

Enfermedad de Ménière: reporte de caso en paciente con debut de crisis de Tumarkin

Ménière's disease: case report in a patient with onset of Tumarkin crisis

José A. Balderrama-Sánchez^{1*}, Alexa A. Carrillo-Valdez², América Olivas-Hernández², Alma V. Berrellez-Moreno², Maneth Ruiz-Rascón²

*Correo-e de autor de correspondencia: jabsmd@gmail.com

¹Médico especialista del área de otorrinolaringología del Hospital San José y Centro Médico Dr. Ignacio Chávez. Calle Benito Juárez S/N, esquina con calle Aguascalientes, Colonia Modelo, C. P. 83000.

²Estudiante de 9.º semestre de Licenciatura en Medicina. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora, Unidad Regional Centro, Campus Hermosillo. BLVD. Luis Donald Colosio esq. con Reforma, C. P. 83000. ORCID: Berrellez-Moreno A. 0009-0008-2533-7829, Carrillo-Valdez A. 0009-0007-4855-9398, Olivas-Hernández A. 0009-0001-1646-0592, Ruiz-Rascón M. 0009-0004-3133-5185

RESUMEN

La enfermedad de Ménière es un trastorno crónico del oído interno, caracterizado por vértigos, hipoacusia neurosensorial y acúfenos (*tinnitus*), prevalente en adultos de 20 a 50 años; más frecuente en el género femenino. La crisis de Tumarkin son episodios de caída brusca al suelo, en ausencia de síntomas premonitorios o autonómicos. Es de etiología multifactorial, sin una fisiopatología específica. El diagnóstico se realiza con interrogatorio, exploración física y pruebas de audiometría; pero no existe una prueba específica. Este padecimiento no tiene cura, y su tratamiento busca reducir la frecuencia y severidad de los síntomas por medio de tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Se presenta el caso de una mujer de 49 años con antecedentes de disfunción tiroidea desde hace 10 años, traumatismo craneoencefálico en zona occipital a los 5 años de edad. Su padecimiento de la enfermedad de Ménière inició con una crisis de Tumarkin, siendo poco frecuente esta manifestación.

Se consultaron las bases de datos PubMed y Scielo para una revisión de artículos. El enfoque fue retrospectivo, analizando los expedientes médicos de la paciente. Es importante una identificación oportuna para disminuir la magnitud de la discapacidad auditiva.

Palabras claves: enfermedad de Ménière, crisis de Tumarkin, hipoacusia sensorial, acúfeno, discapacidad auditiva

ABSTRACT

Ménière's disease is a chronic disorder of the inner ear, characterized by vertigo, neurosensory hearing loss and tinnitus, prevalent in adults aged 20 to 50 years, and its appearance is more frequent in women. Tumarkin's crisis is episodes of sudden falls to the ground, in the absence of premonitory or autonomic symptoms. It is of multifactorial etiology, without a specific pathophysiology. The diagnosis is made with the questioning and physical examination, with the support of audiometry tests, but there is no specific test. Ménière's disease has no cure, its treatment seeks to reduce the frequency and severity of symptoms, through pharmacological and surgical treatment.

The case is presented of a 49-year-old woman, with a history of thyroid dysfunction for 10 years, and head trauma in the occipital area at 5 years of age. She suffered from Ménière's disease that began with a Tumarkin crisis, which is a rare manifestation.

Databases such as PubMed and Scielo were consulted to carry out a review of articles. The approach was retrospective, analyzing the patient's medical records. Timely identification is important to reduce the magnitude of the hearing impairment.

Key words: Ménière's disease, Tumarkin crisis, sensory hearing loss, tinnitus, hearing impairment

Introducción

La enfermedad de Ménière es una patología crónica del oído interno, caracterizada por ataques de vértigos espontáneos y recurrentes, hipoacusia neurosensorial y acúfenos (*tinnitus*) que, con el curso de la enfermedad, su cronicidad va incapacitando la audición, así como el deterioro de la calidad de vida. Por lo general, la enfermedad de Ménière se manifiesta en un solo oído, pero entre 15 % y 20 % de los pacientes presentan ambos oídos afectados.

Las crisis de Tumarkin se identifican por episodios de caída brusca al suelo con ausencia de síntomas premonitorios, pérdida del conocimiento, vértigo o malestar general ni tampoco se acompaña de síntomas autonómicos como náuseas, palidez o sudoración.^{1,3,4}

Epidemiología

La enfermedad de Ménière es considerada la tercera causa más frecuente de vértigo periférico, y tiene una incidencia de 15-40 casos en 100 000 habitantes por año. Ocurre en

ambos sexos y puede presentarse a cualquier edad, incluso en la infancia. A nivel mundial, se reporta una prevalencia de 3-513 por cada 100 000 individuos, siendo ligeramente más presente en el género femenino. El comienzo de los síntomas se registra entre las edades de 20 a 50 años de edad.

La crisis de Tumarkin se presenta en 5-6 % de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Ménière a lo largo de su evolución. Sin embargo, estudios recientes describen que puede llegar hasta 32.5 %.^{2,4,5}

Fisiopatología

Existen múltiples teorías sobre las causas de la enfermedad de Ménière. Algunos investigadores sugieren que es el resultado de la constricción de los vasos sanguíneos, mientras que otros la atribuyen a infecciones virales, alergias o reacciones autoinmunitarias. De igual forma, las variaciones genéticas podrían influir, debido a que puede afectar a más de un miembro de la familia.¹

Estudios recientes del hueso temporal revelaron acumulación endolinfática (hidropesía) en la cóclea y órgano vestibular en pacientes con esta enfermedad. Dicha hidropesía endolinfática se relaciona con una pérdida auditiva de >40 dB. El vértigo puede estar asociado o no.⁶

Las crisis de Tumarkin se producen a partir de un cambio repentino en la presión del fluido endolinfático, lo que produce una estimulación otolítica inapropiada, desencadenando la caída súbita del paciente.⁷

Actualmente, se desconoce la etiología de la acumulación del líquido endolinfático, sin embargo, la terapia médica en ocasiones consiste en disminuir la presión endolinfática.⁸

Cuadro clínico

El síndrome de Ménière incluye la tríada de vértigo, acúfenos y pérdida auditiva fluctuante, además de la sensación de plenitud en el oído. Asimismo, los pacientes pueden presentar síntomas vestibulares episódicos de gravedad moderada, entre los cuales se encuentra el vértigo.^{6,7,8}

El cuadro característico consiste en una hipoacusia neurosensorial unilateral fluctuante de baja frecuencia en el oído afectado en al menos una instancia antes, durante o después de uno de los episodios de vértigo. La pérdida auditiva puede progresar a todas las frecuencias y el *tinnitus* es común e ipsilateral. Los episodios de vértigo son espontáneos, cada uno de los cuales dura de 20 minutos a 12 horas.^{8,10}

Presentación del caso

Paciente femenino de 49 años, hemotipo A +, con diagnóstico de enfermedad de Ménière e hipoacusia sensorial bilateral severa con acú-

feno crónico y discapacidad auditiva. Cuenta con antecedentes de disfunción tiroidea desde hace 10 años, traumatismo craneoencefálico en zona occipital a los 5 años de edad con pérdida de conocimiento por 2 o 3 horas.

1998

En 1998, a los 22 años, debutó con crisis de Tumarkin al presentar vértigos objetivos giratorios intensos por una semana, acompañados de náusea, vómito e hipoacusia izquierda súbita sin haber recuperado la audición. El vértigo cesó poco a poco en un mes, manifestando, posteriormente, vértigos fugaces y ocasionales desencadenados por los movimientos bruscos del cráneo y en presencia de acúfeno izquierdo con hipoacusia, “como grillos”, de elevada intensidad constante, así como hipersensibilidad a ruido intenso de ese lado.

La paciente refiere haber padecido cefaleas de predominio izquierdo durante más de 10 años de evolución, sin aura, a veces acompañada de náuseas, con ftofobia y fonofobia. En las pruebas audiológicas se reporta caída profunda en 8 KHz de oído derecho. Caída descendente con amputación desde 2 KHz en oído izquierdo. Electronistagrafía normal. Hiporreflexia vestibular izquierda a 44 °C.

2017

Estudio audiológico con hipoacusia derecha moderada de tipo neurosensorial con caída de 60 dB en 8 KHz. Restos auditivos en oído izquierdo. Reclutamiento del RA ipsilateral izquierdo. Pruebas térmicas vestibulares con nula inhibición visual del nistagmo térmico en las pruebas a 30 °C y micrografía.

2018

Resumen y conclusiones:

- Estudio audiológico con hipoacusia superficial a moderada derecha a tipo neurosensorial con caída de 65 dB en 8 Khz.
- Electronistagmografía y pruebas térmicas vestibulares están dentro de la normalidad.

Impresión diagnóstica:

- Hipoacusia profunda neurosensorial izquierda y superficial a moderada neurosensorial derecha. Se considera estudio de resonancia magnética cerebral (conductos auditivos internos y fosa posterior).

2023

Actualmente, la paciente cuenta con el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral de predominancia izquierda, sin afectación retro coclear.

Discusión

La paciente debutó con enfermedad de Ménière por medio de una crisis de Tumarkin, lo cual no es común, ya que esta crisis suele manifestarse a lo largo de la evolución de la enfermedad.

La American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery recomienda diagnosticar la enfermedad de Ménière definitiva o probable en pacientes que presentan 2 o más episodios de vértigo que duran de 20 minutos a 12 horas (definido) o hasta 24 horas (probable), pérdida auditiva neurosensorial fluctuante o no fluctuante, *tinnitus* o presión en el oído afectado cuando estos síntomas no se explican mejor por otro trastorno.

También, mencionan que se debe determinar si los pacientes cumplen con los criterios diagnósticos de migraña vestibular al evaluar la enfermedad de Ménière, además de obtener un audiograma cuando evalúan al paciente, además, consideran opcional recurrir a los estudios de resonancia magnética del conducto auditivo interno y la fosa posterior, pero no marcan mucha diferencia para definir el diagnóstico. También, hacen el enunciado de no solicitar pruebas de función vestibular o electrococleografía.

El manejo sintomático del vértigo es de mucha relevancia, y recomiendan el uso de supresores vestibulares a los pacientes, pero por tiempos limitados, durante los ataques de la enfermedad, a su vez, se le debe informar acerca de las modificaciones en la dieta y estilo de vida para reducir los síntomas y, de igual manera, educar a los pacientes sobre la historia natural, opciones de tratamientos y diversos resultados, sin descuidar su salud mental.

Pueden indicar esteroides intratimpánicos a pacientes que no responden al tratamiento no invasivo, también, recurrir en la gentamicina intratimpánica a pacientes que no responden al tratamiento ablativo; si eso no funciona, ofrecen la opción de una laberintectomía en pacientes que tienen audición inutilizable.

Cada paciente debe recibir un manejo personalizado, dependiendo de la respuesta, ya que hay que tener en cuenta que la evolución es variable, por lo cual, en este caso, es un reflejo de la complejidad de este padecimiento y el seguimiento que ha recibido la paciente; está muy apegado a lo descrito en la Guía de Práctica Clínica de AAO-HNS.

Conclusión

El presente caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano y preciso en pacientes con síntomas de vértigo, en este caso, la crisis de Tumarkin, para diferenciar entre el vértigo posicional paroxístico benigno y enfermedades progresivas, como la de Ménière. Lo distintivo del caso fue que el padecimiento comenzó a los 22 años —ya que la mayoría oscila entre los 55 años—, la duración de un mes del vértigo e hipoacusia izquierda. El abordar una crisis de Tumarkin sigue siendo un desafío, pues se caracteriza por una caída repentina estando de pie teniendo sensación de empuje lateral, no está inducida por movimiento, ausencia de aura migrañoso, habitualmente, no hay pérdida del conocimiento, a menos que se asocie a algún traumatismo craneoencefálico. Se consideran varias hipótesis de disfunción macular si pierde la conciencia por hipotensión ortostática o disfunción otolítica repentina del utrículo y/o sáculo por hidropesía endolinfática, este último es el que concuerda más con este caso clínico. En el transcurso de los años, los exámenes neurológicos de la paciente fueron normales, con hipoacusia neurosensorial bilateral con predominancia del lado izquierdo; las pruebas de electronistagmografía y térmicas tuvieron un resultado favorable, arrojando rangos normales.

Las características de la enfermedad de Ménière siempre serán variables como cualquier patología, no obstante, los síntomas que hay que sospechar son hipoacusia auditiva con el tiempo, acúfenos, vértigo y sensación de plenitud ótica.

Este reporte de caso muestra la necesidad de mayor sensibilización y precisión diagnóstica en enfermedades otológicas complejas como es la enfermedad de Ménière.

Referencias

1. La enfermedad de Ménière. NIDCD. <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/la-enfermedad-de-meniere>
2. Bermúdez-Tirado NK, Zazueta-López IB, Celis-Aguilar EM, Castro-Urquiza A. Encuesta nacional del tratamiento de la enfermedad de Ménière. *An Orl Mex*. 2019 julio-septiembre;64(3):75-83. <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2019/aom193a.pdf>
3. Martín Sáenz MC, Valverde Solano S, Waugh Chacón S. Actualización sobre enfermedad de Ménière. *Rev.méd.sinerg*. 1 de mayo de 2023;8(5):e1037. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1037>
4. Acosta-Egea S, Echeverría-Miranda M, Salas-Salas E. Enfermedad de Ménière en adultos. *Revistacienciaysalud.ac.cr*. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/187/247>
5. De la División de Audiología y ERAJ, de Audiología S, Puesto F y., de Otoneurología Otoneurología J del S, de Lenguaje Firma P. MANUAL DE GUÍA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DE MENIERE. Gob.mx. <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MG-SAF-10.pdf>
6. Koenen L, Andaloro C. Meniere Disease. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536955/>
7. Cortez V Pedro, Sariego R Homero. Crisis otolítica de Tumarkin. Revisión de la literatura. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2017 sep;77(3):335-338. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162017000300335>
8. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, Schwartz SR, Antonelli PJ, Burkard R, et al. Clinical practice guideline: Ménière's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(S2). <http://dx.doi.org/10.1177/0194599820909438>
9. Wu Q, Li X, Sha Y, & Dai C. Clinical features and management of Meniere's disease patients with drop attacks. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2019, 276, 665-672. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-018-5260-5>
10. Moskowitz H, Dinces E. Enfermedad de Meniere: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. 2022. UpToDate.