.* 2009;29(5):509-519.
3. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med.* 2004;351(4):354-361.
4. Giray M, Kirazli Y, Karapolat H, Celebisoy N, Bilgen C, Kirazli T. Short-term effects of vestibular rehabilitation in patients with chronic unilateral vestibular dysfunction: a randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:1325-1331.
5. Committee on Hearing and Equilibrium. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113 (3):181-185.
6. Gottshall KR, Hoffer ME, Moore RJ, Balough BJ. The role of vestibular rehabilitation in the treatment of Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;133(3):326-328.
7. Shepard NT, Telian SA. Programmatic vestibular rehabilitation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;112(1):173-182.
8. Brown KE, Whitney SL, Wrisley DM, Furman JM. Physical therapy outcomes for persons with bilateral vestibular loss. *Laryngoscope.* 2001;111:1812-17.