

Dadas las particularidades de este trimestre, y la falta de actividad de la Asociación, hemos recopilado dos artículos, aportados por empresas colaboradoras, que nos pueden ayudar a entender nuestra enfermedad y su evolución.

### **CONTENIDO:**

- Abordaje interdisciplinario de la enfermedad de Ménière. Clínica Templado – Audiología Avanzada.
- ¿Qué es la rehabilitación vestibular y por qué es necesaria? Instituto Rehabilitación vértigo y equilibrio IRVE
- Varios: nueva Junta Directiva



Abordaje interdisciplinario de la enfermedad de Ménière.

Uno de los síntomas más frecuentes asistidos en consultas en medicina familiar como de especialidad es el vértigo; término que trata de describir la sensación rotatoria de objetos bien de carácter objetivo (que el objeto rote alrededor) o subjetivo (el paciente rote alrededor del objeto). Para los otorrinolaringólogos, la atención de estos pacientes resulta frustrante, en ocasiones, por la dificultad en el diagnóstico diferencial con distintas patologías causantes de este síntoma, entre las cuales está la enfermedad de Ménière.



Al igual que en todos los aspectos de la medicina, una cuidadosa anamnesis es esencial para la recogida de datos sobre el proceso que sufre el paciente. Es importante, en la medida que pueda, dejar al paciente que describa con sus propias palabras, a veces con gran cantidad de sinónimos, la sensación que siente (rotatoria, inestabilidad, desequilibrio, cabeza hueca, caída al vacío). Después de escucharlo con atención, iniciamos nuestro interrogatorio orientado principalmente en obtener datos con la intención de diferenciar el vértigo de un posible origen periférico o central. La presencia de náusea y/o vómitos, inicio del vértigo forma de presentación, existencia de nistagmos, pérdida de conocimiento, tiempo de duración, caída al suelo, síntomas auditivos como pérdida de audición, taponamiento ótico, ruidos en oídos (acúfeno) o hiperacusia son síntomas que se pueden asociar.

Algunos pacientes, en particular los que sufren enfermedad de Menière, se recrean describiendo de forma detallada cada episodio de vértigo que han sufrido; del estado de ansiedad con daño en la autoestima que termina en estado de depresión. La historia de esta enfermedad transcurre en tres fases: inicio, marcada por hipoacusia fluctuante, presión ótica y acúfeno. Aproximadamente al año, muestra el cuadro clásico de vértigo con síntomas neurovegetativos, hipoacusia en frecuencias graves e intensificación del acúfeno. Pasadas unas horas desaparece el vértigo dejando solo una sensación de inestabilidad más o menos duradera con recuperación de la audición y atenuación de acúfeno. Una segunda fase activa de 5 a 20 años de evolución con crisis de vértigo de frecuencia e intensidad variable y una fase final con ausencia de vértigo, con un acúfeno constante y una hipoacusia final de unos 60 decibelios.

Aunque la principal molestia es el vértigo se requiere una completa exploración a estos pacientes. Los oídos se examinan con cuidado bajo control microscópico, retirando cerumen y otros desechos del conducto auditivo externo. Se comprueba la integridad de la membrana timpánica. Posteriormente examen de pares craneales, pruebas cerebelosas y auscultación de cuello. Finalizada la exploración física, al paciente se expone a una serie de exploraciones complementarias como: pruebas hematológicas y audiometría tonal liminar, en cuyo inicio puede ser normal encontrando fluctuaciones según el instante que acude a realizar la prueba. Esta se complementa con la prescripción de otoimpedanciometría, logaudiometría y acufenometría, así como pruebas electrofisiológicas si proceden. Exploración vestibular para determinar y valorar el estado de los canales semicirculares y pruebas de imagen para eliminar la sospecha de enfermedades que puedan presentar una sintomatología similar a la referida por el paciente. Sin embargo, el diagnóstico se realiza principalmente por la clínica, es por ello fundamental, realizar una correcta historia clínica.

El tratamiento farmacológico de la enfermedad de Menière depende del estadio que se encuentre, en fase aguda o en el periodo intercrítico, y se orienta hacia el control del síntoma vértigo. En aquellos casos con mala respuesta farmacológica se indica inyección intratimpánica con determinados fármacos o quirúrgico. La pérdida de audición y los acúfenos podemos



abordarlos con gran éxito mediante procedimientos de rehabilitación auditiva; y la rehabilitación vestibular es una opción terapéutica para el vértigo y la inestabilidad, que mejora sustancialmente los tiempos de recuperación, afrontamiento y control de las crisis.

La atención interdisciplinaria es esencial para estos pacientes, tanto en evaluación y diagnóstico como en la parte terapéutica; que puede llevar a la estabilización del paciente con Síndrome de Menière, y una mejora sustancial de su calidad de vida.

Clínica Templado – Audiología Avanzada

Autores:

Sheila Templado Aguilera. Audiología.

María teresa Almela. Otorrinolaringología.

Luis Miguel Amorós. Otorrinolaringología.



## **¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR Y POR QUÉ ES NECESARIA?**

La rehabilitación vestibular es una especialización de la fisioterapia que tiene como objetivo reducir o eliminar el vértigo, el mareo, la inestabilidad y los problemas de equilibrio en general estimulando los mecanismos de compensación vestibular que presentan las lesiones vestibulares unilaterales y/o bilaterales.

La «compensación vestibular» son todos aquellos mecanismos que el sistema nervioso central y otras áreas asociadas al sistema vestibular activan cuando se produce una lesión vestibular. Estos mecanismos intentan recuperar la función perdida a través de estrategias que influyen sobre los tres grandes pilares del equilibrio: sistema vestibular (oído interno), visión y propiocepción.

Las personas que han padecido un problema vestibular sufren alteraciones estáticas y dinámicas como dificultades para permanecer de pie y sentado, caminar de modo estable, desequilibrios al mover la cabeza, etc., son trastornos producidos por la presencia de algún tipo de afectación en el oído interno.

Con la aplicación de técnicas de reeducación vestibular logramos que estos síntomas disminuyan, consiguiendo en muchos casos una restauración completa de la función de equilibrio.

## **¿EN QUÉ SE BASA LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR?**

La fisioterapia vestibular se basa en la realización de ejercicio terapéutico específico. Antes de iniciar un proceso rehabilitador, es preciso valorar funcionalmente a la persona afectada para conocer el alcance y la localización del problema.

Para conocer el alcance de la afectación y qué entradas neurosensoriales están implicadas (visión, propiocepción y/o vértigo), e identificar la ubicación de la lesión, las causas y el nivel de déficit que le ocasiona, realizaremos una valoración funcional exhaustiva con instrumentos especializados (videonistagmoscopio, sillón rotatorio, V.Hit o Agudeza Visual Dinámica)

### **La rehabilitación vestibular en la enfermedad de Ménière**

La enfermedad de Ménière presenta algunas peculiaridades respecto a otras patologías del sistema vestibular. Al ser una enfermedad ‘crónica’ y fluctuante, ni la fisioterapia ni la medicación son terapias definitivas en el curso del proceso patológico. En cambio, la rehabilitación es muy útil y altamente eficaz en ciertas etapas de la enfermedad.

¿En qué momento los pacientes que sufren Ménière se pueden beneficiar de la fisio vestibular?

Los pacientes con síndrome de Ménière sufren de vértigo, acúfenos, hipoacusia y presión aural (en el oído) durante las crisis, pero fuera de las crisis sus síntomas son diferentes. Desde el aspecto funcional en fisioterapia distinguimos tres momentos diferentes:

□ Fase Precrisis: se inicia con el aumento de líquido endolinfático y la presión dentro del oído interno provocando así una pérdida de función del oído en el equilibrio, unido de sensación de presión y sensación de mareo/inestabilidad que indica que la crisis está cerca de desencadenarse.

□ Crisis: corresponde al momento en el que el aumento de presión del líquido endolinfático destruye la cúpula y se genera la contaminación entre la endolinfa y la perilinfa desencadenando la crisis vertiginosa. Este es un momento irritativo (a diferencia del deficitario anterior) en el que no podemos realizar ninguna actuación fisioterápica.

□ Fase Post crisis/ intercrisis: es en este momento, una vez ya ha pasado la crisis aguda. El oído recupera su 'normalidad' pudiendo quedar una asimetría funcional o hipofunción que finalmente va a ser la responsable de las sensaciones de inestabilidad a la que refieren los pacientes en los períodos entre crisis de la enfermedad de Ménière.

Es en esta tercera fase es donde la fisioterapia vestibular tiene, en base a nuestra experiencia, un papel fundamental en la recuperación sintomática del paciente, ya que si conseguimos simetrizar la función de ambos oídos conseguiremos mejorar de una forma muy notoria su calidad de vida.

En el caso de que el paciente requiera cirugía o inyecciones de gentamicina para paliar la recurrencia de su problema ya sea por laberintectomía o neurectomía es fundamental el inicio precoz de reeducación vestibular para poner en marcha los mecanismos compensatorios necesarios con el objetivo de recupera el equilibrio por la pérdida súbita de uno de los dos laberintos.

## **¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS EJERCICIOS EN LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR?**

Su fisioterapeuta vestibular personalizará los ejercicios para abordar los problemas específicos de cada persona. Según los resultados de su examen, se pueden prescribir tres métodos principales de ejercicio:

□ Estabilización de la mirada. Los ejercicios de estabilización de la mirada se utilizan para mejorar el control de los movimientos oculares para que la visión pueda ser clara durante el movimiento de la cabeza. Las personas que se benefician de este tipo de ejercicio son aquellas que experimentan dificultades para leer, tomar notas en clase o mareos al caminar o conducir.

□ Habitación y equilibrio. Los ejercicios de habitación están indicados para personas que informan síntomas cuando se mueven o cuando se encuentran en entornos visualmente estimulantes. Los ejemplos incluyen inclinarse hacia el suelo o comprar en supermercados o centros comerciales. El objetivo de los ejercicios de habitación es reducir los mareos a través de la exposición repetida calculada a este tipo de entornos.

□ Entrenamiento de esfuerzo. Los ejercicios de equilibrio y entrenamiento físico se utilizan para mejorar la estabilidad y la respuesta cardiovascular para que las actividades diarias y los deportes se puedan realizar con éxito.

EL uso de dispositivos de realidad virtual nos permite mejorar la eficacia y variabilidad de los ejercicios que realizamos además de poder reproducir situaciones complejas de la vida diaria de los pacientes en un entorno controlado y seguro.

Desde el punto de vista del fisioterapeuta vestibular no existen nunca dos pacientes iguales, aunque tengan un mismo diagnóstico. En cada caso y de un modo específico, tras determinar el origen, alcance y causas de la lesión diseñaremos un programa de rehabilitación vestibular personalizado para cada paciente.

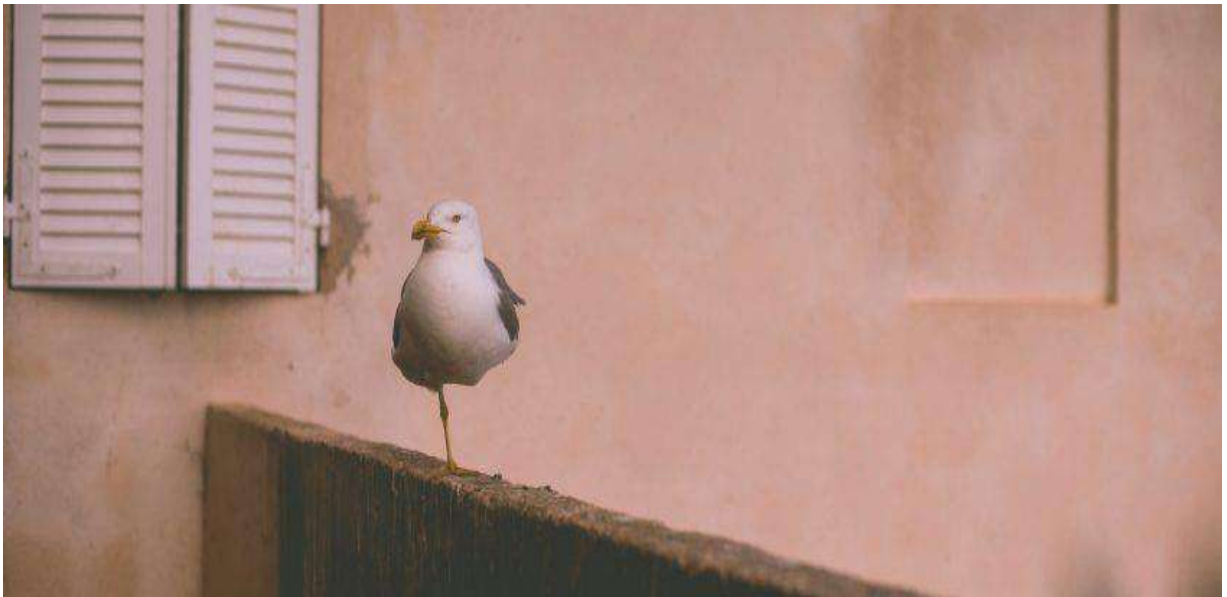
Es muy importante que si el paciente tiene síntomas de desequilibrio fuera de la crisis aguda se plantee la posibilidad de realizar rehabilitación especializada.

En nuestro Instituto de Rehabilitación del Vértigo y el Equilibrio (IRVE) tenemos grandes resultados con nuestros pacientes y estamos en continuo contacto con los avances en el tratamiento de esta patología a nivel mundial.

Sergi Lucas

Director de IRVE (Instituto de rehabilitación del vértigo y el Equilibrio)

Coordinador de la comisión de fisioterapia vestibular del Colegio de Fisios de Catalunya.



## VARIOS

Como todos sabéis por los muchos correos que habéis estado recibiendo durante este último mes, la Asociación ha realizado sus Asambleas de forma telemática este año, y tal y como está previsto en los Estatutos, se han realizado las elecciones que cada dos años hay que llevar a cabo.

Os recordamos que la nueva Junta Directiva que va a representar a la Asociación durante los próximos dos años está compuesta por:

Presidente: Roberto Calderón Ruiz  
Vicepresidente: Juan Pedro Tarín Melero  
Secretaria: Cristina Lozano Cremades  
Tesorera: Mari Luz Pérez Barrientos  
Vocales:  
Carmen Sánchez Fernández  
Francisco Pérez García  
Rubén Barril Rodríguez

Todos, y en su representación yo, como Presidente, estamos a vuestra disposición.

Recibid un afectuoso saludo

Roberto Calderón



ASOCIACIÓN SÍNDROME DE MÉNIÈRE ESPAÑA

ASMES Asociación Síndrome de Ménière España se compone de pacientes afectados con Síndrome de Ménière, familiares y profesionales especializados. Su función, objetivo y razón de ser es asistir, en un sentido amplio, a personas afectadas por esta enfermedad.

[www.asmespana.es](http://www.asmespana.es)

[asm espana@gmail.com](mailto:asm espana@gmail.com)

Facebook: <https://www.facebook.com/asociacionsindromedemeniereespana/?fref=ts>

Twitter e Instagram @ASMES2016

Únete a nosotros y asóciate o haz tu donación: <http://www.sindromedemeniereespana.com/asociate>

Registrada en el Ministerio de Interior de España, con el número 611720 de Asociaciones.

**AVISO LEGAL: RGPD, y L.O. 3/2018 relativa a la protección de datos y garantías de derechos digitales.** Responsable: Asociación Síndrome de Ménière. Sus datos personales serán tratados en nuestros ficheros con el fin de gestionar los compromisos y obligaciones derivados de nuestra relación. No se cederán a terceros. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos legalmente establecidos, dirigiéndose al Asociación Síndrome de Ménière España (ASMES), C/ Artur Costa, nº 19 Bajos - 08850 Gavá (Barcelona), o por correo electrónico a la dirección [asmespana@gmail.com](mailto:asmespana@gmail.com)

**CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD:** La información incluida en este e-mail es CONFIDENCIAL, estando destinada la misma únicamente a uso exclusivo del destinatario arriba mencionado. Si Usted lee este mensaje y no es la persona o entidad anteriormente indicada, le informamos que está totalmente prohibida cualquier utilización, divulgación, distribución y/o reproducción de esta comunicación sin nuestra autorización expresa, todo ello en virtud de la legislación actualmente vigente. Si ha recibido este mensaje por error, le rogamos nos lo notifique inmediatamente por esta misma vía y proceda a su eliminación.