

# CAPÍTULO 9

## Vestibulopatía Bilateral

**Autor: Martín Bellver**

---

La vestibulopatía bilateral o hipofunción vestibular bilateral, es la pérdida de la función de ambos vestíbulos. Produce una alteración del equilibrio y una dificultad en fijar la vista al estar en movimiento. En este capítulo veremos sus causas, síntomas y tratamiento.

### GENERALIDADES

Los vestíbulos tienen una función importante en el mantenimiento del equilibrio y la fijación visual, a través de la generación de reflejos vestíbulo-espinales y vestíbulo-oculares. Los reflejos vestíbulo-espinales realizan pequeñas correcciones en nuestro equilibrio cuando estamos de pie y durante la marcha, permitiendo que nos mantengamos estables sobre todo al efectuar movimientos ligeros y en superficies inestables. Los reflejos vestíbulo-oculares generan movimientos de los ojos en sentido opuesto a los de nuestra cabeza permitiéndonos mantener la visión estable al desplazarnos.

### INCIDENCIA

La hipofunción vestibular profunda es considerada poco frecuente. En EEUU afecta a 28 de cada 100.000 habitantes. Puede ocurrir a cualquier edad pero es más común en adultos mayores. En un estudio, la edad promedio al momento del diagnóstico fue de 60 años, con un rango entre los 19 y 85 años y una incidencia similar entre ambos sexos.

### SÍNTOMAS

Debido a que la pérdida de la función vestibular se produce en ambos laberintos, las personas con vestibulopatía bilateral generalmente no presentan vértigo sino mareos, desequilibrio y visión nublada al mover la cabeza (oscilopsia). También pueden tener mareos inducidos por estímulos visuales y alteraciones cognitivas asociadas.

### HIPOFUNCIÓN VESTIBULAR Y ENVEJECIMIENTO

A medida que envejecemos perdemos equilibrio. A los 80 años tenemos una pérdida de entre el 30 y el 50% de las fibras del nervio vestibular y las células ciliadas del laberinto,

generando una hipofunción vestibular parcial o leve. Esta disminución de la función vestibular puede ser bien tolerada en individuos sanos, pero cuando se combina con alteraciones visuales, sensitivas, articulares, musculares u otras enfermedades vestibulares aumentan las probabilidades de padecer caídas.

## **CAUSAS DE VESTIBULOPATÍA BILATERAL**

La vestibulopatía bilateral puede deberse a distintos motivos. En entre el 30 al 50% de los pacientes, no se encuentra una causa específica (origen idiopática). De aquellas personas con causas conocidas, entre el 20 y el 30% se asocia a un tratamiento con drogas ototóxicas. Otras causas reconocidas son: la enfermedad de Meniere bilateral, schwannomas vestibulares bilaterales, neuronitis vestibular bilateral, enfermedades autoinmunes, neurosífilis, meningitis, causas genéticas, síndrome de Cogan, hemosiderosis superficial cerebral, traumatismos encefálicos, irradiación de tumores cerebrales, vasculitis cerebral, lupus eritematoso sistémico y el Canvas, un síndrome caracterizado por ataxia cerebelosa, neuropatía periférica y vestibulopatía bilateral.

### **Ototoxicidad**

Diversas drogas pueden tener efectos tóxicos sobre el oído, produciendo tanto síntomas auditivos como vestibulares, generalmente en forma reversible. Los síntomas se producen al utilizar altas dosificaciones y ceden poco tiempo después de su suspensión (por ej. antiinflamatorios como la aspirina y el ibuprofeno).

Algunos medicamentos pueden lesionar las células ciliadas vestibulares en forma permanente generando daño irreversible en la audición y el equilibrio. Las medicaciones más frecuentemente relacionadas con daño permanente sobre el oído interno son los antibióticos aminoglucósidos, drogas utilizadas en el tratamiento del cáncer (citostáticas), drogas utilizadas en el tratamiento de la malaria (quinina) y algunos diuréticos (furosemida).<sup>9</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico se basa en los antecedentes del paciente: su edad, exposiciones previas a drogas ototóxicas, patologías vestibulares preexistentes y el examen clínico y de laboratorio. En el examen clínico los pacientes con hipofunción vestibular bilateral presentan desequilibrio más marcado al efectuar movimientos bruscos, giros y en pruebas de equilibrio con los ojos cerrados. Las personas con pérdida bilateral más severa presentan pruebas de agudeza visual dinámica e impulso cefálico positivas, reflejando la pérdida bilateral del reflejo vestíbulo-ocular

## **TRATAMIENTO**

Por el momento no existe ningún tratamiento capaz de regenerar las células ciliadas o el nervio vestibular dañado. Distintos estudios han demostrado una mejoría en el equilibrio y en la estabilización de la mirada luego de un plan de rehabilitación vestibular. El tratamiento se basa en ejercicios para potenciar cualquier función vestibular remanente y fomentar la utilización de la visión y propiocepción para sustituir la información laberíntica faltante.

La utilización de drogas con efecto sedativo sobre el aparato vestibular (antihistamínicos, antidepresivos, ansiolíticos), tiende a agravar el problema ya que inhibe aún más la función vestibular y aumenta los riesgos de tener una caída.

## **PRONÓSTICO**

Las personas con vestibulopatía bilateral presentan síntomas persistentes a largo plazo. En un estudio cerca del 60% refirió tener dificultades en llevar a cabo actividades de su vida diaria. Las personas con pérdida leve o moderada de la función vestibular y con buena función visual y propioceptiva pueden llevar a cabo vidas normales con síntomas mínimos, como una leve inestabilidad al desplazarse en forma ligera, en oscuridad o en superficies irregulares. Las personas con pérdida vestibular severa, sobre todo cuando se asocia a alteraciones visuales o propioceptivas, tienen peor pronóstico y un elevado riesgo de tener caídas. Pueden necesitar un bastón o andador para movilizarse con mayor seguridad. Comúnmente pueden retomar sus actividades laborales, pero deben evitar actividades que requieran trabajo en altura o de equilibrio. La mayoría de los pacientes logran volver a manejar, aunque muchos evitan hacerlo de noche.

**Una versión más completa de este capítulo puede leerse en:**

