

LA SACUDIDA CEFÁLICA (HEAD SHAKING HS) Y SU RELACIÓN CON LA ALTERACIÓN DE LA GANANCIA DEL REFLEJO VESTÍBULO OCULAR EN LA MIGRAÑA VESTIBULAR.

Patel P., Castro P., Koohi N., Arshad Q., Carmona S., Gargallo L., Kaski D.

"Centre for Vestibular and Behavioural Neuroscience", Department of Clinical and Movement Neurosciences, Institute of Neurology, University College London, London, UK.
"Fundación San Lucas para la neurociencia", Rosario, Santa Fe, Argentina. Universidad Nacional de Rosario.

luciagargallo9@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La migraña vestibular (MV) es la causa más común de síntomas vestibulares episódicos, que ocasiona entre otros síntomas, mareo, vértigo e inestabilidad. Los pacientes con MV comúnmente informan una mayor sensibilidad al movimiento, lo que plantea la posibilidad de que la medición de las respuestas vestibulares fisiológicas al movimiento de la cabeza pueda identificar cambios específicos.

Desde una perspectiva clínica, existe la necesidad de un marcador objetivo para la MV que pueda aplicarse en el entorno clínico, ya que permitiría diferenciarla de otros trastornos vestibulares con síntomas superpuestos (Ej. Enfermedad de Meniere). Además, un biomarcador clínico facilitaría un diagnóstico más temprano de MV, una limitación importante de los criterios diagnósticos actuales que requieren al menos cinco episodios para el diagnóstico.

METODOLOGÍA

La población (61) se compuso de pacientes que habían tenido al menos un ataque de MV durante el último año, pacientes con diagnóstico de Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB) y pacientes sanos; estos dos últimos grupos se incluyeron a fin de compararlos con el primero. Todos concurren espontáneamente a dos clínicas de neuro-otología, una en Argentina y la otra en Reino Unido; y fueron diagnosticados por un neurólogo.

La prueba fue realizada por fonoaudiólogas y consistió en explorar si en la población citada, la ganancia del reflejo vestibulo-ocular (VOR), obtenida mediante la prueba de impulso cefálico con gafas VHIT (10 sacudidas a cada lado izq. y der.) se modificaba luego de la realización de la maniobra de HS durante 30 seg.

Para asegurar que no hubiera variabilidad en el movimiento de cabeza entre los participantes, se utilizó un metrónomo para controlar y medir cada movimiento de cabeza.

El cambio en la ganancia de VOR se calculó como la ganancia de VOR POST-HS restada de la ganancia de VOR PRE-HS. Se consideró significativo cuando $p < 0,05$.

Se utilizó un análisis de varianza de modelo mixto bidireccional (ANOVA) para comparar las medias de la ganancia de VOR antes y después del movimiento de cabeza.

CONCLUSIÓN

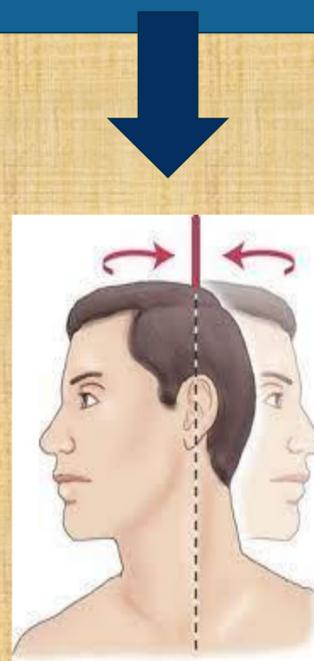
Postulamos que un estímulo de sacudida de cabeza puede ser insuficiente para interrumpir las interacciones corticales e inducir un cambio en la ganancia de VOR. Alternativamente, los cambios en la ganancia de VOR solo pueden ser evidentes en la fase aguda de MV.

En conclusión, los pacientes con MV no registraron una mayor ganancia de VOR inmediatamente después del HS.

Consideramos que este protocolo podría aplicarse con pacientes con MV aguda o usar estímulos de movimiento visual en lugar de sacudidas cefálicas para alterar las interacciones visuo-vestibulares.

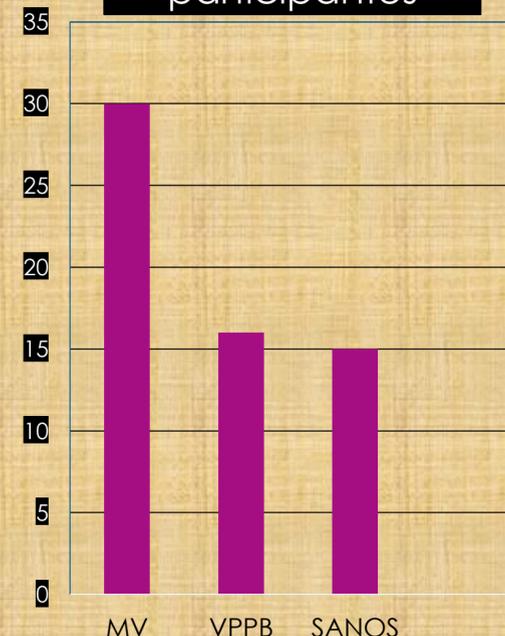


METRÓNOMO



MOV. HEAD SHAKING

Diagnósticos de los participantes



RESULTADOS

Los participantes de los 3 grupos presentaron ganancia de VOR inicial dentro de los límites normales. Los pacientes con VPPB tuvieron una ganancia media mayor en comparación con los otros dos grupos.

El grupo MV tuvo el rango más amplio de cambio de ganancia de VOR, mientras que los otros dos grupos mostraron una dispersión similar.

Sin embargo, el ANOVA unidireccional no encontró diferencias significativas en cada grupo en el cambio de ganancia de VOR ($F = 0,343$, $p = 0,711$).