

11258
3

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS DE ESPECIALIDAD
COMUNICACIÓN, AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA

ESTUDIO DE FRECUENCIA Y OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD DE
MÉNIERÉ EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO
MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DOCTORA
CECILIA DARDAYROL MONTESINOS
COMUNICACIÓN, AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
1999-2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOCTOR
JOSÉ HALABE CHEREM
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DOCTOR
ALEJANDRO VARGAS AGUAYO
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M. Delgado Solis

DOCTORA
MARGARITA DELGADO SOLIS
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD DE
COMUNICACIÓN, AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE AUDIOLOGÍA Y OTONEUROLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

R. M. Ceballos Lizarraga
DOCTOR

RICARDO MANUEL CEBALLOS LIZARRAGA
ASESOR DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE AUDIOLOGÍA Y OTONEUROLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**DOCTOR
ABDIEL ANTONIO OCAMPO
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVO	7
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODO	8
PROCEDIMIENTOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	21

ANTECEDENTES

En la última mitad del siglo XIX, Próspero Ménière describió un trastorno en el que se vinculaba el acúfeno y vértigo con alteraciones laberínticas. Desde su descripción inicial en 1861 el conocimiento sobre lo que se conoce ahora como Enfermedad de Ménière ha progresado notablemente (1).

En la actualidad, la enfermedad de Ménière se define como un desorden clínico identificado por un síndrome idiopático de hidrops endolinfático que se caracteriza clínicamente por la presencia de vértigo episódico, espontáneo y recurrente, hipoacusia, plenitud ótica y acúfeno (2).

La enfermedad de Ménière es la causa más frecuente de vértigo episódico recurrente y espontáneo en el adulto.

Las características clínicas de la enfermedad de Ménière se estudian de acuerdo a sus orígenes coclear o vestibular. Las características cocleares incluyen hipoacusia, plenitud ótica y acúfeno. La hipoacusia habitualmente es de tipo neurosensorial, de predominio en bajas frecuencias, en ocasiones presentándose fluctuante con relación a las crisis vertiginosas pudiendo afectarse tanto los tonos puros como la discriminación fonémica. La plenitud ótica y el acúfeno pueden o no presentarse en el oído afectado, que se manifiestan principalmente durante la crisis vertiginosa, en ocasiones como síntoma previo de las mismas. Algunos pacientes suelen referir algiacusia o molestia a sonidos intensos, lo cual puede ser la manifestación de una lesión a las células ciliadas internas del oído afectado.

Dentro de las características vestibulares podemos encontrar como síntoma principal al vértigo, el cual suele ser rotatorio, de minutos a horas de duración, usualmente incapacitante acompañado de náusea y vómito, sin pérdida del conocimiento y en ocasiones con inestabilidad residual que puede durar varios días. Estas crisis pueden presentarse de manera aislada con una periodicidad de 2 a varios meses o incluso con una periodicidad corta de hasta cada 3 a 7 días (2,3).

La incidencia de esta patología se ha calculado en diversos países. Stahle y col. en Suecia, (1978) calcularon que la enfermedad de Ménière es cuatro veces más común que la otoesclerosis (4,5). En Irlanda se calcula una incidencia de 1 – 2 casos por 10 000 habitantes por año. En el Reino Unido se calculó una incidencia de 560 casos por millón entre 1950 a 1960. En Estados Unidos se calcula que más de 2.4 millones de personas presentan la enfermedad (4); una prevalencia de 2182 casos entre 1951 a 1980, y una incidencia de 82 casos por millón. Wladislavosky-Waserman reportan una incidencia en Rochester en un periodo de 30 años (1951 – 1980) de 15.3 por 100 000 habitantes y una prevalencia de 281 por 100 000 habitantes (6).

El rango de edad de presentación de la enfermedad de Ménière va de 11 a 88 años con una media de 51 años(6). La distribución de la enfermedad por sexo es de 1:1.25 hombre/mujer(7), siendo mayor su prevalencia en la raza blanca.

El inicio de la enfermedad puede ser insidioso con síntomas cocleares o vestibulares vagos y posteriormente continuarse con las crisis de vértigo características de la enfermedad. Puede presentarse unilateral o bilateral. Algunos estudios han mostrado que uno de cada tres pacientes tiene una enfermedad de Ménière bilateral, así como que el 78% de los pacientes con la enfermedad, tienen hipoacusia en el oído contralateral (Paparella y Griebie, 1984). En la actualidad se discute la incidencia exacta de enfermedad de Ménière bilateral, con cifras que oscilan entre el 10 y el 40% de los casos(8,9).

La etiología de la enfermedad aún no está definida satisfactoriamente. Existen diversas teorías que intentan explicar el desarrollo de un hidropesía endolinfática idiopática, entre ellas están la teoría inmunológica, la teoría viral o la teoría secundaria a alteraciones anatómicas o fisiológicas del saco endolinfático(9).

Se presume que hay tres etapas clínicas de la enfermedad de Ménière. En la primera etapa predominan los ataques de vértigo y la audición sólo sufre daño transitorio. Sólo aparece hidropesía endolinfática brevemente antes de cada ataque de vértigo, y desaparece del todo después de cada episodio. Esto es debido a una obstrucción en la circulación del líquido endolinfático que causa un aumento de la presión endolinfática que al ser despejada súbitamente causa una alteración en la homeostasis del oído

interno y genera como manifestación clínica las crisis vertiginosas con manifestaciones cocleares reversibles. En una etapa más avanzada de la enfermedad hay una hidropesía endolinfática persistente dentro del caracol. Prosiguen los ataques de vértigo pero la hipoacusia no mejora de inmediato, ya que no puede drenarse el exceso de endolinfa, lo cual va causando deterioro permanente de las estructuras del oído interno. En la tercera etapa de la enfermedad el aumento excesivo de la presión endolinfática suele generar incluso rupturas de la membrana de Reissner provocando mezcla de la endolinfa y la perilinfa y causando serias alteraciones en el equilibrio iónico del oído interno (1).

La enfermedad de Ménière se ha clasificado según la presentación de sus características clínicas en Enfermedad de Ménière típica, en la cual un paciente desarrolla el complejo sintomático completo (hipoacusia, vértigo, plenitud ótica) y enfermedad de Ménière atípica, en la cual aparecen primero los síntomas cocleares (hipoacusia) o los vestibulares (vértigo) y no se desarrolla la enfermedad de Ménière completa. La enfermedad de Ménière coclear se reconoce como una hipoacusia neurosensorial fluctuante y progresiva asociada con plenitud ótica en ausencia de síntomas o hallazgos vestibulares. La enfermedad de Ménière vestibular se caracteriza por la aparición de vértigo episódico e inestabilidad asociado a plenitud ótica, sin afección coclear(4).

Dentro de los síntomas de la enfermedad de Ménière los que ocasionan mayor preocupación a los pacientes constituyen la hipoacusia y la sintomatología vestibular. La Asociación Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello, en 1995, en un intento por estandarizar el diagnóstico de la enfermedad de Ménière, publicó una clasificación de la misma en la cual se toman en cuenta las características de la sintomatología vestibular, la presencia de hipoacusia documentada audiométricamente así como las fluctuaciones auditivas, la plenitud ótica y el acúfeno (2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE DE CERTEZA:

Enfermedad de Ménière definitiva más confirmación histológica.

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE DEFINITIVA:

Dos o más episodios definitivos de vértigo de 20 minutos o más de duración. Hipoacusia documentada audiométricamente en por lo menos una ocasión. Acúfeno o plenitud ótica en el oído afectado. Exclusión de otras causas.

PROBABLE ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE:

Un episodio de vértigo de 20 minutos o más de duración. Hipoacusia documentada audiométricamente en por lo menos una ocasión. Acúfeno o plenitud ótica en el oído afectado. Exclusión de otras causas.

POSIBLE ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE:

Episodios de vértigo tipo Ménière sin hipoacusia documentada o hipoacusia neurosensorial, fluctuante o fija, con inestabilidad pero sin episodios definitivos de vértigo. Exclusión de otras causas.

El diagnóstico de la enfermedad de Ménière es básicamente clínico. Existen pruebas inespecíficas como la audiometría y las pruebas

4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vestibulares, y pruebas específicas como la provocación de deshidratación con glicerol, la cual ya no es muy utilizada debido a los efectos secundarios que genera (1).

El tratamiento de la enfermedad de Ménière depende de la etapa en la que se encuentre el paciente. Durante la etapa aguda de la enfermedad es recomendable utilizar frenadores laberínticos y antieméticos. El tratamiento de control se realiza basado en medicamentos como vasodilatadores, benzodiazepinas, antihistamínicos, anticolinérgicos, antidopaminérgicos, cuyos mecanismos de acción y resultados aún son discutidos en diferentes bibliografías(10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál será la frecuencia de la Enfermedad de Ménière en la población derechohabiente al HE CMN SXXI en el servicio de audiología?

¿En qué estadio de la enfermedad se encuentra el paciente para su estudio en la consulta externa del servicio de audiología de este hospital?

¿Cuál es la distribución de la enfermedad de Ménière por grupo de edad y género?

¿Cuáles son los hallazgos cocleares y vestibulares observados en los pacientes con enfermedad de Ménière?

OBJETIVOS

1. - Definir la frecuencia de la enfermedad de Ménière en la población derechohabiente al HE CMN SXXI en el departamento de Audiología del servicio de Otorrinolaringología.
2. - Definir en que estado de la enfermedad se encuentra el paciente para su estudio en la consulta externa del servicio de Audiología de éste hospital.
3. - Definir la distribución de la enfermedad de Ménière por grupo de edad y género.
4. - Definir cuales son los hallazgos cocleares y vestibulares observados en los pacientes con enfermedad de Ménière.

MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Serie de casos.
Observacional.
Prospectivo

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Ménière vistos en la consulta externa del departamento de Audiología y Otoneurología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en los meses de enero a octubre del año 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE:

Es un desorden clínico definido como un síndrome idiopático de hidrops endolinfático cuya expresión clínica comprende episodios recurrentes de vértigo espontáneo, hipoacusia y acúfeno o plenitud ótica en el oído afectado⁽¹¹⁾.

VARIABLES DEPENDIENTES:

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN

Todo paciente visto en el servicio de Audiología del CMN SXXI en quienes se corrobore el diagnóstico de Enfermedad de Ménière.

ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD:

Se clasificará a los pacientes de acuerdo a la tabla de la AAO – 1995

- Enfermedad de Ménière de certeza.
- Enfermedad de Ménière definida.
- Probable enfermedad de Ménière.
- Posible enfermedad de Ménière.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO.

Se clasificarán a los pacientes en grupos etarios por décadas y según género.

HALLAZGOS COCLEARES.

Habitualmente, en la enfermedad de Ménière se presenta una hipoacusia más pronunciada en bajas frecuencias, aunque no constituye una regla⁽¹¹⁾. Por lo común la hipoacusia no está en relación con el deterioro de la función vestibular. Suele haber fluctuaciones auditivas dependiendo del estadio de la enfermedad. Siempre es de tipo sensorineural. Se ha observado mayor deterioro auditivo durante las crisis de vértigo. Se toma en cuenta una fluctuación auditiva significativa clínicamente cuando hay un cambio de 10 dB o más o un cambio en la discriminación fonémica de 15% o más⁽¹²⁾.

El acúfeno y la plenitud ótica suelen presentarse en el oído afectado, siendo de característica fluctuante y sincrónicos con los ataques de vértigo⁽³⁾.

En la enfermedad de Ménière existen datos de lesión característica del órgano de Corti. En estos oídos se presenta en ocasiones el fenómeno de reclutamiento, que constituye una respuesta paradójica de las células ciliadas en el cual un oído hipoacúsico escucha mejor que un oído normal. Clínicamente, el paciente puede referir el síntoma de algiacusia o molestia a sonidos intensos.

HALLAZGOS VESTIBULARES.

Por lo general suele haber evidencia de preponderancia laberíntica en el oído opuesto indicativa casi siempre de hipofunción del laberinto afectado. En ocasiones puede reconocerse una hiperfunción, por la preponderancia laberíntica del oído afectado mejor que por la del registro del oído opuesto, que probablemente indica hipofunción del afectado(s). En conclusión se observan respuestas variables a la exploración vestibular.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Todos los pacientes quienes sean registrados con el diagnóstico de enfermedad de Ménière vistos en la consulta externa de Audiología de HE CMN SXXI en el periodo de enero de 2000 a octubre de 2000.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1) Todo paciente con diagnóstico de Enfermedad de Ménière o hidrops endolinfático primario.
- 2) Ambos sexos.
- 3) Cualquier edad.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- 1) Patología otológica o neurológica agregada o concomitante.
- 2) Hidrops endolinfático secundario a causas identificables.

PROCEDIMIENTOS

Los pacientes serán seleccionados de la consulta externa del servicio de Audiología cuando cuenten con los datos clínicos de enfermedad de Ménière según la clasificación de la Asociación Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. (1995)

Se realizarán los estudios audiológicos y vestibulares.

- 1) Audiometría tonal, realizada por alguno de los autores en las frecuencias de 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000 y 8000 Hz. Para determinar el umbral auditivo en tonos puros y se medirá en decibeles (dB).
- 2) Logaudiometría, estableciendo el porcentaje de palabras entendidas correctamente con la intensidad necesaria de acuerdo al umbral auditivo de tonos puros tomando en cuenta el promedio de las frecuencias de 500, 1000 y 2000 Hz.
- 3) Prueba de S.I.S.I. (Short Intensity Sensitivity Index) en las frecuencias de 500, 1000, 2000 Hz en ambos oídos, para detectar el fenómeno de reclutamiento..
- 4) Pruebas calóricas colocando al paciente sentado con el eje longitudinal de la cabeza levantado 30° de la horizontal de modo que quede el canal semicircular horizontal en un plano vertical. Se irriga el conducto auditivo externo con alrededor de 300 ml de agua a 30°C y a 44°C fluyendo durante 40 segundos. Se registra el nistagmus del paciente con la mirada al frente y se evalúa la duración del mismo en un lapso comprendido entre la aplicación del estímulo y el final de la respuesta. La sensibilidad total se determinará sumando los tiempos de las 4 respuestas; la paresia canalicular puede ser obtenida por la fórmula $(1+3) - (2+4)$ y la preponderancia direccional como $(1+4) - (2+3)$. Se tomará como asimetría cuando halla una diferencia mayor del 30% de la magnitud de la prueba.
- 5) Pruebas de giro alternante colocando al paciente en una silla giratoria sobre su eje vertical con la cabeza inclinada 30° hacia abajo y adelante, coincidiendo su eje con el eje de giro de la silla, en una rotación sinusoidal de frecuencia y velocidad variables.

Finalmente se procederá al llenado de la hoja de recolección de datos donde se consignará la evaluación y resultados de las pruebas arriba

mencionadas, incluyendo además el inicio, síntomas cocleares y vestibulares, fecha de ingreso a esta unidad para su estudio y tratamientos que halla recibido hasta la actualidad.

Una vez completado los estudios se analizarán y se determinará el estadio de la enfermedad según la clasificación de la AAO, así como los hallazgos cocleares y vestibulares que presente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizará una estadística descriptiva y se expresará en porcentajes sobre la frecuencia de la enfermedad de Ménière, estadio de la misma, hallazgos cocleares y vestibulares y se construirá una tabla de distribución de la frecuencia por grupo de edad y género.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

No se realizará ninguna maniobra de intervención que implique riesgo para el paciente.

La información obtenida será confidencial y solo se utilizará con fines de tesis de especialidad.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Los propios de la institución. No requiere erogación externa.

RESULTADOS

Inicialmente fueron considerados 127 pacientes para el estudio, los cuales se obtuvieron de la revisión retrospectiva de la consulta correspondiente a los meses de enero a octubre del año 2000, obtenidos de un total de 4331 pacientes, seleccionando solamente a aquellos que tuvieron como diagnóstico inicial de enfermedad de Ménière.

De estos 127 pacientes 83 fueron del sexo femenino y 44 del sexo masculino, con una distribución por sexo con relación hombre/mujer de 1:1.93. El rango de edad fue de 23 a 75 años con una media de 45.21 años.

Este universo fue reducido a 50 pacientes por las siguientes circunstancias:

- a) 80 de ellos no estuvieron disponibles para realizar los procedimientos contemplados en la metodología de este estudio.
- b) 7 fueron excluidos por haber cambiado el diagnóstico inicialmente considerado.

De los 50 pacientes que fueron seguidos los hallazgos cocleares fueron:

- a) Hipoacusia en 33 pacientes (66%) con diferentes grados, todas de tipo sensorial. 17 pacientes (34%) superficial, 13 pacientes (26%) moderada y 3 pacientes (6%) severa. 17 pacientes (34%) presentaron audición normal, en 8 de estos pacientes existía caída selectiva para las frecuencias graves. En 20 pacientes (30%) se demostró hipoacusia fluctuante. 5 pacientes presentaron pérdida auditiva bilateral.
- b) Acúfeno se encontró en 48 pacientes (96%) ; de estos, 45 pacientes (93.8%) tuvieron un acúfeno unilateral en el oído afectado y 3 pacientes (6.2%) bilateral.

- c) Plenitud ótica se encontró en 39 pacientes (78%); de estos en 37 pacientes (94.8%) fue unilateral, siendo 19 (48.7%) en el oído derecho y 18 (46.1%) en el oído izquierdo; y en 2 pacientes (5.1%) fue bilateral.
- d) Algiacusia fue referida por 22 pacientes (44%) encontrándose una prueba de S.I.S.I. positiva en 20 pacientes (30%) todas en el oído afectado.

En cuanto a los hallazgos vestibulares se encontró lo siguiente:

Encontramos que 28 pacientes (56%) referían vértigo rotatorio de horas de duración, 5 pacientes (10%) de días de duración y 12 pacientes (12%) de minutos de duración. 5 de los pacientes (10%) referían únicamente inestabilidad. Se realizaron las pruebas calóricas encontrando 20 pacientes (40%) con paresia vestibular del oído afectado y preponderancia direccional del contralateral (8 pacientes en oído derecho y 12 en el izquierdo. Las pruebas de giro alternante fueron simétricas en 80% de los pacientes y asimétricas en solo el 10% de estos (3 con asimetría a la derecha y 2 con asimetría a la izquierda).

Por último la clasificación de los pacientes fue como sigue:

- 1) 17 pacientes (34%) se clasificaron como posible enfermedad de Ménière. 12 en el oído derecho y 5 en el oído izquierdo.
- 2) 15 pacientes (30%) como probable enfermedad de Ménière. 7 en el oído derecho y 8 en el oído izquierdo.
- 3) 18 pacientes (36%) como enfermedad de Ménière definida. 8 en el oído derecho y 10 en el oído izquierdo.

En 5 pacientes (10%) se encontraron datos de enfermedad de Ménière bilateral.

DISCUSIÓN

En la actualidad la enfermedad de Ménière continua siendo un reto diagnóstico, pues no hay una manera de confirmar la hidropesía endolinfática además de la valoración histológica del laberinto a través de una necropsia. El diagnóstico clínico de la enfermedad de Ménière puede ser difícil, sobre todo en sus etapas iniciales. La clasificación realizada por la AAO en 1995 permite estadificar a los pacientes con sospecha de enfermedad de Ménière como posible, probable y enfermedad definida, basándose en evidencias clínicas como son la hipoacusia, presencia de acúfeno o plenitud ótica y características de la sintomatología vestibular; lo cual permite identificar a los pacientes y darles un seguimiento mas apropiado dependiendo de las características clínicas que presenten según la etapa en la que se encuentren clasificados.

Al igual que lo reportado en la literatura mundial, encontramos una mayor frecuencia de enfermedad de Ménière en el sexo femenino que en el masculino. El promedio de edad fue de 45.21 años lo cual concuerda con publicaciones internacionales. El síntoma predominante fue el acúfeno encontrado en un 96% de los pacientes, plenitud ótica en un 78% y algún grado de hipoacusia en un 66%, todos estos encontrados en el oído afectado. Todos los pacientes refirieron alteración vestibular refiriendo vértigo en un 90% de los casos e inestabilidad en un 10%.

De los 50 pacientes, un 66 % presentaron algún tipo de pérdida auditiva siendo en su mayoría en frecuencias graves aún que no se encontró algún patrón audiométrico característico. Todos presentaron hipoacusia de tipo sensorineural. La mayoría de los pacientes presentaron hipoacusia superficial (34%). Se encontraron 17 pacientes con audición normal de los cuales 8 presentaban caída selectiva para las frecuencias graves con conservación de las frecuencias del habla. Los nueve restantes tenían datos clínicos de posible enfermedad de Ménière aún con audición completamente normal. Se encontró reclutamiento en un 30% de los pacientes a través de la prueba de SISI positiva en el lado afectado.

No se ha encontrado un patrón característico de hallazgos vestibulares en las pruebas térmicas según la literatura mundial, pudiendo encontrarse desde una simetría vestibular, paresia o preponderancia. En nuestro estudio encontramos que un 40 % de los pacientes mostraban asimetría

vestibular en las pruebas térmicas, principalmente una paresia vestibular del oído afectado con preponderancia direccional contralateral. Las pruebas de giro alternante no mostraron resultados significativamente importantes.

Según la clasificación de la AAO utilizada en este estudio, 17 pacientes fueron clasificados como posible enfermedad de Ménière de los cuales 9 presentaron audición normal, 6 audición básicamente normal con caída selectiva en graves y solo en 2 se comprobó hipoacusia superficial. Todos presentaron síntomas vestibulares acompañados de acúfeno y/o plenitud ótica del oído afectado; todos presentaron pruebas calóricas simétricas, giros alternantes simétricos y S.I.S.I. negativo.

Hubo 15 pacientes clasificados como probable enfermedad de Ménière de los cuales 9 tuvieron hipoacusia superficial, 4 moderada y 2 normal con caída en graves. Todos presentaron por lo menos un episodio de vértigo de mas de 20 min. de duración con acúfeno y/o plenitud ótica del oído afectado. En 6 pacientes hubo paresia vestibular del oído afectado con preponderancia contralateral, el S.I.S.I. fue positivo en 7 pacientes ipsilateral y uno presentó giros alternantes asimétricos con paresia ipsilateral.

Se clasificaron 18 pacientes como enfermedad de Ménière definida; de estos 3 pacientes tuvieron hipoacusia severa, 10 moderada, 4 superficial y uno audición básicamente normal con caída selectiva en frecuencias graves. Todos presentaban sintomatología vestibular con acúfeno y/o plenitud ótica del oído afectado. Se encontró paresia vestibular en el oído afectado en las pruebas calóricas en 14 pacientes, giros alternantes asimétricos a expensas de paresia vestibular en 4 pacientes y S.I.S.I. positivo ipsilateral en 13 pacientes.

Se encontraron 5 casos de enfermedad de Ménière bilateral con hipoacusia en ambos oídos asimétrica, acúfeno y/o plenitud ótica bilateral, clasificándose el oído con mayor pérdida auditiva como enfermedad de Ménière definida y el oído contralateral como posible enfermedad de Ménière.

CONCLUSIONES.

Consideramos que los hallazgos estadísticos encontrados en los pacientes vistos en la consulta externa de Audiología de CMN SXXI concuerdan con los reportados en la literatura mundial. La enfermedad de Ménière es una patología que requiere un adecuado y temprano diagnóstico ya que su evolución conlleva a deterioro auditivo y vestibular del paciente.

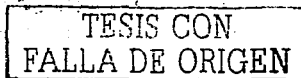
Debido a la naturaleza de la enfermedad de Ménière y siendo una patología evidentemente de diagnóstico clínico consideramos que es de gran utilidad la clasificación de la AAO la cual permite identificar a los pacientes desde etapas tempranas de la enfermedad siendo aún posible o probable enfermedad de Ménière y darle atención y seguimiento para evitar las complicaciones de la misma.

Consideramos que la clasificación de la enfermedad de Ménière en típica y atípica aún es vigente. En algunos casos de posible enfermedad de Ménière cuando aún no hay datos de deterioro audiológico demostrable audiométricamente pudiera tratarse de una enfermedad de Ménière atípica variedad vestibular en la cual no hay manifestaciones audiológicas aparentes a pesar de la evolución.

Podemos concluir que una tercera parte de la población de pacientes con enfermedad de Ménière vistos en la consulta externa de este hospital corresponden a una enfermedad de Ménière definida, la otra tercera parte a una probable y la última tercera parte a una posible enfermedad de Ménière siendo este último grupo en el que más podemos incidir para limitar la progresión de la enfermedad y de esta manera evitar en lo posible la repercusión auditiva y vestibular irreversible en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Weber Peter C. et al. ***Ménière Disease***. Clin Otorhinolaryngol Northam. Vol 6. 1995.
- 2) Members of the Committe on Hearing and Equilibrium. ***Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of the therapy in Ménière's Disease***. Otolaryngol Head and Neck surg. Vol. 113 No. 3 Sept 1995.
- 3) Isamu Watanabe et al. ***Time Series Analysis of the Course of Ménière's Disease***. Acta Otolaryngol (Stockh) 1995; Suppl 528: 97-102
- 4) Paparella et al. ***Otorrinolaringología Vol. II ; Otología y Neurología***. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. 1994
- 5) Jan Stahle M.D. et al. ***Incidence of Ménière's disease***. Arch Otolaryngol Vol. 104, Feb 1978.
- 6). Pablo Wladislavosky-Waserman, M.D. et al. ***Ménière's disease; A 30 year epidemiological and clinical study in Rochester, MN, 1951 - 1980***.Laryngoscope 94: August 1984.
- 7) Koji Tukumasu et al. ***Initial Symptoms and Retrospective Evaluation of Prognosis in Ménière Disease***. Acta Otolaryngol (Stockh) 1996; suppl. 524: 43-49.
- 8) Victor Goodhill. ***El Oído. Enfermedades, Sordera y Vértigo***. Salvat editores. 1986
- 9) Shakeel R. Saeed. ***Fornightly review. Diagnosis and treatment of Ménière's Disease***. BMJ Vol. 316; 31:Jan 1998.
- 10) Claes and Van de Heyning. ***Medical treatment of Ménière Disease: A review of Literature***. Acta Otolaryngol (Stockh) 1995; Suppl 526: 37-42.
- 11) Athanasios Katsarkas. ***Hearing loss and vestibular dysfunction in Ménière's disease***. Acta otolaryngol (Stock) 1996; 116: 185 – 188.



12) P. H. van de Heyning, F. L. Wuyts et al. ***Definition, Classification and Reporting of Ménière's Disease and its Symptoms.*** Acta Otolaryngol (Stockh) 1995; Suppl 526:5-9..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A N E X O S

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

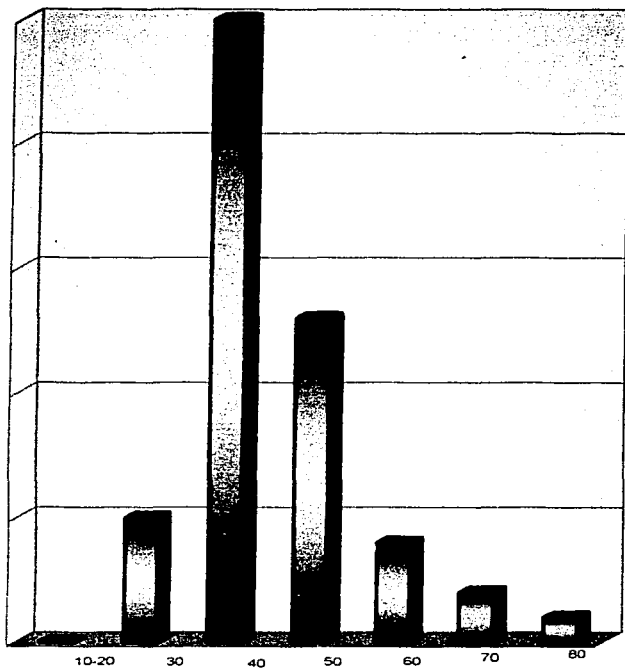
DISTRIBUCION POR GENERO

MASCULINO

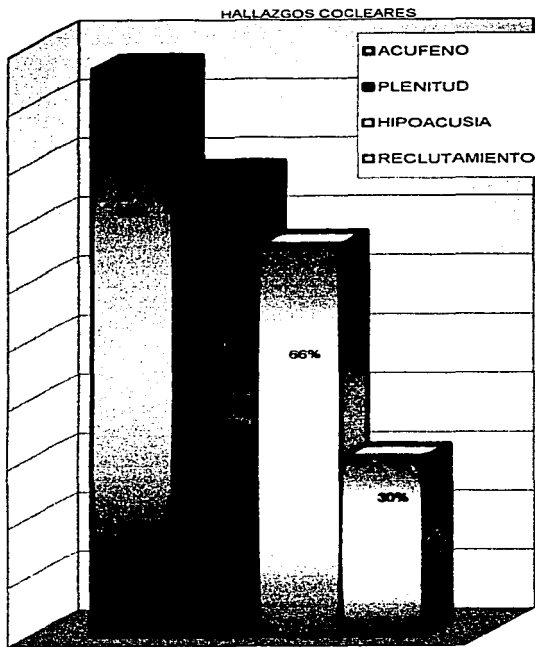


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR EDAD

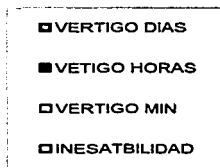
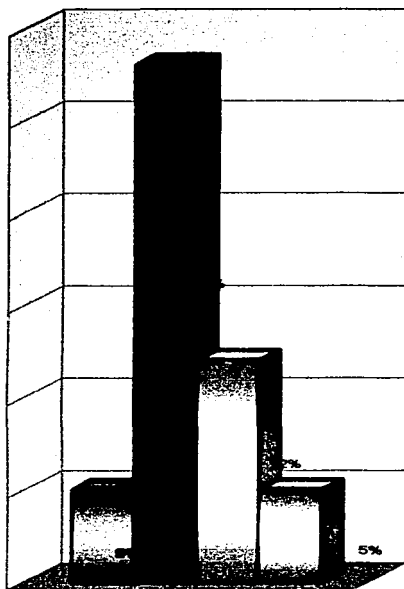


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



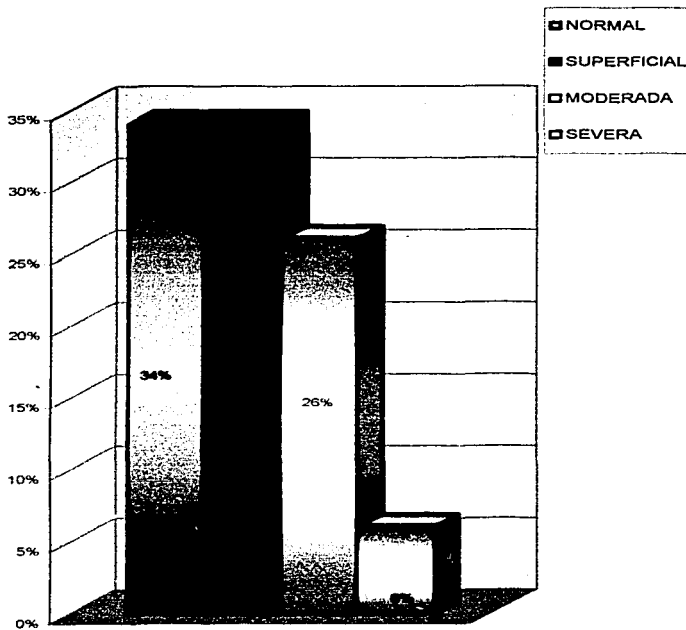
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HALLAZGOS VESTIBULARES



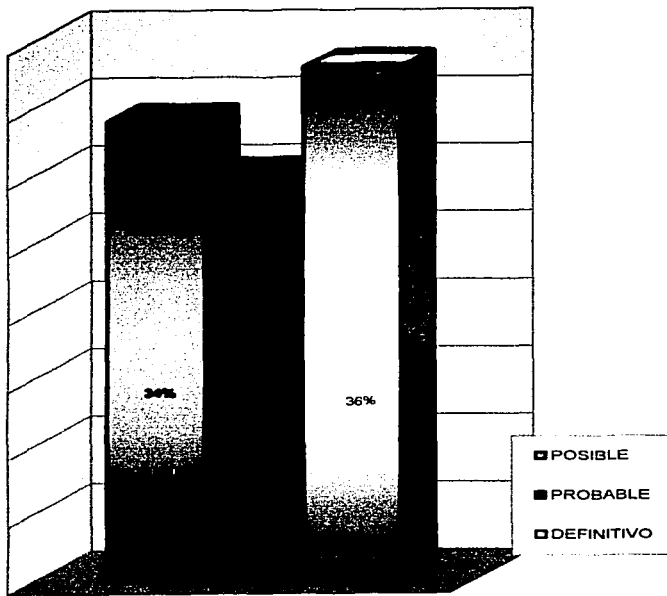
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HALLAZGOS AUDIOLÓGICOS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADIFICACION



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE DATOS.

NOMBRE _____
NUMERO DE AFILIACION: _____
SEXO: _____ EDAD: _____

FECHA DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA: _____
MODO DE INICIO: _____

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: _____
SINTOMAS COCLEARES: _____

SINTOMAS VESTIBULARES: _____

OTROS SINTOMAS: _____

ESTUDIOS REALIZADOS: _____

TERAPEUTICA : _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HALLAZGOS AUDIOLOGICOS:

HALLAZGOS OTONEUROLOGICOS:

ESTADIFICACION DE LA ENFERMEDAD:

COMENTARIOS:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

24 enero 20001

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

A las 12:00 horas del día 24 de enero de 2001, se reunieron en la Sala de Juntas de la Dirección los Doctores. Niels Wacher Rodarte, Margarita Dehesa Violante, Jesús Kumate Rodríguez, María de Lourdes Cabrera Muñoz, Nora Hilda Segura Méndez y Abdiel Antonio Ocampo, y por parte de los Investigadores la Dra. Cecilia Dardayrol Montesinos, para evaluar en sesión ordinaria el protocolo de Investigación:

**221/2000 ESTUDIO DE FRECUENCIA U OCURRENCIA DE LA
ENFERMEDAD DE MENIERE EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.**

1. Se sugiere que en los antecedentes mencionen lo reportado en la literatura nacional e internacional por otros autores.
2. Falta hoja de recolección de datos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3. Es conveniente que la bibliografía se escriba de acuerdo a Archives of Medical Research.

DICTAMEN: APROBADO

ATENTAMENTE


DR. HÉCTOR AGUIRRE GAS
DIRECTOR

NWR:ACD 

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN