

SINDROME VESTIBULAR DE BARRE Y LIEOU*

JULIO ANIYA

El vértigo o mareo es un síntoma que alarma considerablemente a los pacientes. El vértigo ha sido definido por Levi como "la sensación ilusoria de desplazamiento de nuestro cuerpo con relación a los objetos que nos rodean o de éstos con nuestro cuerpo".

Muchos pacientes que presentan este síntoma, deambulan de consultorio en consultorio por mucho tiempo, achacando su mal a un proceso general, sin alivio alguno, ya que el tratamiento llevado está orientado en procesos, tales como afecciones hepáticas, alteraciones neurológicas o afecciones reumáticas. Inclusive, médicos generales o clínicos ignoran la cooperación que puede realizar el otorrinolaringólogo, quien mediante una exploración vestibular bien estudiada puede identificar la etiología de esta sintomatología que, en la mayoría de los casos, se presenta asociada con otros síntomas, tales como angustia, náuseas, vómitos, palidez y sudores fríos, sensaciones desagradables que imposibilitan al sujeto para realizar su actividad diaria, ritmo tan acelerado en nuestros días. Hecho el diagnóstico se prescribe el tratamiento adecuado, motivo por el cual asiste el paciente al médico.

De las muchas exploraciones vestibulares realizadas en el Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Loayza y de la clientela particular del Dr. Reynaldo Salazar V., hemos encontrado algunos casos cuya patología correspondía al Síndrome de Barré y Lieou o Síndrome Simpático Cervical, forma clínica de los Vértigos Meneriformes, hecho por el cual nos ha movido realizar este trabajo de tesis.

* Versión sintética de la Tesis de bachillerato del autor, presentada en setiembre de 1962 a la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El Síndrome de Barré y Lieou es una entidad estudiada por Barré y Lieou, entre 1925-1928, de allí el nombre del síndrome, seguido posteriormente por Euziere y colaboradores. Este síndrome se encuentra sobre todo en las artrosis cervicales (localización sobre la IV-V-VI vértebras cervicales), los cuales van a producir irritación del simpático de esa región y, por consiguiente, fenómenos angioespásticos laberínticos ocasionando perturbaciones en la hidrodinámica del líquido endolinfático.

Este síndrome es una de las formas clínicas del síndrome Meneriforme; con este trabajo tratamos de describir una entidad de rara presentación, que no es muy conocida, y que no ha sido descrita en nuestro medio; recalcando la gran importancia que presta la exploración vestibular en el diagnóstico de una patología, cuya sintomatología predomina por una manifestación tan desagradable, tal es el mareo, acompañados de otros síntomas de disfunción neuro-vegetativa.

La exploración vestibular se complementa en su estudio con el examen oftalmológico, el neurológico y el radiográfico, este último, para certificar el diagnóstico definitivo.

Mención especial merece el modelo de la exploración vestibular o vestibulograma empleado en todos los casos por el Dr. Reynaldo Salazar V., quien, a través de su experiencia médica, ha llegado a recopilar las pruebas de más interés y de valor para realizar el diagnóstico de las distintas afecciones laberínticas.

En todos los casos se investigaban los siguientes síntomas subjetivos: mareos, desequilibración, sordera, tinnitus, cefalea, trastornos oculares y manifestaciones neurológicas.

La exploración vestibular comprendía: (a) manifestaciones espontáneas, preferentemente el nistagmus; (b) prueba ortostática (signo de Romberg); (c) pruebas segmentarias (prueba de los brazos extendidos y prueba de la indicación); (d) prueba locomotriz (marchar con los ojos cerrados 10 pasos adelante y atrás); (e) tono muscular y adiadococinesia; (f) nistagmus de posición; (g) prueba térmica (instilación de agua helada, 10 cc. en 10 segundos) y (h) audiometría.

CASUÍSTICA

A continuación presentaremos los principales datos clínicos de los cinco enfermos estudiados en esta serie.

CASO N° 1. Nombre: M. M. B., edad: 52 años, natural de España, dirección: San Felipe N° 584, referido por el Dr. Mario Espinoza Mandujano, fecha: 19-11-62,

DR. SALAZAR V.

EXAMEN VESTIBULAR

NOMBRE M M D. EDAD 52 años

DIRECCION SAN FELIPE #584 NATURAL España

REFERIDO POR Dr Mario Espinoza Mandujano

FECHA 11-II-62

SINTOMAS PRINCIPALES Vertigo posicional. Afectados dependientemente oídos.

HISTORIA ANTERIOR DE: MAREOS 20 años DESEQUILIBRACION 1 mes

SORDERA 3 años TINITUS 3 años CEFALEA 1 año

TRASTORNOS OCULARES 0

TRASTORNOS NEURÓLOGICOS 0

MANIFESTACIONES ESPONTANEAS

NISTAGMUS: F 0 D 0 I 0 Aff 0 Ab 0

OSCILANS

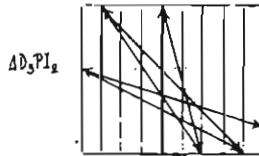
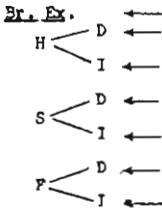
PRUEBA ORTOSTATICA

ROMBERG 0 RS 0 RCD 0 RCI 0

IMPULSO DE DESEQUILIBRACION 0

PRUEBA SEGMENTARIA

PRUEBA LOCOMOTRIZ



TOMO MUSCULAR 0 ADIADOCOCINESTIA 0

NISTAGMUS DE POSICION

ANTERIOR : N 0 R 0 V 0

POSTERIOR: N 0 R 0 V 0

DERECHO : N 0 R 0 V 0

IZQUIERDO: N 0 R 0 V 0

ROSE : N 0 R 0 V 0 (Jambas y Jambas)

PRUEBAS CINÉTICAS

DERECHA

ROTATORIA

IZQUIERDA

30° ADELANTE

N 0

V 0

P 0

C 0

R.....

CABEZA 60° ATRAS.....

CABEZA ADELANTE.....

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

PRUEBA DE CYON

TEST GALVANICO

PRUEBAS TERMICAS

HIPOTERMICA

DERECHA

N (No comparece)

V +

PP —

C —

L	R
—	—

Cabeza atrás

SENSITIVIDAD: /P.+Ps.+N.+V.+.

Indicación

D I

IZQUIERDA

N (No comparece)

V + + +

PP —

C —

L	R
—	—

Cabeza atrás

SENSITIVIDAD: P+++Ps+++N+++V+++.

HIPERTERMICA

DERECHA

N

V

PP

C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R

CABEZA ATRAS

Indicación

D I

IZQUIERDA

N

V

PP

C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R

CABEZA ATRAS

EXPLORACION COCLEAR

RINNE.....WEBER.....SCHWABACH.....

AUDIOGRAMA

F		125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	10000	12000
AREAS	D	25	30	30	30		35		30		30		30
	I	10	10	10	10		10		10		10		25
CSEA	D												
	I												

S.R.T.....D.....I.....MCL.....D.....f.....TD.....D.....I.....

PRUEBA DE RECLUS/MIEDTO

SUMARIO

IMPRESION DIAGNOSTICA - Síndrome laberíntico periférico de forma cadolabiríntica con componente nuclear central (transmisión sensoriomotora de los núcleos vestibulares) de tendencia degenerativa de causa probable discapalia cervical (Síndrome de Dandy y Leau).

SUGERENCIAS

EVOLUCION ULTIMIOR

EXAMEN PRACTICADO POR

Síntomas principales. Vértigo posicional. Acúfenos. "Taponamiento" de ambos oídos.

Enfermedad actual. Hace 20 años presenta un estado vertiginoso impreciso, de tipo posicional en decúbito dorsal que le imposibilita dormir en esa posición, por lo que hace uso de almohadas, con el tronco semilevantado para evitar el vértigo. El vértigo se acompaña de un estado nauseoso, vómitos, intensa palidez y sudoración, compareciendo también cuando la enferma realiza movimientos de extensión del cuello y va acompañado de dolor en las extremidades superiores y región sacro-lumbar. (Por ésto, fue tratada en diversas oportunidades como un cuadro reumático).

Refiere además desequilibración (1 mes); sordera (3 años); tinitus (3 años) y cefalea (1 año). Toda la sintomatología antes mencionada se presenta por crisis.

Sumario de la Exploración Vestibular

Síntoma principal. Vértigo posicional, zumbidos y ensordecimiento de ambos oídos, con aparición en crisis.

Manifestaciones espontáneas. No hay nistagmus espontáneo.

Prueba ortostática. Oscilans izquierda.

Prueba segmentaria. Lateralizado a la derecha, la estado-somática. La quinetosomática lateralizada o la derecha para los planos horizontal, frontal y sagital.

Prueba locomotriz. Lateralización anterior-derecha y posterior-izquierda.

Nistagmus de posición. En posición Rose, comparece un nistagmus de tipo horizontal múltiple (derecha a izquierda) con gran reacción neuro-vegetativa.

Estímulo irritativo. Liminar hipotérmico: Reflectividad acentuadamente disminuida con desnivel derecho y pronunciada disarmonía nistagmo-segmentario vegetativa.

Nota. No se usó otros estímulos térmicos por el estado de gran excitación neuro-vegetativa de la enferma; por la misma razón no se realizó la prueba cinética.

Exploración coclear. Hipoacusia mixta derecha, con perfil audiométrico de tipo en meseta, uniformemente descendido para todas las frecuencias, dentro de los 30 db. Umbrales dolorosos y de fatiga acortados.

Impresión diagnóstica. Síndrome laberíntico periférico de forma endolaberíntica con componente nuclear central (Trastornos vaso-motores de los núcleos vestibulares) de tendencia degenerativa de causa probable discopatía cervical. (Síndrome de Borré y Lieou).

Examen radiográfico de columna cervical. (Dr. Becerra). Osteoporosis de cuerpos vertebrales. Disminución de altura del espacio intervertebral C5-C6-C7. (Rodeos marginales e irregularidades en los bordes y osteofitos en los ángulos posteriores). Cérvico-artrosis y discopatía cervical.

CASO Nº 2. Nombre: C. M., edad: 37 años, natural: Callao, referido por el Dr. Mario Galantine, fecha: 14-VI-62.

Síntomas principales. Vértigo posicional en decúbito dorsal, tinitus esporádicos, cefalea occipital.

Enfermedad actual. Refiere que su enfermedad se inicia hace 1 año en el que presenta mareos cuando adopta la posición de decúbito dorsal, acompañándose de cefalea occipital, estado nauseoso y zumbidos del oído derecho. No acusa molestias en cuanto a la audición.

DR. SALAZAR V.

EXAMEN VESTIBULAR

NOMBRE C.M. EDAD 37 años
 DIRECCION Xenta #645 NATURAL CALLAO
 REFERIDO POR Dr. Mario Galantini
 FECHA 14. VI - 62

SINTOMAS PRINCIPALES VERTIGO Posicional en decubito dorsal - CEFALEA OCCIPITAL
 HISTORIA ANTERIOR - DE: MAREOS - Iado - DESEQUILIBRACION
SORDERA - TINITUS Esporadico - CEFALEA OCCIPITAL
 TRANSFORMOS OCULARES
 TRANSFORMOS NEUROLOGICOS

MANIFESTACIONES ESPONTANEAS

NISTAGMUS: P. --- D. --- I. --- A.P. --- Ab. ---

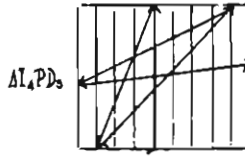
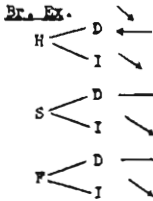
PRUEBA ORTOSTATICA

ROMBERG ^{Occlusis} ← RS ← RCD ← RCI ←

IMPULSO DC DESEQUILIBRACION ---

PRUEBA SEGMENTARIA

PRUEBA LOCOMOTRIZ



TOMO MUSCULAR --- ADIADOCOCIPESIA ---

NISTAGMUS DE POSICION

ANTERIOR : N. --- R. --- V. ---
 POSTERIOR: N. --- R. --- V. ---
 DERECHO : N. --- R. --- V. ---
 IZQUIERDO: N. --- R. --- V. ---
 ROSE : N. --- R. --- V. ---

PRUEBAS CINETICAS

<u>DERECHA</u>	<u>ROTATORIA</u>	<u>IZQUIERDA</u>
30° ADELANTE	INDICACION	30° ADELANTE
N	D I	N
V		V
P		P
C		C
R.....		
CABEZA 60° ATRAS.....		CABEZA 60° ATRAS.....
CABEZA ADELANTE.....		CABEZA ADELANTE.....
SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V.....		SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V.....

PRUEBA DE CYON

TEST GALVANICO

PRUEBAS TERMICAS

HIPOTERMICA

DERECHA 10 ca 10"

N → (- a - 1. 4a - 12° (debil))

V ←

PP ←

C ←

L	R
55°	46°



IZQUIERDA

N ← (muy debil)

V —

PP →

C →

L	R
48°	20°

Cabeza atrás

Cabeza atrás

SENSITIVIDAD: P...Ps...W...V...

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

HIPERTERMICA

DERECHA

N

V

PP

C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R



IZQUIERDA

N

V

PP

C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R

CABEZA ATRAS

CABEZA ATRAS

EXPLORACION COCLEAR

RINNE.....WEBER.....SCHYBACH.....

AUDIGRAMA

F		125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	10000	12000
ARREA	D	5	20	20	20		15		15		10		5
	I	5	15	20	15		10		5		0		-5
OSRA	D												
	I												

S.R.T.....D.....I.....MCL.....D.....I.....TD.....D.....I.....

PRUEBA DE RECLUTAMIENTO -

SUMARIO -

IMPRESION DIAGNOSTICA - Síndrome laberíntico global de tipo periférico de tendencia de: neuralgia de pares craneales cervical, En síndromo de Hall de Síndrome de Deane y Lucan

CONSEJOS -

EVOLUCION ULTERIOR -

PLAN DE PRACTICADO POR -

Sumario de la Exploración Vestibular

Síntoma principal. Vértigo posicional (decúbito dorsal), cefalea occipital.

Manifestaciones espontáneas. Nistagmus espontáneo de tipo horizontal a la derecha.

Prueba segmentario. Estato-somático: lateralizado a la izquierda; quineto-somático: sin lateralización.

Prueba locomotriz. Lateralización anterior izquierda.

Nistagmus de posición. Hacia la izquierda en posición Rose.

Prueba térmica. Hipotérmica: Hiporreflexia vestibular bilateral con acentuado desnivel izquierdo; respuesta segmentaria adecuada y neuro-vegetativa negativa.

Exploración coclear. Hipoacusia perceptiva bilateral con ligero desnivel derecho.

Impresión diagnóstica. Síndrome laberíntico global de tipo periférico, de tendencia degenerativa, de causa discopatía cervical. En síntesis se trata de un Síndrome de Barré y Lieou.

Examen radiográfico de columna cervical. (Dr. Alejandro Márquez Acevedo). Aunque los caracteres no son definidos puede sospecharse lesión del disco situado entre C4-C5 y quizás esbozos osteofíticos marginales póstero-superiores en C5.

CASO Nº 3. Nombre: E. L. de L., edad: 47 años, natural de Lima, dirección: Av. Arequipa Nº 315, referido por el Dr. Carlos Subauste, fecha: 2-11-62.

Síntomas principales. Vértigo, cefalea y malestar general.

Enfermedad actual. Desde hace 12 años presenta sensación vertiginosa acompañada de sueño. Posteriormente presenta en forma esporádica vértigo posicional acompañado de cefalea occipital (2 años) y náuseas cuando realiza movimientos cefálicos. Estos síntomas se le han acentuado últimamente acompañando a la sensación vertiginosa un estado angustioso y malestar general.

Sumario de la Exploración Vestibular

Manifestaciones espontáneas. Nistagmus de tipo horizontal a la izquierda.

Prueba ortostática. Lateralizada a la izquierda.

Prueba segmentaria. Tanto para los planos frontal, horizontal y sagital con lateralización izquierda en la quineto-somática e igualmente lateralizada a la izquierda en la estato-somática.

Prueba locomotriz. Indica lateralización posterior-izquierda.

Pruebas irritativas. Hipotérmica: Desnivel de reflectividad a expensas del lado izquierdo con cierto componente nistágmico central; sensibilidad neuro-vegetativa ligeramente aumentada.

Exploración coclear. Perfil audiométrico descendido en el lado izquierdo, de tipo meseta con pérdida uniforme de 30 db. en todas las frecuencias.

Impresión diagnóstica. Síndrome laberíntico periférico, de forma endolaberíntico, de tendencia degenerativa; de origen probable discopatía cervical a nivel de C5-C6. (Síndrome de Barré y Lieou).

Examen radiográfico de columna cervical. (Dr. González Vera). Estrechamiento de los cuerpos vertebrales en C5 y C6 cervicales. Osteofitos.

DR. SALAZAR V.

EXAMEN VESTIBULAR

NOMBRE E L de L. EDAD 47 años
 DIRECCION Avda. Arequipa #315 NATURAL LIMA
 REFERIDO POR Dr. Carlos Sudauste
 FECHA 2-I-62

SINTOMAS PRINCIPALES VERTIGO - CEFALEA - MALESTAR GENERAL

HISTORIA ANTERIOR.- DE: MAREOS 12 años DESEQUILIBRACION 12 años
 SORDERA TIMPITUS CEFALEA 8 años
 TRANSTORNOS OCULARES
 TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS

MANIFESTACIONES ESPONTÁNEAS

NISTAGMUS: P. D. I. Arr. Ab.

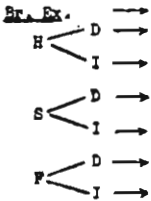
PRUEBA ORTOSTÁTICA

ROMBERG RS RCD RCI

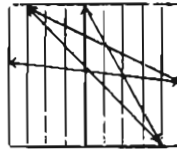
IMPULSO DE DESEQUILIBRACION

PRUEBA SEGMENTARIA

PRUEBA LOCOMOTRIZ



Δ₃Π₆



TONO MUSCULAR ADIADOCOCINESIA

NISTAGMUS DE POSICION

ANTERIOR : N. R. V.
 POSTERIOR: N. R. V.
 DERECHO : N. R. V.
 IZQUIERDO: N. R. V.
 ROSE : N. R. V.

PRUEBAS CUÍRTICAS

<u>DERECHA</u>	<u>ROTATORIA</u>	<u>IZQUIERDA</u>
30° ADELANTE	INDICACION	30° ADELANTE
N V P C	D I	N V P C
R.....		CABEZA 60° ATRAS.....
CABEZA 60° ATRAS.....		CABEZA ADELANTE.....
CABEZA ADELANTE.....		CABEZA ADELANTE.....
SENSITIVIDAD: P.....Ps.....N.....V.....		SENSITIVIDAD: P.....Ps.....N.....V.....

PRUEBA DE CYON

TEST GALVÁNICO

Hetolomado Sielaxine lang

PRUEBAS TERMICAS

HIPOTERMICA

DERECHA 90 ca 30"

Indicación

IZQUIERDA

N → en saldas déb. y P de
V —
PP —
C —

N ↑ Compañe en saldas
Ritímico
V +
PP —
C —

L	R

L	R

Cabeza atrás

Cabeza atrás

SENSITIVIDAD: P...Ps...M...V...

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

HIPERTERMICA

DERECHA

Indicación

IZQUIERDA

N
V
PP
C

N
V
PP
C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R

CABEZA ATRAS

L	R

CABEZA ATRAS

EXPLORACION COCLEAR

RINNE.....WEBER.....SCHTABACH.....

ADILOGRAMA

F		125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	10000	12000
AEREA	D	10	10	10	20		15		15		10		10
	I	25	20	25	25		20		25		15		15
OSEA	D												
	I												

B.R.T.....D.....I.....MCL.....D.....I.....TD.....D.....I.....

PRUEBA DE RECLUTAMIENTO.-

SUMARIO.-

IMPRESION DIAGNOSTICA.- Síndrome laberíntico periférico, de forma esdolaberiñica, de
tendencia degenerativa de origen probable disociada reticular a nivel de C5-C6
(Síndrome de Barre y Liou).

SUGERENCIAS.-

EVOLUCION ULTRIOR.-

EXAMEN PRACTICADO POR.-

CASO Nº 4. Nombre: L. A. G., edad: 37 años, natural del Callao, dirección: Av. Buenos Aires Nº 1460, referido por el Dr. Víctor Paredes, fecha: 12-III-62.

Síntomas principales. Vértigos con desequilibración, zumbidos y "taponamiento" del oído derecho.

Enfermedad actual. Hace 4 años presenta un estado vertiginoso con desequilibración que se intensifica con los movimientos cefálicos sobre todo a la flexión y extensión del cuello. Este vértigo se acompaña de un estado de alteración neuro-vegetativa manifestando sudoración, palidez y un estado de angustia permanente que lo inhabilita en su actividad.

Refiere además, sordera del oído derecho (6 meses), tinitus del oído derecho del tono agudo (4 años), cefalea frontal y dolor difuso en ambos hombros y codos.

Sumario de la Exploración Vestibular

Síntoma principal. Vértigos, desequilibración, zumbido y "taponamiento" del oído derecho.

Manifestaciones espontáneas. Nistagmus espontáneo no presenta.

Prueba ortostática. Oscilans izquierda.

Prueba segmentaria. Tanto la estato como la quineto-somática con tendencia a la lateralización derecha.

Prueba locomotriz. No presenta desviación manifiesta.

Nistagmus de posición. En posición Rose comparece un tenue nistagmus dirigido a la izquierda.

Estímulo irritativo hipotérmico. Desnivel de reflectividad de tipo hiporreflexivo a expensas del lado derecho con respuesta nistagmica arritmica izquierda, pero con reacción segmentaria adecuada.

Exploración coclear. Discreta hipoacusia selectiva de las frecuencias altas (bilateral) 4 a 12000 ciclos, con acúfeno identificable en los 12000 ciclos O. D.

Impresión diagnóstica. Síndrome de disfunción vestibular de tipo deficitario (Síndrome Meneriforme) probablemente debido a acción tóxica laberíntica o a disfunción neuro-vegetativa.

Examen radiográfico de columna cervical. (Dr. Alejandro Márquez Acevedo). Las radiografías frontal y lateral muestran: osteofitos marginales ántero-inferiores en C5 y C6, en relación con espondiloartrosis incipiente. Calcificación ovalada proyectada por detras de la apófisis espinosa de C5, correspondiente al ligamento cervical.

CASO Nº 5. Nombre: E. del A., edad: 42 años, natural de Iquitos, dirección: Olmedo Nº 369, referido por el Dr. F. Watanabe, fecha: 27-VII-62.

Síntomas principales. Vértigo posicional, en forma brusca al acostarse, hace 15 años.

Enfermedad actual. Hace 15 años presenta vértigo posicional al acostarse (dura 3 años), para después de 6 meses volver a presentarse (aliviándose con tratamiento a base de "fósforos").

Hace 1 mes y medio presenta crisis vertiginosa intensa posicional al adoptar la posición de decúbito lateral izquierdo acompañándose de náuseas, vómitos y transitorios intestinales, desequilibración desde esa misma fecha.

DR. SALAZAR V.

EXAMEN VESTIBULAR

NOMBRE L. A. G. EDAD 37 años
 DIRECCION Avda. Buenos Aires # 1460 NATURAL Colonia

REFERIDO POR Dr Victor Paredes

FECHA 12. IX. 62

SINTOMAS PRINCIPALES Vertigos con desorientacion - Vomitos y trastorno oido derecho

HISTORIA ANTERIOR - DE: mareos 6 meses desorientacion 4 dias

SORDERA Oido derecho (4ms) TINITUS 4 años de ojo (op. cu) CEFALEA facial

TRASTORNOS OCULARES (Jap. testeo - Micopia progresiva)

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS -----

MANIFESTACIONES ESPONTÁNEAS

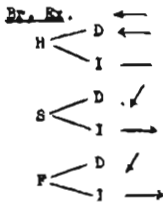
NISTAGMUS: P ----- D ----- I ----- ART ----- AB -----

PRUEBA ORTOSTÁTICA

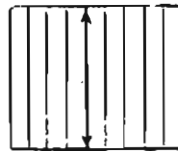
ROMBERG ^{Oscilado} RS ----- RCD ----- RCI -----

IMPULSO DE DESEQUILIBRACION -----

PRUEBA SEGMENTARIA



PRUEBA LOCOMOTRIZ



TOMO MUSCULAR ----- ADIADOCOCINESIA -----

NISTAGMUS DE POSICION

ANTERIOR: N ----- R ----- V -----

POSTERIOR: N ----- R ----- V -----

DERECHO: N ----- R ----- V -----

IZQUIERDO: N ----- R ----- V -----

ROSE: N ----- R ----- V -----

PRUEBAS CINÉTICAS

DERECHA

ROTATORIA

IZQUIERDA

30° ADELANTE

INDICACION

30° ADELANTE

N -----

D I

N -----

V -----

V -----

P -----

P -----

C -----

C -----

CABEZA 60° ATRAS.....

CABEZA 60° ATRAS.....

CABEZA ADELANTE.....

CABEZA ADELANTE.....

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

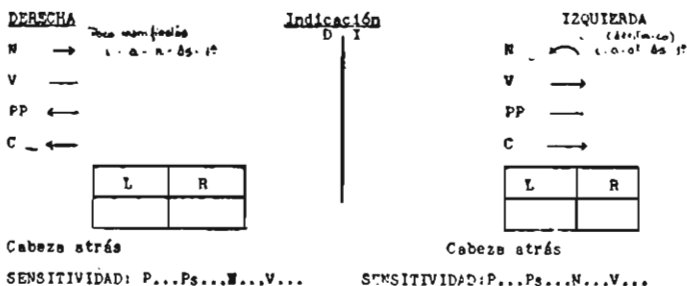
SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

PRUEBA DE CYON

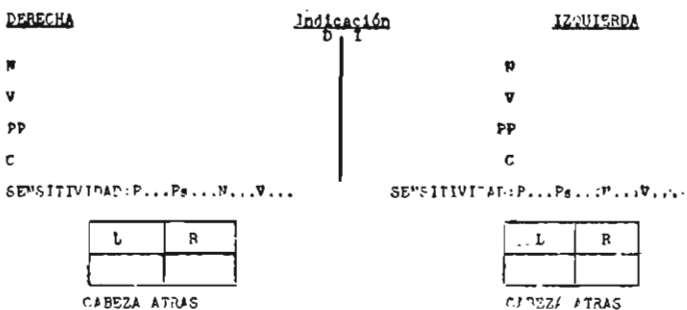
TEST GALVÁNICO

PRUEBAS TERICAS

HIPOTERMICA



HIPERTERMICA



EXPLORACION COCLEAR

RINNE.....WEBER.....SCHWABACH.....

AUDIOMETRIA

P		125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	10000	12000
AEREA	D	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	10	30
	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	30	30	40
COSEA	D												
	I												

S.R.T.....D.....I.....MCL.....D.....I.....TD.....D.....I.....

PRUEBA DE EXCLUSIVO.....

STIMULIO.....

IMPRESION DIAGNOSTICA..... Síndrome de disjunción vestibular de tipo deficiente (Síndrome de Meniere) probablemente debido a acción tóxica laberíntica o a disjunción neurovegetativa

SUGERENCIAS.....

EVOLUCION ULTRIOR.....

EXAMEN DIAGNOSTICO POR.....

DR. SALAZAR V.

EXAMEN VESTIBULAR

NOMBRE E. del A. EDAD 42 años
 DIRECCION Colonia 569-B NATURAL León
 REFERIDO POR Dr. Francisco Watadame
 FECHA 27. II. 62

SINTOMAS PRINCIPALES Vertigos en forma brusca - Posicional (Hacia 18 años)
 HISTORIA ANTERIOR - DE: MAREOS - 15 años DESEQUILIBRACION 1 1/2 Mes
SORDERA 6 meses (o.i.) TINITUS 6 meses (o.i.) CEFALEA Hemicranica Izquierda
 TRANSFORMOS OCULARES ---
 TRANSFORMOS NEUROLOGICOS ---

MANIFESTACIONES ESPONTANEAS

NISTAGMUS: F --- D --- I --- Arr --- Ab ---

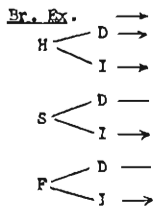
PRUEBA ORTOSTATICA

Osculos ---
 ROMBERG --- RS --- RCD --- RCI ---

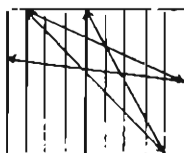
IMPULSO DE DESEQUILIBRACION ---

PRUEBA SEGMENTARIA

PRUEBA LOCOMOTRIZ



$\Delta 0,3 Pl_4$



TONO MUSCULAR --- ADIADOCOCINESTIA ---

NISTAGMUS DE POSICION

ANTERIOR: N --- R --- V ---
 POSTERIOR: N --- R --- V ---
 DERECHO: N --- R --- V ---
 IZQUIERDO: N --- R --- V ---
 ROCE: N --- R --- V ---

PRUEBAS CINETICAS

DERECHA

ROTATORIA

IZQUIERDA

30° ADELANTE

INDICACION

30° ADELANTE

N

D

N

V

I

V

P

P

C

C

CABEZA 60° ATRAS.....

CABEZA 60° ATRAS.....

CABEZA ADELANTE.....

CABEZA ADELANTE.....

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

PRUEBA DE CYON

TEST GALVANICO

PRUEBAS TERMICAS

HIPOTERMICA

DERECHA 90° 20°

N — (deb.)
 V —
 PF ←
 C ←

L	R
—	20"

Cabeza atrás

Indicación
 D I
 10 cc H₂O en 20" no compatible

IZQUIERDA
 90° 20°
 N ← L. o. a. Ag. M (deb.)
 V —
 PP →
 C →

L	R
—	20"

Cabeza atrás

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V... SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

HIPERTERMICA

DERECHA

N
 V
 PP
 C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R

CABEZA ATRAS

Indicación
 D I

IZQUIERDA

N
 V
 PP
 C

SENSITIVIDAD: P...Ps...N...V...

L	R

C/BEZA ATRAS

EXPLORACION COCLEAR

RINNE.....WEBER.....SCHWABACH.....

AUDIOGRAFA

F		125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	10000	12000
AEREA	D	10	15	16	15		5		10		10		15
	I	10	15	20	20		20		40		30		25
OSEA	D												
	I												

S...R...T.....D.....I.....MCL.....D.....I.....TD.....D.....I.....

PRUEBA DE RECLUTAMIENTO

SUMARIO

IMPRESION DIAGNOSTICA - Síndrome laberíntico global de tipo periférico de tendencia de generalidad de causa probable discopala cefalica. (Síndrome de Datta y Kieou).

SUGERENCIAS

EVOLUCION ULTERIOR

EXAMEN PRACTICADO POR

Refiere, además, desde hace 6 meses sordera en el oído izquierdo, tinitus en ese mismo oído, hemicráneo izquierdo, dolor en el hombro y brazo izquierdo, esto a la movilización de ese brazo; presentando también dolor en el cuello al mover la cabeza.

Sumario de la Exploración Vestibular

Síntomas principales. Vértigo posicional, brusco, al acostarse. Crisis vertiginosa en decúbito lateral izquierdo con náuseas, vómitos y trastornos intestinales. Desequilibrio. Hemicráneo, sordera y tinitus en oído izquierdo. Dolor en el cuello, hombro y brazo izquierdo.

Manifestaciones espontáneas. No presenta.

Prueba ortostática. Lateralizada a la izquierdo.

Prueba segmentaria. Tanto la estado-somático como la quineto-somático, lateralizada a la izquierdo.

Prueba locomotriz. Lateralización posterior-izquierdo.

Nistagmus de posición. En posición derecha comparece un nistagmus dirigido a la izquierda al igual que en la posición Rose, acompañándose en esta última de reacción neuro-vegetativa.

Estímulo irritativo hipotérmico. Desnivel de reflectividad a expensas del lado izquierdo, de tipo hiporreflexivo, con respuesta nistagmo-segmentaria adecuada y neuro-vegetativa negativa.

Exploración coclear. Discreto hipoacusia bilateral con desnivel izquierdo.

Impresión diagnóstica. Síndrome laberíntico global, de tipo periférico, de tendencia ligeramente degenerativa, de causa probable discopatía cervical. (Síndrome de Barré y Lieou).

Examen radiográfico de columna cervical. (Dr. Wenceslao Rossell Pinillos). Conservación de la arquitectura ósea de las 7 vértebras cervicales, estando conservados igualmente los espacios intervertebrales respectivos; con acentuación de las muescas en las carillas o superficies articulares inferiores de los cuerpos vertebrales determinados estos hechos por los núcleos pulposos. Articulaciones atlo-axoideas: interapofisarias y agujeros de conjunción normales.

Alteración del eje de la columna presentándose ésta en posición habitual con moderado cifosis y estando discretamente limitados los movimientos de flexión y extensión.

Conclusión. Cifosis cervical.

COMENTARIO

Hemos presentado cinco casos de "Síndrome Vestibular de Barré y Lieou", con los cuales hemos hecho el estudio, siguiendo en cada uno de ellos un procedimiento de sistematización para la Exploración Vestibular. Esta comprende:

a) Sintomatología subjetiva. Vértigo y cefalea en todos los casos, igualmente la desequilibrio, ésta última excepto en 1 caso (Nº 2).

b) Manifestaciones espontáneas. Preferentemente el nistagmus: Nistagmus horizontal dirigido a la izquierda en 1 caso (Nº 3), dirigido a la derecha en 1 caso (Nº 2); no se hace presente en los otros casos.

c) Prueba Ortostática. Lateralizada a la izquierda en 4 casos (Nº 1-3-4-5); a la derecha en 1 caso (Nº 2).

d) Prueba segmentaria. Tanto la estato, como la quineto-somática: lateralizada a la izquierda en 2 casos (Nº 3-5); a la derecha en 2 casos (Nº 1-4), y sin lateralización en 1 caso (Nº 2).

e) Prueba locomotriz. Anterior-derecha en 1 caso (Nº 1), anterior-izquierda en 1 caso (Nº 2), posterior-izquierda en 2 casos (Nº 3-5), no presentándose modificación en 1 caso (Nº 4).

f) Tono muscular y adiadococinesia. No presenta alteración alguna en todos los casos.

g) Nistagmus de posición. En la posición Rose aparece un nistagmus de tipo horizontal a izquierda, acompañándose de gran reacción neuro-vegetativa en 4 casos (Nº 1-2-4-5), apareciendo también ese mismo nistagmus, en el último caso, en la posición derecha. En 1 caso no se presenta modificaciones (Nº 3).

h) Prueba cinética - Prueba de Cyon - Test Galvánico - Prueba hiper-térmica. Estas pruebas no se realizaron en ninguno de los casos presentados, ya que dichas pruebas son muy traumatizantes, debido a la naturaleza de su estímulo, los que producirían grandes reacciones neuro-vegetativas, con la consiguiente molestia para el paciente y el médico. Para ésto, nosotros hacemos uso de otras pruebas de estímulos más atenuados como la Hipo-térmica.

i) Prueba térmica. (Hipo-térmica). En todos los casos se presenta un acentuado desnivel de reflectividad:

Con desnivel derecho en 2 casos (Nº 1-4), presentándose en la primera disarmonía nistagmo-segmentaria vegetativa.

Con desnivel izquierdo en 3 casos (Nº 2-3-5), presentándose en los 2 primeros casos una respuesta segmentaria adecuada y neuro-vegetativa negativa. En el último caso se acompaña de cierto componente nistágmico central y una gran sensibilidad neuro-vegetativa; pudiendo considerarse por este motivo en un síndrome Periférico asociado a un Síndrome Central.

j) Audiograma. Para el estudio de la exploración Coclear, hemos empleado el audiómetro, encontrándose en todos los casos estudiados compromiso coclear del tipo de hipoacusia perceptiva ligera, con perfiles variables y en el que predomina el tipo "meseta",

El resultado de todas las pruebas realizadas, han sido transcritas mediante el uso de signos internacionales del tipo Standard a una ficha denominada Vestibulograma.

La valoración semiológica y la interpretación de los signos anotados en el Vestibulograma nos ha permitido determinar el tipo de lesión laberíntica de los casos estudiados. Desprendiéndose de este análisis que todos los casos estudiados corresponden al tipo de Síndrome Laberíntico Periférico; Endolaberínticos; de tipo global.

RESUMEN

El Síndrome de Barré y Lieou, de origen vestibular, se caracteriza por un cuadro de sintomatología vertiginosa, acompañado de trastornos de tipo neuro-vegetativo; el cual es frecuentemente confundido con el Síndrome de Menière y otras entidades neurológicas.

La causa de esta afección reside en una discopatía cervical a nivel de C5-C6 que por fenómenos comprensivos sobre el simpático-cervical peri-arterial de la arteria vertebral, van a producir trastornos reflejos a nivel del laberinto, de preferencia; o de los núcleos vestibulares.

La única manera de realizar el diagnóstico, es practicando una exploración laberíntica sistematizada y una adecuada interpretación de los signos encontrados en la exploración de los enfermos portadores de la sintomatología arriba mencionada y que entre sus antecedentes hayan ciertos signos que indiquen compromiso en la columna vertebral; en su segmento cervical.

La confirmación del diagnóstico se obtiene mediante el examen radiográfico de la columna cervical en el cual se encuentran lesiones del tipo de discopatía entre la 5ta. y 6ta. vértebras, artrosis o lesiones óseas.

En todos los enfermos que hemos presentado, en número de cinco, se han encontrado los siguientes signos vestibulares: vértigo posicional acompañado de cefalea; disturbio de la función vestibular del tipo de desnivel de reflectividad; nistagmus de posición en la posición Rose; desviaciones segmentarias armónicas; distonía neuro-vegetativa de grado variable; discopatía cervical entre las 5ta. y 6ta. vértebras, de diferente grado y constatado por el examen radiográfico.

Como signos eventuales hemos encontrado nistagmus espontáneo en 2 casos, lateralizaciones en la prueba locomotriz en 4 casos.

Se ha encontrado compromiso coclear del tipo de hipoacusia perceptiva ligera, con perfiles variables y en el que predomina el tipo "meseta",

De todos estos signos encontrados en la exploración vestibular, nosotros conceptuamos de gran valor en este síndrome (Síndrome de Barré y Lieou) la aparición del nistagmus posicional (posición Rose), el cual va generalmente acompañado de manifestaciones de tipo neurovegetativo (4 casos) tales como: náuseas, vómitos y en algunos casos de lipotimia, lo cual se explicaría por una irritación del simpático cervical al ponerse en hiperextensión la columna cervical.

En todos los casos estudiados, han sido catalogados como síndrome laberíntico periférico, endolaberíntico, de tipo global, lo que posiblemente nos indica un disturbio reflejo en la hidrodinámica del líquido endolinfático, más o menos similar al que se presenta en el Síndrome de Ménière, que en este caso se produciría tal vez, por fenómenos angioespásticos repetidos, de las arterias laberínticas.

Se ha realizado un ensayo terapéutico-sintomático, fundándonos en el concepto que acabamos de mencionar (C.9) con óptimos resultados para yugular las crisis vertiginosas.

A pesar del gran número de exploraciones vestibulares realizadas tanto en el Servicio de O.R.L. del Hospital Arzobispo Loayza, así como también en la clientela particular; no hemos encontrado sino cinco casos de Síndrome de Barré y Lieou, que son los únicos descritos en nuestro medio. Pese a ello, nosotros conceptuamos que debe ser más frecuente esta entidad, dado el gran porcentaje de portadores de discopatía cervical.

Nosotros sugerimos realizar exploraciones vestibulares sistematizadas en pacientes portadores de discopatía cervical que presenten síntomas vertiginosos.