

CAPÍTULO 8

Otros Vértigos Recurrentes: Fístula Perilinfática, Dehiscencia del Conducto Semicircular Anterior y Paroxismia Vestibular

Existe un conjunto de enfermedades del sistema vestibular caracterizados por episodios de vértigo a repetición, con intervalos sin o con pocos síntomas entre las crisis. Los vértigos recurrentes de origen periférico más comunes son el vértigo posicional paroxístico benigno y el síndrome de Meniere mientras que la causa central más frecuente es la migraña vestibular. Existen además otras causas menos frecuentes de vértigos recurrentes que desarrollaremos en el siguiente capítulo: las fístulas perilinfáticas, la dehiscencia del canal anterior y la paroxismia vestibular.

FÍSTULA PERILINFÁTICA

Cuando ocurre una fístula o ruptura en la membrana oval o redonda, se produce una filtración de líquido perilinfático hacia el espacio aéreo del oído medio modificando el funcionamiento del laberinto y generando síntomas auditivos y vestibulares.

Causas

Las causas más comunes de fistulas perilinfáticas son: traumatismos de cabeza u oído, infecciones crónicas del oído, traumas acústicos generados por ruidos fuertes o golpes, fracturas del hueso temporal y aumentos bruscos en la presión del oído como puede ocurrir en el descenso de un vuelo o al efectuar buceo (barotrauma). También pueden deberse a cambios en la presión intracraneal como ocurre al realizar grandes esfuerzos o durante un parto. En algunas personas no se encuentra una causa específica y se considera de origen idiopático.

Síntomas

Los síntomas son variables y pueden ser auditivos (sensación de oído tapado, acúfenos, pérdida auditiva repentina o fluctuante) y vestibulares (vértigo, inestabilidad o mareos). Aparecen o empeoran con esfuerzos, al agacharse, toser o estornudar y con cambios en la altitud como sucede en aviones y ascensores.

Algunas personas pueden presentar mareos, vértigo o nistagmus inducidos por sonidos fuertes (fenómeno de Tullio), por cambios en la presión del conducto auditivo externo (signo de Hennebert) o al exhalar con la glotis, boca y nariz cerradas (efecto Valsalva).

Diagnóstico

Las fistulas perilinfáticas son difíciles de diagnosticar. Sus síntomas son similares a los de otros trastornos vestibulares y solo pueden ser visualizadas mediante una exploración quirúrgica del oído medio. Se sospecha de una fistula perilinfática en personas con pérdida auditiva unilateral de causa desconocida acompañada de vértigo y desequilibrio luego de un traumatismo o barotrauma.

Tratamiento Conservador

La mayoría de las fistulas reparan en forma espontánea. Según la intensidad de los síntomas se recomienda reposo durante 1 o 2 semanas. El objetivo del tratamiento es minimizar los cambios de presión en el oído para permitir su cicatrización. Se recomienda que las personas con sospecha de fistula perilinfática eviten: levantar objetos pesados, el efecto Valsalva, agacharse, sonarse la nariz con fuerza, viajar en avión, bucear y exponerse a ruidos fuertes (pueden usar tapones en sitios ruidosos).

Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está indicado en el caso de síntomas incapacitantes. Consiste en colocar un “parche” de tejido para sellar la ruptura. Comúnmente se utiliza tejido graso, fascia o cartílago proveniente del lóbulo de la oreja.

SÍNDROME DE DEHISCENCIA DEL CANAL SUPERIOR

En medicina el término dehiscencia se refiere a la apertura espontánea de un órgano. El síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior (SDCS) es un trastorno producido por una falla anatómica en el conducto semicircular superior que genera síntomas auditivos y vestibulares (Fig. 8.1). Las personas con SDCS tienen una abertura en el techo óseo que recubre el canal superior, que pasa a actuar como una tercera ventana transmitiendo vibraciones auditivas hacia el aparato de equilibrio y el cráneo. La dehiscencia genera una disminución auditiva aérea (hipoacusia aérea), un aumento de la conducción sonora a través del hueso (hiperacusia ósea) y la sensibilización del aparato vestibular a los sonidos y a cambios en la presión intracraneal.

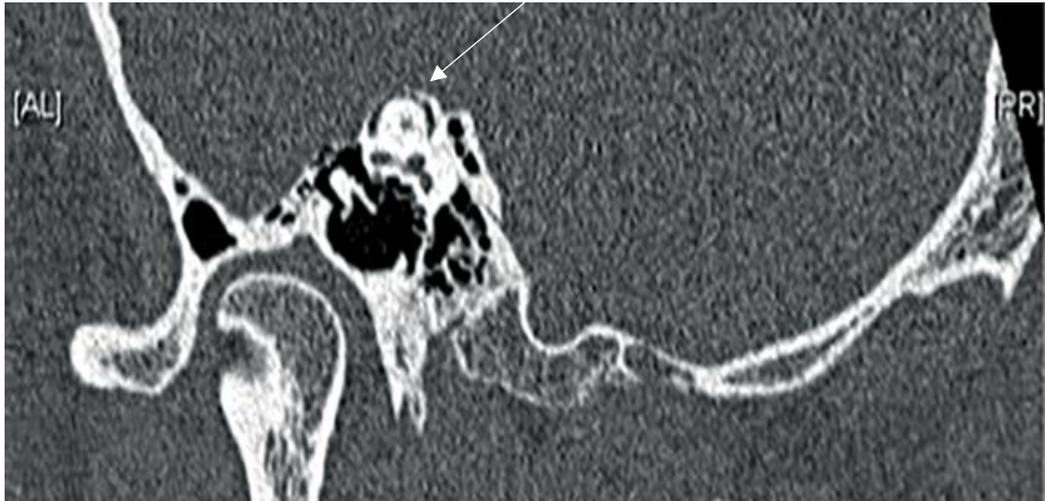


Figura 8.1 Visualización de una dehiscencia de canal superior en una tomografía axial computada de alta resolución (flecha).

Causas

Las fistulas perilinfáticas pueden ser congénitas o adquiridas. En preparados de laboratorio, muchos huesos temporales presentan un adelgazamiento o dehiscencia del hueso por encima del conducto semicircular superior. Alrededor del 25% de las personas con diagnóstico de SDCS tienen el antecedente de un traumatismo de cabeza o esfuerzo como desencadenante. Debido a que las primeras manifestaciones ocurren en la edad adulta es posible que el inicio de síntomas se deba a la combinación de una predisposición anatómica con factores traumáticos.

Síntomas

Las personas con SDCS presentan síntomas vestibulares (mareos, vértigo e inestabilidad) asociados a síntomas auditivos (acúfenos, hipoacusia conductiva y autofonía). La autofonía es la amplificación en la percepción de la voz y otros sonidos corporales como: la respiración, pasos al caminar, ruidos estomacales, pestaños o movimientos oculares. Los síntomas auditivos y vestibulares pueden ser desencadenados por actividades que cambian la presión del oído medio o del líquido cefalorraquídeo como: realizar esfuerzos (efecto Valsalva), escuchar ruidos fuertes (fenómeno de Tullio), estornudar o toser. Alrededor de la mitad de los pacientes sienten un alivio de los síntomas al estar acostados.

Tratamiento Conservador

En la mayoría de los pacientes una explicación del origen de los síntomas, consejos prácticos para evitar las exacerbaciones y ejercicios de rehabilitación vestibular ayudan a controlar los síntomas. No existe un tratamiento no quirúrgico efectivo para corregir el SDCS.

Tratamiento

El tratamiento se basa en dosis bajas de carbamazepina u oxacarbamazepina dos fármacos anticonvulsivos que también son utilizados para el tratamiento del dolor neuropático. Si el tratamiento médico no reduce la intensidad y frecuencia de los síntomas se recomienda la descompresión quirúrgica del nervio vestibular.

Una versión más completa de este capítulo puede leerse:

