

15 / 04 / 2021

TEMA:
INVESTIGACIÓN DE
PATOLOGÍAS

NOMBRE DEL ALUMNO: MUSSOLINI MACNEALY
PAZ.

NOMBRE DEL DOCENTE: DRA. MAGALI
GUADALUPE ESCARPULLI SIU .

MATERIA: SEMIOLOGÍA Y PROPEDEÚTICA.

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD
DEL SURESTE.

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

SEMESTRE: 4TO PARCIAL: 2DO PARCIAL

“OTITIS MEDIA AGUDA”.

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación del oído medio de inicio súbito. Se caracteriza por la presencia de líquido en la cavidad del oído medio y se asocia con signos y síntomas de inflamación local. Está relacionada íntimamente con otras infecciones de vías aéreas superiores (IVAS) y constituye una de las principales infecciones respiratorias agudas (IRA) en la edad pediátrica, particularmente durante los primeros años de vida. Es más frecuente en pacientes varones y en los meses de invierno, por lo que la mayor parte de la población sufre por lo menos un episodio de OMA en algún momento de la infancia, de tal manera que representa una causa importante de consulta en atención primaria en todo el mundo.

“FACTORES DE RIESGO”.

Los factores de riesgo que predisponen a infecciones agudas del oído incluyen:

- Asistir a guarderías (especialmente centros que tienen más de 6 niños).
- Cambios de altitud o de clima.
- Clima frío.
- Exposición al humo.
- Antecedentes de infecciones del oído.
- No ser amamantado o uso de biberones.
- Infección reciente del oído.
- Enfermedad reciente de cualquier tipo (porque disminuye la resistencia del cuerpo a la infección).

También otro factor de riesgo u otra causa de la OMA es la trompa de Eustaquio va desde la mitad de cada oído hasta la parte posterior de la garganta. Normalmente, esta trompa drena líquido que se produce en el oído medio. Si esta trompa de Eustaquio se bloqueada, se puede acumular líquido, lo cual puede causar una infección. Las infecciones del oído son comunes en los bebés y en los niños, debido a que sus trompas de Eustaquio se obstruyen fácilmente.

Las infecciones del oído también pueden ocurrir en adultos, aunque son menos comunes que en los niños. Cualquier cosa que ocasione inflamación o bloqueo de las trompas de Eustaquio hace que se acumulen más líquidos en el oído medio detrás del tímpano.

“ETIOLOGÍA”.

Las infecciones virales representan el 41% de los casos de OMA. Los *virus sincitial respiratorio (74%)*, *parainfluenza (52%)* e *influenza (42%)*, constituyen el 81% de los patógenos virales. La bacteria que ocasiona con mayor frecuencia OMA es el *Streptococcus pneumoniae (52.2%)*. En México, los serotipos más frecuentes de *S. pneumoniae* que ocasionan OMA son *6B y 19F (16.6%)*, y *6A, 14 y 23F (15.2%)*. El 64% de estos serotipos están incluidos en la vacuna conjugada 7-valente, 68.1% en la 10-valente y 83.3% en la 13-valente. Le siguen en frecuencia *Haemophilus influenzae no tipificable (31.9%)* y *Moraxella catarrhalis (9.4%)*. Otros agentes bacterianos que se identifican con menor frecuencia incluyen *Streptococcus del grupo A, Staphylococcus aureus* y *microorganismos gramnegativos*, como *Pseudomonas aeruginosa*.

“FISIOPATOLOGÍA”.

El oído medio consiste de una cavidad ubicada en la porción petrosa del hueso temporal limitada lateralmente por una membrana que lo separa del conducto externo y medialmente se comunica con la faringe a través de la trompa faringotimpánica (TFT), o de Eustaquio. La membrana timpánica es un tejido compuesto de ectodermo, mesodermo y endodermo que está inervada en su parte externa por el V nervio craneal, mientras que la inervación interna depende del IX par. La trompa faringotimpánica parece tener un papel central en la patogenia de todas las modalidades de otitis media, posiblemente con excepción del colesteatoma. Las actividades fisiológicas de la trompa de Eustaquio son: 1) mantener la presión dentro de la hendidura del oído medio a un nivel aproximado al

de la presión atmosférica, 2) prevenir el reflujo del contenido de la nasofaringe hacia el oído medio, y 3) eliminar secreciones del oído medio mediante el transporte mucociliar y una “acción de bomba” de la trompa de Eustaquio. La falla de cualquiera de estas funciones normales de TFT puede resultar en el desarrollo de un cuadro de OMA. Tanto la obstrucción anatómica como funcional de la trompa de Eustaquio producen una falla de la regulación normal de la presión del oído medio. La obstrucción anatómica está ocasionada en su mayor parte por inflamación de la mucosa de la TFT por tabaquismo pasivo, alergias o infecciones virales en las vías aéreas superiores (VAS), o compresión extrínseca por un tumor o adenoides grandes. Es usual que la obstrucción funcional se presente como consecuencia de la falla en el mecanismo muscular normal de la apertura de la trompa, como se observa en el paladar hendido, o la rigidez insuficiente de la porción cartilaginosa de la trompa, con frecuencia vista en lactantes y preescolares. Por esta razón, la otitis media es más frecuente en estos grupos etarios.

En pacientes pediátricos se observa un ángulo más agudo de la TFT en comparación con los adultos. Esto puede generar disfunción en la apertura y cierre de la trompa. Si ésta se encuentra abierta o corta de manera anómala, su función protectora normal contra el reflujo del contenido nasofaríngeo se pierde. Estas alteraciones se observan con frecuencia en pacientes con síndrome de Down, lo que explica la alta tasa de otitis media en esta población particular. La función normal de la trompa de Eustaquio también depende de la función ciliar; por tanto, cualquier afección que altere la eliminación por el movimiento mucociliar, como una infección viral, las toxinas bacterianas o las alteraciones heredadas de la estructura ciliar puede predisponer a otitis media. En la mayoría de los casos de OMA, el antecedente de infección viral de las vías aéreas superiores lleva a la alteración de la función de la trompa de Eustaquio y a la inflamación de la mucosa del oído medio, que origina un exudado, mismo que no se puede eliminar a través de una trompa de Eustaquio obstruida. Dicho exudado propicia un medio favorable para la proliferación de agentes patógenos bacterianos, los que alcanzan al oído medio desde la faringe a través de la trompa de Eustaquio. Aunque la infección viral es importante en la patogenia de la OMA, la mayoría de los sujetos desarrolla colonización bacteriana subsiguiente, y por tanto, la OMA se debe considerar como una infección de predominio bacteriano.

“CUADRO CLÍNICO”.

El síntoma inicial usual es la otalgia, a menudo con hipoacusia. Los lactantes simplemente pueden estar irritados o tener dificultad para dormir. En los niños pequeños suele presentarse fiebre, náuseas, vómitos y diarrea. El examen otoscópico puede mostrar abombamiento y eritema de la membrana timpánica con signos inespecíficos y desplazamiento del reflejo luminoso. Al insuflar aire (otoscopia neumática), se observa una reducción de la movilidad de la membrana timpánica. La perforación espontánea de la membrana timpánica causa otorrea serosanguinolenta o purulenta.

En caso de diseminación intracraneal de la infección puede haber cefalea intensa, confusión o signos neurológicos focales. La parálisis facial o el vértigo sugieren extensión local al acueducto de Falopio o al laberinto. Antes del inicio de los síntomas de la OMA, es frecuente que el paciente presente síntomas de una infección de VAS. Los niños mayores con frecuencia se quejan de otalgia que interfiere con las actividades normales del paciente, mientras que los lactantes se vuelven irritables y tiran del oído afectado. El cuadro puede incluir síntomas sistémicos de infección, como hiporexia, vómito, alteraciones del sueño y diarrea, y con frecuencia la fiebre alta está presente. La otoscopia muestra una membrana timpánica hiperémica engrosada clásica, e inmóvil a la otoscopia neumática.

“Etapas clínicas de la otitis media aguda”

1.- Etapa de tubotimpanitis: Datos inespecíficos; a la otoscopia se observa discreta hiperemia sobre mango del martillo, acortamiento del reflejo luminoso y reducción de la movilidad a la otoscopia neumática, puede iniciar con exudado o derrame seroso.

2.- Etapa hiperémica: Se caracteriza por otalgia, malestar general, fiebre ≥ 39 °C, la otoscopia muestra una MT congestionada y opaca, hipomóvil y dolorosa a la exploración neumática.

3.- Etapa exudativa: Otalgia intensa que le impide el sueño, puede acompañarse de náusea, vómito y anorexia, así como mialgias, artralgias y en ocasiones diarrea, fiebre ≥ 39 °C, la MT pierde las referencias anatómicas e hipoacusia en frecuencias altas y bajas.

4.- Etapa supurativa: Fiebre ≥ 40 °C, otalgia intensa y pulsátil, la MT se observa abombada, hiperémica, tensa, inmóvil y en ocasiones con zonas amarillentas que

denotan líquido y necrosis, hay hipoacusia importante, se puede presentar perforación de la MT y otorragia, disminuyendo el cuadro dramáticamente.

“DIAGNOSTICO”.

Los criterios de diagnóstico clínico de certeza para OMA incluyen: el inicio súbito de los síntomas, líquido en oído medio y signos y síntomas específicos de inflamación del oído medio. Los síntomas no específicos de OMA, como fiebre, cefalea, irritabilidad, tos, rinitis, anorexia, vómito y diarrea son comunes en infantes y niños pequeños. La aparición de otalgia tiene una relación directamente proporcional con la edad: es menos frecuente en niños menores de 2 años y más común en adolescentes y adultos. Una adecuada semiología acompañada de una exploración juiciosa es esencial para integrar el diagnóstico de OMA. La inspección y exploración por otoscopía del conducto auditivo externo, del tímpano y, a través de sus defectos, de la caja del tímpano, brindan datos esenciales para el diagnóstico. Para la correcta realización de la otoscopía es preciso sostener el mango del otoscopio con la mano que coincida con el lado del oído explorado. Por ejemplo, al explorar el oído derecho del paciente, se sostiene el otoscopio con la mano derecha y a su vez, con la mano contraria, enderezar el conducto auditivo externo por medio de una tracción del pabellón hacia arriba y atrás para la introducción del otoscopio. En el lactante y en el niño pequeño se desplaza el pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás para poder rectificar el conducto auditivo e introducir el otoscopio. Se deben utilizar espéculos acordes con el tamaño del conducto auditivo.

El uso de la otoscopia neumática es el método diagnóstico de OMA más eficiente, aunque en ciertos casos y en ausencia de otoscopio neumático, se puede optar por otoscopía simple en combinación con timpanómetro o reflectómetro. Los hallazgos otoscópicos que sustentan el diagnóstico de OMA son abombamiento y enrojecimiento de la membrana timpánica, sin embargo, el hallazgo de líquido en el oído medio por otoscopía es la clave para establecerlo. Otros hallazgos patológicos que se pueden encontrar en la exploración son: membrana timpánica opaca o amarilla, en posición neutral o retraída y con disminución de la movilidad. El hallazgo de estos signos y síntomas dependerán del estadio del cuadro clínico.

“TRATAMIENTO”.

Existen 2 metas en el tratamiento de la OMA: la primera es la resolución de los síntomas, en donde el dolor es el síntoma más relevante y la segunda, la reducción de las recurrencias. La mayoría de los pacientes tienen resolución espontánea en un periodo de 7 a 14 días, sin embargo, los antibióticos no se deben prescribir rutinariamente, ya que sólo se justifica su uso en niños menores de 2 años con compromiso bilateral y en pacientes con otorrea. El manejo del dolor es importante en los primeros 2 días posteriores al diagnóstico; las opciones incluyen paracetamol e ibuprofeno. Se pueden usar en forma tópica y sistémica, aunque el uso tópico por sí solo no ha demostrado resultados superiores al tratamiento concomitante. Se sugiere que si el dolor se asocia con fiebre, el paracetamol o el ibuprofeno oral son suficientes para aliviar el dolor en las dosis de control de fiebre. Los antibióticos son recomendados para todos los pacientes menores de 6 meses de edad; en pacientes de 6 meses a 2 años de edad cuando se tiene diagnóstico de certeza (inicio súbito, signos y síntomas de inflamación del oído medio y líquido o derrame en oído medio), y en niños mayores de 2 años con diagnóstico de certeza en enfermedad grave. Los antibióticos se deben diferir en pacientes de 6 meses a 2 años de edad con síntomas leves o con diagnóstico incierto. En la actualidad en el caso de enfermedad no grave o con sospecha diagnóstica se opta por la estrategia de “esperar y ver”, que consiste en el uso de analgésicos sistémicos y la subsecuente revaloración en 48-72 horas; esto se debe a que la mayoría de los casos de OMA se autolimitan gracias a su naturaleza etiológica. El uso de antibióticos inmediatamente después de iniciado el cuadro no proporciona beneficio sintomático, sino hasta después de las primeras 24 horas, cuando los síntomas se están resolviendo. La estrategia de “esperar y ver”, ha demostrado disminuir la incidencia de diarrea comparado con el grupo tratado con antibióticos y demostró la disminución de la prescripción de antimicrobianos en un 76%.

Cuando después de 48-72 horas de la estrategia de “esperar y ver” no hay mejoría en los síntomas, se opta por el uso de antibióticos. El antibiótico de primera elección es la amoxicilina a dosis elevadas (80-90 mg/kg) durante 5 a 10 días. En caso de falla terapéutica con amoxicilina a las 72 horas y en pacientes con enfermedad grave (otalgia grave o fiebre ≥ 39 °C) o con microorganismos betalactamasa positivos (*H. influenzae* y *M. catarrhalis*) se debe agregar ácido clavulánico (6.4 mg/kg/ día en 2 dosis) durante 5 a 10 días. La combinación amoxicilina con ácido clavulánico ha demostrado que disminuye los síntomas a los 7 días en un 80%, sin

asociación de colonización nasofaríngea por *S. pneumoniae* resistente. Otras alternativas de tratamiento en pacientes alérgicos a la penicilina son la claritromicina, clindamicina y azitromicina, ya que alcanzan una adecuada concentración en el oído medio. La ceftriaxona a dosis única (50 mg/ kg) se puede usar en niños con vómito y en aquellos pacientes que han presentado falla terapéutica con amoxicilina y otro antimicrobiano, donde la complicación es una preocupación. El uso de otros tratamientos como descongestionantes, esteroides y antihistamínicos en conjunto con antibióticos no está recomendado.

“OTITIS MEDIA SEROSA”.

La otitis media serosa (**OMS**) se caracteriza por la presencia de líquido no purulento en el oído medio, con integridad de la membrana timpánica. Este líquido puede ser de aspecto mucoso, seroso o una combinación de ambos, pudiendo variar en su composición a lo largo de la evolución de la enfermedad. Es muy frecuente en la edad pediátrica, aunque también puede darse en adultos. Los síntomas más frecuentes suelen ser pérdida auditiva y sensación de taponamiento ótico, pero típicamente no produce ni dolor de oído ni fiebre. En los niños la pérdida auditiva suele ser leve y muchas veces se detecta sólo tras la realización de una audiometría.

PASIÓN POR EDUCAR

“FISIOPATOLOGÍA”.

La OMS puede ocurrir tras la resolución de la inflamación en una otitis media aguda (OMA). Independientemente de la causa de la otitis media aguda, la disfunción de la trompa de Eustaquio es un hallazgo casi universal en la otitis media serosa. Una vez que la inflamación aguda y la infección bacteriana se han resuelto, un fallo del mecanismo de aclaramiento permite la persistencia de líquido en el oído medio. Muchos factores se asocian a este fracaso del mecanismo de aclaramiento, incluyendo la disfunción ciliar, edema de la mucosa, hiperviscosidad del líquido, y posiblemente, un gradiente de presión desfavorable.

“ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO”.

- **Factores ambientales:** niños alimentados con biberón, niños alimentados en posición supina (tumbados completamente) presumiblemente debido a que contribuye al reflujo hacia la trompa de Eustaquio durante la deglución. Tener hermanos con OMA, acudir a guarderías, hipersensibilidad alérgica a agentes comunes, ser fumador pasivo, padres con antecedente de OMS.
- **Edad:** los niños pequeños tienen mayor predisposición dadas las características anatómicas típicas en estas edades en cuanto a la dirección y tamaño de la trompa de Eustaquio.
- **Disfunción de la trompa de Eustaquio:** como lo hemos dicho antes cualquier alteración en el normal funcionamiento de la trompa de Eustaquio es un factor predisponente. Esto ocurre más frecuentemente en niños con fisura palatina, Síndrome de Down y cualquier otra condición que afecte al paladar.

“CUADRO CLÍNICO”.

En el caso de los niños la causa más frecuente de consulta es que los padres ven signos compatibles con pérdida de audición. Los padres refieren que el niño sube mucho el volumen de la televisión, o que se sienta muy cerca de la misma, que recientemente no responde cuando se le habla, o que pregunta frecuentemente “¿Que?”.

En el caso de los adultos presentan síntomas como taponamiento y presión en el oído, hipoacusia y tienen el antecedente reciente de una infección de vías respiratorias altas, o buceo o viaje en avión, al igual que alergia respiratoria.

“DIAGNOSTICO”.

- Audiometría
- impedanciometría.

“TRATAMIENTO”.

- **Farmacológico:** se han descrito numerosos tratamientos farmacológicos para tratar la OMS como los corticoides, los antihistamínicos y los mucolíticos entre otros, pero aun en la actualidad su eficacia sigue siendo tema de controversia.
- **Quirúrgico:** en los casos que este indicado se realizará una miringotomía con o sin la colocación de drenajes transtimpánicos. En ocasiones está indicada también la adenoidectomía, en especial en aquellos niños que asocien obstrucción nasal permanente o adenoiditis crónica.
- **Otros:** métodos como la autoinsuflación han demostrado tener algún beneficio en el manejo de esta patología.

“OTITIS INTERNA”.

Se conoce también como la berintitis, porque es una inflamación del oído interno en el que se encuentra el laberinto. Las afecciones en esta parte del oído son muy incapacitantes, porque allí es donde radica nuestro equilibrio y la ubicación espacial.

“ETIOLOGÍA”.

- **Infección bacteriana:** ocurre generalmente después de un cuadro de otitis bacteriana o meningitis bacteriana.
- **Infección viral:** varicela zoster, virus responsable de la varicela y del herpes zóster.

“CLÍNICA”:

- Vértigo.
- Mareos.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Pérdida de equilibrio.
- Pérdida temporal de audición en el oído afectado.
- Zumbidos unilaterales.

“TRATAMIENTO”:

- Corticosteroides para laberintitis de origen viral: prednisona en altas dosis (60 mg) durante 5 días con reducción gradual a 5 mg en el 100 día.
- Antieméticos: metoclopramida .
- Antihistamínicos.
- Antibióticos: para laberintitis de origen bacteriano.

“SINUSITIS CRÓNICA”:

Afección caracterizada por la inflamación de las cavidades alrededor de los conductos nasales. La sinusitis crónica puede aparecer a cualquier edad. En el caso de los niños, generalmente se debe a la presencia de adenoides grande. En los adultos, los motivos suelen ser una combinación de factores predisponentes como la alergia, más alteraciones anatómicas del interior de la nariz y senos paranasales.

“CLÍNICA”:

La clínica de la sinusitis crónica es muy variada, y aunque no suele producir complicaciones graves, la sinusitis provoca síntomas dolorosos e incómodos

que empeoran la calidad de vida de los pacientes. La respiración oral a la que obliga la sinusitis empeora el descanso nocturno y aumenta las molestias y afectaciones faríngeas. Los síntomas más frecuentes son:

- Dolor facial alrededor de los ojos, en la frente o en las mejillas.
- Cefaleas (se agravan con la presión en las zonas de los senos).
- Dolor en el paladar o en los dientes.
- Fiebre.
- Secreción mucopurulenta.
- Tos de predominio nocturno.
- Obstrucción nasal.
- Voz nasal.
- Halitosis.
- Ronquidos.

“TRATAMIENTO” EDUCAR
“LBYLWNIENLO”

La sinusitis crónica tiende a reaparecer, especialmente si no se corrigen las afecciones subyacentes como la obstrucción nasal.

Aunque los medicamentos pueden prevenir frecuentemente la recurrencia de sinusitis, en algunas ocasiones se requiere de cirugía para eliminar la obstrucción nasal. Los pacientes con sinusitis crónica suelen presentar más de un factor predisponente, por lo que el tratar un solo factor no es suficiente.

- **FARMACOTERAPIA:** La terapia farmacológica se basa en descongestionantes orales y corticoides de uso tópico (aerosoles nasales) que disminuyen el edema nasal mejorando la ventilación, analgésicos para aliviar el dolor, mucolíticos que disminuyen la viscosidad de la mucosidad

nasal facilitando su evacuación y antihistamínicos para reducir la frecuencia de los estornudos y el volumen de la destilación nasal en los casos de procesos alérgicos. Se administrarán antibióticos (generalmente amoxicilina-clavulánico durante 3-4 semanas) si se ha comprobado que el origen de la infección es bacteriano.

- **HIGIENE NASAL:** Los lavados nasales con agua, suero fisiológico o las llamadas «aguas de mar» son útiles para facilitar el drenaje de las secreciones y aliviar los síntomas.
- **HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA:** A menudo, un cambio de hábitos puede ayudar a aliviar o prevenir los síntomas de la sinusitis crónica.

“HIPERTROFIA DE LOS CORNETES”

El aumento exagerado y mantenido (hipertrofia) del cornete obstruye total o parcialmente el paso del aire a través de la nariz. Esta hipertrofia se produce frecuentemente por una alergia pero también al compensar una desviación del tabique nasal, por la toma de medicamentos, alcohol, tabaco y durante el embarazo.

“CLÍNICA”

El síntoma típico es la obstrucción nasal permanente o intermitente que no se descongiona con los lavados.

- Obstrucción nasal uni o bilateral alterna en decúbito.

- Rinorrea acuosa, serosa o purulenta.
- Clínica de rinitis vasomotora y rinitis crónica.

“TRATAMIENTO”:

Los tratamientos utilizados para combatir la hipertrofia de los cornetes dependen de cada caso se puede prescribir tratamientos locales mediante el uso de soluciones nasales que pueden devolver los cornetes a su estado normal (en caso de hipertrofia de la mucosa de leve a moderada). Cuando, por el contrario, estos tratamientos no son beneficiosos o no producen resultados satisfactorios, puede recurrirse al tratamiento quirúrgico (turbinectomía parcial, mucotomía inferior o vaciado submucoso) consistente en la extirpación de una parte de la mucosa y del hueso de los cornetes, o someterse a las nuevas técnicas mínimamente invasivas que implican el uso de láseres o radiofrecuencias.

“LABIOS LEPORINOS Y PALADAR

HENDIDO”:

Son aberturas en estas estructuras que pueden presentarse de manera separada o en combinación. Son dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres; el paladar hendido aislado es más frecuente en las mujeres.

“CLÍNICA”.

- El labio hendido puede variar desde una simple muesca en el labio superior hasta una fisura completa desde el borde del labio a través del piso de la nariz.
- El paladar hendido puede ser parcial o completo, afectando sólo al paladar blando o extendiéndose desde éste a través del paladar duro en el maxilar superior o la cavidad nasal.

“TRATAMIENTO”.

Corrección quirúrgica (su programación varía)

Labio hendido:

- Dentro de los primeros días de vida para facilitar la alimentación.
- Retrasar la reparación del labio durante 2-8 meses para disminuir los riesgos de la anestesia y quirúrgico, descartar anomalías congénitas asociadas y dar tiempo para la vinculación parental.

Paladar hendido:

- Se realiza sólo después de que el lactante está ganando peso y sin infección.
- Suele realizarse a la edad 12-18 meses.
- En dos pasos: paladar blando entre los 6 y 18 meses de edad; el paladar duro hasta los 5 años de edad.

Logopedia:

- El paladar es esencial para el desarrollo del habla (los cambios estructurales, incluso con una hendidura reparada, pueden afectar permanentemente los patrones del habla).
- Las dificultades de audición son frecuentes en los niños con paladar hendido debido al daño o infecciones del oído medio.

Otros:

- Prótesis de ortodoncia.
- Nutrición adecuada.
- Uso de una tetina suave de gran tamaño con agujeros grandes.

“SÍNDROME DE MENIERE”.

La enfermedad de Ménière es una anomalía en el oído interno que causa mareos fuertes (vértigo), timbre o silbido en el oído (tinnitus), pérdida de audición y una sensación de que el oído está lleno o congestionado. Por lo general, la enfermedad de Ménière afecta un solo oído.

“CUADRO CLÍNICO”.

resultan de la acumulación de líquido en una porción del oído interno conocida como el laberinto. El laberinto membranoso está lleno de líquido endolinfático.

Cuando el cuerpo se mueve, el líquido endolinfático en los órganos del equilibrio estimula los receptores nerviosos para que envíen señales al cerebro sobre la posición y el movimiento del cuerpo.

En la cóclea, el líquido se comprime en respuesta a las vibraciones del sonido, lo que estimula a las células sensoriales que envían señales al cerebro.

En la enfermedad de Ménière, la acumulación del líquido endolinfático en el laberinto interfiere con las señales de equilibrio y audición normales que van del oído interno al cerebro. Esta anomalía provoca vértigo y otros síntomas de la enfermedad de Ménière.

“TRATAMIENTO”.

Aún no existe una cura para la enfermedad de Ménière, pero su médico podría recomendar algunos de los siguientes tratamientos:

1. Medicamentos. El síntoma más incapacitante de un ataque de la enfermedad de Ménière es el mareo o vértigo. Ciertos medicamentos que requieren receta médica, tales como meclizina, diazepam, glicopirrolato, y lorazepam, pueden ayudar a aliviar los mareos y disminuir la duración del ataque.
2. Restricción de sal y uso de diuréticos. Reducir la sal en la dieta y tomar diuréticos ayudan a algunas personas a controlar los mareos.
3. Otros cambios en la alimentación y en el comportamiento. Algunas personas indican que la cafeína, el chocolate y el alcohol empeoran sus síntomas y los evitan o limitan en su dieta.
4. Terapia cognitiva. La terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia (terapia de diálogo) que ayuda a las personas a darse cuenta de cómo interpretan y reaccionan ante las experiencias de vida.



UDS

PASIÓN POR EDUCAR



UDS

PASIÓN POR EDUCAR



UDS

PASIÓN POR EDUCAR