

## COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

---

### ABORDAJE DE LA NEURITIS VESTIBULAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

#### *Vestibular Neuritis Approach in Burgos University Hospital (HUBU)*

Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Irene GÓMEZ-GREGORIS ; Cristina CORDERO-CIVANTOS ; María Isabel CALLE-CABANILLAS ; Rosa María MARTÍNEZ-MARTÍNEZ; Elena RIOJA-PEÑARANDA 

*Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Burgos, España.*

*cris9514@hotmail.es; iggregoris@gmail.com; cris.corciv@gmail.com; icalle@saludcastillayleon.es; romartinezm@saludcastillayleon.es; elerp@hotmail.com*

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción y objetivo: La neuritis vestibular es una entidad de etiología desconocida, siendo el origen viral el más aceptado. La incidencia anual varía de 3 a 15 casos por cada 100.000 habitantes. El diagnóstico se basa en la clínica y la exploración, siendo fundamental el diagnóstico diferencial con patología central. En el tratamiento se ha demostrado una más rápida recuperación de la paresia canalicular con la administración de corticoides sistémicos y una mejoría en la compensación central con la rehabilitación vestibular. Desde hace 4 años, en la sección de Otoneurología del HUBU estamos utilizando el protocolo que exponemos a continuación para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con neuritis vestibular.

**Método:** Para el diagnóstico nos basamos en los criterios que definen la vestibulopatía unilateral aguda en la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares. Como pruebas complementarias se realiza e-HIT y RMN de base de cráneo. A todos los pacientes, salvo contraindicación, se les administran corticoides sistémicos (a 1 mg/Kg en pauta corta de aproximadamente 10 días). A todos los pacientes se les entrega tabla de ejercicios de Cawthorne y Cooksey. Y en aquellos casos en los que no existe mejoría, se programa de forma individualizada una rehabilitación vestibular hospitalaria. Se realiza seguimiento con nueva anamnesis, exploración física y e-HIT al mes, 4 y 10 meses del diagnóstico. Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de neuritis vestibular en los últimos 4 años, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, lado afectado, nistagmo, sintomatología, ganancia y presencia de sacadas en e-HIT, resultados de RMN, factores de riesgo cardiovascular, antecedente de infección respiratoria/gastrointestinal, ingreso hospitalario.

Resultados: Hemos revisado 58 pacientes con diagnóstico de neuritis vestibular entre enero de 2018 y octubre de 2021. 7 de ellos han sido excluidos por no completar seguimiento. A 51 les hemos realizado un seguimiento de 10 meses (23 mujeres y 28 varones). En 29 individuos el lado afectado ha sido el derecho, en 22 ha sido el izquierdo. La desaparición del nistagmo se ha producido en el 25.5% de los pacientes en el primer mes; en 31.4% en el cuarto mes; en 35.3% en el décimo mes, y ha persistido en el 7.8%. En el estudio e-HIT la ganancia se ha normalizado en el 33.3% de los pacientes en el primer mes, en 15.7% en el cuarto mes, y en 31.4% en el décimo mes, persistiendo disminuida en el 19.6%. La desaparición de los síntomas se ha producido en el 19.6% en el primer mes; en 33.3% en el cuarto mes; en 39.2% en el décimo mes, y han persistido más allá del décimo mes en el 7.9% de los pacientes. Se ha realizado una rehabilitación hospitalaria con posturografía dinámica y ejercicios de suelo en 15 pacientes, experimentado todos ellos una gran mejoría sintomática. RMN se ha realizado en 42 pacientes, siendo en todos ellos compatible con la normalidad. El 37.3% de los casos presentaba factores de riesgo cardiovascular. El 9,8% relataba antecedentes de infección respiratoria y/o gastrointestinal previo al debut vestibular. Por último, de los 51 pacientes, 33 requirieron ingreso hospitalario, mientras que los 18 restantes recibieron tratamiento de forma domiciliaria.

Discusión/Conclusiones: 41 de 51 pacientes han presentado una recuperación completa de la función vestibular durante el seguimiento realizado. En 47 de 51 han desaparecido los síntomas, recuperando una calidad de vida aceptable similar a la previa. En 10 pacientes ha persistido una hipofunción vestibular, siendo todos ellos rehabilitados en nuestra sección, con importante mejoría clínica. Recientemente se ha demostrado que la compensación central es significativamente mejor en aquellos pacientes en los que se realiza una rehabilitación hospitalaria precoz, lo que nos hace plantearnos si estamos seleccionando adecuadamente el momento de inicio de dicho tratamiento.

PALABRAS CLAVE: neuritis vestibular; nistagmo; e-HIT; ganancia; rehabilitación vestibular.

SUMMARY: Introduction and objective: Vestibular neuritis is an unknown etiology entity. Viral origin is the most accepted. Annual incidence varies from 3 to 15 cases per 100.000 habitants. Diagnosis is based on clinical features and physical exploration, but differential diagnosis with central pathology is essential. Regarding treatment it has been demonstrated a faster recovery of canalicular paresy with the administration of systemic corticoids and central compensation improvement with vestibular rehabilitation. HUBU Otoneurology section has been using the following protocol for diagnosis and treatment of patients with vestibular neuritis for 4 years.

Method: For diagnosis we have based on acute unilateral vestibulopathy criteria of Vestibular Disorders International Classification. As complementary studies we use horizontal plane recorded with video-Head Impulse Test and craneal MRI. All patients, excepting contraindications, receive systemic corticoids (1 mg/Kg around 10 days). We give all patients a table with Cawthorne and Cooksey exercises. In cases there is no improvement, an individual hospital vestibular rehabilitation is programmed. Monitoring is made with new anamnesis, physical exploration and horizontal plane recorded with video-Head Impulse Test in 1 month, 4 and 10 months from diagnosis. We have made a retrospective study of vestibular neuritis diagnosed patients in the last 4 years. We have included the following parameters: age, sex, affected side, nystagmus, clinical symptoms, vestibulo-ocular reflex gains and saccades in HIT study, MRI results, cardiovascular risk factors, previous respiratory/gastrointestinal infection, hospital admission.

Results: We have reviewed 58 patients with vestibular neuritis diagnosis from 2018 January to 2021 October. 7 have been excluded because of incomplete follow-up. 51 have been monitoring for 10 months (23 women and 28 men). In 29 individuals right side was affected, in 22 was the left one. In 25.5% of patients, nystagmus disappearance has occurred in the first month; 31.4% in the fourth month; 35.3% in the tenth, and it has persisted in 7.8%. In HIT study gains have normalized in 33.3% of patients in the first month,

15.7% in the fourth, and 31.4% in the tenth, persisting in 19.6%. Clinical symptoms have disappeared in 19.6% in the first month; 33.3% in the fourth; 39.2% in the tenth, and have persisted in 7.9% beyond ten months. 15 patients have made hospital vestibular rehabilitation with dynamic posturography and floor exercises, all of them experimenting a great clinical improvement. MRI was made in 42 patients, being normal in all of them. 37.3% of the cases presented cardiovascular risk factors. 9.8% related respiratory and/or gastrointestinal antecedent previous to vestibular debut. Lastly, 33 of 51 patients needed hospital admission, while remaining 18 received domiciliary treatment.

Discussion/Conclusions: 41 of 51 patients have presented a complete recovery of vestibular function during follow-up. In 47 of 51 clinical symptoms have disappeared, recovering their previous life quality. In 10 patients a vestibular hypofunction has persisted, all of them have been rehabilitated in our section, with relevant clinical improvement. Recently it has been demonstrated that central compensation is significantly better in patients who made an early hospital rehabilitation. That make us reconsider if we are selecting properly the moment when the actual treatment is initiated.

KEYWORDS: vestibular neuritis; nystagmus; video-Head Impulse Test; vestibulo-ocular reflex gains; vestibular rehabilitation.