

## 7. PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN, VÉRTIGO DE ORIGEN NERVIOSO, TRASTORNOS DEL NERVIIO FACIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CONDUCCIÓN

### PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN Y VÉRTIGO DE ORIGEN NERVIOSO

#### Síndrome cocleovestibular radicular

La causa más frecuente es el neurinoma del acústico y, entre otras, alteraciones vasculares, virales, secuelas de meningitis, colesteatoma y otros tumores.

Se presentan signos vestibulares con vértigos de tipo laberíntico y nistagmus de tipo horizontal-rotatorio, hipoacusia evolutiva de percepción unilateral y pocos signos de lesión del nervio facial.

#### Síndrome vestibular central

Se produce por compresiones tumorales o abscesos, alteraciones vasculares como el síndrome de insuficiencia vertebrobasilar o aterosclerosis difusa de la fosa posterior, síndromes degenerativos o inflamatorios como la esclerosis en placas,iringobulbia (cavidades en el bulbo raquídeo) y otras.

En el síndrome de hipoexcitabilidad, los vértigos son menos acusados que en el síndrome periférico, en cambio el desequilibrio es llamativo. El nistagmus espontáneo es constante y de gran intensidad.

En el síndrome de hiperexcitabilidad, los vértigos son también mínimos y el desequilibrio muy importante. Generalmente, no existe nistagmus espontáneo.

#### Neuronitis vestibular

Es una enfermedad benigna caracterizada por la instauración súbita de vértigo severo que es persistente al inicio y que a continuación se vuelve paroxístico. Parece que se afecta la rama vestibular del VIII par craneal.

El primer acceso de vértigo es severo. Se acompaña de náuseas, vómitos, nistagmo persistente hacia el lado afectado y dura de 7-10 días. Puede ser un episodio único o recidivar en los meses siguientes.

#### Herpes zoster ótico

Se caracteriza por la invasión del ganglio del VIII par craneal y del ganglio geniculado del nervio facial por el virus del herpes zoster, que produce otalgia intensa, sordera, vértigo y parálisis del nervio facial.

La sordera puede ser permanente o recuperarse parcial o completamente. El vértigo dura desde días hasta varias semanas. La parálisis facial puede ser transitoria o permanente.

El tratamiento es variado a base de corticoides, aciclovir, analgésicos, codeína, ansiolíticos, etc.



## 7. PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN, VÉRTIGO DE ORIGEN NERVIOSO...

**Neurinoma del acústico**

Tumor que deriva de las células de Schwann, que afecta con más frecuencia a la rama vestibular que a la coclear del VIII par craneal.

La sordera y el acúfeno son síntomas iniciales, y se acompañan de inestabilidad y mareos.

A medida que el tumor aumenta de tamaño, comienza a comprimir el cerebelo y el tronco cerebral, implicando el V y posteriormente el VII par craneal.

El abordaje neuroquirúrgico temprano es la mejor indicación terapéutica.

**ALTERACIÓN DEL NERVIO ESPINAL O XI PAR CRANEAL**

Su lesión provoca debilidad de la rotación de la cabeza hacia el lado sano por parálisis del esternocleidomastoideo, descenso del hombro, basculación del omóplato hacia fuera y una debilidad de la elevación del hombro por parálisis de la parte superior del trapecio.

**Consejo sobre síndrome cocleovestibular radicular**

- ▶ Con vértigo y nistagmus no se puede conducir.
- ▶ La hipoacusia que no alcance los límites autorizados de audición fijados por la ley incapacita la conducción.
- ▶ Una vez finalizado el tratamiento causal, el paciente será evaluado por las posibles secuelas e informado de la influencia de éstas en la conducción.
- ▶ La evolución de la enfermedad debe reflejarse en el informe médico para valorar su capacidad al volante.

**Consejo sobre síndrome vestibular central**

- ▶ La conducción es imposible.
- ▶ Si la enfermedad causal es controlada, se evaluará la posibilidad del permiso o prórroga de conducción pero individualizando cada caso con informes periódicos del especialista.

**Consejo sobre neuronitis vestibular**

- ▶ Es una situación clínica que incapacita totalmente al paciente para conducir.
- ▶ La resolución completa de los síntomas permitirá la conducción.
- ▶ Si el conductor asintomático nota el inicio de una nueva crisis, debe parar el vehículo y pedir ayuda. Nunca intentará conducir para llegar al hospital.
- ▶ El paciente debe ser advertido de esta posibilidad después de un primer episodio de neuronitis vestibular.

**Consejo sobre herpes zoster ótico**

- ▶ Con síntomas no se puede conducir.
- ▶ La evolución de cada caso varía desde la resolución completa del cuadro clínico pudiendo volver a conducir sin restricciones, hasta la hipoacusia o parálisis facial permanentes, y el vértigo prolongado.



## 7. PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN, VÉRTIGO DE ORIGEN NERVIOSO...

- ▶ En los casos de sintomatología persistente, la valoración continua y repetida del paciente permitirá al médico informar por escrito de las secuelas y evolución de la enfermedad, para valorar la posibilidad de recuperar el permiso de conducción.

### Consejo sobre neurinoma del acústico

- ▶ Con inestabilidad y mareo no se puede conducir.
- ▶ El buen resultado sin secuelas con el tratamiento neuroquirúrgico del neurinoma del acústico permitirá conducir sin restricciones si el médico así lo informa.
- ▶ Las lesiones definitivas o evolutivas requieren informe médico para valorar su influencia en la capacidad de conducción, y actuar en consecuencia con el permiso de conducción del paciente.

### Consejo sobre alteración del nervio espinal o XI par craneal

- ▶ El conductor con parálisis transitoria del nervio espinal no puede conducir hasta la recuperación completa del cuadro clínico.
- ▶ La parálisis permanente del nervio espinal impide la realización de ciertas maniobras necesarias en el control del vehículo y el entorno cuando se conduce.
- ▶ Se requiere informe detallado del médico para intentar adaptar el vehículo al conductor, y conseguir la capacidad necesaria al volante para obtener el permiso de conducción.

