

# Vértigo: **vivir con** Síndrome de Ménière

La enfermedad de Ménière es una patología caracterizada por tres síntomas principales: crisis de vértigo, pérdida de audición progresiva y ruidos en el oído enfermo. Desde la Asociación Síndrome de Ménière España (ASMES), grandes amigos de Federación AICE, y especialmente M<sup>a</sup> José Fraile, una de las representantes de la entidad, ha querido colaborar con “Integración” para poder ofrecer un monográfico sobre esta patología con el fin de darla a conocer un poco más. Le agradecemos su trabajo, su crónica y la claridad de sus palabras como afectada.



Los días 11 y 12 de mayo se celebraron en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, en Bormujos (Sevilla) las II Jornadas Multidisciplinares sobre Actualización en Vértigo, organizadas por el servicio de Otorrinolaringología (ORL). Estas jornadas reunieron a especialistas en Fisioterapia y Rehabilitación, Neurología, Odontología, Otorrinolaringología, Otoneurología y Pediatría, un total de más de 150 médicos de distintas especialidades y procedentes de diversos puntos del país. Las jornadas, de carácter multidisciplinar, tenían como objetivo avanzar en el diagnóstico, manejo y tratamiento de esta patología, la tercera causa más frecuente de consulta en Atención Primaria y Otorrinolaringología, puesto que las estadísticas apuntan que el 80% de los españoles ha sufrido al menos un episodio de vértigo.

María José Fraile, en representación de ASMES, ofreció una ponencia centrada en los pacientes que reproducimos a continuación:

Es la primera vez que, a los pacientes de vértigo, concretamente de vértigo por Ménière, representados por la Asociación Síndrome de Ménière España, ASMES, somos invitados a participar en unas Jornadas Científicas sobre este síntoma, básico de nuestra enfermedad. Las II Jornadas Multidisciplinares sobre actualización en Vértigo, que organizaba el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, en Bormujos (Sevilla).

Nos ilusionó y al mismo tiempo sentimos la gran responsabilidad de representarnos adecuadamente en un foro como este, en el que nosotros, los pacientes, somos directamente el motivo y la justificación, porque detrás del vértigo, como síntoma a investigar, a analizar, y a debatir, hay personas: nosotros, que estamos siempre al otro lado de la mesa de las consultas de los especialistas, a la espera de unos resultados, de un diagnóstico, de una decisión que tenemos que tomar, y que ahora estamos frente a un atril, con todo el atrevimiento, pero con la certeza



de que lo que nos mueve siempre es representar a las personas que sufren este síntoma, de una forma seria, organizada y activa.

Buscar una forma delicada de definir como experimentamos el vértigo, es complicado, no hay eufemismo que aguante que el mundo vaya girando a tu alrededor, y tú sentado en tu cuarto de baño, la palangana en las rodillas, vomitando, con diarrea, sudor frío, sin poder abrir los ojos, a veces durante horas, o más... Las primeras veces que tenemos estas crisis, lo que pensamos es que nos estamos muriendo. Porque sí, al principio, para nosotros esto no tiene nombre, no sabemos qué es, y lo que se nos pasa por la cabeza, es que nos está dando un derrame cerebral o un infarto. Y no vamos tan desencaminados cuando es una de las primeras cosas que se tienen que descartar cuando llegamos a las consultas.

Cuando se nos pide que describamos que es lo que sentimos, tenemos un problema. Vértigo, mareo, ... son términos imprecisos para nosotros, y a lo largo de toda la enfermedad lo siguen siendo. A menudo, el vértigo se describe como una especie de mareo, como una sensación de movimiento, que está producida por una pérdida de la orientación espacial, sensación

de rotación, de desplazamiento o de balanceo, sensación, es decir, que no es real, pero para nosotros el mundo se mueve, todo lo que nos rodea gira, o nosotros somos los que giramos, es muy real.

Hablamos del vértigo por Meniere, que es el que conocemos. Como Asociación, hablamos desde la experiencia de personas de toda nuestra geografía, no solo en las grandes ciudades donde es más fácil que haya especialistas formados y que transmitan y compartan su información, sino también de zonas rurales más aisladas, donde es posible que la información no esté tan actualizada.

Tenemos socios a los que les han dicho que el Meniere no existe, o bien que siendo un hombre no podía tener Meniere porque eso es cosa de mujeres, y si no fuera porque está detrás el sufrimiento de esa persona, podríamos hacer el chiste fácil de que quizás hubo una pequeña confusión entre las trompas de Eustaquio y las de Falopio.

Hacer un diagnóstico certero de una persona con vértigo debe ser, sabemos que es, a veces, muy complicado. Y de ahí que el enfoque multidisciplinar sea tan importante para nosotros.

Que la información que tienen los buenos especialistas, especializados en vértigos, llegue lo más lejos posible y a todas las especialidades que, de una u otra forma, se relacionan con nosotros a lo largo de nuestro proceso, que es de por vida, y con una evolución imprevisible.

Normalmente nuestro primer contacto médico cuando empezamos a sufrir crisis de vértigo es o medicina de atención primaria, o urgencias. Y el resultado de esos contactos puede condicionar, y mucho, la evolución de nuestra enfermedad. Así de simple, y así de complicado para algunos pacientes.

Si el médico de atención primaria nos escucha, y reconoce el síntoma, y quizás no a la primera visita, pero si voy a la segunda diciendo que me ha vuelto a pasar lo mismo, me derivara ya a un otorrino sin más dilación, esto podría marcar la diferencia, o, al menos, estaríamos en el camino correcto. Pero hay personas, hoy, en España, que les siguen diciendo que esto son los nervios, que se relajen, hay personas que les siguen diciendo que tan mal no estarán, y es porque cuando están mal de verdad están en su casa.

Hay personas a las que les cuesta que las deriven a un otorrino, y ni siquiera saben que esto es lo que necesitan, y tampoco tienen por qué saberlo. Están luchando con sus vértigos, y los médicos son los que saben, y si te dicen que son los nervios, pues ... lo serán. Y el tiempo va pasando y estamos demorando un diagnóstico que, quien sabe, igual se podría haber controlado en sus primeras fases con modificaciones en la alimentación y diuréticos, o con medicación, y quizás, solo quizás, podríamos evitar que avanzara y se convirtiera en algo más agresivo. Y hay personas que no consiguen que

se las derive a un otorrino hasta que no están casi totalmente destruidas.

Ya se van sabiendo cosas que podrían facilitar nuestro tratamiento de una forma personalizada, y aunque esto todavía es un poco de futuro, desde luego, lo que está claro, es que tenemos que estar en el lugar correcto, y que todos los especialistas, a todos los niveles, deben manejar la misma información.

Necesitamos que una información seria y fiable llegue a todos los puntos de nuestro país donde haya un médico de familia, un servicio de urgencias, un otorrino, un psiquiatra, un psicólogo, un rehabilitador, ....

Inicialmente, cuando el mundo se pone a girar a tu alrededor, cuando pierdes el control de todo, cuando se te rompe el cuerpo entero, por dentro y por fuera, cuando tu vida, la que conocías, la que te gustaba o no, la que daba de comer a tus hijos, a tu familia, desaparece ¿qué hacemos? Pues, de entrada, asustarnos mucho, lo repito y lo tendría que repetir más, miedo, es lo primero que sentimos.

Y sí, ponernos nerviosos. Pero en este caso el orden de los factores sí que altera el producto. Inicialmente, no es que estemos nerviosos y eso nos genere el vértigo, no, es que tenemos vértigo y eso nos genera nerviosismo. No es un tema psicossomático, en todo caso, sería un tema somato psíquico. Y digo inicialmente. Ya después, a lo largo de nuestro proceso, es muy cierto que las situaciones estresantes pueden ser el desencadenante de los vértigos.

Personas de todas las edades, padres y madres que ven como en sus trabajos les empiezan a poner problemas, que enlazan una baja

con otra, y que tienen la espada de Damocles sobre la cabeza de que, en un año, año y medio como mucho, tienen que pasar un Tribunal Médico.

Personas que pierden toda su capacidad de relacionarse socialmente, que no pueden comprometerse a nada porque no saben si podrán responder como hasta ahora lo hacían.

Personas que de ser autosuficientes y cuidadoras pasan a ser dependientes y necesitan ser cuidadas, a veces incluso por sus hijos pequeños, que, de golpe, se tienen que convertir en expertos para saber cuándo a mamá o a papá le está dando un vértigo y acompañarlos a la cama, o tumbarlos donde sea, y que tienen fijado el número de urgencias en el teléfono para llamar si la cosa se pone más seria.

Si quedaba algo por romperse, se va rompiendo con el paso del tiempo.

Y por esto muchas veces necesitamos también ayuda psicológica y psiquiátrica. Necesitamos que psicólogos y psiquiatras tengan información y actualización permanente, y conocimiento de cómo esto puede ser de incapacitante y de destructivo para nuestra vida.

Necesitamos que se nos escuche detenidamente, y que sepan ver un poco más allá de lo que expresamos con palabras, condicionadas por nuestras circunstancias y nuestra situación personal.

Necesitamos saber que nos creen, no percibir que se duda de nosotros y tener que estar demostrando siempre lo que estamos viviendo, o mejor expresado, lo que nos está robando nuestra vida.

**La forma en que nos relacionamos con nuestros especialistas**

**también es medicina. Es medicina cuando nos hablan y cómo nos hablan. Y es medicina cuando nos escuchan.**

He realizado una crónica del Congreso con las aportaciones que más me impactaron.

El Doctor Jaime Ruiz, Jefe de servicio de ORL del Hospital San Juan de Dios Aljarafe realizó la presentación de las Jornadas haciendo una breve introducción sobre el vértigo y el motivo por el que se habían reunido: Hasta hace poco tiempo el vértigo era una patología en muchos casos tan desconocida como "temida" por especialistas y personal sanitario implicados en su manejo. En los últimos años, afortunadamente, se ha despertado un creciente interés para mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento de los pacientes afectados por esta patología, que en muchos casos resulta incapacitante y reduce considerablemente la calidad de vida a quienes la padecen.

Al tratarse de una patología que puede tener múltiples etiologías, debe ser también abordada y estudiada por parte de distintas especialidades. De ahí surgió la idea de organizar un curso con carácter MULTIDISCIPLINAR. Queremos remarcar este punto, porque es precisamente su rasgo diferencial. Se trata de un curso canalizado y organizado por otorrinolaringólogos, pero no dirigido en exclusiva a ellos, sino a todas las áreas y especialidades médicas que pueden estar implicadas en su manejo: médicos de familia, de urgencias, internistas, neurólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y, por supuesto, a médicos residentes de todas estas especialidades.

Reproduzco algunas de las ponencias que pude escuchar en las jornadas.

## Anatomofisiológico del sistema del equilibrio

**Dra. Amparo Álvarez de Toledo Jente.**

*F.E.A. Servicio ORL Hosp. San Juan de Dios Aljarafe – Bormujos- Sevilla*

El equilibrio es uno de los sentidos más importantes del cuerpo humano, nos permite nuestro movimiento en el espacio.

Depende de varios sistemas. El aparato vestibular es uno de los centros de información sobre el estado de equilibrio, es un receptor, pero no es el único.

Tenemos receptores táctiles en la planta de los pies, los propioceptores cervicales, que nos definen dónde está nuestro cuerpo respecto al entorno.

El aparato visual, percibe el entorno donde estamos y la distancia y la profundidad de los objetos, indispensable para la orientación y el desplazamiento.

El fin último del sistema vestibular es mantener la bipedestación del individuo. Si bien esto se produce gracias a arcos reflejos en determinadas situaciones particulares interviene la corteza cerebral haciendo entonces consciente la actividad postural.

Los núcleos vestibulares son los encargados de estabilizar el campo visual, a través de los reflejos vestibulo-oculares. Mantienen el tono de los músculos extensores sobre los flexores por reflejos vestibulo-espinales. Coordinan y orientan la posición de la cabeza según el eje gravitacional, merced a los reflejos vestibulo-cervicales.

Los receptores del Aparato Vestibular se encuentran ubicados en el Laberinto membranoso posterior, parte del Oído Interno. Son 5 las



Estructuras que lo componen: 3 conductos semicirculares (CCSS) y 2 órganos otolíticos, el Utrículo y el Sáculo.

Los conductos semicirculares se encuentran dispuestos en los tres planos del espacio. Tenemos un Conducto Semicircular Horizontal o Lateral, y dos Conductos Semicirculares Verticales: Superior o Anterior e Inferior o Posterior.

Los CCSS, a través de sus terminaciones, desembocan en la cara anterior y posterior del Utrículo. En sus terminaciones anteriores dilatadas, llamadas ampollas, es dónde se encuentran las células receptoras de estos conductos. En los órganos otolíticos las células receptoras se encuentran en unas estructuras llamadas máculas.

Estas células receptoras se encargan de la Transducción de información de medio externo, estímulo (movimiento cefálico) a información nerviosa.

Los CCSS detectan las aceleraciones angulares en los 3 planos del espacio. Gracias a ellos percibimos las rotaciones de la cabeza. La percepción de la rotación de la cabeza es el resultado de la integración de

la información de los 6 canales. Los canales semicirculares situados en el mismo plano se organizan por pares, de tal manera cuando está uno estimulado se inhibe el otro.

Los centros nerviosos sintetizan las activaciones y las inhibiciones, gracias a lo cual podemos percibir los movimientos de la cabeza en los tres planos del espacio.

Los órganos otolíticos detectan las aceleraciones lineales, siendo el Utrículo el que nos hace percibir las posiciones y aceleraciones lineales horizontales de la cabeza en el plano horizontal y el Sáculo nos hace percibir las aceleraciones lineales en el plano vertical y es sensible a la gravedad.

## Anamnesis en los trastornos del equilibrio

**Dr. D. Manuel Oliva.**

*Jefe de Servicio ORL  
Hospital Costa del Sol. Marbella.*

A la hora de abordar un diagnóstico en los trastornos del equilibrio, conviene que en primer tengamos una idea clara sobre el funcionamiento general de este sistema (figura 1).



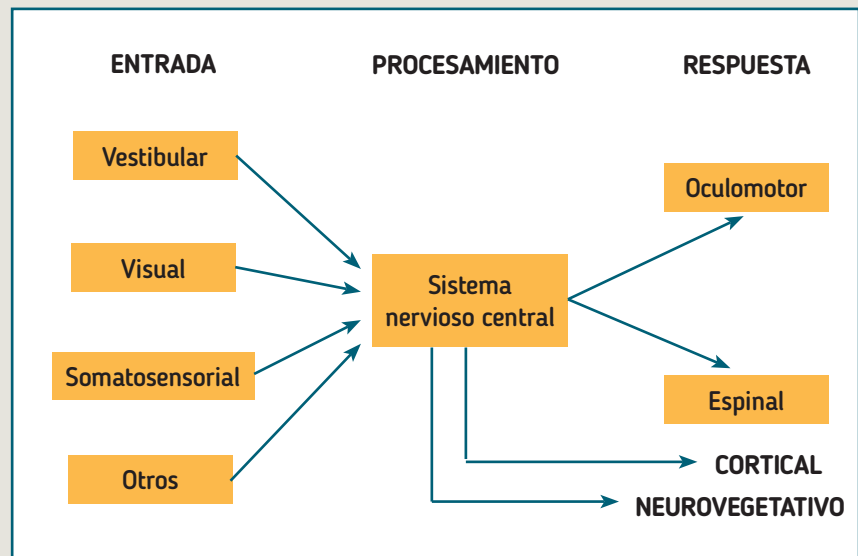
Consideramos al sistema del equilibrio como un arco reflejo, donde va a existir una señal de entrada, un procesamiento de esa señal y la elaboración de una respuesta. Básicamente, la señal de entrada procederá del sistema vestibular, visual y somatosensorial. Es posible la aportación de otros sistemas, pero menos importantes. Esa señal de entrada se compara con experiencias anteriores en el Sistema Nervioso Central y consecuentemente se elaborará una respuesta motora, dirigida a los sistemas oculomotores y musculatura espinal.

La señal de entrada también se dirigirá a la corteza cerebral. Gracias a ella somos conscientes de lo que nos está ocurriendo, respecto al equilibrio. En la anamnesis aprovecharemos esa respuesta cortical para intentar discernir qué es lo que está fallando en este complejo sistema.

Los síntomas producidos en los trastornos del equilibrio, según define la Sociedad Internacional Bárány, y manifestados en esa respuesta cortical, son los siguientes:

- **Vértigo:** es una sensación de movimiento cuando éste no se ha producido, ó una sensación alterada cuando éste sí se produce. Puede ser rotatorio, traslacional o de balanceo. Espontáneo y provocado.
- **Mareo:** se trata de una alteración en la sensación de orientación espacial, sin que haya producido movimiento alguno. Espontáneo y provocado.
- **Síntomas vestibulo-visuales:** síntomas exclusivamente visuales derivados de la patología vestibular o de la interacción visuovestibular. Incluye el vértigo externo, la oscilopsia, retraso e

→ **Figura 1.** Esquema del funcionamiento del sistema del equilibrio, entendido como un sistema informático de transmisión y procesamiento de información.



inclinación visual, y desenfoque inducido por el movimiento.

- **Síntomas posturales:** síntomas relacionados con el equilibrio que aparecen durante la postura erguida. Se trata de la inestabilidad, pulsión direccional, casi-caída y la caída relacionada con el equilibrio.

Es importante identificar correctamente estos síntomas en nuestro paciente, especialmente cuando tanto el paciente como el médico tienden a confundirlos entre sí. Pero aún más importante es concretar la duración de esos síntomas. La duración permite, siempre siguiendo a la Sociedad Bárány, clasificar el cuadro clínico en:

- **Síndrome vestibular episódico:** los síntomas aparecen en crisis de segundos a horas.
- **Síndrome vestibular agudo:** entre días y semanas.
- **Síndrome vestibular crónico:** entre meses y años

Estos síndromes ayudan a orientar el diagnóstico, superando a la clasificación de vértigos periféricos,

centrales y mixtos. Estos últimos siguen siendo útiles a la hora de caracterizar la patología, pero se ven muy superados por la nueva clasificación de la Sociedad Bárány.

El resto de la anamnesis debe incluir un interrogatorio sistemático por órganos y sistemas, con especial énfasis en los posibles síntomas neurológicos (¡atención a las cefaleas!) y medicación actual. Tengamos en cuenta que en más de un 60% de los casos, la exploración clínica e instrumental va a ser normal o poco concluyente, por lo que una anamnesis correctamente realizada será la que nos proporcione las claves para el diagnóstico correcto.

Existe una señal de entrada procedente de: sistema vestibular (información sobre el movimiento y orientación de la cabeza), sistema visual (información sobre la posición y orientación del entorno respecto al propio cuerpo) y sistema somatosensorial (información sobre la posición relativa de cada parte del cuerpo). Otras señales de entrada (auditiva, memoria espacial...) las consideramos secundarias.

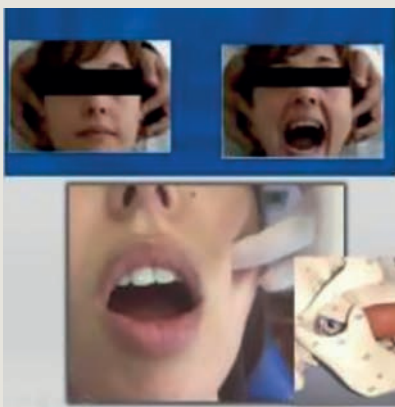
Esta señal de entrada conforma un patrón sensorial que se remite al Sistema Nervioso Central (SNC). El SNC compara ese patrón con experiencias anteriores, en un proceso donde el cerebelo tiene una importancia capital. Las experiencias almacenadas llevan asociadas una respuesta motora, más o menos eficaz según lo que el paciente haya aprendido a lo largo de su vida. Una vez que se ha encontrado una experiencia similar al patrón actual, el SNC ajusta la respuesta motora, y la remite al sistema oculomotor y musculatura espinal.

La respuesta cortical consiste en que el patrón sensorial también se transmite a la corteza cerebral, como desarrollamos en el texto. Otra respuesta, como la neurovegetativa tiene importancia relativa. Es la responsable de síntomas como la palidez, la sudoración, vómitos, etc., que aparecen durante una crisis de vértigo. Pero a la hora de diagnosticar a un paciente, su evaluación es muy secundaria

## Trastornos del equilibrio y la articulación temporomandibular. Una relación a tener en cuenta en medicina

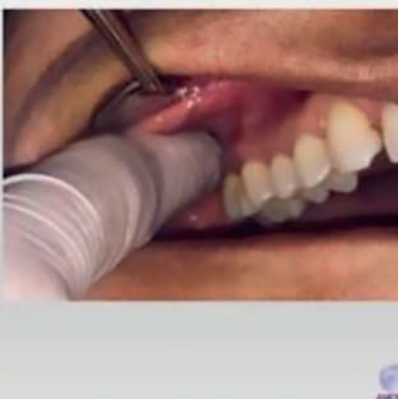
**Dra. Juana Amores Sánchez.**

*Odontóloga. Ejercicio profesional privado (Málaga)*



La Articulación Témpero-Mandibular (ATM) tiene relaciones con el oído y los trastornos del equilibrio que frecuentemente pasan desapercibidas en medicina. Especial atención cabe mostrar al Compromiso Articular Temporomandibular y el Síndrome del Músculo Temporal, descritos por primera vez por el Dr. José Larena-Avellaneda Mesa en el año 2000, ambos se tratan de una patología funcional de la articulación temporomandibular de causa mecánica/traumática y localización extraarticular. Se origina por una pérdida de espacio en el aparato masticatorio que implica el impedimento o la limitación en la amplitud de los movimientos mandibulares. Según esta hipótesis, el impacto y/o compresión de las partes blandas situadas entre diferentes estructuras duras extraarticulares del aparato masticatorio, genera una cadena de estímulos en las terminaciones sensitivas generales trigeminales y motoras del sistema vegetativo, que produce entre otros síntomas neurológicos, aquellos que están enmarcados dentro del denominado síndrome de Ménière u otros trastornos del equilibrio.

Se describen las relaciones anatómicas entre la ATM y oído interno y medio, así como, otras relaciones neurológicas y funcionales del aparato masticatorio que podrían explicar la sintomatología relacionada con los trastornos del equilibrio.



También las principales maniobras exploratorias, como la inspección, exploración funcional y palpación, pruebas de diagnóstico por la imagen (ortopantomografía), prueba de la anestesia, test de Meersseman para el diagnóstico, y posturografía antes y después del tratamiento de rehabilitación y corrección de la oclusión.

Los resultados muestran que la corrección de los desequilibrios oclusales, de los trastornos de la ATM y del CAT en el paciente ayudan a resolver el trastorno del equilibrio del paciente.

Los trastornos temporomandibulares pueden formar parte del espectro sintomático del paciente con trastornos del equilibrio y confundirse con otras enfermedades más habituales en Otoneurología como el síndrome de Menière y la migraña vestibular. Es necesario explorar la función de la ATM de forma sistemática para descartar su alteración y proporcionar un tratamiento adecuado gracias a un tratamiento interdisciplinar. Siendo interesante reflexionar sobre la importancia de la integración de las diferentes disciplinas que comparten síntomas comunes.

## Mareo cervical: ¿mito o realidad?

**Dr. N. Rodríguez Pajuelo.**

*Médico Rehabilitador y aparato locomotor. H. San Juan de Dios. Bormujos. Sevilla.*

El mareo cervical en un gran desafío ya que tanto el dolor como los mareos son etiologías complejas y multifactoriales y la investigación y el trabajo clínico están limitados por la falta de criterios diagnósticos aceptados.

Yacovino y Hain (2013) decían que no hay definición precisa, datos