

RARA CAUSA DE HIPOACUSIA UNILATERAL EN PACIENTE ADULTO

DRES. GÓNGORA LENCINA JJ, FERNÁNDEZ-MIRANDA-LÓPEZ P², GÓNGORA LENCINA T³. ¹SERVICIO DE OTORRINOLA-RINGOLOGÍA. | HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ. LORCA, MURCIA. ²SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. | HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ³SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. | HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

- Paciente mujer, 40 años, sin antecedentes otológicos de interés. Acude a nuestra consulta por percibir hipoacusia y acúfeno pulsátil desde hace aproximadamente un año en el oído derecho. No presenta otalgia ni otorrea. No manifiesta clínica vestibular. No tiene antecedentes familiares ni personales de patología ótica reseñable. La otoscopia resultó normal, al igual que la exploración vestibular (incluyendo sistemas vestibulo-ocular y vestibulo-espinal) que se le practicó.
- Se inició el estudio mediante pruebas audiológicas básicas, observándose una hipoacusia neurosensorial moderada unilateral de oído derecho con curvas A de Jerger en la impedanciometría de ambos oídos. El SISI test realizado fue negativo.
- Para completar estudio se realizó analítica completa con serología, que resultó normal.
- A la luz de estos resultados se realizó una resonancia magnética nuclear con y sin contraste, en secuencia FIESTA, donde se evidenció la existencia de un bucle de la arteria vertebral derecha haciendo protusión sobre el VIII par craneal homolateral (*figura 1*).
- La paciente fue informada de la situación, ofreciéndose la posibilidad de estudio en centro de referencia en cirugía de base de cráneo, desestimando ella la opción. En consecuencia se le ofreció el uso de audioprótesis y el seguimiento evolutivo de la clínica, que aceptó.

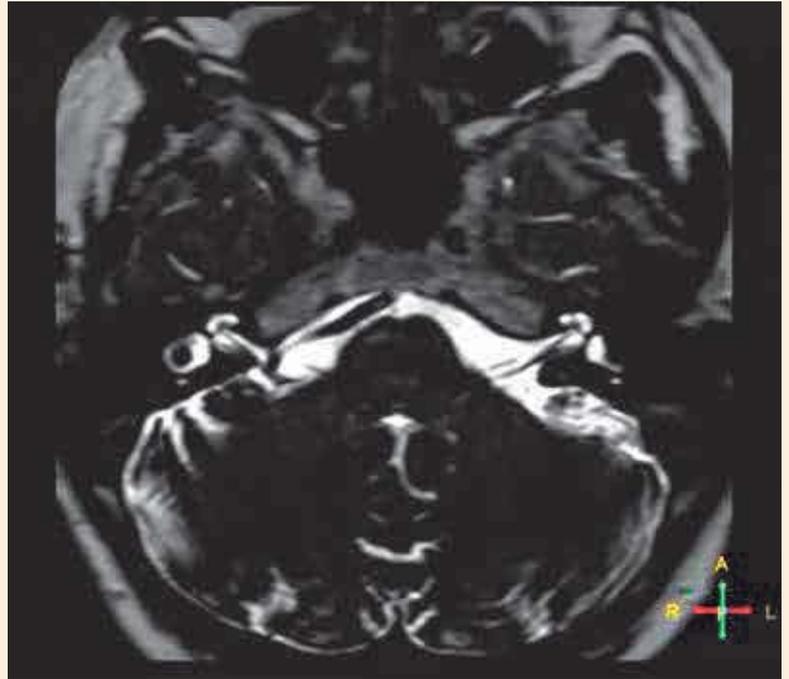


FIGURA 1: RMN en secuencia FIESTA, sin contraste, en la que se observa el bucle que realiza la arteria vertebral derecha sobre el VIII par craneal homolateral (apreciándose ambas ramas del nervio estato-acústico).

LA ANATOMÍA DEL COMPLEJO NEUROVASCULAR A NIVEL DEL ÁNGULO PONTO- CEREBELOSO (APC) ES EXTREMADAMENTE VARIABLE, SIENDO PARTICULARMENTE LA RELACION ENTRE LOS VASOS DE LA FOSA POSTERIOR CON EL COMPLEJO FACIAL-VESTIBULOCOCLEAR.

DISCUSIÓN

La anatomía del complejo neurovascular a nivel del ángulo ponto-cerebeloso (APC) es extremadamente variable, siéndolo particularmente la relación entre los vasos de la fosa posterior con el complejo facial-vestibulococlear. Esta variabilidad se ha atribuido al desarrollo tardío de la arteria cerebelosa anteroinferior (ACAI) y la arteria cerebelosa posteroinferior (ACPI)¹. Estas variaciones vasculares pueden producir compresión de los nervios craneales a nivel de la fosa cerebral posterior.

En 1975, Janetta describió el "síndrome de compresión vascular" como una entidad clínica caracterizada por la compresión de un nervio craneal por un vaso sanguíneo. Fue, de hecho, el primero en realizar una descompresión microvascular para un vértigo intratable². Desde entonces, multitud de trabajos se han publicado describiendo distintas técnicas quirúrgicas; o bien referidos a otras variedades clínicas tales como la neuralgia del trigémino, la neuralgia del geniculado o los espasmos hemifaciales.

Hipoacusia Unilateral

La hipoacusia es el defecto sensorial más común en el ser humano. La hipoacusia neurosensorial tiene alta incidencia en nuestra población y se relaciona generalmente con el envejecimiento del órgano sensorial, presencia de tóxicos y ruidos externos o por la afección de las vías de transmisión al córtex cerebral. La compresión vascular del nervio vestibulo-coclear puede manifestarse con una sintomatología variada, incluyendo pérdida de audición, acúfenos, vértigo e inestabilidad. Entre las afecciones en las vías de transmisión, está descrito en varios trabajos que la compresión microvascular del nervio estatoacústico en el APC a consecuencia de trayectos aberrantes de la ACAI, ACPI o alguna de sus ramas puede producir dicha sintomatología^{1,3}.

La introducción de la resonancia magnética nuclear (RMN) ha permitido visualizar adecuadamente el

APC, siendo el método de elección para la evaluación del VIII par craneal en pacientes con síntomas vestibulares y auditivos⁴⁻⁵. La secuencia 3D FIESTA es un método de alta resolución, capaz de delimitar perfectamente las estructuras vascular, nerviosas y el líquido cefalorraquídeo⁵.

A nivel quirúrgico, la descompresión microvascular ha sido descrita en algunos trabajos como un tratamiento efectivo, con unas tasas de éxito en torno al 80% en algunos tipos de síndromes compresivos vestibulococleares⁶⁻⁷. No obstante, existen series donde los resultados no son tan positivos, con una mejoría no superior al 11%⁸. En consecuencia, dado que el tratamiento no es siempre aceptable, se deben excluir otras causas de hipoacusia y acúfenos previamente a decidir la realización de la descompresión, la cual debe ser realizada siempre por manos expertas⁹.



Bibliografía ≡

1. Wuertenberger CJ, Rosahl SF. Vertigo and Tinnitus Caused by Vascular Compression of the Vestibulocochlear Nerve, Not Intracanalicular Vestibular Schwannoma: Review and Case Presentation. *Skull Base* 2009; 19: 417-424.
2. Janetta PJ. Neurovascular cross-compression in patients with hyperactive dysfunction of the eighth cranial nerve. *Sure Forum* 1975; 26: 467-469.
3. Bachor E, Selig Y, Jahnke K, Rettinger G, Karmody C. Vascular variations of the inner ear. *Acta Otolaryngol* 2001; 121(1): 35-41.
4. Schick B, Brors D, Koch O, et al. Magnetic resonance imaging in patients with sudden hearing loss, tinnitus and vertigo. *Oto Neurotol* 2001; 22: 808-812.
5. Gultekin S, Celik H, Akpek S, et al. Vascular Loops at the Cerebellopontine Angle: Is there a Correlation with Tinnitus? *AJNR* 2008; 29: 1746-1749.
6. De Ridder D, Ryu H, Møller AR, Nowe V, Van de Heyning P, Verlooy J. Functional anatomy of the human cochlear nerve and its role in microvascular decompressions for tinnitus. *Neurosurgery* 2004; 54: 381-388.
7. Okamura T, Kurokawa Y, Ikeda N, et al. Microvascular decompression for cochlear symptoms. *J Neurosurg* 2000; 93: 421-426.
8. Møller AR, Møller MB. Microvascular decompression operations. *Prog Brain Res* 2007; 166: 397-400.
9. Borghei-Razavi H, Darvish O, Schick U. Disabling Vertigo and Tinnitus Caused by Intrameatal Compression of the Anterior Inferior Cerebellar Artery on the Vestibulocochlear Nerve: A Case Report, Surgical Considerations, and Review of the Literature. *J Neurol Surg Rep* 2014; 75: 47-51.