

TERAPIA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN ALTERACIÓN MIXTA (PERIFÉRICA Y CENTRAL). REPORTE DE UN CASO.

Diego Olmedo Gallo,¹ Paula Altamirano Carreño,² Ignacio Novoa Cornejo^{3,4}, Marcell Sauvalle Ceballos⁵

ABSTRACT:

INTRODUCCIÓN: La terapia de rehabilitación vestibular (TRV) es el tratamiento con mayor evidencia en la recuperación para la mayoría de los trastornos de equilibrio. En casos que tengan una alteración estable del procesamiento central del equilibrio, o mixta, es decir, acompañada de un desorden periférico, la TRV no se excluye como tratamiento; no obstante, los progresos suelen ser limitados y requieren de una mayor cantidad de sesiones. En este trabajo analizaremos un caso mixto, desde la pesquisa y evaluación hasta el tratamiento y mejoría.

OBJETIVO: Describir y evaluar la eficacia de la TRV en un sujeto con trastorno de equilibrio mixto, con VPPB y síndrome cerebeloso, mediante DHI.

MATERIAL Y METODOS: Todas las pruebas otoneurológicas fueron medidas con el videoculoniostagmógrafo VO425b de Interacoustics. Las maniobras de reposición y las sesiones de TRV fueron realizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESULTADOS: (1) Nistagmo posicional upbeat torsional geotrópico. Resuelto con maniobra de Epley durante dos sesiones. (2) Evaluación oculomotora: Nistagmo espontáneo con fase rápida a derecha y componente upbeat, central. Presenta square wave jerk. El seguimiento lento es de morfología tipo III e hiperométrico a izquierda. Las sacadas horizontales fueron hiperométricas, y las sacadas verticales fueron hipométricas. Nistagmo OKN horizontal alterado con altas ganancias. La prueba calórica expresa una dirección preponderante a derecha de un 57%. 3. DHI inicial: 60 puntos (E: 14; Fi: 22; Fu: 24). 4. TRV: 1 sesión semanal durante 7 meses. Cada sesión tenía una duración promedio de 30 minutos. 5. DHI final: 18 puntos (E: 6; Fi: 4; Fu: 8)

DISCUSIÓN: Aunque existe poca evidencia sobre los beneficios de la TRV en casos vestibulares centrales o mixtos, la literatura existente ya demuestra una mejoría notoria mediante DHI pre y post tratamiento como lo expuesto en nuestro caso.

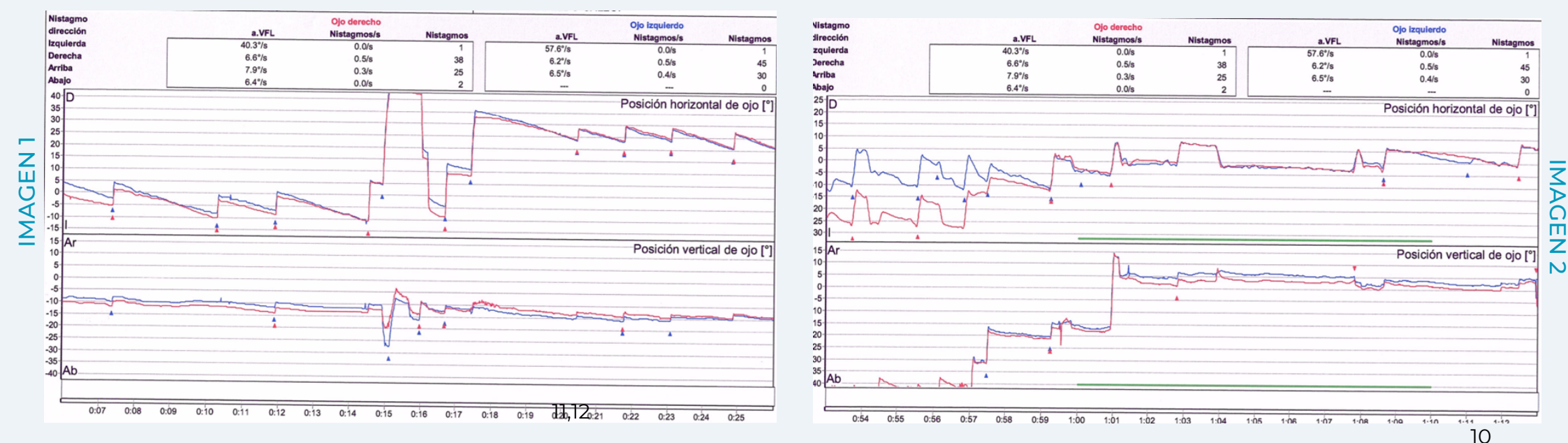
ANTECEDENTES

Paciente masculino de 28 años de edad, deportista, con historia de astrocitoma de hemisferio cerebeloso derecho, fue intervenido quirúrgicamente hace 2 años (2020), con compromiso postquirúrgico de la zona paravermiana superior en el hemisferio derecho. Presenta una leve hipoestesia derecha, consulta por Examen Funcional del VIII Par Craneal con pruebas oculomotoras y un Video Head Impulse Test (vHIT).

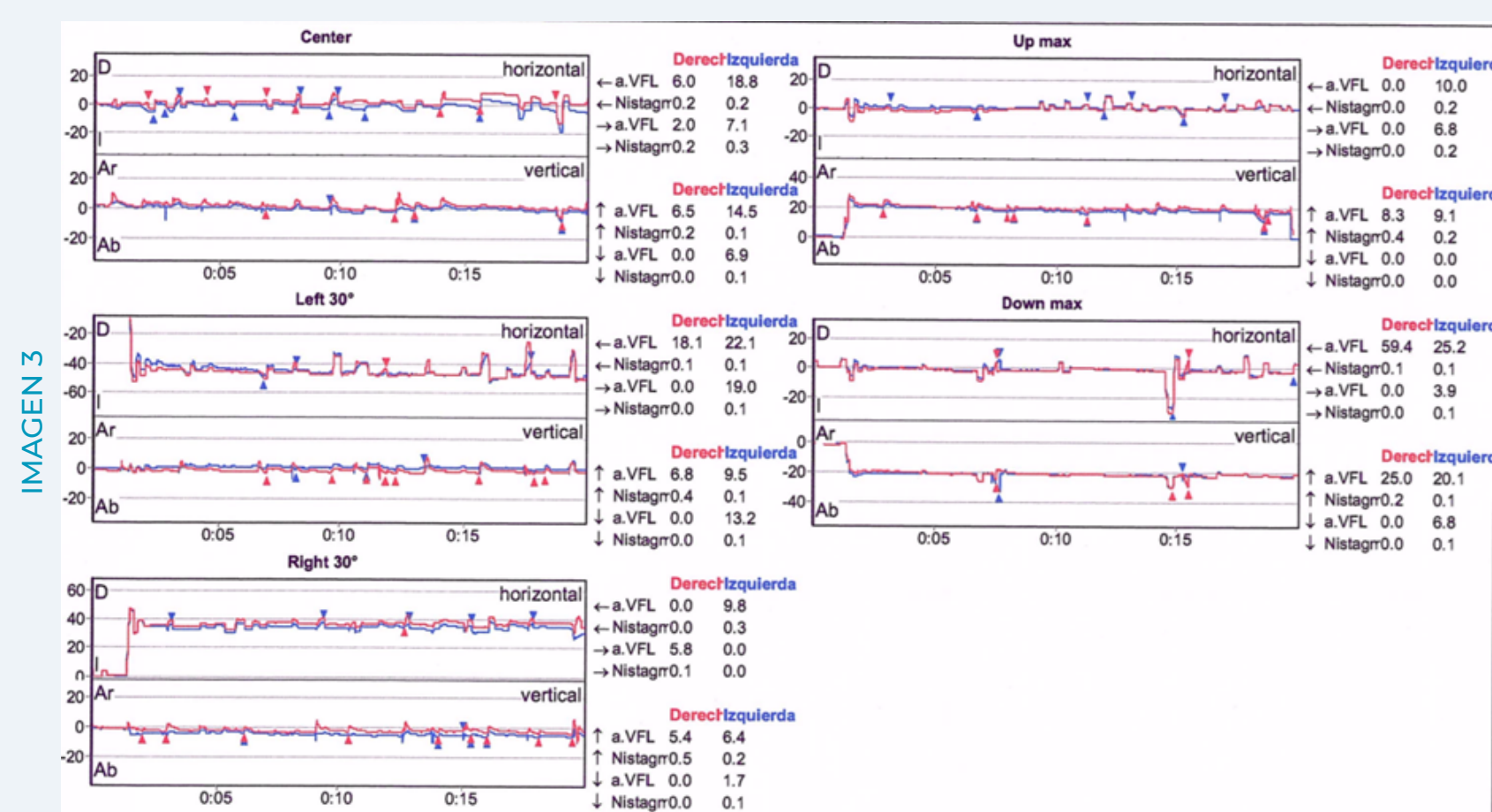
EVALUACIÓN

En la sesión de pesquisa se realiza:

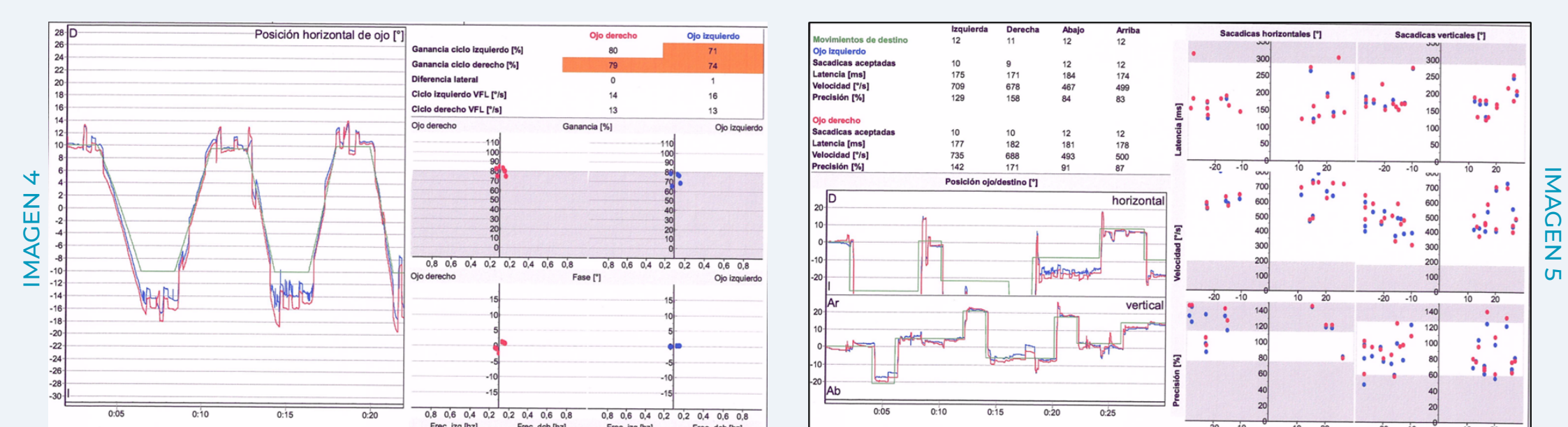
- Evaluación oculomotora:
 - Nistagmo espontáneo con fase rápida a derecha y componente upbeat, que no sigue ley de Alexander, pero que se suprime con fijación. (imágenes 1 y 2).



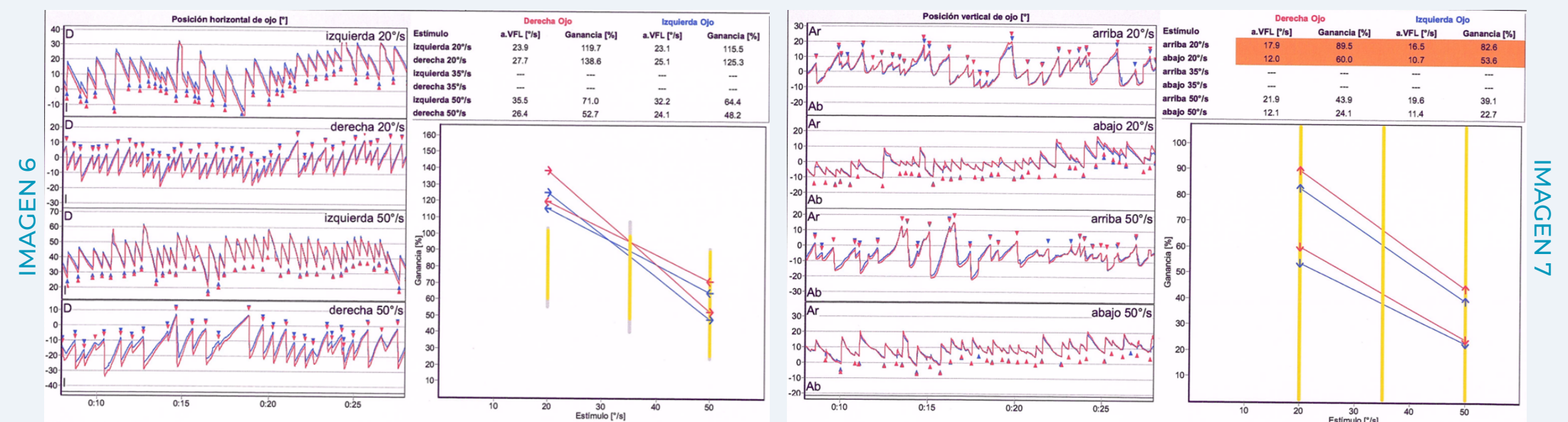
- En la prueba de mantención de la mirada no se observa ningún nistagmo, pero se presenta un constante square wave jerk (imagen 3).



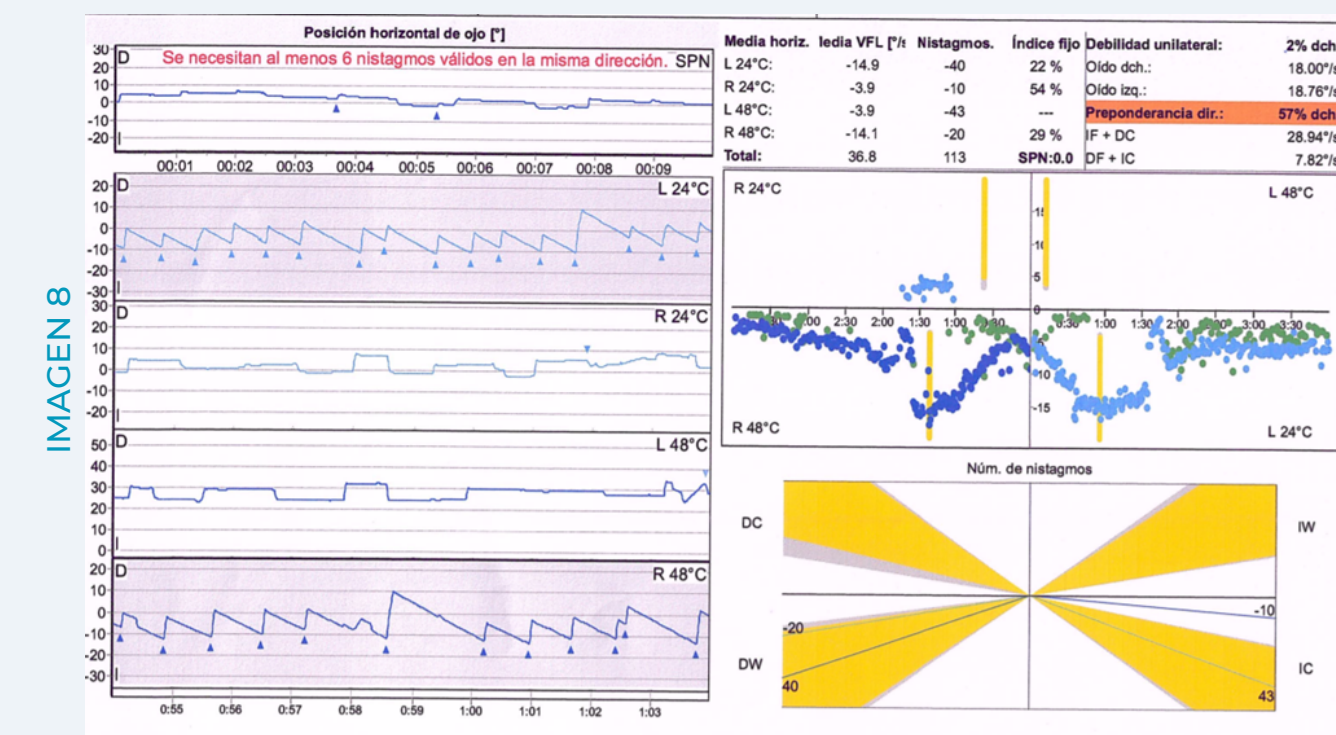
- El seguimiento lento tiene un trazado de morfología tipo III con precisión alterada e hiperométrico hacia la izquierda (imagen 4).
- Las sacadas horizontales fueron hiperométricas y las sacadas verticales fueron hipométricas (imagen 5).



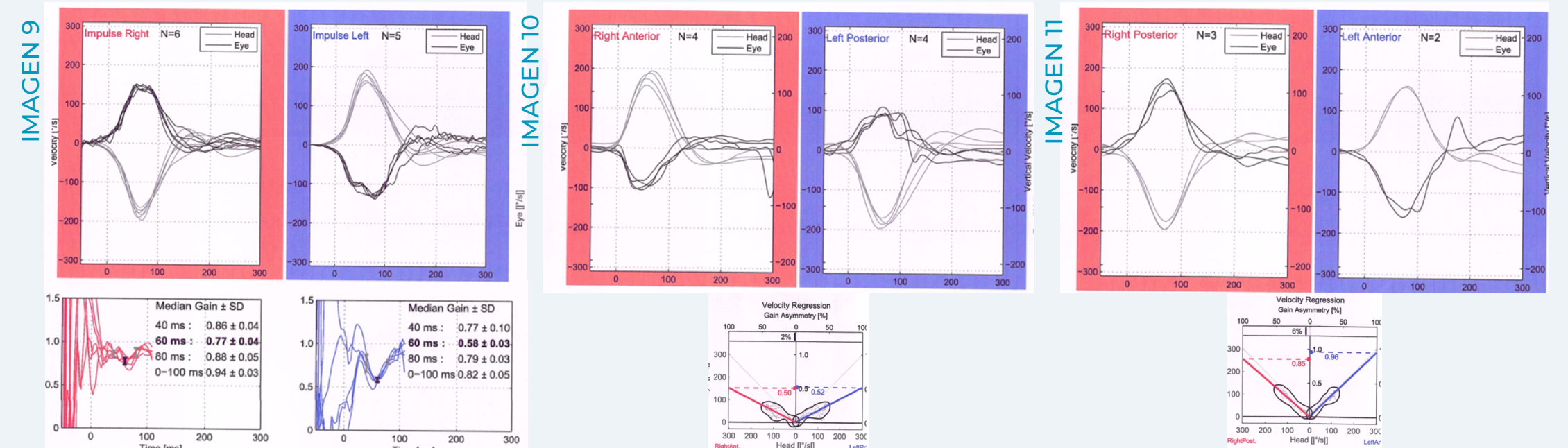
- El nistagmo optoquinético (OKN) horizontal está alterado, con ganancias altas; mientras que el OKN vertical posee baja ganancia (imágenes 6 y 7).



- Prueba calórica: Se evidenció una dirección preponderante a derecha de un 57% (según parámetro de VCL) (imagen 8).



- vHIT: Se obtuvo, sorpresivamente, bajas ganancias en los canales semicirculares (CSC) horizontales; además de ganancias bajas, cercanas a 0.50 en CSC anterior derecho y CSC posterior izquierdo (imágenes 9, 10 y 11).



- Evaluación de nistagmo posicional: Se observa un nistagmo posicional upbeat torsional geotrópico paroxístico en maniobra de Dix-Hallpike hacia derecha. Al finalizar el paroxismo, reaparece el nistagmo espontáneo. El nistagmo posicional fue resuelto mediante maniobra de Epley, luego de dos sesiones.

Primer DHI: 60 puntos (Emocional: 14; Físico: 22; Funcional: 24), calificación "severa", (N CITA). La sesión de TRV consistió en ejercicios de interacción visuovestibular en los planos yaw, pitch y roll sobre espumas de distinto grosor (7, 14 y 21 cm), con un duración promedio de 45 minutos. Se entrenó en ejercicios de VOR de Cawthorne y Cooksey, y de supresión del VOR para realizar en casa de aproximadamente 30 min, dos veces al día. Las sesiones fueron una a la semana durante siete meses. Al finalizar la terapia, se efectúa una nueva DHI expresando una alteración "leve" con 18 puntos (Emocionales: 6; Físicos: 4; Funcionales: 8)

DISCUSIÓN:

Los resultados de la evaluación oculomotora indican alteraciones que comprenden un síndrome cerebeloso del núcleo fastigial, dado que en la prueba de movimientos sacádicos, la expresión de hipermetría para las sacadas horizontales es patognomónico, y una hipometría en las sacadas verticales, además de que en la prueba de seguimiento lento, sea hiperométrico contralateral, en este caso, a izquierda. En la prueba de OKN horizontal, que la ganancia fue mayor es debido a una hipermetría por la alteración del núcleo fastigial. Los resultados del vHIT indican presencia de alteración periférica, además de coexistir con un VPPB del CSC posterior derecho. Esto puede deberse a un síndrome vestibular agudo no compensado que derivó en un síndrome vestibular episódico asociado. Tras la resolución del VPPB, la terapia siguiente reforzando la interacción visuovestibular y la supresión del VOR para mejorar el procesamiento vestibular periférico y central luego de la mejoría de 42 puntos en la DHI. Aunque existe poca evidencia sobre los beneficios de la TRV en casos vestibulares centrales o mixtos, la literatura existente ya demuestra una mejoría notoria mediante DHI pre y post tratamiento como también los resultados expuestos en este caso.

BIBLIOGRAFÍA:

Para revisar todas las referencias, visita el siguiente código QR:

