

DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

Diagnóstico de la enfermedad de Ménière*

FRANCISCO HERNÁNDEZ-OROZCO ‡ ¶
Y YOLANDA PEÑALOZA-LÓPEZ ¶

Próspero Ménière, en 1848, describió el síndrome que lleva su nombre; pero fue hasta 1958 que Hallpike y Cairns describieron el proceso patológico que lo producía, es decir, la dilatación del sistema endolinfático acompañado de degeneración de los elementos sensoriales de la cóclea y del aparato vestibular.^{1, 2} Los hallazgos más precoces son la dilatación de la rampa media de la cóclea y del sáculo. Esta dilatación en la cóclea se observa a expensas de la distensión de la membrana de Reissner, ya que la membrana basilar permanece en su posición habitual. Posteriormente se observa degeneración del órgano de Corti, con disminución de las células cilindradas.

Aunque la etiología se desconoce, es evidente que se trata de una enfermedad en la que se altera la fisiología de los líquidos del sistema. Se han propuesto varias hipótesis para explicarla, pero no se ha logrado demostrar ninguna de ellas, si bien han servido para diseñar diferentes tratamientos.

El diagnóstico de la enfermedad de Ménière requiere de un examen clínico muy detallado y un

examen otológico funcional completo. Una vez establecido el diagnóstico, es menester formular el diferencial con algunos padecimientos que por sus síntomas y signos pudieran confundirse con la enfermedad de Ménière.

Sólo con fines de exposición se fragmentará el estudio (que debe ser unitario) en las siguientes partes:

Diagnóstico clínico
Diagnóstico audiológico
Diagnóstico vestibular y electronistagmográfico
Diagnóstico diferencial

Para cada una de estas partes se indicará la experiencia obtenida en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana (I.N.C.H.), en una muestra de pacientes diagnosticados en su problema otológico como enfermedad de Ménière que concurren a consulta en el año de 1973. Se destacará sólo lo que en el momento actual nos parece lo más importante.

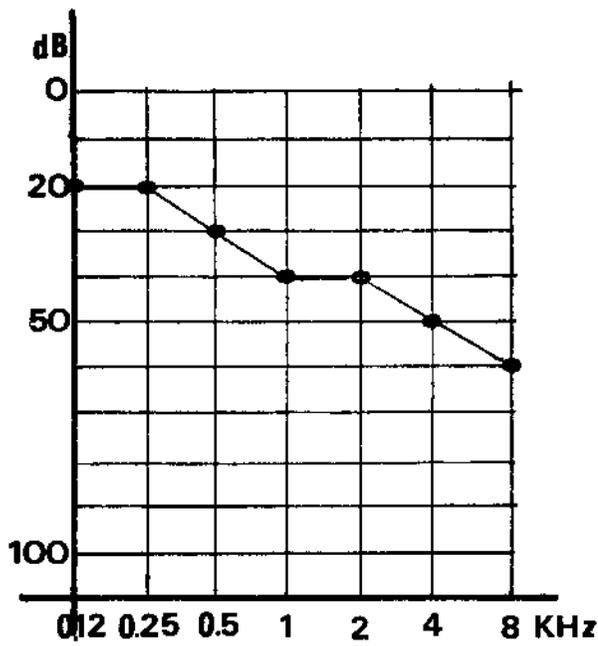
Diagnóstico clínico

La original triada sintomática de vértigo, hipoacusia y acúfeno sigue siendo el eje fundamental del diagnóstico clínico en la enfermedad de Ménière. En la casuística del I.N.C.H., sólo en 5 por ciento de los casos no estaba completa en el cuadro agudo y en 75 por ciento faltaba algún síntoma en los perio-

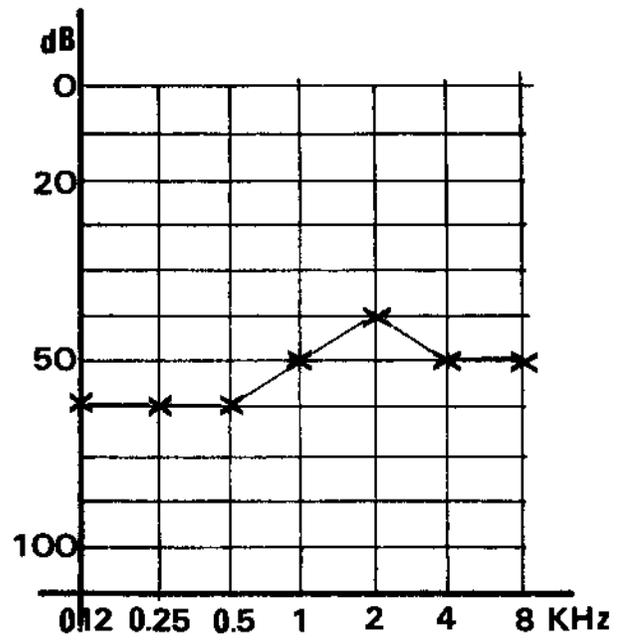
* Presentado en las XIX Jornadas Médicas Nacionales de la Academia Nacional de Medicina, celebradas del 18 al 21 de enero de 1978 en la ciudad de Morelia.

‡ Académico numerario.

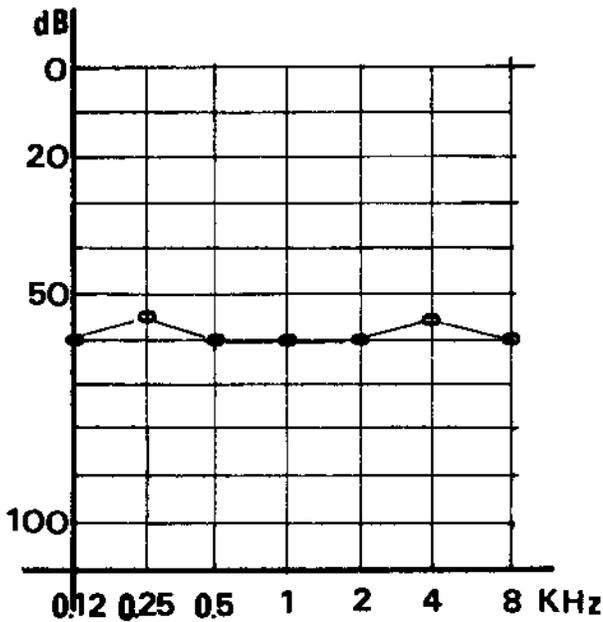
¶ Instituto Nacional de la Comunicación Humana.



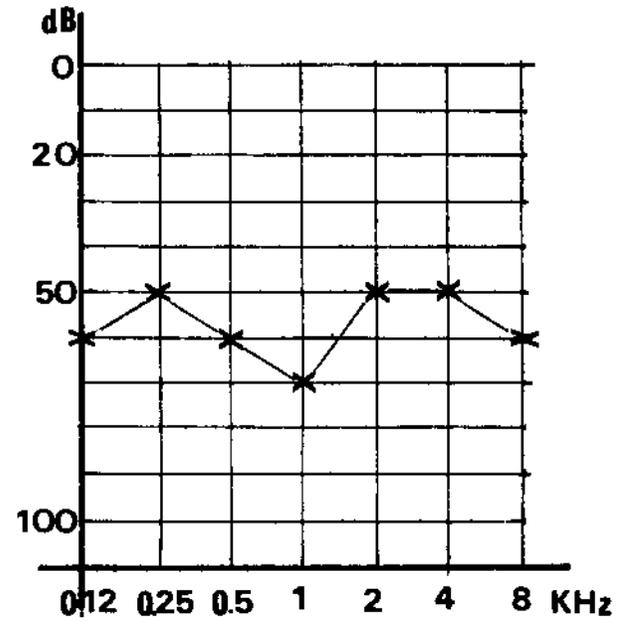
a



b



c



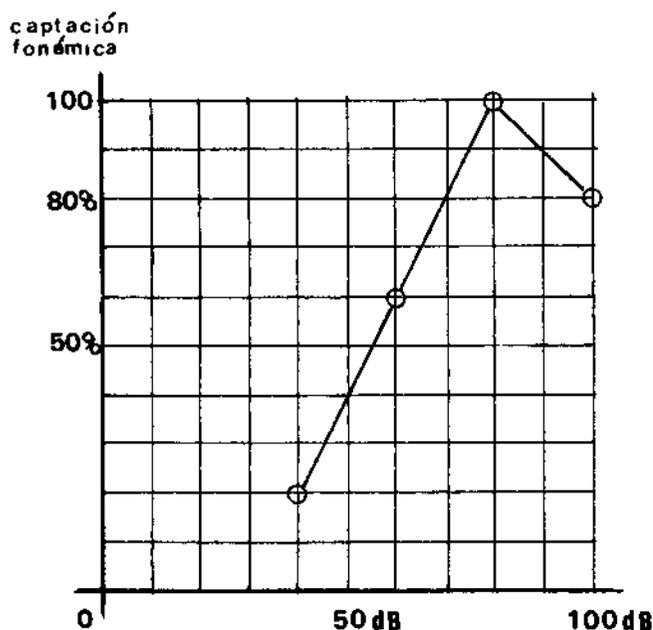
d

Figura 1. Perfil tonal. a) Perfil descendente. b) Perfil ascendente. c) Perfil plano. d) Perfil con doble ascenso.

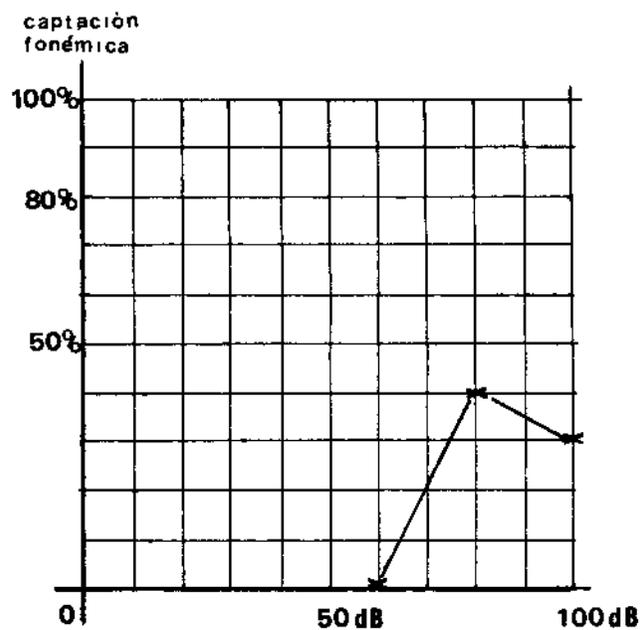
dos de remisión.

Esta enfermedad, descrita como del adulto, se presentó con una media de edad de 44 años, sin predilección de sexo. El paciente más joven tenía la edad de 25 años.

El agente etiológico no se ha dilucidado, pero es frecuente atribuir la iniciación y las recaídas a factores emocionales y a fatiga; muchas veces el empeoramiento estuvo estrechamente relacionado al ruido o al uso inadecuado de un auxiliar auditivo.



a



b

Figura 2. Perfil de captación fonémica (logoaudiometría). a) Máxima captación. Mayor de 80 por ciento. b) Máxima captación. Menor de 80 por ciento.

El vértigo es el síntoma más sobresaliente, generalmente de tipo objetivo, rotatorio y por crisis de duración variable pero corta (algunos minutos a horas).

Durante la crisis vertiginosa es muy frecuente la asociación de fenómenos neurovegetativos de grado variable, principalmente náusea, vómito, diaforesis y palidez de tegumentos. El enfermo es incapaz de mantenerse en pie sin ayuda y cualquier movimiento que realice le exacerba el vértigo.

En algunos casos los familiares hacen notar la presencia de movimientos oculares anormales. Al ceder la crisis de vértigo, queda inestabilidad por horas o días. Puede haber lateropulsión leve hacia el lado opuesto al acúfeno en las afecciones unilaterales e indistinta en las bilaterales.

Frecuentemente, al inicio del padecimiento la hipoacusia pasa inadvertida o se ve enmascarada por el acúfeno. Una vez notada por el enfermo, la mayoría de ellos la describen como fluctuante o progresiva y raramente estacionaria. La exacerbación de la hipoacusia es concomitante a la presentación o al aumento de la intensidad de los otros síntomas. El curso real de la hipoacusia es del descenso progresivo de la audición, en un marco de fluctuaciones,⁷ más aparentes en las épocas críticas de la enfermedad. Ocasionalmente ocurre sordera súbita, grave y unilateral, que evoluciona dentro de un margen estrecho.

El acúfeno es de tonalidad e intensidad cambiante y precede a y aumenta durante las crisis vertiginosas. Generalmente se le describe como un tono agudo, que interfiere con la audición. En el periodo intercrítico el acúfeno no desaparece pero es menos intenso.

Los síntomas agregados más frecuentes son la sensación de oído tapado o de plenitud en el mismo, cefalalgia occipital o sensación de pesantez retroauricular y algiacusia o diplacusia; síntomas estos dos últimos, indicadores de afección sensorial. Los síntomas agregados son descritos sólo en la cuarta parte de los casos.

En la actitud del enfermo se advierten rasgos de rigidez de pensamiento, síntomas que sólo han podido atribuirse al impacto de la enfermedad sobre el individuo,⁴ principalmente el vértigo.

Diagnóstico audiológico

De todos los padecimientos audiológicos más usuales, tal vez no exista otro cuya patología muestre evidencias audiológicas más correlacionables con el proceso fisiopatológico del oído interno, que la enfermedad de Ménière. Esto facilita su diagnóstico.

Se expondrá el comportamiento usual de la enfermedad a través de la audiometría tonal, de la audiometría vocal o logoaudiometría, de la audiometría automática de Békésy y de las pruebas supraumbra-

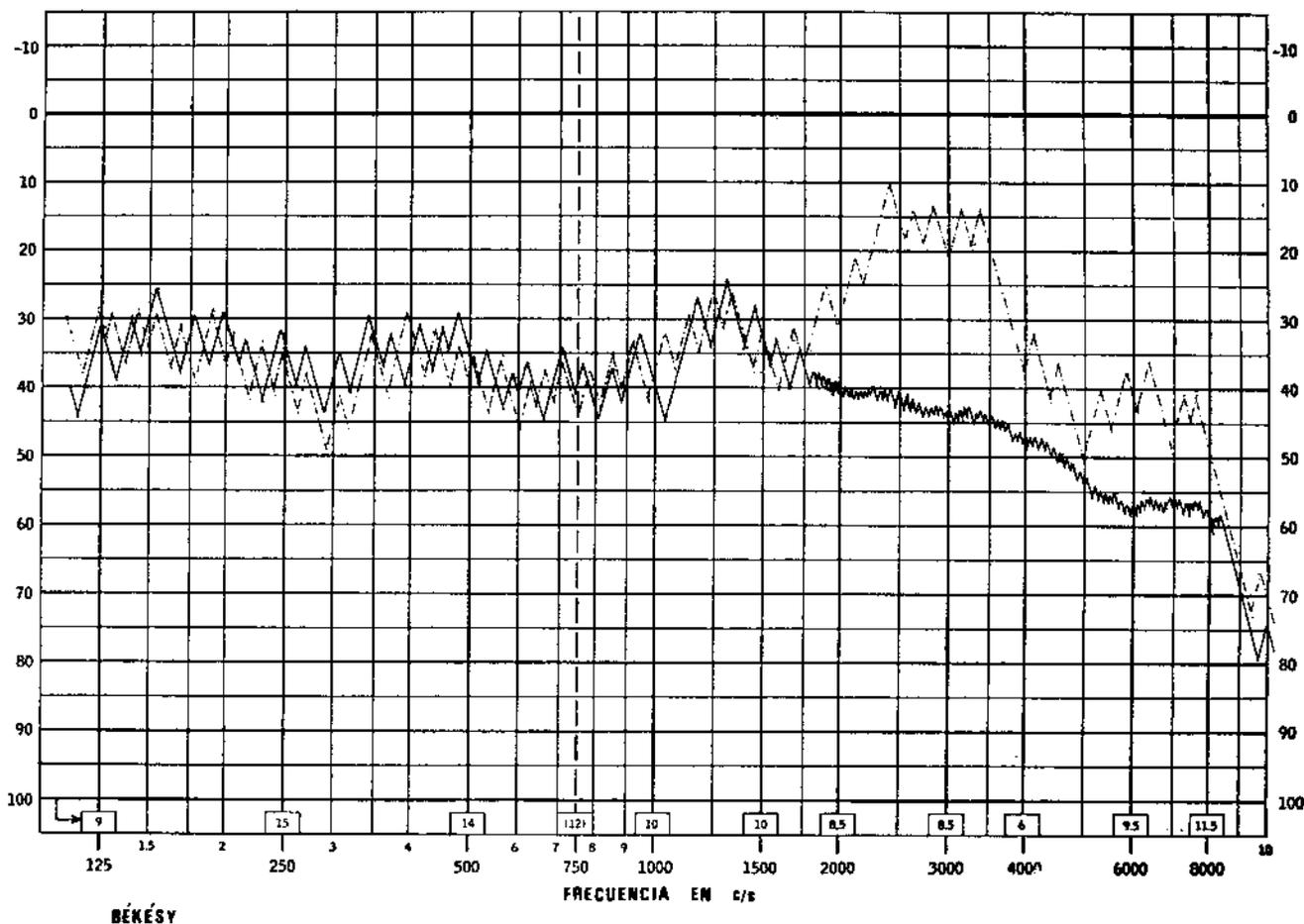


Figura 3. Audiograma automático de Békesy. Recorrido de la escala tonal con dos estímulos: estímulo pulsado con trazo interrumpido; estímulo continuo en trazo continuo. Se demuestra reclutamiento en las frecuencias agudas.

les. Posteriormente se mencionan algunos procedimientos diagnósticos especiales.

Después de tres años de evolución, la afección es generalmente bilateral;¹⁰ en los casos del I. N. C. H., con un tiempo promedio de evolución del padecimiento de cuatro años, al inicio de su estudio, en 40 por ciento era bilateral y cinco años después, lo era en 80 por ciento. Los pacientes estudiados mostraron daño en las frecuencias graves, en ocho de cada diez. Cuando el padecimiento tiene más tiempo de evolución, el perfil tonal tiende a aplanarse y posteriormente adquiere un carácter descendente, con afectación de las frecuencias agudas.¹⁰ La evaluación de la vía ósea, sugiere ya desde esta primera prueba afección sensorial por ausencia de diferencial entre esta vía y la aérea.

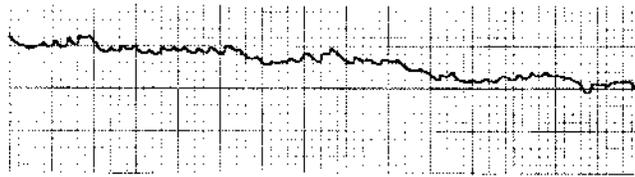
En el grupo estudiado se apreció un perfil audiométrico descendente en la mitad de los casos, ascendente en 30 por ciento, plano en 10 por ciento y de doble ascenso en 10 por ciento. Tales hallazgos, descritos también en varias publicaciones, corresponden

predominantemente a afecciones avanzadas (fig. 1). En los casos en que el perfil tonal es ascendente, se advierte un considerable ascenso sistemático en 2 KHz; en los casos de afección incipiente, llama la atención la afección frecuente en 4 KHz.

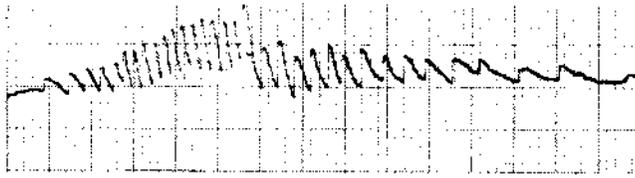
La audiometría vocal o logaudiometría evalúa la manera en que el enfermo capta y repite un mensaje vocal a diferentes intensidades. Lo característico del padecimiento, en su inicio, es el ascenso lento, frecuentemente sin lograr 100 por ciento de captación fonémica. En casos avanzados se hace aparente una discrepancia entre la captación fonémica y el umbral auditivo. La captación es inferior a 80 por ciento y a altas intensidades se reduce considerablemente. Este fenómeno se conoce como regresión fonémica o reclutamiento logaudiométrico.

En el grupo estudiado, la captación fonémica fue mayor de 80 por ciento en 30 por ciento de los oídos y menor de 80 por ciento en 70 por ciento (fig. 2).

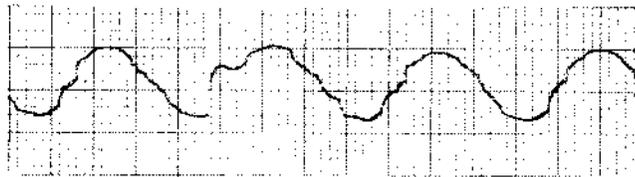
El audiograma automático también presenta anomalías muy particulares. En el caso más caracte-



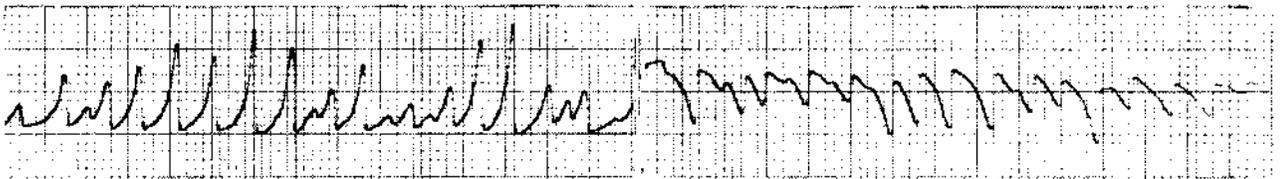
a



b

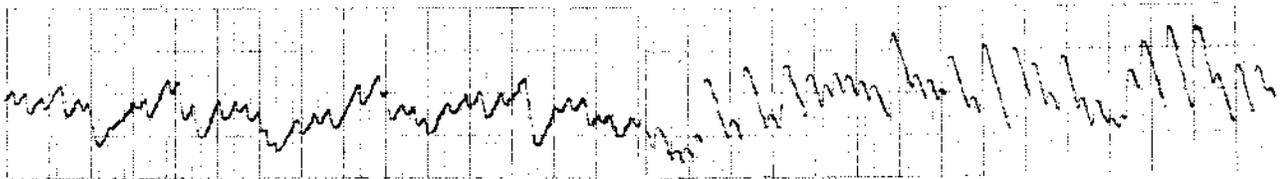


c



d

d'



e

e'

Figura 4. Hallazgos electronistagmográficos en la enfermedad de Ménière. a) Nistagmo espontáneo. b) Nistagmo postural. c) Rastreo con nistagmo agregado. d y d') Nistagmo optoquinético con preponderancia a la derecha. e y e') Nistagmo térmico, deprimido a la derecha.

rístico se aprecia acortamiento y aumento de la frecuencia de las espigas en el trazo continuo de las frecuencias altas (fig. 3), indicación indirecta del fenómeno de reclutamiento, que a su vez es signo audiológico casi patognomónico de afección del órga-

no de Corti. Este fenómeno puede manifestarse en la enfermedad de Ménière, afectando frecuencias medias y agudas, todo el campo auditivo y más raramente, sólo frecuencias medias o graves.

En la serie estudiada se encontró reclutamiento en

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial de la enfermedad de Ménière basado en datos clínicos.

	Enfermedad de Ménière	Neurinoma del acústico	Neuritis vestibular	Vértigo postural paroxístico benigno	Laberintopatía vascular	Otoesclerosis sensorial
Edad	40 a 50 años		Jóvenes		Más de 50 años	Jóvenes
Sexo						Femenino
Vértigo	Intenso. Fluctuante	Leve y progresivo	Intenso y decreciente	Paroxístico	Intenso y decreciente	Leve
Hipoacusia	Unilateral o bilateral. Fluctuante	Unilateral progresiva	No hay	No hay	Unilateral estacionaria	Bilateral progresiva
Acúfeno	Fluctuante	Progresivo	No hay	No hay	Estacionario o decreciente	Progresivo
Antecedentes	No hay	No hay	Enfermedad de vías respiratorias superiores	No hay	Enfermedades vasculares	Familiares hipoacúsicos
Radio-logía	Normal	Alteraciones	Normal	Normal	Normal	Alteraciones

75 por ciento de los oídos, aun en el periodo intercrítico. La distribución por frecuencias en aquéllos en que había reclutamiento fue selectiva: las agudas en 40 por ciento, en todo el campo auditivo en 30 por ciento y en frecuencias graves, en 5 por ciento.

La adaptación, mostrada por la separación del trazo continuo del pulsado, no excede de 30 dB. En la serie siempre fue menor de 25 dB (fig. 3).

Pruebas especiales

La otoadmitancia en los periodos en que existe sensación de plenitud ótica, revela reducción de la complejidad acústica estática⁵ y se encontró en 85 por ciento de los casos. En 30 por ciento de los pacientes se obtiene prueba de fístula positiva con membranas timpánicas íntegras, lo que se ha correlacionado con vestibulofibrosis.⁸

Al administrar glicerina por vía bucal, se induce, posiblemente por efecto osmótico, un estado de deshidratación del oído interno y consecuentemente, en unas horas, mejoría auditiva cuantificable.^{8, 9}

Estudios audiométricos subsecuentes en individuos con o sin tratamiento, corroboran las fluctuaciones de la audición y en cierta forma, establecen el diagnóstico audiológico de certeza.

Los tratamientos con diuréticos acortan el tiempo en que se puede constatar fluctuación de la capacidad auditiva.^{3, 7} En 70 por ciento de los casos se corroboraron fluctuaciones de la audición, leves en 20 por ciento y francas en 50 por ciento.

Diagnóstico vestibular y electronistagmográfico

Las manifestaciones vestibulares de la enfermedad de Ménière hacen necesario, para completar el diagnóstico, un estudio vestibular, que es más objetivo si se hace mediante electronistagmografía (E.N.G.).

Durante la crisis de vértigo se puede encontrar nistagmo espontáneo hasta de tercer grado hacia el lado contrario del oído afectado; los cambios posturales lo aumentan.

El rastreo se encuentra normal o con nistagmo agregado.^{11, 12} El nistagmo optocinético muestra preponderancia hacia la dirección del nistagmo espontáneo. En los pacientes se encuentran frecuentemente varias de las alteraciones antes señaladas.

Si el paciente se encuentra en fase intercrítica, puede suceder que la E.N.G. sea completamente normal, como sucedió en la tercera parte de los pacientes de la serie.

Algunos enfermos (una tercera parte de una ca-

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial de la enfermedad de Ménière basado en los hallazgos audiológicos

	Enfermedad de Ménière	Neurinoma del acústico	Neuronitis	Vértigo postural paroxístico benigno	Laberintopatía vascular	Otoesclerosis sensorial
Audiometría tonal	Hipoacusia unilateral o bilateral	Hipoacusia unilateral	Normal	Normal	Hipoacusia unilateral profunda	Hipoacusia bilateral
Logaudiometría	Ascenso lento o regresión	Muy baja captación	Normal	Normal	Ascenso lento o regresión	Buena captación
Audiometría Békesy	Tipo I ó Tipo II	Tipo III ó Tipo IV	Tipo I	Tipo I	Tipo I ó II	Tipo I ó II
Pruebas de reclutamiento	Positivas	Negativas	Negativas	Negativas	Positivas	Positivas
Pruebas de adaptación	Negativas	Positivas	Negativas	Negativas	Negativas	Negativas

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial de la enfermedad de Ménière basado en los hallazgos electronistagmográficos

	Enfermedad de Ménière	Neurinoma del acústico	Neuronitis	Vértigo postural paroxístico benigno	Laberintopatía vascular	Otoesclerosis sensorial
Nistagmo espontáneo	Inconstante	Sí	Sí	No	No	No
Nistagmo postural	Inconstante	No	No	Sí	No	No
Rastreo	Normal o tipo I	Tipo I a III	Normal o tipo I	Normal	Normal	Normal
Nistagmo optocinético	Normal o alterado	Alterado	Normal o alterado	Normal	Normal	Normal
Pruebas térmicas	Normal o alterada	Abolición unilateral	Abolición unilateral	Normal	Abolida o disminuída. Unilateral	Disminuída, unilateral o bilateral

suística tomada al azar) durante la crisis, o fuera de ella, presentan sólo alteraciones en el nistagmo térmico. Las alteraciones en la E.N.G. son variables aún en un mismo paciente en momentos diferentes y deben ser correlacionadas con otros estudios, para que tengan valor. Se ha encontrado también que la respuesta nistágmica a la estimulación térmica se correlaciona estrechamente con la presencia de nistagmo espontáneo, con la profundidad de la hipoacusia y con la cronicidad del padecimiento.¹¹

Diagnóstico diferencial

En la práctica clínica las alteraciones con las que más se confunde la enfermedad de Ménière son:

- El neurinoma del nervio acústico
- La neuronitis vestibular
- El vértigo postural paroxístico benigno
- La laberintopatía vascular y
- La otoesclerosis sensorial.

Se presenta el diagnóstico diferencial de estos padecimientos en cuadros sinópticos, con el fin de hacerlo más práctico. El cuadro 1 toma en cuenta los síntomas clínicos; el cuadro 2, los resultados audiológicos y el cuadro 3, los resultados vestibulares justipreciados por medio de la electronistagmografía.

REFERENCIAS

1. Ballenger, J.J.: *Enfermedades de la nariz, garganta y oído*. Barcelona, Editorial Jims, 1972, p. 823.
2. Berendes, J.: *Tratado de Otorrinolaringología*. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1969, vol. 3, p. 1828.
3. Bole, R.: *Conservative management of Ménière disease*. *Ann. Otol.* 84: 513, 1975.
4. Gray, W.: *Ménière disease and cerebral impairment*. *Arch. Otolaryng.* 102: 368, 1976.
5. Hall, C.M.: *Maximum compliance and the symptom of fullness in Ménière disease*. *Arch. Otolaryng.* 101: 227, 1975.
6. Klocknoh, L.: *Diuretic treatment of Ménière disease*. *Arch. Otolaryng.* 103: 262, 1977.
7. McCabe, B.; Clemis, J.; Rubin, W.; Shea, J.W. y Wilson, W.: *Medical management of Ménière disease. Panel discussion*. *Arch. Otolaryng.* 99: 142, 1973.
8. Mador, J.: *Hennebert positive in Ménière disease*. *Arch. Otolaryng.* 103: 524, 1977.
9. Pulec, J.: *Ménière disease*. Reimp. de Otolaryngol. Clin. North Amer. 1968.
10. Shoever, E.: *Allergic management of Ménière*. *Arch. Otolaryng.* 101: 96, 1975.
11. Spector, M.: *Electronystagmographic findings in central nervous system disease*. *Ann. Otol.* 84: 374, 1975.
12. Trejo, S. V.: *Utilidad del estudio nistagmográfico del rastreo pendular en el diagnóstico otoneurrológico*. *Acta O.R.L. Iberoamer.* 13: 603, 1972.