



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS
Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-12



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 7

MANUAL DE GUÍA CLÍNICA DE NEURONITIS VESTIBULAR

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura del Servicio de Audiología y Otoneurología	Jefatura del Servicio de Audiología y Otoneurología	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-12
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
		Hoja: 2 de 7	

1. Propósito

Establecer los lineamientos que permitan establecer correctamente el diagnóstico y que nos permitan establecer tratamientos adecuados y oportunos, que correspondan con los estándares de calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

2. Alcance

A todos los médicos adscritos a la División de Audiología y Otoneurología, para establecer criterios homogéneos y otorgar servicios de calidad, que repercutan en el adecuado abordaje de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

3. Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento.
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento.
- Supervisar el cumplimiento de la misma.
- Procurar el cumplimiento de la misma.

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía.
- Participar en la revisión.

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-12
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 3 de 7

5. Definición

5.1 Definición del padecimiento

Se le conoce como neuritis o neuronitis vestibular y vértigo epidémico agudo.

El término "neuritis" implica daño del nervio vestibular y el de "neuronitis" daño de las neuronas sensoriales del ganglio vestibular.

Se trata de una lesión inflamatoria del nervio vestibular caracterizada por una crisis intensa de vértigo agudo espontáneo e incapacitante durante 3 a 6 días, acompañado de desequilibrio e inestabilidad a la marcha que mejoran progresivamente durante una o varias semanas, sin síntomas asociados auditivos ni neurológicos.

Su aparición guarda relación significativa con procesos respiratorios de vías altas en el 50% de los casos. El virus que habitualmente causa la infección pertenece a la familia del Herpes virus. También puede ser causada por exposición a agentes tóxicos o sustancias alérgicas.

6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

Tiene una incidencia epidémica en determinados periodos del año, principalmente primavera y verano.

Su prevalencia en la población es de 3,5 por 100.000.

Ocurre en cualquier grupo etario, pero es raro en niños. La incidencia en la edad pediátrica varía entre el 4 y 7%. En la mayoría de los casos afecta a adultos con edades comprendidas entre 30 y 60 años, afectando por igual ambos sexos.

Los pacientes refieren la aparición brusca de vértigo con intensa sintomatología vegetativa (náuseas, vómito, taquicardia, diaforesis). El pico de máxima intensidad del vértigo, ocurre dentro de las primeras 24 horas. Posteriormente, al ir disminuyendo la sensación vertiginosa y al ceder los síntomas vegetativos, empieza a incorporarse y a deambular.

No hay síntomas auditivos, ni déficit de otros pares craneales.

Las entidades con las que es preciso plantear un diagnóstico diferencial son:



- Infarto cerebeloso (infarto del territorio de la rama medial de la arteria cerebelosa postero-inferior de tipo embólico).
- Infarto del tronco del encéfalo (síndrome medular lateral).
- Enfermedad de Meniere.
- Infecciones bacterianas del oído interno

6.2 Laboratorio y Gabinete

Una completa anamnesis y exploración física, es el primer planteamiento que se debe hacer ante una crisis aguda de vértigo, sin hipoacusia ni signos neurológicos centrales.

Se realizan pruebas vestibulares como la videonistagmografía encontrando hiporreflexia vestibular en las pruebas calóricas del lado afectado.

Es indispensable comprobar audición normal por medio de una audiometría.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-12
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 4 de 7

La timpanometría se realiza para corroborar la integridad del oído medio.

En el examen físico con la exploración con lentes de Frenzel se identifica la presencia de nistagmus unidireccional espontáneo que es horizontal u horizonte rotatorio con dirección al lado sano, característico de las lesiones vestibulares periféricas.

En la marcha se observa caída hacia el lado enfermo del paciente durante la etapa de crisis. Esta situación cede y se compensa rápidamente, luego en un par de semanas regresa a la normalidad.

6.3 Estudios Especiales

Se puede realizar un estudio de potencial vestibular miogénico evocados para determinar la extensión del daño. Una Resonancia Magnética será realizada si existe alguna posibilidad de una lesión central.

6.4 Clasificación en su caso

Se han señalado las formas agudas y crónica recurrente de la neuronitis vestibular.

La forma crónica recurrente consiste en episodios recurrentes de vértigo, relacionado a menudo con inestabilidad episódica. Estos ataques pueden ser menos severos y más cortos que un ataque de neuronitis vestibular aguda y las recurrencias se presentan durante un lapso de años.

7 Tratamiento

7.1 Médico

7.1.1 Medicamentos Habitualmente es tratada sintomáticamente, es decir con medicación para el tratamiento de las náuseas (anti-eméticas) y para reducir los vértigos (supresores vestibulares).

Se utilizan sedantes vestibulares tanto en el episodio inicial como en las reagudizaciones posteriores. Algunas alternativas de tratamiento farmacológico son difenidol 25 mg cada 8 horas, cinarizina 25mg cada 12 horas.

Los corticoesteroides mejoran los resultados si se administran en etapa aguda.



7.1.2 Rehabilitación

El paciente debe ser derivado para hacer un programa de rehabilitación vestibular, que puede ayudarlo a acelerar la recuperación por medio de la compensación.

Normalmente para una recuperación completa del paciente, se recurre a la combinación por un lado del control de la infección y por otro de la re-equilibración central mediante ejercicios de compensación, para lo cual se aconseja realizar unos ejercicios específicos de rehabilitación vestibular.

7.1.3 Otros

Se debe incluir como medidas preventivas reposo en cama, ya que las caídas y traumatismos que pueden sufrir los pacientes constituyen complicaciones generalmente peores que la enfermedad causal.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-12
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 5 de 7

Cada individuo responde diferente y su recuperación va a depender de la cantidad de daño en el nervio, el periodo de tiempo que ha tenido los síntomas, su edad y su nivel de actividad entre otros factores.

El tratamiento debe ser sintomático, la enfermedad no deja secuelas y tiene un curso benigno.

7.2 Quirúrgico

No aplica.

7.2.1 Técnica sugerida

No aplica

7.2.3. Manejo Preoperatorio

No aplica

7.2.4. Manejo Post operatorio

No aplica

7.2.5. Seguimiento

No aplica

8. Evaluación del resultado

8.1 Cuantitativo

Transcurrido un mes, durante el cual se aprecia la mejoría la mayoría de los pacientes habrán resuelto su cuadro espontáneamente y se encuentren en una fase de compensación vestibular. Un 20% de pacientes tendrá una nueva crisis de intensidad menor que la primera y un pequeño porcentaje desarrollará un vértigo posicional o inestabilidad.

8.2 Cualitativo

Las siguientes precauciones pueden prevenir un episodio:

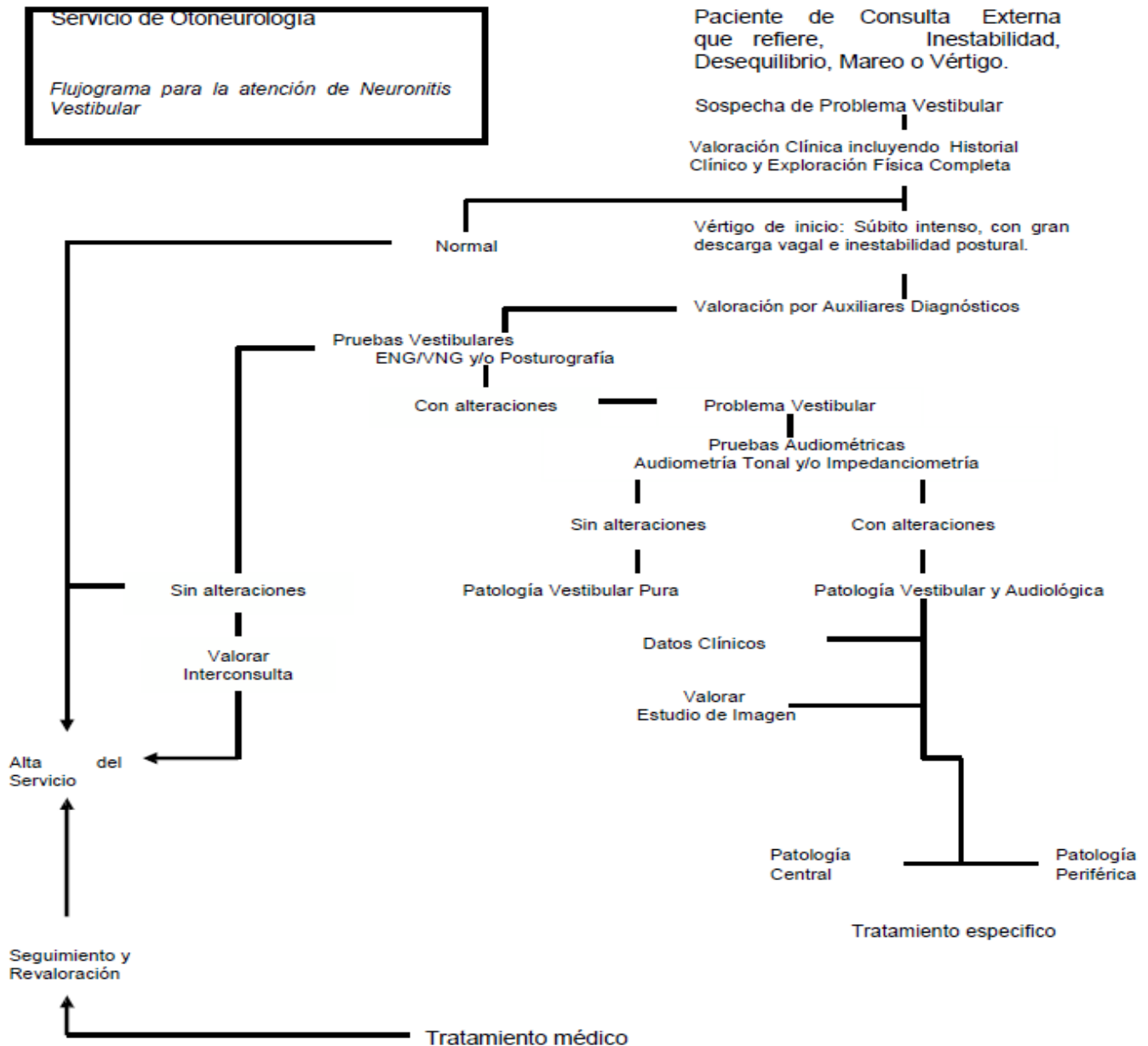
- Apoyar la cabeza sobre dos almohadas al dormir.
- Evitar dormir sobre el lado afectado.
- Levantarse de la cama despacio.
- Evitar agacharse para agarrar objetos.
- Evitar estirar el cuello para alcanzar algún objeto



9. Criterios de alta

El paciente se puede dar de alta si hubo mejoría del cuadro llegando a la compensación Vestibular.

10. Anexos

10.1 Flujograma



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-12
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 7 de 7

10.2 Referencias bibliograficas y Guías clínicas específicas.

1. David E. Newman, Toker PhD, Normal head impulse test differentiates acute cerebellar strokes from vestibular neuritis, *Neurology* 70, June 10, 2008.
2. Kevin A., Kerber MD, Vertigo and dizziness in the emergency department, *Emerg Med Clin N Am* 2009.
3. Kim H .A, Hong J.H, Otolith dysfunction in vestibular neuritis, *Neurology* 70, February 5, 2008.
11. Michael J. Ruckenstein, Jeffrey Staab, Chronic subjective dizziness, *Otolaryngol Clin N Am*.2009.
4. MacDougall PhD, Weber, The video head impulse test, *Neurology* 73, October 6, 2009.
5. Ronald J. Tusa, Dizziness, *Med Clin N Am* 2009.
6. Roxana B. Burgos Portillo, Trastornos vestibulares periféricos , *Rev Pacea Med Fam* 2007; 4(5):81-84.
7. Timothy C. Hain, MD, Neuritis vestibular y laberintitis, dizziness imbalance and hearing disorders. Nov. 2009.
8. Weber K.P., Aw PhD, Head impulse test in unilateral vestibular loss, 2008.
9. Herdman SJ. *Vestibular Rehabilitation, Third Edition*. Philadelphia: F.A. Davis company 2007.
10. Herdman SJ, Schubert MC, Das VE, Tusa RJ: Recovery of dynamic visual acuity in a unilateral vestibular hypofunction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:819.
11. Hall CD, Schubert MC, Herdman SJ: Prediction of fall risk reduction in individuals with unilateral vestibular hypofunction. *Otol Neurotol* Sept 2004;25:746.
12. Greco A., Macr G.F., Gallo A., Fusconi M. , De Virgilio A., Pagliuca G., Marinell C., Is Vestibular Neuritis an Immune Related Vestibular Neuropathy Inducing Vertigo?, *Journal of Immunology Research*, January 2014.
13. Michael Strupp, M.D, Thomas Brandt MF, Vestibular Neuritis, *Seminars in Neurology*/volume 29, number 5 2009.
12. Michael Strupp, M.D, Thomas Brandt MF, Vestibular Neuritis, *Seminars in Neurology*/volume 29, number 5 2009.

11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
02	Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto, actualización del contenido	JUN 15
03	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
04	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20