

Neuritis vestibular en el embarazo. Reporte de un caso

Dalia Lazcano-Córdova,* Ernesto De la Fuente-Robles,* Andrés Silva-Rojas†

Resumen

La neuritis vestibular se considera la segunda causa de vértigo periférico después del vértigo postural paroxístico benigno en términos de frecuencia; ésta tiene una incidencia de 3.5/100,000. Dicha entidad patológica puede afectar a personas de cualquier edad y se manifiesta como una falla vestibular aguda periférica. Los estudios histopatológicos sugieren que la etiología es viral debido a los cambios encontrados a nivel del nervio vestibular. Se presenta el caso de una paciente de 19 años que cursa con embarazo de 34 semanas y que inicia con vértigo de tipo rotatorio, de inicio súbito, continuo e incapacitante, y asociado con sintomatología vasovagal. Este caso en particular es interesante, porque existe poca literatura que habla acerca de la presentación de neuritis vestibular en mujeres embarazadas, lo cual hace difícil o controvertido el manejo, debido al impacto que los medicamentos pueden tener sobre la paciente y el producto. En nuestra paciente decidimos utilizar difenidol vía oral por su bajo costo y accesibilidad, y porque no se han reportado datos de teratogenicidad sobre el producto, obteniendo mejoría clínica por parte de la paciente.

Palabras clave: Neuritis vestibular, vértigo, nistagmo, embarazo, tratamiento.

Abstract

Vestibular neuritis is considered the second leading cause of peripheral vertigo after benign paroxysmal positional vertigo in terms of frequency and with an incidence of 3.5/100,000. The pathological entity can affect people of any age and manifests as a vestibular failure acute peripheral. Histopathological studies suggest that viral etiology is due to changes found at nerve vestibular. The case of a patient of 19 years old who presents with pregnancy of 34 weeks, beginning with rotary type vertigo of sudden onset is presented continuous and disabling symptoms associated with vasovagal. This particular case is interesting because little literature that talks about the presentation of vestibular neuritis in pregnant women which makes handling difficult or controversial about the impact drugs can have on the patient and the product exists; in our patient decided to use oral difenidol because its low cost, accessibility and data have not been reported teratogenicity product obtaining clinical improvement by the patient.

Key words: Neuritis vestibular, vertigo, nystagmus, pregnancy, treatment.

Introducción

La neuritis vestibular se considera la segunda causa de vértigo periférico después del vértigo paroxístico postural benigno en términos de frecuencia;¹ ésta tiene una incidencia de 3.5/100,000.² Dicha entidad patológica puede

afectar a personas de cualquier edad; sin embargo, es muy raro que se presente en niños. Se manifiesta como una falla vestibular aguda periférica y se caracteriza por presentar vértigo agudo espontáneo, inestabilidad con lateropulsión y grados variables de náuseas, vómitos y sudoración. En el examen físico se evidencia un nistagmo unidireccional horizontal característico de las lesiones

* Médico residente del Servicio de Audiología, Otoneurología y Foniatría.

† Médico adscrito al Servicio de Audiología, Otoneurología y Foniatría.

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/audiologia>

vestibulares periféricas y, siguiendo la ley de Alexander, supresión de la fijación visual y falla dinámica del reflejo vestibulo-ocular.³

Según estudios histopatológicos, la característica epidémica que se presenta en esta condición sugiere que la etiología es viral debido a los cambios encontrados a nivel del nervio vestibular; entre éstos se encuentra la atrofia del nervio vestibular en su porción sensorial y en su epitelio.

También utilizando reacción de cadena polimerasa (PCR) es posible detectar herpes simple HSV-1 ADN en el ganglio vestibular, lo que respalda el papel que el virus tiene en la patogénesis de la neuritis vestibular.⁴

Debido a la afección aparentemente aislada sobre el nervio vestibular, es notorio que los pacientes no presentan alteraciones audiológicas ni neurológicas, y dentro de la batería de estudios que se sugieren para hacer más certero el diagnóstico está la audiometría tonal, la timpanometría y la medición de reflejo estapedial. En lo que respecta a la clínica otoneurológica se observará un nistagmo espontáneo severo con características de afección periférica y la prueba de Romberg será positiva hacia el lado del oído afectado.¹ Respecto a las pruebas vestibulares objetivas se sugiere realizar una videonistagmografía o electronistagmografía (VNG o ENG), además de posturografía y potenciales vestibulares miogénicos que proporcionen evidencia del oído y del grado de afección, ya sea total o parcial. Asimismo, éstas permiten monitorear la evolución de los pacientes bajo tratamiento. En caso de sospecha de patología de tipo central se debe solicitar resonancia magnética con gadolinio.⁵

La incidencia de neuritis vestibular en mujeres embarazadas es incierta; sin embargo, en un estudio realizado en Bucarest, Rumania, en un lapso de tres años, en 5,000 pacientes que acudieron a consulta por vértigo, fueron diagnosticadas sólo siete mujeres embarazadas con neuritis vestibular.⁵ Los cambios que presentan las mujeres embarazadas en el sistema inmunológico las hacen más susceptibles a infecciones virales comunes.⁵

Se sabe que el tratamiento de urgencia usual para neuritis vestibular se realiza a base de sedantes vestibulares, antieméticos de tipo diazepam, metoclopramida, antiinflamatorios esteroideos, neuromoduladores vestibulares, como la betahistina y, en algunas ocasiones, antivirales como el aciclovir.⁵ Sin embargo, en el caso de pacientes embarazadas, el manejo de estos medicamentos está contraindicado, por lo que según Georgescu y Stoian un tratamiento a base de betahistina a dosis de 48 mg al día hasta por seis semanas, asociado con un programa de rehabilitación vestibular con la finalidad de ayudar a la compensación por parte del sistema nervioso central y mejorar la ganancia del reflejo

vestibulo-ocular, es adecuado para la mejoría clínica de las pacientes en tan sólo cuatro semanas.⁵

Reporte de un caso

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 19 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual; ella niega una exposición previa al ruido, otitis y otorreas, así como exposición a ototóxicos. Cursa con un embarazo de 34 semanas de gestación e inicia su padecimiento 48 horas previas con vértigo de tipo rotatorio, el cual es de inicio súbito y que la despierta por la madrugada; es continuo, incapacitante y está asociado con sintomatología vasovagal de grado severo debido al vómito intenso y exacerbado con movimientos cefálicos, así como incapacidad para deambular por presentar severa inestabilidad. La paciente niega síntomas auditivos o visuales acompañantes y cefalea; los datos del cráneo muestran que es hipertensivo, así como sujeto a exacerbación ante sonidos intensos, maniobra de Valsalva o ante cambios posturales.

Exploración física

Se encontró a la paciente con facies de angustia, consciente, orientada, con actitud forzada (silla de ruedas por inestabilidad) y con conducta auditiva de normoyente. En la otoscopia, ambos pabellones auriculares estaban normoimplantados; los conductos auditivos permeables, ambas membranas timpánicas íntegras, perladas, cono luminoso presente, mango del martillo visible y móviles a la maniobra de Valsalva y Toynbee. La acumetría mostró el umbral auditivo simétrico y Rinne positivo bilateral, además de Weber central.

Se realizó una audiometría normal con resultado de audición normal bilateral y logaudiometría con máxima discriminación fonémica del 100% a 40 dB en ambos oídos (*Figura 1*). La impedanciometría con curvas tipo A según la clasificación de Jerger en ambos oídos y reflejos estapediales ipsilaterales se presentó según las intensidades esperadas.

En la exploración otoneurológica se encuentra nistagmo horizontal unidireccional espontáneo de tercer grado que aumenta de amplitud e intensidad al dirigir la mirada hacia la fase rápida, unidireccional, fase rápida hacia la izquierda y que disminuye en intensidad con fijación visual. La prueba de Romberg fue positiva con lateropulsión a la izquierda. La prueba de agitación cefálica, con aumento de la amplitud del nistagmo. Debido a la negativa de la paciente para realizar la prueba bitérmica, se optó por realizar una prueba de irrigación calórica mínima Kobrak (monotérmica) con la cual, al irrigar el oído izquierdo, el nistagmo con

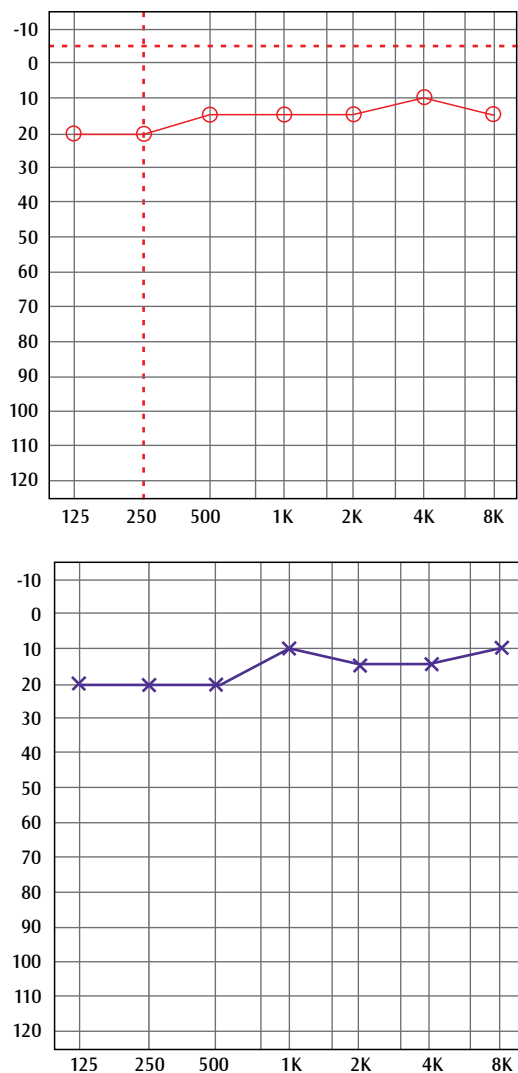


Figura 1. Audiometría tonal que reporta audición normal bilateral para las frecuencias de lenguaje.

dirección a la derecha aumentó en intensidad y duración preexistente al nistagmo espontáneo, y al irrigar el oído derecho, el nistagmo con dirección a la izquierda no presentó la misma reacción; estos datos son compatibles con una probable preponderancia izquierda. Finalmente, se aplicó a la paciente un estudio de resonancia magnética de encéfalo que excluye patología de tipo central sin evidencia de lesión. Por lo anterior, se inició tratamiento a base de difenidol vía oral cada 8 horas por 5 días.

Una semana posterior, la paciente era capaz de deambular de forma independiente con inestabilidad residual y lateropulsión a la derecha; el nistagmo espontáneo remitió y en la exploración otoneurológica solamente presentó prueba

de Romberg positiva con lateropulsión a la derecha; en la prueba de agitación cefálica presentó nistagmo horizontal, unidireccional, con latencia de dos segundos, fase rápida a la izquierda fatigable de ocho segundos de duración.

Discusión

Se presentó el caso de neuritis vestibular en una paciente que cursa su semana 34 de gestación; el diagnóstico se realizó con base en las pruebas de exploración otoneurológica compatibles con una falla vestibular aguda y ausencia de alteraciones audiológicas y neurológicas. Aunque algunos autores recomiendan la realización de estudios como electronistagmografía (ENG), ésta puede diferirse en pacientes embarazadas ya que involucra esfuerzo físico intenso al permanecer aproximadamente 30 minutos en decúbito dorsal, además de que podría producir náusea, vómito o estrés al estimular el oído sano;⁵ por tanto, en nuestro caso el estudio fue diferido.

La evolución espontánea de la neuritis vestibular es positiva gracias a la compensación del sistema nervioso central y al déficit vestibular unilateral; generalmente los fenómenos fisiológicos tienden a disminuir en un lapso de 3 a 6 meses; sin embargo, algunos pacientes persisten con inestabilidad residual desencadenada principalmente por movimientos cefálicos.⁵

Se sabe que el tratamiento usual para neuritis vestibular es a base de sedantes vestibulares, dentro de los cuales se encuentra el difenidol, actualmente uno de los más usados antieméticos de tipo diazepam, así como la metoclopramida, antiinflamatorios esteroideos, neuromoduladores vestibulares como la betahistina y, en ocasiones, antivirales como el aciclovir;⁵ sin embargo, existen restricciones para el uso de ellos, sobre todo en mujeres embarazadas. El diazepam está contraindicado, sobre todo al final del embarazo, por causar cianosis, hipotermia y apnea del sueño; el uso de metoclopramida en mujeres embarazadas puede asociarse con malformaciones congénitas, bajo peso en el nacimiento, prematuridad o mortalidad perinatal.⁶ El uso de esteroides también es controversial por el incremento de hiperglucemia, hipertensión y riesgo de malformaciones en el feto;⁵ los antivirales como el aciclovir no han demostrado mejorar la tasa o la velocidad de recuperación en caso de neuritis vestibular.⁷

Teniendo en cuenta que con el uso del difenidol no se han reportado experiencias adversas significativas y los estudios en animales no han identificado ningún riesgo en el embarazo o en el desarrollo embrionario-fetal⁸ (aunque debe ser empleado sopesando los beneficios potenciales del medicamento contra los posibles riesgos para la madre y el producto),⁹ nuestra paciente fue tratada con

difenidol vía oral a base de una tableta cada ocho horas durante cinco días. Se observó una mejoría clínica cinco días posteriores a la primera evaluación con mejoría en el equilibrio, deambulación independiente de la paciente y con discreta lateropulsión a la derecha y remisión del nistagmo espontáneo y de la sintomatología vasovagal, tomando en cuenta, además, su bajo costo en comparación con la betahistina.

Conclusiones

La neuritis vestibular es una entidad bien conocida en nuestro campo; sin embargo, cuando se presenta en el embarazo su manejo puede ser difícil, sobre todo por las implicaciones que varios medicamentos propuestos para su tratamiento pueden producir en la madre y en el producto.

En el presente caso manejamos a la paciente con difenidol de 25 mg vía oral cada ocho horas durante cinco días, debido a su bajo costo en relación con la betahistina, ya que no se han demostrado efectos adversos para la madre y/o el producto con el uso de este medicamento,⁸ además de ejercicios de rehabilitación vestibular tipo Cawthorne para mejorar la compensación por parte del sistema nervioso central por hasta seis meses con buena mejoría clínica; sin embargo, ya que existen pocos estudios al respecto, consideramos de gran importancia la publicación de investigaciones que permi-

tan establecer el manejo seguro del vértigo en mujeres embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman SJ. Vestibular rehabilitation. 3a ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2007.
2. Sekitani T, Imate Y, Noguchi T et al. Vestibular neuritis: epidemiological survey by questionnaire in Japan. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1993; 503: 9-12.
3. Yacovino DA. Vestibular neuritis: effect of prednisone on functional recovery. *Neurología Argentina.* 2010; 2 (3): 149-154.
4. Theil D, Arbusow V, Derfuss T et al. Prevalence of HSV-1 LAT in human trigeminal, geniculate and vestibular ganglia and its implication for cranial nerve syndromes. *Brain Pathol.* 2001; 1: 408-413.
5. Georgescu M, Stoian S. Vestibular neuritis in pregnancy. *GINECORO.* 2011; 7 (23): 58-61.
6. McElhatton PR. The effects of benzodiazepine use during pregnancy and lactation. *Reprod Toxicol.* 1994; 8 (6): 461-475.
7. Theil D, Derfuss T, Paripovil I et al. Latent herpesvirus infection in human trigeminal ganglia causes chronic immune response. *Am J Pathol.* 2003; 163: 2179-2184.
8. <http://www.sanfer.com.mx/pdf/farma/vontrol.pdf>.
9. SSA. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general al 3 de agosto de 2007. Lineamientos indicados por la NOM-177SSA1-1998.

Correspondencia:

Dra. Dalia I Lazcano Córdova.

Residente de tercer grado del Hospital General de México.
Avenida Cuauhtémoc Núm. 226 interior 204,
Col. Doctores, 06720, Delegación Cuauhtémoc,
México, D.F.

Tel: 55 8579 0487.

E-mail: dalia49@hotmail.com