Gobierno Federal

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Diagnóstico y Tratamiento DE LA ENFERMEDAD DE MENIERE En los tres niveles de Atención.

Referencia Rapida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: ISSSTE-698–13

Consejo de Salubridad General

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

CIE- H.810 Enfermedad de Ménière

DEFINICIONES

El Síndrome de Ménière es una patología del oído interno caracterizada por ataques espontáneos de vértigo, hipoacusia neurosensorial fluctuante a bajas frecuencias, plenitud ótica y acufeno.

Cuando el síndrome es idiopático o no puede ser atribuido a otra causa (por ejemplo: sífilis, enfermedad autoinmune, trauma quirúrgico), es llamado enfermedad de Ménière.

La enfermedad de Ménière se define como una entidad idiopática de hidrops endolinfático definida clínicamente por episodios espontáneos de vértigo recurrente, hipoacusia, plenitud ótica y acufen.

GENERALIDADES

Las 2 características específicas de la enfermedad de Ménière que nos permiten el diagnostico son la inestabilidad y el involucro de la audición y el balance. Los pacientes con solo hipoacusia o solo con síntomas vestibulares no cuentan con criterios para diagnosticar enfermedad de Ménière.

Los paciente pueden presentar fluctuación de la audición o pedida rápida de la audición con episodios poco frecuentes de vértigo: patrón auditivo, ataques de vértigo frecuentes y severos pero con poco fluctuaciones mínimas de la audición: patrón vestibular o, síntomas auditivos y vestibulares que ocurren al mismo tiempo o con la misma frecuencia: patrón mixto.

La edad de presentación de los síntomas varían entre los 28 y 72 años, con un promedio de edad de 42.9 años.

La característica fundamental de la enfermedad de Ménière es la clínica constituida por: vértigo episódico, hipoacusia perceptiva endococlear fluctuante, acúfenos y sensación de plenitud ótica.

FACTORES DE RIESGO

Se ha descrito que en los pacientes con enfermedad de Ménière, existe una ausencia de neumatización periacueductal, una ausencia de neumatización medial a la eminencia arcuata, un acueducto vestibular corto, una estrechez en la apertura externa del acueducto vestibular y una mastoides poco neumatizada, todo lo anterior han sido mencionadas como factores de riesgo.

Tanto un trauma físico como un trauma acústico, juegan un rol importante en el desarrollo de algunos casos de enfermedad de Ménière.

El trauma acústico ocasiona una disfunción bioquímica en las células que producen o absorben la endolinfa, lo que ocasiona hidrops endolinfático.

CUADRO CLÍNICO

El paciente tiene que haber padecido al menos dos episodios típicos de vértigo de al menos 20 minutos de duración, que se acompañan de desequilibrio y frecuentemente de cortejo vegetativo, obligan a descansar, y siempre presentan nistagmus horizontal u horizontal-rotatorio.

La hipoacusia, de tipo neurosensorial, debe estar constatada audiométricamente al menos en una ocasión. Aunque lo habitual es que la audición fluctúe este fenómeno no es esencial para el diagnóstico, siempre que se haya constatado la hipoacusia coclear.

Los acúfenos, la plenitud ótica o ambos deben estar presentes en el oído afectado para poder realizar el diagnóstico.

La evaluación de sintomatología, relacionada con la edad, mostro que en los pacientes con afectación bilateral la edad de presentación es menor (33.7%) comparado con los pacientes con afectación unilateral (47.5%).

La hipoacusia neurosensorial, comúnmente inicia en un solo oído y esta puede aparecer y puede aparecer en el segundo oído en un intervalo de 7 años, y esto ocasiona un impacto significativo en la calidad de vida del paciente con diagnóstico de enfermedad de Ménière.

CRISIS DE TUMARKIN

Son crisis otilíticas en las que se presenta una sensación súbita de vértigo con caída al suelo en ocasiones. Frecuente sensación de desequilibrio con dificultad para movimientos rápidos y para caminar en sitios oscuros. Ocurre en cualquier momento de la enfermedad. El origen de este trastorno parece ser una estimulación lesiva para los órganos otolíticos.

FENOMENO DE LERMOYEZ

Consiste en la mejoría de la audición en el momento de iniciarse el vértigo. Ocurre muy pocas veces y en tales ocasiones este tipo de crisis domina el cuadro del paciente de tal manera que la recuperación auditiva se mantiene durante semanas o meses para posteriormente comenzar un declive gradual hasta que una nueva crisis lleva a la mejoría auditiva. La causa más probable es la rotura del laberinto membranoso y una disparidad de recuperación de la función coclear y vestibular debido a diferentes fenómenos tensiónales y anatómicos en el oído interno.

DIAGNÓSTICO

Para considerar que un enfermo tiene una Enfermedad de Ménière debe presentar:

1.- **Vértigo** espontáneo episódico y recurrente.Debe haber presentado al menos 2 episodios de 20 minutos o más largos para su definició.

2.- **Hipoacusia perceptiva,** documentada audiométricamente en al menos una ocasión. Para considerar una hipoacusia como tipo Ménière, debe presentarse al menos una de estas situaciones:

-- La media de 250, 500, 1000 c/s es 15 dbs. Peor que la media de 1000, 2000 y 3000 c/s.

-- En enfermedades unilaterales, la media de 500, 1000, 2000 y 3000 c/s. es al menos 20 dbs peor que la media del lado contrario.

-- En casos bilaterales, la media del umbral de 500, 1000, 2000 y 3000 c/s en cada oído estudiado es peor de 25 dbs.

3.- **La audiometría** del paciente presenta suficientes criterios a juicio del médico como para considerarla una hipoacusia, la fluctuación en la audición no se considera como estrictamente necesaria para el diagnóstico de Ménière.

4.-**Acúfeno o presión auditiva:** debe estar presente al menos uno de los dos para el diagnóstico

AUXILIARES DIAGNOSTICO

1.- **Audiometría**

2.- **Electrococleografía**

3.- **Prueba de glicerol**

4.- **Pruebas vestibulares**

5.- **Potenciales miogénicos**

TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRURGICO

El tratamiento con **gentamicina intratimpánica** ha demostrado tener una tasa global de éxito para la recuperación total del 80% y una tasa de recuperación total o sustancial del 92,7%.

No se ha demostrado beneficio en el control de los episodios de vértigo, la hipoacusia, acufenos o plenitud aural con el uso de diuréticos.

A pesar de que existen ensayos individuales con resultados positivos, no existe evidencia en estudios controlados aleatorizados que demuestren que la betahistina sea efectiva o inefectiva en el tratamiento de la enfermedad de Ménière.

No existe evidencia significativa que apoye la función de la restricción de sal en la dieta como monoterapia para la reducción de frecuencia y gravedad de los síntomas.

Medidas higienicas: Dieta hiposódica, evitar tabaquismo y alcoholismo,evitar grasas picantes y dulces, ejercicio moderado, evitar situaciones de stress.

Laberintectomía farmacológica: El agente utilizado es la gentamicina, en dosis de 20 a 40 mg. (1/4 de ampolleta) con bicarbonato de sódico 1/6 M para evitar la irritación del oído medio, previa anestesia local del conducto auditivo externo se puede administrar de formas variadas.

Procedimientos conservadores: descompresión de saco endolinfático, saculotomía descompresión del nervio vestibular
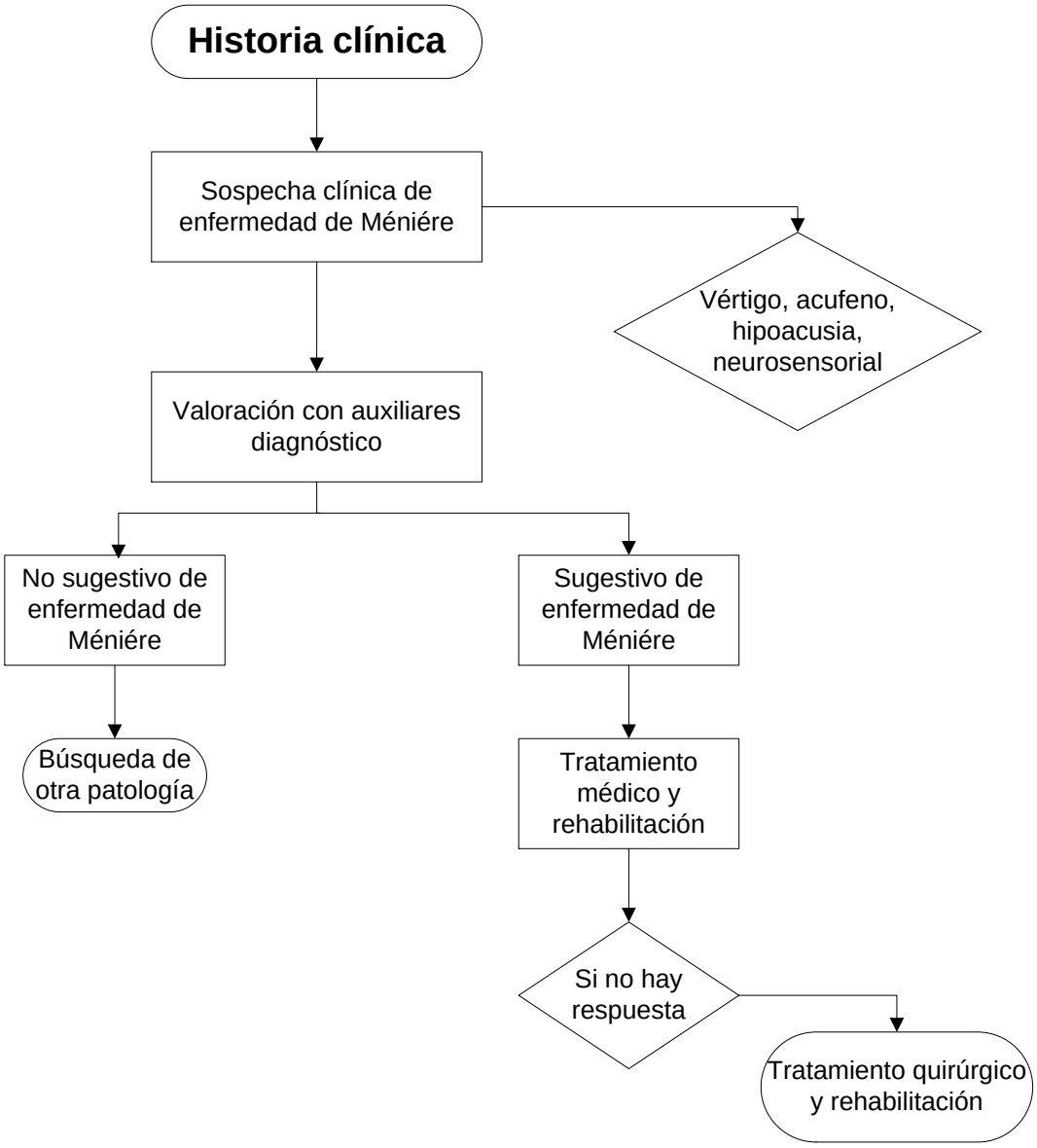
Diagrama de Flujo 1.