



---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

# **DIPLOMATURA EN MEDICINA VESTIBULAR**

## **CASO CLÍNICO EXAMEN FINAL**

PLANTEL DOCENTE

Dr. Sergio Carmona, Dra. Lilian Frankel, Dra. Patricia Sommerfeck, Dr. Guillermo Zalazar, Dr. Carlos Martinez, Lic. Silvia Abraham.

**GRUPO 1: CORVALAN OJEDA VALERIA, DACREMA JULIETA, RAMONDA JESSICA, FERNANDEZ MARTIN, ALVAREZ SABRINA.**

**PACIENTE:** M.R

**EDAD:** 69 AÑOS

**ESTADO CIVIL:** CASADO

**OCUPACIÓN:** JUBILADO. TRABAJÓ EN EL CASINO DE MAR DEL PLATA

**ACTIVIDADES DE INTERÉS:** BAILAR TANGO

**MOTIVO DE CONSULTA:** paciente que consulta por inestabilidad en la marcha de 4 meses de evolución, sin vértigo. refiere que sus síntomas empeoran en la oscuridad (por ejemplo: al atardecer o en los espacios donde intenta bailar tango). Refiere sentirse con mayor inseguridad al caminar por la playa. Al caminar y al manejar tiene dificultad para estabilizar la mirada y leer carteles y patentes.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** como antecedente de relevancia nos comenta que su inestabilidad comenzó posterior a una intervención quirúrgica cardíaca por un reemplazo valvular. Hipertensión arterial medicado con enalapril 10 mg/día. Sin antecedentes de patología neurológica, niega migrañas y cinetosis. No presenta antecedentes de caídas. Niega síncope. Refiere hipoacusia y acúfeno de tonalidad aguda continuo bilateral de larga data. Niega disfagia, disfonía, disartria, diplopía, parestesias, déficit motor.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Niega.

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

**DIAGNÓSTICO:** SÍNDROME VESTIBULAR CRÓNICO CON DESENCADENANTE

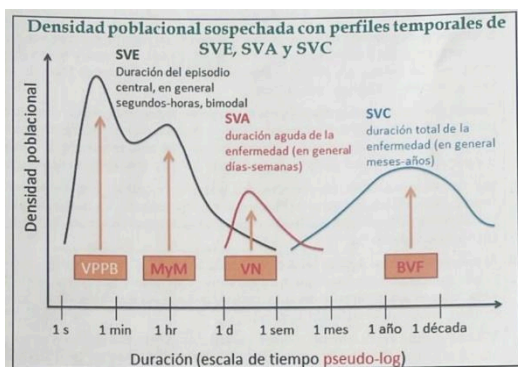


Figura N°: 1 Clasificación de los Síndromes Vestibulares según Sociedad Barany.

**DIAGNÓSTICOS PROBABLES:** VESTIBULOPATÍA BILATERAL POR OTOTOXICIDAD

PRESBI VESTIBULOPATÍA. IDIOPÁTICA. OTRAS

MAREO PERCEPTUAL POSTURAL PERSISTENTE (MPPP)

VESTIBULOPATÍA BILATERAL DE ORIGEN CENTRAL

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

Differential diagnosis of bilateral vestibulopathy

- Cerebellar ataxias without bilateral vestibulopathy
- Downbeat nystagmus syndrome
- Functional dizziness: persistent postural-perceptual dizziness, phobic postural dizziness, visual induced dizziness
- Unilateral vestibular deficit
- Intoxications
- Vestibular suppressant medications
- Orthostatic tremor
- Visual disorders (if oscillopsia is prominent)
- Peripheral neuropathies
- Movement disorders: Parkinson’s disease, atypical Parkinson’s syndromes, multiple system atrophies
- Central gait disorders due to normal pressure hydrocephalus, frontal gait disorders, lower-body Parkinson, subcortical vascular encephalopathy or multiple sclerosis

Figura N°2: Diagnósticos Diferenciales de Vestibulopatía Bilateral.

**EXAMEN FÍSICO OTONEUROLOGICO**

**EXAMEN EQUILIBRIO ESTATICO**

Prueba de Romberg: al realizar esta prueba el paciente presentó una oscilación hacia ambos lados al cerrar los ojos.

Índices de Barany: No presentó lateralización de los índices ya que la vestibulopatía bilateral es simétrica.

**EXAMEN EQUILIBRIO DINÁMICO**

Marcha de Unterberger: no logró realizarlo debido a que presenta riesgo de caída.

**EXAMEN OCULOMOTOR**

Mirada primaria. Nistagmus evocado por mirada. Movimientos H. Convergencia.  
El paciente no presentó Nistagmus espontáneo ni evocados por la mirada.

Seguimiento horizontal y vertical: sin alteración.

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

Movimientos Sacádicos en plano horizontal y vertical: sin alteración

Test de Skew: sin alteración.

Impulso cefálico: Presentó sacadas correctivas hacia ambos lados bilateralmente.

La evaluación de las Pruebas cerebelosas, como por ejemplo la coordinación y la diadococinesia, son negativas.

Agudeza visual dinámica: En este paciente encontramos una pérdida de 5 líneas en el test de agudeza visual dinámica. (En un sujeto normal se espera encontrar la pérdida de hasta 2 líneas al realizar dicho test).

### **PRUEBAS POSICIONALES**

No presenta Nistagmus en ninguna prueba posicional.

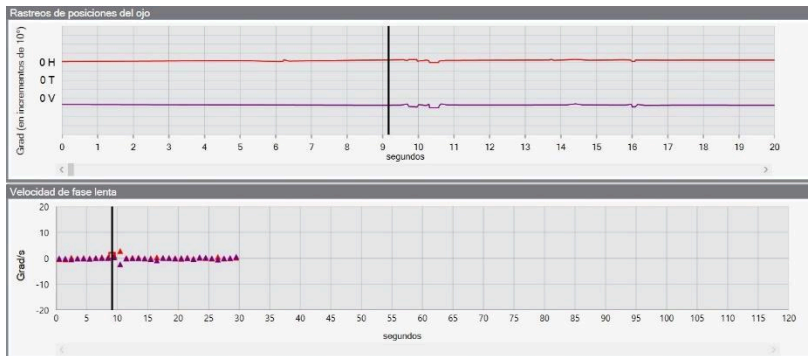


Figura N° 3 : Mirada primaria con fijación visual

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

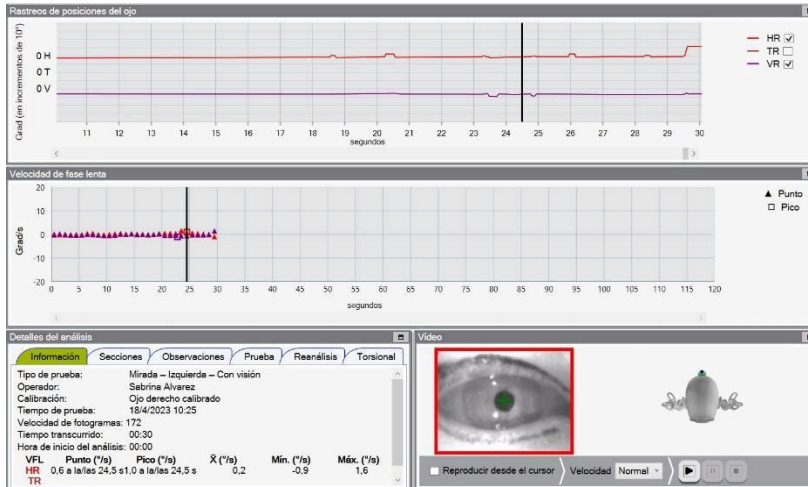


Figura N°4: Mirada a izquierda

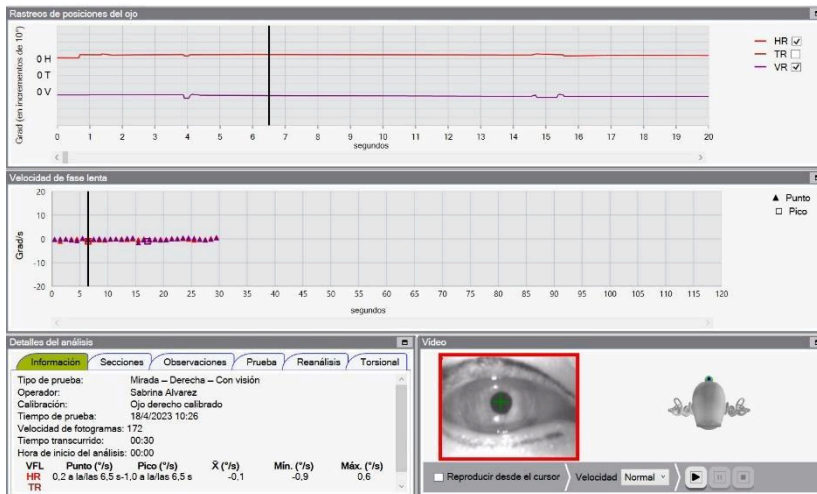


Figura N° 5: Mirada a derecha



“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

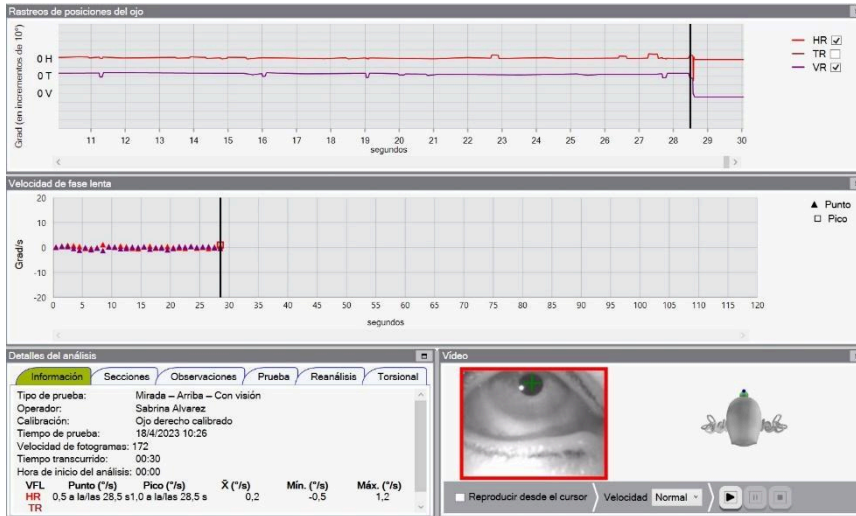


Figura N°6 : Mirada arriba

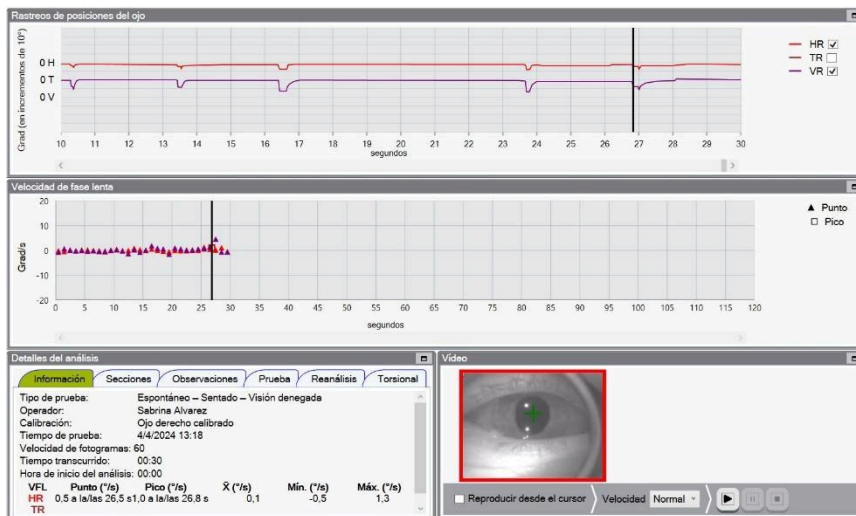


Figura N°7: Mirada primaria sin fijación visual



“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

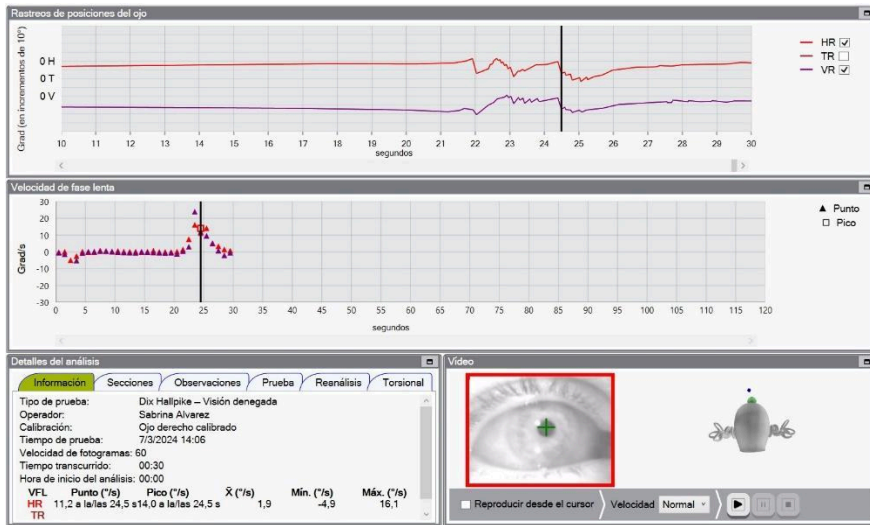


Figura N°8: Dix Hallpike a derecha

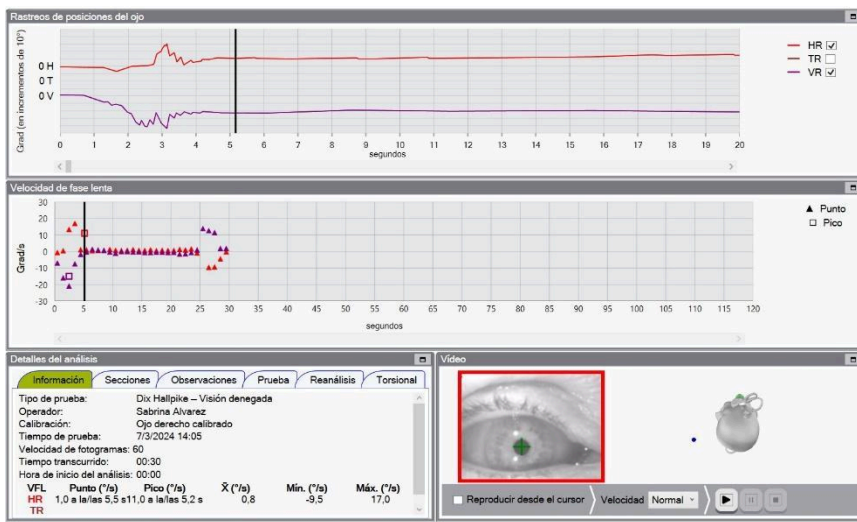


Figura N° 9: Dix Hallpike a izquierda

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

**EXAMEN OTOSCOPICO**

Dentro de los parámetros normales.

**EXAMEN NEUROLOGÍCO GENERAL**

*Reflejos osteotendinosos*: ++ generalizados.

Sensibilizada táctil superficial y profunda conservada (sin alteraciones).

*Sistema motor*: sin paresias.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

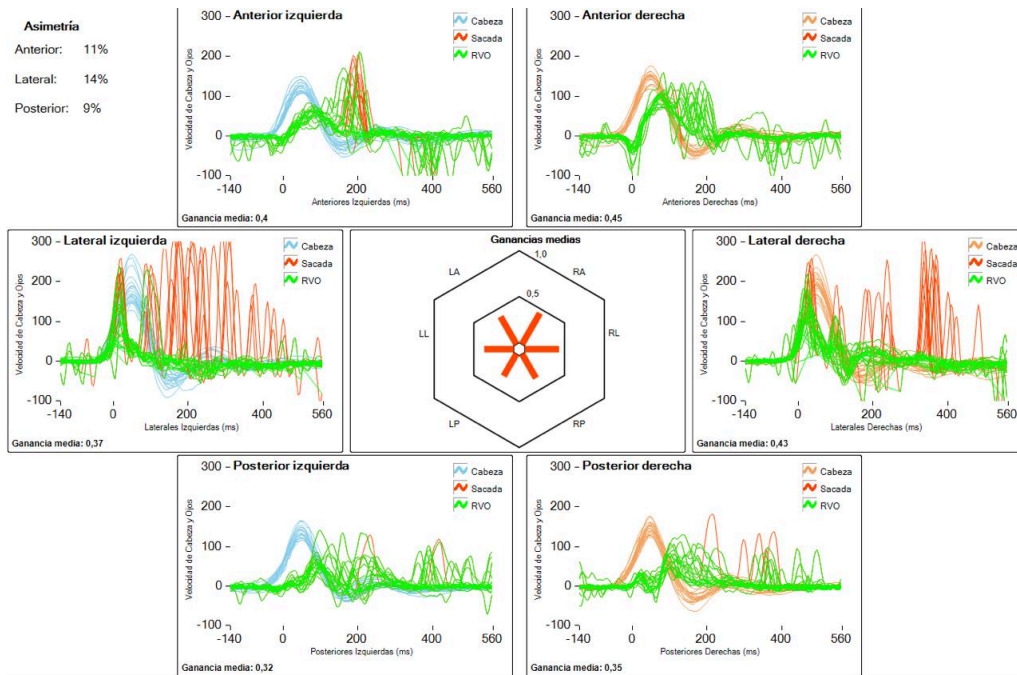


Figura 10. Trazado de Video Impulse de paciente con Vestibulopatía Bilateral.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

En dicho estudio de Vhit, se encuentra disminución de la ganancia del VOR en los 6 canales semicirculares, con una ganancia igual o menor a 0.4 en ambos canales laterales con presencia de múltiples sacádicos compensadores encubiertos y evidentes desorganizados. A predominio de ambos canales laterales.

### **RESONANCIA DE CEREBRO CON CONTRASTE**

Dentro de los parámetros normales. Con alteración de la microvasculatura.

### **AUDIOMETRÍA TONAL COMPLETA**

(AUDIOMETRIA TONAL -LOGO AUDIOMETRIA-IMPEDENCIOMETRIA-ACUFENOMETRIA). Presenta Hipoacusia Neurosensorial en tonos agudos, compatible con Presbiacusia.

A partir de la anamnesis, examen otoneuròlogico y exámenes complementarios solicitados al paciente confirmamos nuestro diagnóstico de Vestibulopatía Bilateral de acuerdo a los criterios de la Sociedad Barany.

#### Los criterios diagnósticos para vestibulopatía bilateral según la sociedad Bárány son:

A - Síndrome vestibular crónico con los siguientes síntomas:

- 1) Inestabilidad al caminar o pararse más, al menos uno de los puntos 2 o 3.
- 2) Visión borrosa inducida por el movimiento u oscilopsia al caminar o con movimientos rápidos de cabeza/cuerpo.
- 3) Empeoramiento de la inestabilidad en la oscuridad y/o en terrenos irregulares.

B - Sin síntomas mientras está sentado o acostado en condiciones estáticas.

C - Prueba de impulso cefálico horizontal bilateralmente patológico (Puede valerse de pruebas complementarias como el vHIT) Ganancia de VOR angular horizontal bilateralmente patológica menos de 0,6, medida mediante la técnica de video-HIT.

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

D - No se explica mejor por otra enfermedad

Luego aplicamos el siguiente Algoritmo de diagnóstico para identificar las causas posibles de la misma.

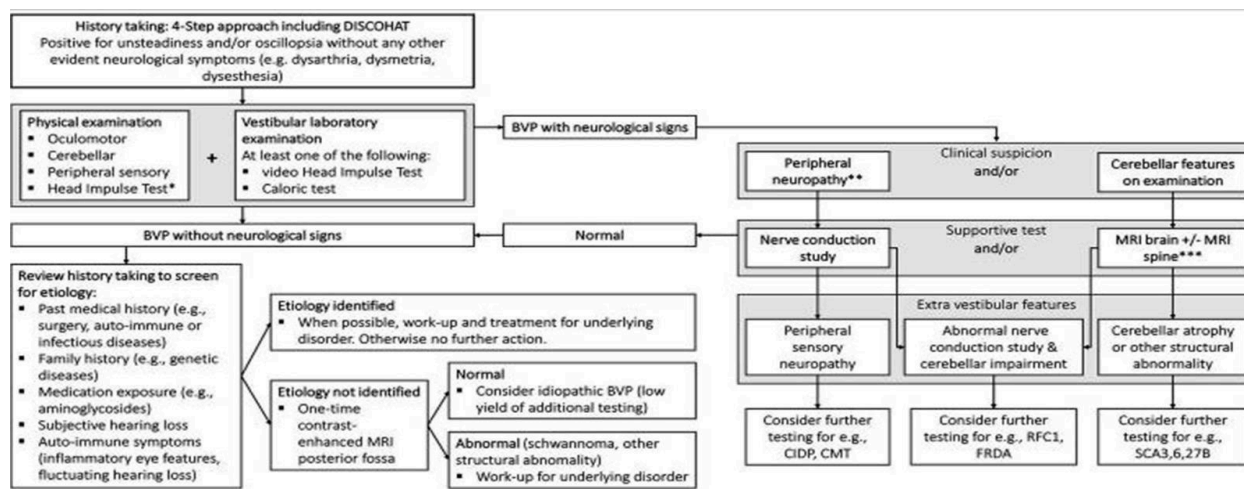


Figura N°: 11. Algoritmo diagnóstico de Vestibulopatía Bilateral. Abordaje en 4 pasos.

### TRATAMIENTO MEDICO

En este caso, a nuestro paciente no se le indicó tratamiento farmacológico ya que se dio inicio precoz con rehabilitación vestibular.

### TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

El objetivo de la rehabilitación se centró a través de un protocolo para estimular los mecanismos de adaptación/sustitución y sensibilización: desestabilizaciones visuales y propioceptivas, el control postural, la tonificación cintura pélvica, stepping con repetición



---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

de movimientos para la habituación , estabilización de la mirada, mantención del equilibrio, control postural y marcha logrando así una reducción de los síntomas. Estas estrategias se trabajaron con apoyo multisensorial y con estimulación cognitiva para colaborar en desautomatizar el control corporal no solo lo sensorial.

Se consideró de relevancia desde el abordaje de la TRV completar la anamnesis vestibular del paciente ya que nos orientó a una adecuada y específica creación de dicho protocolo.

- *Inestabilidad en reposo* : s/p
- *Inestabilidad dinámica*: paciente refiere sentirse inseguro permanentemente al caminar debe realizarlo con ayuda extra (andador).
- *Alteración sensitiva*: Caídas : niega Síncope: niega:
- *Marcha intra y extra domiciliaria*: refiere que en su casa se siente más seguro pero usa eventualmente el andador principalmente al atardecer (al disminuir la luz) . Fuera de su domicilio ( en espacios abiertos) necesita del andador para su movilidad y aumentando su inseguridad en la marcha.
- *Mareos*: al caminar y ante el movimiento de la cabeza en todos los planos (yaw, pitch y roll).
- *Oscilopsia*: al caminar y leer carteles y/o patentes de autos.
- *Los síntomas que presenta se acompañan de otros síntomas como visuales o cognitivos*: Si , tiene dificultad para concentrarse , recordar números o direcciones ( memoria a corto plazo) desde que comenzó su inestabilidad y además cuando está en lugares como shopping, peatonal, supermercado se siente más inseguro. También refiere mayor inestabilidad cuando oscurece (al atardecer).
  
- *Capacidad para realizar actividades de la vida diaria*: logra realizar actividades simples de la vida diaria. Refiere tener algunas limitaciones en las mismas ya que requiere del uso del andador mayormente cuando realiza movimiento ante el cambio corporal y/o cefálico. Lo

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

cual relató que le genera angustia dicha limitaciones ya que no solo le afecta su vida diaria sino también sus actividades recreativas (como tango).

- Se realizó DHI:

### *Cuestionario de Vértigo: Dizziness Handicap Inventory (DHI)*

(Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Sur. 1990;116:424-427)

- P1.** ¿Levantar la vista aumenta su problema? : si
- E2.** ¿Se siente frustrado a causa de su problema? : si
- F3.** A causa de su problema ¿decide limitar sus viajes de negocios o de ocio? : si
- P4.** ¿Caminar por el pasillo de un supermercado aumenta su problema? : si
- F5.** A causa de su problema ¿experimenta dificultades al acostarse y levantarse de la cama? : no
- F6.** ¿Su problema limita de forma significativa su participación en actividades de ocio tales como cenar fuera de casa, ir al cine, ir a bailar o ir a fiestas? : si
- F7.** A causa de su problema ¿experimenta dificultades al leer? : si
- P8.** ¿Realizar actividades más exigentes tales como hacer deporte, bailar, o realizar trabajos domésticos (por ejemplo barrer o recoger platos) aumenta su problema? : si
- E9.** A causa de su problema ¿tiene miedo a salir de casa sin que alguien le acompañe? : si
- E10.** A causa de su problema ¿ha sentido vergüenza delante de otro? : a veces
- P11.** ¿Los movimientos rápidos de cabeza aumentan su problema? : si

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

- F12. A causa de su problema ¿evita las alturas? : si
- P13. ¿Aumenta su problema darse la vuelta en la cama? : no
- F14. A causa de su problema ¿le resulta difícil realizar trabajos domésticos agotadores? : a veces
- E15. A causa de su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que está ebrio? : si
- F16. A causa de su problema ¿le resulta difícil pasear sólo? : si
- P17. ¿Caminar por la cerca aumenta su problema? : si
- E18. A causa de su problema ¿le resulta difícil concentrarse? : si
- F19. A causa de su problema ¿le resulta difícil caminar por su casa a oscuras? si
- E20. A causa de su problema ¿tiene miedo a quedarse sólo en casa? : no
- E21. A causa de su problema ¿se siente incapacitado? : a veces
- E22. ¿Su problema ha dificultado las relaciones con sus familiares y amigos? : a veces
- E23. A causa de su problema ¿se siente deprimido? : a veces
- F24. ¿Influye negativamente su problema en sus responsabilidades domésticas o laborales? : no
- P25. ¿Aumenta su problema al agacharse? : si

Valores de referencia

"Si": 4 puntos

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

"a veces": 2 puntos

"no": 0 puntos

**Resultados por área:**

**P: 20 discapacidad severa VN: 0 a 9**

**F: 26 discapacidad severa VN: 0 a 14**

**E: 24 discapacidad moderada VN: 0 a 14**

- Posterior se realizó el test de :

***TUG (Time Up and Go )***

Valores de referencia:

\*Normal: <10 segundos.

\* Discapacidad leve de la movilidad: 11-13 segundos.

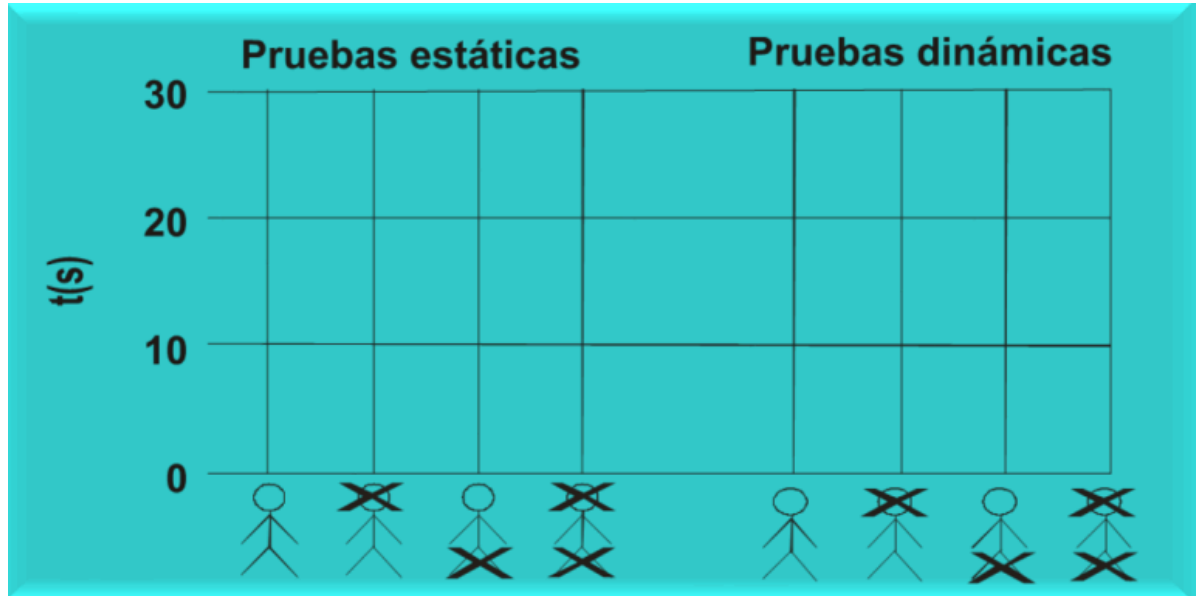
\* Riesgo elevado de caídas: >13 segundos.

**Dicha prueba dio alterado con una discapacidad leve de la movilidad de 16,5 segundos.**

*Test clínico modificado de integración sensorial y equilibrio*



“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”



#### PRUEBAS ESTÁTICAS

Parado con ojos abiertos sobre piso firme: 20 Segundos

Parado con ojos cerrados sobre piso firme 15 segundos

Parado sobre colchoneta con ojos abiertos: 10 segundos

Parado sobre colchoneta con ojos cerrados: 2 segundos

#### PRUEBAS DINÁMICAS

Marcando el paso en el lugar con ojos abiertos sobre piso firme: 15 segundos

Marcando el paso en el lugar con ojos cerrados sobre piso firme: 5 segundos

Marcando el paso en el lugar sobre colchoneta con ojos abiertos: 2 segundos

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

Marcando el paso en el lugar sobre colchoneta con ojos cerrados: no logra realizar

**Objetivo General**

- Realizar ejercicios para lograr principalmente la sustitución de la función vestibular bilateralmente.

**Objetivo Específico**

- Efectuar ejercicios que favorezcan el mecanismo de adaptación.
- Mejorar la calidad de vida del paciente para permitir reinsertarse en las actividades de la vida cotidiana y de su interés.
- Apelar a los órganos indemnes (propiocepción y visión ) quienes sustituirán al órgano afectado.

**Los ejercicios que se realizaron fueron :**



En posición sentada estimular: La premisa que buscamos en el paciente es: adaptación y sustitución vestibular.

- Ejercitación de movimiento sacádicos.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

- Estabilización de la mirada, a través de y combinación de diversos circuitos visuales de los mismos.
- Reflejo vestíbulo Ocular (RVO), en los tres planos; pitch, yaw y roll
- Visión periféricas, con diversas láminas de estimulación.
- Estimulación de los pies y tobillos, con flexión, extensión y giro de los mismos. Primero con un pie y luego con el otro.
- Ver elementos como un paraguas girando de un lado para otro.
- Con pelota en la mano, fijar la visión en la misma y realizar el símbolo de infinito con la pelota.
- Pasar la pelota por debajo de cada pierna, mientras se mira, siguiendo la pelota con la vista.
- Sentarse y pararse mirando un punto fijo.
- Comenzar en posición de sentado, agacharse, buscar un cono del piso, elevar el mismo mirándolo fijamente, mientras me levanto.
- Girar alrededor de la silla mirando la misma.



- Carga y descarga sobre un pie y otro, con paso adelante y atrás del cono.
- Sortear conos, mientras se realiza marcha adelante y atrás, mirando un punto fijo.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

Luego se puede agregar marcha con movimientos cefálicos a derecha e izquierda.

- Se pueden trabajar con los conos, circuitos, estimulando la navegación espacial. Apelando a la memoria y el trabajo cognitivo con los pacientes.



- Pasar a través del aro con un pie y luego con el otro.
- Realizar movimientos circulares en la cintura con el aro.
- Ejercicios de ascenso y descenso del aro con los brazos, para estimular los miembros superiores y rotaciones para fortalecer cintura escapular y tren superior.

---

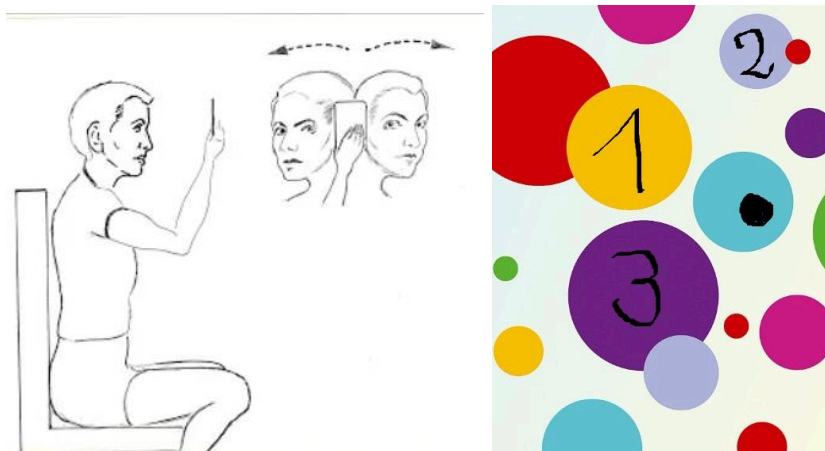
“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”



- Estimulación del reflejo vestíbulo ocular (RVO), en los tres planos; pitch, yaw y roll.
  - Elevo punta/talón.
  - Elevar la punta de los pies, sosteniendo con las manos en la pared mirando un punto fijo (estrategia de tobillos).
  - Realizar ejercicios de estímulos alocéntricos sobre colchoneta para trabajar marcha en distintas posiciones (arriba, abajo, derecha e izquierda).
  - Distintos tipos de marchas y giros siguiendo estímulos visuales.
- Estrategias de adaptación para coordinar el reflejo vestíbulo-ocular.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”



Recursos: Un punto de color y dos cartas. Donde se trabajará los paradigmas uno (en los tres planos Yaw-Pich-Roll) y dos en distintas posiciones (sentado, parado. caminando).

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

- Estrategias de marcha, entrenamiento en cinta y aprendizaje para caminar sobre superficies inestables.



Recursos: Pasto, Arena y desniveles con escaleras y barandas

Cabe mencionar que todos los ejercicios que se le brindó y enseñó al paciente fueron con movimientos moderadamente lentos, dependiendo siempre de la tolerancia del paciente y su capacidad funcional.

Además se le brindó la información necesaria para que el paciente pueda entender su patología y las dificultades que esta le genera en sus actividades de la vida diaria, haciendo hincapié en las posibilidades de evolución.

Luego, una vez que se logró incorporar correctamente se complejizó el grado de dificultad . Apelamos al trabajo cognitivo y a la doble tarea cognitiva. Se tuvo en cuenta la motivación y el apoyo del contexto familiar.

Dicho paciente fue abordado desde una mirada integral como se mencionó anteriormente y de forma interdisciplinaria con psicología (orientación cognitivo-conductual) ya que mediante esta terapia logró reducir la angustia que le generaba no poder vincularse socialmente en sus actividades de recreación (tango).

Los factores que favorecieron una adecuada rehabilitación vestibular fueron la motivación , atención , la empatía, la escasa afectación cognitiva del paciente , entre otros.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

Como terapeutas en rehabilitación vestibular logramos captar la adherencia y buena evolución del paciente al asociar los ejercicios con las actividades de su interés.

Al comienzo del tratamiento presentaba mayor angustia y ansiedad que logró ir disminuyendo y mejorando a lo largo del tratamiento de rehabilitación vestibular en conjunto con terapia psicológica.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

### **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El diagnóstico de falla vestibular bilateral (FVB) suele resultar dificultoso, esto en parte se debe a que la mayoría de los pacientes consultan por inestabilidad en la marcha, siendo este un síntoma inespecífico e impreciso (con múltiples desencadenantes). Esto lleva a reiteradas consultas médicas y demora diagnóstica. Por ello necesitamos contar con herramientas que nos permitan obtener datos de manera precisa y ordenada. Principalmente recabar una historia clínica completa y ordenada, que debe enfocarse en 4 pasos:

1. Historia de vértigo/mareos.
2. Posibles síntomas vasculares crónicos.
3. Comorbilidades funcionales, psicológicas o psiquiátricas.
4. Diagnóstico diferencial integral.

La historia de vértigo recurrente nos puede orientar a una enfermedad de Meniere bilateral o a la afección en distintos tiempos de ambos laberintos por neuritis vestibulares.

En pacientes con inestabilidad sin signos de focalidad neurológica (Ej: disartria, dismetría) debemos analizar de manera exhaustiva un examen oculomotor, véstibulo-espinal, HIT, pruebas cerebelosas y de neuropatías a fin de descartar trastornos neurológicos que combinan síntomas centrales y periféricos como el CANVAS (ataxia cerebelosa con neuropatía periférica y arreflexia vestibular) o la ataxia espinocerebelosa 27B (SCA27B), de inicio tardío, autosómica dominante de lenta progresión caracterizada por síndrome cerebeloso, nistagmus vertical hacia abajo y síntomas episódicos. También pueden considerarse la Ataxia de Friederich, donde puede encontrarse compromiso vestibular bilateral.

En pacientes con inestabilidad sin compromiso neurológico debemos intentar identificar la etiología, de manera que cobran jerarquía los antecedentes personales (cirugías, enfermedades autoinmunes, infecciosas), familiares (trastornos genéticos), uso de medicación ototóxicos (gentamicina y otros

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

aminoglucósidos, furosemida, cisplatino). Si la etiología continúa siendo idiopática, es necesario realizar una RMI con gadolinio a fin de evaluar la fosa posterior en busca de Schwannomas vestibulares.

En pacientes con inestabilidad en combinación de signos neurológicos, debemos buscar neuropatías periféricas. Estudios demostraron que el 53% de los pacientes con neuropatías periféricas presentan hipofunción vestibular, como por ejemplo en casos de CIDP (poliradiculopatía inflamatoria desmielinizante crónica), enfermedad de Charcot-Marie Tooth (CMT), el síndrome de Guillain-Barré (SGB), la neurosarcoidosis y otras enfermedades inflamatorias y hereditarias.

Ante la presencia de síntomas cerebelosos deberíamos considerar la ataxia cerebelosa idiopática de inicio tardío (ILOCA), la ataxia cerebelosa idiopática con vestibulopatía bilateral (iCABV), la ataxia espinocerebelosa (SCA) 3 y 6, la ataxia de Friedreich (FRDA), la ataxia cerebelosa, la neuronopatía, el síndrome de arreflexia vestibular (CANVAS)/ enfermedad relacionada con *RFC1* y la SCA27B.

Los síntomas cerebelosos pueden aparecer sin traducción imagenológica (RMN aparentemente normal), en especial los signos oculomotores. Esto se da especialmente en las primeras etapas de la enfermedad cerebelosa.

### **CONCLUSIÓN**

La inestabilidad es un motivo de consulta frecuente tanto en el consultorio clínico como del especialista en Medicina Vestibular. Muchas veces es subestimado o atribuido erróneamente a otras causas, con gran demora en el diagnóstico. Este síntoma suele ser discapacitante afectando la calidad de vida y actividades diarias de los pacientes. Si bien el test de impulso clínico y la oscilopsia son fuertes indicadores tienen una sensibilidad muy baja. Es clave valerse de métodos complementarios como el video-HIT con ganancias bajas del RVO y sacádicos correctivos clínicamente no visibles. La importancia diagnóstica radica en que se obtienen excelentes resultados con rehabilitación vestibular mediante el abordaje multimodal.

En el caso de nuestro paciente fue derivado a tiempo al área correspondiente, pudiendo realizar los estudios complementarios que confirmaron el diagnóstico de Vestibulopatía Bilateral por exposición a

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

ototóxicos, conclusión a la que arribamos dado el antecedente del inicio de la inestabilidad posterior a una cirugía cardíaca.

Si bien nuestro paciente presentó una causa identificable de su vestibulopatía bilateral secundario a exposición a ototóxicos, sabemos que actualmente existen estudios que confirman que las vestibulopatías bilaterales de causas idiopáticas vienen creciendo exponencialmente, aproximadamente un 50%.

Es fundamental la derivación del paciente a profesionales formados en rehabilitación vestibular para lograr así un adecuado abordaje de rehabilitación específico para la Vestibulopatía Bilateral, en donde además de los ejercicios se tuvo en cuenta la empatía, actividades de interés del paciente, factores positivos que favorecen a la terapia, para lograr así la reinserción del paciente a su vida social, sus actividades de interés (nuestro paciente volvió a bailar tango y realizar sus caminatas por la playa) y logró realizar sus actividades de la vida diaria con menor dificultad gracias a su adhesión al tratamiento propuesto acompañado de terapia cognitiva-conductual.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Lisa van Stiphout, David J. Szmulewicz, Nils Guinand , Angélica Pérez Fornos , Vincent Van Rompaey y Raymond van de Berg. Vestibulopatía bilateral: actualización clínica y propuesta de algoritmo diagnóstico. *Frente Neurol.* 2023;14:1308485.
- Bernardo Farias Ramos y col. PRUEBAS DE VVOR Y VORS COMO HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO PARA LA HIPOFUNCION VESTIBULAR UNILATERAL Y BILATERAL. Ediciones Universidad de Salamanca. *Rev. ORL*, 2019, 10, 3, 165-169.
- Hamish MacDougall and col. A new saccadic indicator of peripheral vestibular function based on the video head impulse test. *Neurology* 2016 Jul 26; 87(4): 410–418.
- Michael Strupp, Ji-Soo Kimb, Toshihisa Murofushic , Dominik Straumann, Joanna C. Jene , Sally M. Rosengrenf , Charles C. Della Santinag and Herman Kingmah. “Bilateral vestibulopathy: Diagnostic criteria Consensus document of the Classification Committee of the Barany Society”. *Journal of Vestibular Research* 27 (2017) 177–189.
- Ricardo Sanz Fernández, Eduardo Martín Sanz. Exploración Otoneurológica Interpretación de las pruebas vestibulares. Abordaje práctico del paciente con vértigo y alteraciones del equilibrio.
- Lisa van Stiphout, David J Szmulewicz, Nils Guinand, Angélica Pérez Fornos, Vincent Van Rompaey, Raymond van de Berg Bilateral vestibulopathy: a clinical update and proposed diagnostic algorithm. *Review Front Neurol.* 2023 Dec.
- Lisa van Stiphout<sup>1</sup>, David J Szmulewicz , Nils Guinand , Angélica Pérez Fornos , Vincent Van Rompaey Raymond van de Berg. Bilateral vestibulopathy: a clinical update and proposed diagnostic algorithm.
- Baloh, R. W. “Approach to the evaluation of the dizzy patient”. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, 112: 3-7. 1995.

---

“2024 - A 30 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA ARGENTINA”

- Evaluación del paciente previa a la rehabilitación vestibular versión Online ISSN 2444-7986. Rev. ORL vol.11 no.1 Salamanca ene./mar. 2020 E pub 04- Ene-2021. <https://dx.doi.org/10.14201/orl.21292>.
- Frankel, L. Evaluación y diagnóstico de la función vestibular- 130-135. En Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles. ISBN 978-987-86-8061-3. 1ºed. 2021.
- Kerber, K.A., Newman-Toker, D. E “Misdiagnosing dizzy patients. Common pitfalls in clinical practice”. Neurologic Clinics, 33:565-575. 2015.
- Oliva-Domínguez M. Exploración del paciente con alteraciones del equilibrio. En: Rossi-Izquierdo M, Soto-Varela A, Santos-Pérez S, editores. Rehabilitación vestibular [Internet]. Santiago de Compostela: Sociedad Gallega de Otorrinolaringología; 2016.p. 12-21.
- Strausse, E.; Sherman, E.; Spreen, O.; A Compendium Of Neuro-psychological Test: Administration, Norms and Commentary. Third Edition. Oxford University Press. New York. 2006.
- Fernandez M, Espona C, Carmona S. Vestibulopatía bilateral: Un desafío en el abordaje diagnóstico.