

Caso Clínico

# Hipoacusia que mejora durante la crisis vertiginosa

Presentamos el caso de un paciente, varón, de 50 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés, que acude a nuestra consulta por presentar, desde hace un año, crisis vertiginosas sólo de giro de objetos, de horas de duración, acompañadas de cortejo vegetativo y asociadas a hipoacusia y acúfenos de oído derecho que las preceden. Dichas crisis, que al inicio aparecían mensualmente, en los últimos meses habían adquirido frecuencia semanal. El paciente estaba en tratamiento con betahistina y vasodilatadores sin encontrar mejoría, quedando un estado de inestabilidad permanente.

A la exploración, la otoscopia era normal. La exploración vestibular objetivó un nistagmus horizontal izquierdo leve. El estudio del equilibrio sólo destacó un test de Romberg inestable con caída hacia la derecha. La exploración cerebelosa y de pares craneales fue normal. En el momento de la consulta presentaba una severa hipoacusia perceptiva de oído derecho (Fig. 1).

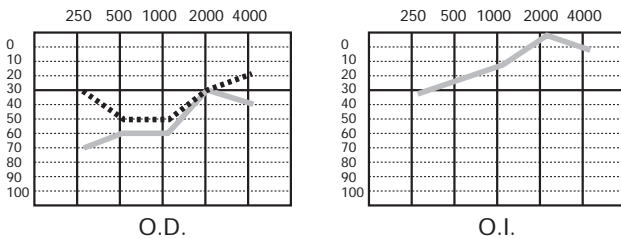


Figura 1: Hipoacusia perceptiva de oído derecho.

Practicamos un ENG cuyos resultados fueron los siguientes (Fig. 2):

- Sacadas normales.
- Seguimiento levemente alterado, sin significación patológica.
- Gaze nistagmus negativo
- Dudoso nistagmus espontáneo hacia la izquierda, inconstante y de escasa intensidad.
- En el estudio del nistagmus posicional, observamos un nistagmus de dirección cambiante aunque con predominio izquierdo, en todas las posiciones, de difícil interpretación.

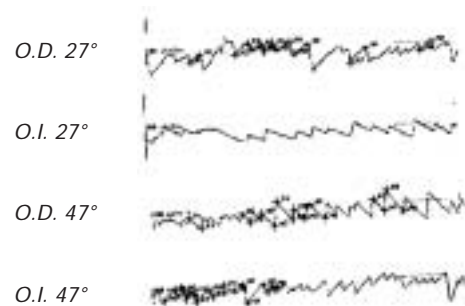
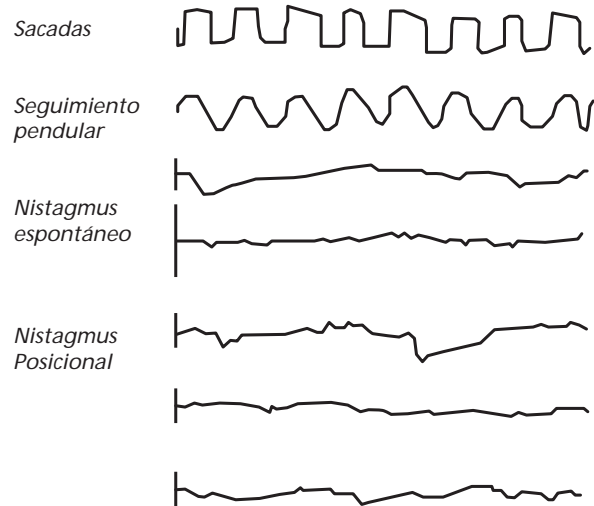


Figura 2: Estudio electronistagmográfico.

- Resto de la exploración normal, sin hipofunción vestibular ni preponderancia direccional en las pruebas calóricas.

Realizamos también una resonancia magnética nuclear que fue normal.

A vista de los resultados y con la sospecha diagnóstica de enfermedad de Ménière, el paciente continuó tratamiento con betahistina y se controló su evolución.

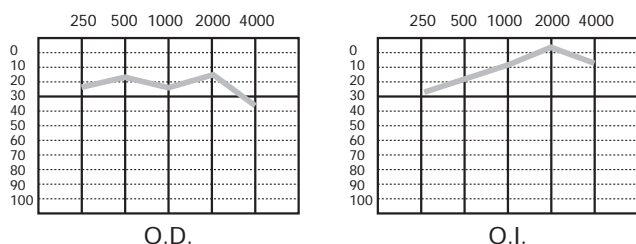


Figura 3: Fluctuación de la hipoacusia en una de las crisis vertiginosas.

A los pocos meses acudió por nuevos episodios de crisis vertiginosa pero el paciente relataba una mejoría de su estado, en cuanto a la hipoacusia y a los acúfenos, días antes y durante las mismas (Fig.3). Ello nos llevó al diagnóstico de Síndrome de Lermoyez.

El paciente continúa acudiendo a controles periódicos, observándose fluctuaciones en las audiometrías y crisis ocasionales vertiginosas. Se le ha propuesto tratamiento con gentamicina intratimpánica si las crisis no ceden.

## Comentario

Presentamos este caso por la curiosidad que supone su hallazgo en la clínica diaria.

El síndrome de Lermoyez se define clásicamente como una variante de la enfermedad de Ménière en la que se produce una mejoría en los acúfenos y una reducción de la hipoacusia durante la crisis vertiginosa. En nuestro caso, el paciente no sólo mejoraba sintomatológicamente durante la crisis, sino que esta mejoría formaba parte de los pródromos de la misma, avisándole de cuándo iba a padecerla.

En algunos trabajos se ha observado que hay una incidencia del 18%, en comparación con el Ménière, siendo ésta más alta de lo que a priori parece o se diagnostica (1).

Se han descrito casos de afectación uni o bilateral (2). La crisis vertiginosa suele ser de tipo rotatorio, de varias horas de duración y con cortejo vegetativo (1). Las fluctuaciones en la hipoacusia pueden aparecer días antes de la crisis y mantenerse durante días o meses después.

En cuanto a la fisiopatología del proceso, no existe acuerdo definitivo. Se consideró como una variante de enfermedad de Ménière, pero las recientes revisiones de Schmidt (1) y los hallazgos electrococleográficos de Maier (3) sugieren que no siempre se trata de esta forma variante de enfermedad, sino que en ocasiones se debería a una entidad diferente.

Los hallazgos electrococleográficos muestran en un 50% de los casos una falta de aumento en la razón potencial de sumación/potencial de acción compuesto (SP/CAP), que sí está elevada en la enfermedad de Ménière y además en estos casos la inyección de glicerol no desencadenaba ataques de Lermoyez. Sin embargo el otro 50% presenta-

ban signos electrococleográficos de enfermedad de Ménière y además alternaban crisis típicas de Ménière con descenso de audición, con crisis de Lermoyez con aumento de audición (2, 3). A nivel electronistagmográfico tampoco se han encontrado diferencias (3, 4).

El diagnóstico se realizará por la clínica y el tratamiento será el de la enfermedad de Ménière.

## Bibliografía

- 1- Schmidt PH, Schoonhoven R. Lermoyez's syndrome. A follow-up study in 12 patients. *Acta Oto Laryngologica* 1989;107(5-6):467-473.
- 2- Takeda N, Koizuka I, Doi K., Horii A, Nibu M. Tree cases of Lermoyez's syndrome and its pathophysiology 1996;99(2):277-285.
- 3- Maier W, Marangos N, Aschendorff A. Lermoyez's syndrome. Electrocochleographic observations. *Laryngo-Rhino-Otologie* 1996;75(6):372-376.
- 4- Schoonhoven R, Schmidt PH, Eggermont JJ. A longitudinal electrocochleographic study of a case of long-standing. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 1990;247(6):333-339.

## Correspondencia

- Dr. Jesús Fraile Rodrigo  
 Doctor Horno, 25 - 4.º B  
 50004 ZARAGOZA