



GLOSARIO DE TERMINOS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE MÉNIÈRE

Síntomas

Acúfenos: También llamados tinnitus. Son pitidos en los oídos.

Son una percepción de ruido en los oídos o en la cabeza. Suele ser un sonido como un pitido, zumbido, ruido de red eléctrica, etc. Los más frecuentes suelen ser los de tono agudo. Con frecuencia los pacientes con acúfenos refieren hiperacusia, un aumento de sensibilidad hacia los ruidos externos que hace que se toleren peor. En general, los acúfenos se clasifican en objetivos y subjetivos. Los objetivos son aquéllos que también pueden ser percibidos por el explorador (p.e. chasquidos de la articulación temporomandibular, silbidos a través de una perforación timpánica, etc.) Los acúfenos subjetivos son aquéllos que sólo son percibidos por el paciente

Los acúfenos o zumbidos en los oídos son un síntoma frecuente en la población, se presenta entre un 10-17%, pero en la mayoría de los casos, no molesta (porque no se produce alteración en su procesamiento central) y no es necesario realizar ningún tratamiento específico. En la medida en que los acúfenos afectan a la vida cotidiana y no se consigue un descanso adecuado, el paciente se encuentra más irritable y cada vez se afecta en mayor medida su calidad de vida.

Los acúfenos no suelen ser un síntoma de una enfermedad grave pero se recomienda acudir a un especialista para descartar, en primer término, un problema auditivo.

Algiacusia: Ver Hiperacusia

Crisis otolíticas de Tumarkin: Ver Tumarkin, Crisis otolíticas de

Hidropesía endolinfática: También es un término para referirse al Síndrome de Ménière. Es un exceso de fluido en el oído interno. Actualmente se tiende a eliminar los nombres propios de las enfermedades. De esta forma, en vez de decir enfermedad de Ménière, diríamos hidropesía (o hydrops) endolinfático. No obstante, en aquellas enfermedades con fuerte tradición (como el Ménière) se mantiene el nombre del médico que la describió. En las enfermedades descubiertas desde finales del siglo XX, ninguna lleva nombre propio

El laberinto membranoso, un sistema de membranas dentro del oído, contienen un fluido llamado endolinfa. En el Síndrome de Ménière, hay un aumento de la presión endolinfática (ver definición endolinfa). Esta hiperpresión podría llegar a romper las membranas del laberinto

membranoso. Se pensaba que en ese momento era cuando se producía la crisis de vértigo. Luego los procesos de cicatrización volvían a separar la endo y perilinfa volviendo todo a la "normalidad". Hoy día esto no está tan claro que sea así.

Esto puede estar relacionado con la hinchazón del saco endolinfático u otros tejidos en el sistema vestibular del oído interno, el cual es responsable del sentido del equilibrio en el cuerpo. En algunos pacientes puede llegar a exacerbarse debido al consumo de sal.

Hipoacusia: Es la incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos. Los síntomas de la hipoacusia pueden abarcar:

- Dificultad para seguir conversaciones cuando dos o más personas están hablando.
- Dificultad para oír en ambientes ruidosos.
- Dificultad para diferenciar sonidos agudos (por ejemplo, "s" o "th") entre sí.
- Dificultad en sonidos graves
- Problemas para escuchar cuando hay ruido de fondo.
- Voces que suenan entre dientes o mal articuladas.

Otros síntomas abarcan:

- Sensación de presión en el oído (en el líquido detrás del tímpano).
- Ruido o zumbido en los oídos (tinnitus).

Hiperacusia: También llamado Algiacusia, es un aumento de la sensibilidad hacia los ruidos externos convirtiendo sonidos cotidianos en molestos o incluso dolorosos. El sonido normal se oye muy elevado e incluso puede producir dolor y mareo. La persona que sufre hiperacusia observa que los sonidos habituales se convierten en dolorosos y hasta intolerables. Ello conlleva la disminución o imposibilidad de realizar tareas cotidianas en función de la severidad de cada paciente (desde ir a conciertos en los casos más leves, hasta el roce de las sábanas en los casos más severos), con implicaciones sociales y laborales importantes.

Inestabilidad: Incapacidad de un cuerpo para mantener o recuperar el equilibrio. Es la sensación de estar andando sobre colchonetas, inseguridad al realizar movimiento de cabeza etc.

Mareo: es una alteración del equilibrio también en el que englobamos sensaciones desagradables de vacío en la cabeza, inseguridad e inestabilidad, sensación de malestar y de desmayo inminente, acompañado todo ello de náusea y vómito, sudoración fría y palidez.

Nistagmo: Movimiento ocular en dos fases de diferente velocidad, una rápida y otra lenta, que se justifica por las conexiones que existen en el cerebro entre el sistema vestibular y los núcleos de los movimientos oculares. Es un movimiento espasmódico, rápido y repetitivo de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651905786507>

Tinnitus: Ver Acúfenos

Tumarkín, Crisis otolíticas de: En inglés llamados Drop attacks que significa caída súbita (fueron descritos por Tumarkín en 1936). Consiste en caídas bruscas, sin aviso previo, ni pérdida de consciencia, por una súbita deformación mecánica de los órganos otolíticos (utrículo, sáculo.....). Suelen durar segundos.

Esto es atribuido a una súbita deformación mecánica de los órganos otolíticos (utrículo y sáculo), causando una rápida activación de los reflejos vestibulares. Los pacientes sienten súbitamente como si se estuvieran inclinando o cayendo (aunque estén erguidos), y tratan de hacer movimientos de re-posicionamiento ante la caída aunque muchas veces son tan fulminantes que no hay tiempo. Este es un síntoma muy discapacitante debido a que ocurre sin previo aviso y puede causar severos daños físicos.

Vértigo: En el caso de Síndrome de Ménière es vértigo periférico aunque actualmente está en discusión. Hablamos de vértigo periférico cuando la causa está en el órgano vestibular periférico. Sin embargo se está viendo el Sistema Nervioso Central tiene cada vez más participación en esta enfermedad y podría ser que en el futuro dejemos de hablar de vértigos periféricos y centrales

Es un síntoma que definimos como una ilusión de movimiento del entorno o de uno mismo. La sensación de movimiento es habitualmente de balanceo, giratorio o de desplazamiento, propio o de la base de sustentación (como inclinación del suelo o precipitación en el vacío) pero, en realidad, esas modificaciones en el sujeto o entorno, no ocurren.

Las crisis de vértigo en muchas ocasiones van acompañadas de náuseas, vómitos, diarrea, sudoraciones y gran malestar... además de impedir tener una estabilidad normal y puede durar minutos u horas.

Partes del oído que intervienen en el equilibrio

Células ciliadas del oído interno: Se trata de transductores altamente sensibles que facilitan las sensaciones de audición (células ciliadas cocleares) y equilibrio (células ciliadas vestibulares). Una fuerza sutil aplicada al ápice celular produce una señal eléctrica en el polo basal.

Muerte de las células ciliadas: Es ampliamente conocido que los recurrentes ataques de Ménière llevan a la destrucción de las células ciliadas del oído interno, esto es un proceso gradual que puede llevar años, pero que frecuentemente resulta en una sordera unilateral o bilateral. Las células ciliadas cocleares (audición) son más sensibles. Si bien las células ciliadas vestibulares parecen ser más resistentes, también existe una lenta declinación de la respuesta calórica en enfermedades de aproximadamente 15 años de evolución (Stahle et al, 1991).
<http://www.cochlea.eu/es/celulas-ciliadas/celulas-ciliadas-internas>

Cóclea: (del latín *cochlea*, también conocida como **caracol**) es una estructura en forma de tubo enrollado en espiral situada en el oído interno. Forma parte del sistema auditivo de los mamíferos. En su interior se encuentra el órgano de Corti, que es el órgano del sentido de la audición. En este se encuentran 3 túneles y dentro se encuentran las células con

microvellosidades (ver células ciliadas), capaces de transformar las vibraciones del sonido en impulsos nerviosos que son enviados hasta el cerebro.

Endolinfa y Perilinf: son los líquidos que bañan el oído interno y desempeñan un papel fisiológico doble, contribuyen a la activación de las células cocleares y vestibulares por la transmisión mecánica y participan en la transformación de esta señal en un mensaje nervioso. La endolinfa es rica en potasio y la perilinfa en sodio.

La base del cráneo deja un hueco para el oído interno, llamado laberinto óseo. El laberinto óseo se rellena con perilinfa y una serie de tubos, llamados laberinto membranoso. El laberinto membranoso contiene la endolinfa

Aunque la causa del Síndrome de Ménière es desconocida se pensaba que la secuencia de acontecimientos era la siguiente: la hidropesía endolinfática hacía que la endolinfa aumentara de presión y entonces se hinchaba el laberinto membranoso. Llegaba un momento en que la presión era tanta que se producía una ruptura en algún punto del laberinto membranoso, y entonces se mezclaban peri y endolinfa. Como cada uno de estos líquidos tiene diferente composición de electrolitos, necesaria para mantener una diferencia de potencial eléctrico, al desaparecer ese potencial era cuando se producía la crisis de vértigo. Una vez que cicatrizaba la rotura, todo volvía a la "normalidad". Se pensaba que las roturas y cicatrizaciones repetidas era lo que iba produciendo

Laberinto: es un sistema de pasillos fluidos en el oído interno, incluyendo por tanto la cóclea, que es parte del sistema auditivo y del sistema vestibular (que nos provee del sentido del equilibrio). El sistema vestibular funciona con el sistema visual para mantener enfocados los objetos cuando la cabeza se mueve. Los receptores de articulaciones y músculos también son importantes para mantener el equilibrio. El cerebro recibe, interpreta y procesa la información de estos sistemas para controlar el equilibrio del cuerpo.

Órgano de Corti: u órgano espiral está en la rampa coclear o media del oído interno de los mamíferos y compuesto por las células sensoriales auditivas llamadas células ciliadas. Su cometido es transformar la energía mecánica de las ondas sonoras en energía nerviosa. Mide aproximadamente de 25 a 35 mm.

En la zona apical se encuentran los cilios, y en la zona basal, la hendidura sináptica para comunicarse con la neurona correspondiente.

Pruebas médicas para diagnosticar la enfermedad y tratamientos

Audiometría: es un examen básico que evalúa la capacidad para escuchar sonidos y determina el grado de pérdida de audición en relación con la frecuencia sonora.

Drenaje o Descompresión del saco endolinfático: Es una técnica quirúrgica en la que se descubre (descompresión) o drena al espacio mastoideo o subaracnoideo, el llamado saco endolinfático. Se basa en que la endolinfa fluye hacia el saco endolinfático, donde se reabsorbe, pero esta es una teoría que actualmente está en discusión.

Al creerse que la enfermedad de Ménière está relacionada con una acumulación excesiva de endolinfa, la base para la cirugía del saco endolinfático puede darse de dos formas:

-Cirugía de derivación del saco endolinfático. Un tubo pequeño, o shunt, se inserta en el saco endolinfático para permitir que el exceso de líquido drene. Cuando el exceso de líquido puede drenar, la presión no se acumula y el vértigo no se produce.

- Descompresión del saco endolinfático, se extrae una pequeña cantidad de hueso del interior del oído. Esto proporciona más espacio para el saco endolinfático cuando se hincha con demasiado líquido. Cuando hay más espacio para el saco se hincha, la presión dentro del oído interno se evita y el vértigo no se desarrolla.

La Cirugía en el saco endolinfático para el control del vértigo se remonta a 1927, cuando se llevó a cabo por Georges Portmann. Él simplemente hacía una incisión en el saco endolinfático y permitía que el líquido endolinfático drenase. De esta manera, parece que trató con éxito numerosos pacientes con vértigo. Dicen que los resultados a largo plazo se cifran en un 70% de desaparición del vértigo con conservación de la audición por un periodo al menos de 1 año. Su porcentaje de éxito es menor que las infiltraciones intratimpánicas de gentamicina o la Neurectomía vestibular pero es una opción menos invasiva y no destructiva quirúrgicamente para el tratamiento de la enfermedad de Meniere. Por lo tanto, la audición puede ser preservada con tal operación, en contraposición contra las otras opciones quirúrgicas ablativas para controlar los vértigos.

Normalmente se realiza generalmente bajo anestesia general y dura unas dos horas. La mayoría de los pacientes se van a casa el mismo día de la cirugía.

Por último parece ser que es una técnica actualmente bastante en desuso, probablemente debido a las infiltraciones intratimpánicas de Gentamicina, pero que aún se aconseja en determinados casos.

Dieta hiposódica: dieta de bajo contenido en sal.

Las estructuras del oído interno contienen un fluido llamado endolinfa, que se comporta de forma independiente del resto de fluidos del organismo (sangre,...). Tanto el volumen como las sales contenidas en este líquido (sodio, potasio, cloro,...) se han de mantener en unos niveles constantes. Este fluido, que baña las células sensoriales de estos órganos, permite que estos funcionen de forma correcta. Cuando se produce un daño o degeneración de las estructuras del oído interno, como ocurre en el Síndrome de Ménière, este control se pierde y las modificaciones de presión de la sangre se trasladan al líquido endolinfático, produciendo modificaciones tanto en el volumen como en las concentraciones de sales dentro de él. Son

estas fluctuaciones de presión las que desencadenan los síntomas del Síndrome de Ménière (sensación de plenitud en el oído, zumbidos, pérdida auditiva y vértigo).

La sal de la dieta es la principal causa de las modificaciones de presión en la sangre y por tanto de los líquidos del oído interno. Sin embargo, más que evitar su ingesta lo fundamental es mantener un nivel diario estable de sal ingerida para evitar las modificaciones de presión en la sangre y secundariamente en el oído. La *"dieta hipo sódica"* también conocida como la *"dieta de 2 gr./día de sodio"* es el régimen en sal recomendado para los pacientes con Síndrome de Ménière.

No sólo hay que controlar la sal durante el proceso de cocción sino el sodio de los alimentos procesados, enlatados o en bebidas. Se debe evitar alimentos que contengan GLUTAMATO MONOSODICO. Este aditivo alimentario se utiliza con el fin de potenciar el sabor en muchas comidas prefabricadas.

Implante coclear: es un pequeño dispositivo electrónico que ayuda a oír. Esta implantado de forma quirúrgica, con una parte interna dentro del cráneo y otra externa fuera de él.

El Implante Coclear es un transductor que transforma las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo. Estas señales eléctricas son procesadas a través de las diferentes partes de que consta el Implante Coclear, las cuales se dividen en Externas e Internas:

Externas: Micrófono: Recoge los sonidos, que pasan al Procesador. Procesador: Selecciona y codifica los sonidos más útiles para la comprensión del Lenguaje. Transmisor: Envía los sonidos codificados al Receptor.

Internas: Receptor-Estimulador: Se implanta en el hueso mastoides, detrás del pabellón auricular. Envía las señales eléctricas a los electrodos. Electrodo: Se introducen en el interior de la cóclea (oído interno) y estimulan las células nerviosas que aún funcionan. Estos estímulos pasan a través del nervio auditivo al cerebro, que los reconoce como sonidos y se tiene - entonces- la sensación de "oír".

Pruebas calóricas: Se lleva a cabo colocando al paciente en una camilla e inyectándole agua a 30°C (fría) y 44°C (caliente) o aire a diferente temperatura, consecutivamente en cada conducto auditivo externo (excepto si hubiese una perforación timpánica). Se trata de cambiar la temperatura de la endolinfa. El objetivo es conocer separadamente si los laberintos funcionan correctamente ante la aparición de un movimiento ocular (nistagmo) que se registra con la videonistagmografía. Si no hay respuesta del laberinto o del nervio vestibular, no se registra este nistagmo después del estímulo calórico.

Pruebas rotatorias: Se sitúa al paciente en un sillón que realiza giros horarios y después antihorarios con la finalidad de provocar una estimulación del órgano del equilibrio del oído. Esta prueba es complementaria de la calórica, siendo indispensable para un diagnóstico exhaustivo del funcionamiento del aparato vestibular, pudiéndose valorar si el paciente se encuentra en una fase aguda del vértigo, o tendiendo a la compensación, puesto que el enfoque del tratamiento será diferente.

Posturografía dinámica Computerizada (PDC): es una técnica que valora la capacidad de equilibrio de una persona. Se lleva a cabo con el posturógrafo que consta de una plataforma sobre la que el paciente se sitúa de pie, con la finalidad de estudiar si mantiene correctamente su equilibrio postural en bipedestación (de pie). Así se estudia la estabilidad del paciente sobre la plataforma en distintas condiciones (ojos abiertos, ojos cerrados, con la plataforma estable o móvil). La PDC mide el balanceo del cuerpo durante ciertas actividades. La plataforma del posturógrafo tiene sensores que miden las oscilaciones corporales. Los posturógrafos también se usan para la rehabilitación vestibular.

Potenciales evocados auditivos: es una prueba no invasiva que estudia la actividad eléctrica neuronal, para comprobar que el sistema nervioso funciona correctamente ante estímulos auditivos. Para ello se producen una serie de chasquidos y tonos agudos que son audibles para el oído humano. El médico que analiza este tipo de pruebas es Otorrinolaringólogo.

Bola de Semont: Es como una bola de discoteca, proyectando un montón de luces en movimiento alrededor del paciente. Lo que hace es utilizar la estimulación visual para reeducar los núcleos vestibulares y así tener respuestas oculares más apropiadas. Van bien, por ejemplo, para ayudar a eliminar un nistagmo espontáneo o para mantener el equilibrio en situaciones de fuerte estimulación visual (vértigo optocinético).

Infiltración Intratimpánica de Corticoides: Son corticoides (dexametasona, la metilprednisolona y la hidrocortisona) que se aplican por medio de una inyección a través de la membrana timpánica, para que el fármaco se concentre en el oído medio y allí se difunda al oído interno.

Lo que hacen es desinflamar, reducen una determinada clase de células y regulan una enzima que juega un papel en la regulación del balance hídrico intracoclear. Si las tomamos en forma de pastilla no llegamos a la misma concentración ni de manera tan localizada como si se infiltran directamente a través del tímpano.

Operación sencilla, con anestesia local normalmente (aunque puede ser sedación general), mayoritariamente en quirófano (aunque no siempre) y con alguna molestia pero sin dolor.

Estadísticamente hablando sus resultados son mayoritariamente a corto plazo pero no a largo (aunque hay excepciones). Sus resultados dependen de la permeabilidad en el oído interno, grosos, inyecciones previas...entre otros factores.

No afectan a la audición.

Infiltración intratimpánica de gentamicina (o Laberintectomía química): La gentamicina es un antibiótico ototóxico, destruye las células ciliadas de una parte del oído interno (las células ciliadas de las crestas de los canales semicirculares y de las máculas del sáculo y el utrículo) y por tanto elimina su respuesta. Estamos destruyendo básicamente las células del equilibrio.

Al difundirse la gentamicina dentro del oído interno puede afectar a las células de la audición y agravar la hipoacusia. Actualmente se utilizan dosis muy bajas y esto cada vez es menos problemas. De todas maneras al ser un tratamiento destructivo, se suele indicar a pacientes donde no se controlan los vértigos de ninguna otra forma y con ya una buena pérdida de audición. Siempre en unilaterales debido a ese carácter destructivo de la función vestibular (del equilibrio). Se puede dar en Bilaterales pero dependiendo del caso y de manera especial.

Los resultados son buenos y es mucho más económica que otros tratamientos destructivos como la Neurectomía vestibular o laberintectomía quirúrgica.

De hecho la mayoría de los autores encuentran que el control del vértigo es comparable a la sección del nervio vestibular (alrededor del 90%). El tratamiento por gentamicina es también intrínsecamente de riesgo muy bajo, especialmente en comparación con la sección del nervio. En comparación con laberintectomía, el tratamiento también es menor en el riesgo porque no hay necesidad de anestesia general.

Riesgos: que quede una inestabilidad crónica.

Laberintectomía química: Ver Infiltración Infratimpánica de gentamicina

Laberintectomía quirúrgica (extirpación del laberinto): es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo la destrucción del llamado laberinto, es decir, del oído interno.

El laberinto puede dividirse en dos partes: el laberinto anterior, que se llama caracol y constituye la porción más profunda del órgano de la audición; y el laberinto posterior, que es el órgano del equilibrio. El laberinto posterior es una de las porciones más importantes del sistema del equilibrio (un sistema es un conjunto de órganos)

Cuando se destruye el laberinto se afecta tanto el laberinto anterior, el auditivo; como el laberinto posterior, el equilibratorio.

La destrucción del laberinto anterior determina una sordera total e irreversible para ese oído, en muchos casos acompañada de acúfenos, es decir de ruidos del oído.

La destrucción del laberinto posterior justifica una pérdida de las funciones del equilibrio de ese lado por lo que, tras un período de adaptación, la función del equilibrio se verificará únicamente, a partir de la actividad del laberinto del lado sano. El objetivo de la destrucción del laberinto es la curación o mejoría del vértigo.

Se basa en la idea de que el laberinto enfermo está enviando al cerebro informaciones erróneas, que son las responsables del vértigo. Por ello, si lo destruimos, evitaremos esa información equívoca y mejorarán los síntomas vertiginosos.

Para desenvolverse con un solo órgano del equilibrio se precisa un período posterior de aprendizaje, que puede tener una duración muy variable, desde pocas semanas a varios años..

Durante ese tiempo se presenta una sensación de vértigo o inestabilidad continuos, con momentos de mayor o menor intensidad. En ocasiones, puede que estos síntomas no lleguen a desaparecer del todo. Para superar esta fase de adaptación es necesario realizar una serie de ejercicios que ayuden a la adaptación del equilibrio a su nueva situación, rehabilitación vestibular. Es importante intentar realizar los movimientos más habituales, a pesar del desequilibrio, para que la recuperación se produzca cuanto antes.

La intervención llevada a cabo bajo anestesia general, se realiza a través del orificio del oído o, en otras ocasiones, mediante una incisión retroauricular, es decir, realizada por detrás de la oreja.

Timpanostomía, Tubos de (o de drenaje transtimpánico): Son unos pequeños dispositivos que se inserta en la membrana timpánica para permitir la ventilación del oído medio y poder drenar así los líquidos que se acumulan dentro de ella. El oído medio está "ventilado" en virtud de una estructura llamada la trompa de Eustaquio. Este tubo se conecta el oído medio con la faringe (garganta). Es como una válvula que se abre y se cierra. Cuando se abre, la presión del aire en el oído medio se iguala con la presión del aire exterior. El tubo trompas de Eustaquio normalmente se abre durante el bostezo y la deglución. La función de las trompas de Eustaquio, y el estado de la presión del aire en el oído medio, se pueden estudiar por medio de un timpanograma.

Si la trompa de Eustaquio es vuelve disfuncional por la obstrucción debido a la congestión, infección o de otra manera, la presión del aire en el oído medio puede aumentar hasta el punto de dolor. La congestión y la infección pueden ser tratadas por los descongestionantes, antihistamínicos y antibióticos (si se sospecha de la infección a ser bacteriana en la naturaleza).

En casos (continuos) crónicos, los médicos a veces crean una abertura alternativa para el oído medio del oído externo mediante la creación de una abertura en el tímpano y mediante la inserción de un tubo llamado "Tubo de compensación de presión (PE)" o un "tubo de ventilación". Cuando un tubo de PE está en su lugar, hay una abertura continua en el tímpano, y la presión de aire en el oído medio está continuamente "igualada", con la presión de aire fuera del oído. Los bebés que sufren de infecciones del oído medio (otitis media) a menudo les han insertado tubos de PE.

El síntoma de plenitud que se experimenta con el Síndrome de Ménière se nota igual que la presión del aire en el oído medio - pero NO es la presión del aire en el oído medio. Pero la Enfermedad de Ménière no afecta el oído medio y no tiene nada que ver con la trompa de Eustaquio, que en nuestro caso es funcional. Así pues, la adición de un tubo de PE no parece que logre nada. Sin embargo, a veces los médicos insertan tubos de PE en los pacientes que tienen trompas de Eustaquio completamente funcionales, y los pacientes a veces reportan mejoría con sus síntomas, posiblemente (o probablemente) debido a un efecto placebo. O no.

Un estudio científico de 2015 con 15 pacientes de Ménière con timpanostomía, concluye "Este tratamiento no es eficaz para todos los pacientes con enfermedad de Ménière intratable. Sin embargo, la colocación del tubo de timpanostomía podría ser una opción terapéutica

quirúrgica adicional a considerar antes de contemplar otros tratamientos más invasivos.”

Fuentes: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25633256> i
<http://www.menieresinfo.com/treatment.html>

Vale la pena comentar que muchos ORL (otorrinolaringólogos) usan los tubos de timpanostomía o drenajes transtimpánicos para introducir por ellos medicación (corticoides o gentamicina) y no tener que punzar repetidamente el tímpano del paciente. Pero eso no tiene nada que ver con paliar los síntomas del Meniere.

Neurectomía del nervio vestibular: Es una operación para seccionar el nervio del equilibrio (vestibular) sin alterar la audición del paciente.

Se puede hacer por varias vías, la transtemporal, la retrolaberíntica o retrosigmoidea y la vía translaberíntica, lo cual implica una laberintectomía previa. En este caso, obviamente, también hay una sordera irreversible.

Los resultados en la Enfermedad de Ménière son excelentes con desaparición del vértigo en más del 95% de los pacientes y donde las complicaciones y secuelas son excepcionales. Por ser una intervención que implica la apertura de la cavidad craneal se considera delicada y por lo tanto debe hacerse únicamente en los pacientes incapacitados y que no responden a otros tratamientos. Es destructiva. Posteriormente hay que hacer rehabilitación vestibular para compensar la pérdida del sentido de equilibrio de un oído.

No desaparecen los acufenos.

Videonistagmografía (VNG): consiste en un sistema de registro mediante ordenador, de los movimientos oculares con una cámara de rayos infrarrojos. La finalidad es registrar anomalías en dichos movimientos oculares (ver nistagmo), que son el reflejo de una alteración del órgano del equilibrio del oído interno, o bien de una alteración en otras localizaciones en el sistema nervioso central que también intervienen en el equilibrio. Hay dos pruebas básicas (ver pruebas calóricas y pruebas rotatorias) que se realizan con la VNG.

Páginas de interés

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000702.htm>

<https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/la-enfermedad-de-meniere>

<http://www.mindovermenieres.com/enfermedad-de-meniere-la-mision-de-un-hombre-encontrar-una-cura/>

<http://www.cun.es/diccionario-medico>

http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/menieres/menieres_spanish.html

www.asmespana.es

asmespana@gmail.com



<http://www.rafaelperez-otorrino.es/uploads/Medidas diet ticas Enfermedad de Meniere.pdf>

www.asmespana.es

asmespana@gmail.com

ASOCIACIÓN SÍNDROME DE MÉNIÈRE ESPAÑA
CIF G-66856543
C/Artur Costa, nº 19 Bajos - 08850 Gavà (Barcelona)