

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL VERTIGO DE MENIERE (\*)

Dres. R. Arana Iñíguez, P. Hounié y J. San Julián

El tratamiento quirúrgico del vértigo no ha sido todavía comentado en la literatura nacional.

El tratamiento médico de esta afección se ha visto enriquecido en los últimos años por diversas terapéuticas eficaces muchas de ellas, pero hay casos en los cuales, todos los recursos medicamentosos fracasan, y el enfermo por medio de la cirugía, puede verse liberado de un mal que le puede hacer la vida absolutamente intolerable.

Los procedimientos quirúrgicos pertenecen a la especialidad otorrinolaringológica y a la neurocirugía.

El principal problema que ellos plantean es la selección correcta de los casos que deben ser sometidos al tratamiento quirúrgico.

La observación que vamos a relatar a continuación, pertenece al 1er. caso de sección del auditivo, seguida de éxito completo, que se ha realizado en nuestro medio.

En otros países se ha divulgado en forma amplísima, al punto que algunos neurocirujanos estadounidenses y franceses cuentan con centenares de casos.

Relataremos el caso del enfermo que fué tratado por nosotros por sección total del VIIIº par y trataremos luego de resumir los recursos quirúrgicos que hoy comprende el tratamiento cruento del vértigo y precisar sus indicaciones.

El enfermo comenzó a sufrir en el año 1943. Notó entonces

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 11 de abril de 1951.

mareos y una sensación especial de que se ladeaba. Duraron estos trastornos alrededor de 15 ó 20 días y luego todo entró en orden. A los 8 meses vuelve a tener la misma sensación de mareo, le encuentran ahora disminución de la presión arterial que había estado aumentada en el primer episodio. Un año más tarde el especialista de oído comprueba una sordera que ya el enfermo había notado desde hacía varios años. Pasa dos años bien. Aproximadamente en el año 1946 mientras estaba almorzando experimenta un vértigo que lo hace caer sobre la mesa. Lo tienen que llevar a la cama y queda según expresión del enfermo "como un trapo". Manifiesta una sensación semejante a la que se produce cuando se corta una película en el cine, pues las cosas iban para arriba, para abajo y en cualquier dirección. No podía leer los periódicos porque las letras no le parecían claras. Tuvo además vómitos. Pasó muy incomodado durante dos meses después de los cuales mejoró.

Ocho meses más tarde hace un episodio igual. Aproximadamente en setiembre de 1948 repite el vértigo estando en su trabajo, por lo que tienen que llevarlo a su casa. En el momento en que le viene el ataque queda completamente sordo del oído izquierdo. No ha tenido zumbido de oídos.

Los antecedentes familiares y personales carecen de importancia. Sólo refiere haber tenido un sufrimiento de oídos que duró de los 10 a los 19 años y que obligó en una ocasión a que le puncionaran ambas membranas del tímpano.

El examen revela los siguientes elementos: 1º) no hay nistagmus espontáneo; 2º) la prueba de Romberg muestra muy ligera inclinación hacia la derecha; 3º) no hay desviación de los índices; 4º) la otoscopía es normal; 5º) el estudio funcional de la audición demuestra un horizonte auditivo a la voz cuchicheada de más de 4 mts. para el oído derecho, en cambio para el oído izquierdo es igual a 0. El Weber está lateralizado hacia el lado derecho. El Rinne es débilmente positivo del lado izquierdo. El Schwabach del lado enfermo es nulo si se ensordece el oído sano.

En el oído derecho las pruebas con el diapason resultan normales. Un examen audiométrico hecho por el foniatra A. Dub, en marzo 26 de 1949, demuestra que no hay respuesta ósea en el oído izquierdo. La excitación del laberinto por la prueba calórica, agua

fría muestra un laberinto inexcitable a izquierda y con respuesta normal a derecha.

En conclusión, se trata de una sordera de percepción del oído izquierdo, acompañada de inexcitabilidad total de la raíz vestibular del mismo lado.

En mayo 4 de 1949, el enfermo es intervenido y se le realiza la sección del VIII par (ver leyenda fig. 1).

4/V/1949. INTERVENCIÓN. Dr. R. Arana, Pte. San Julián, Dr. P. Hou-nie, instrumentista: M. A. Martínez. Anestesia: I. Villar y A. García Guelfi. Transfusión: A. Freire Muñoz, 400 c.c.

Se realiza la incisión aconsejada por Dandy para el abordaje de esta región en forma que la línea vertical queda sobre el borde posterior de la mastoide y la otra rama desciende hacia abajo hasta la apófisis occipital externa. Se rebate el colgajo hacia abajo desinsertando los músculos. Se coloca un separador de Beckman-Adson en dirección transversal de manera de mantener al músculo hacia abajo. Se hace un orificio de fresa y se comienza la craniectomía extirpando una zona bastante amplia que descubre hacia arriba y afuera el seno transversal. Se abre la duramadre en estrella y se pretende, inmediatamente, romper la cisterna magna, pero se encuentra dificultad en llegar hasta ella por lo cual es necesario extirpar más hueso y ampliar un poco la incisión de la duramadre hacia la línea media. Se consigue así llegar, introduciendo un separador sobre el cerebelo, a visualizar el agujero occipital y la cisterna magna que se rompe con un gancho afilado provocando la salida de gran cantidad de líquido. Debe señalarse que desde que se comenzó a abrir dura llama la atención que el cerebelo tiende a formar hernia como si existiese hipertensión en la fosa posterior. Se comienza a reclinar el cerebelo dirigiendo un separador de cerebro hacia el ángulo que forman la tienda del cerebelo y la pared externa de la fosa posterior en búsqueda del agujero del conducto auditivo interno. Llegamos así a visualizar con facilidad el nervio acústico. Como no se ve el nervio facial y pensando que debemos tener la seguridad de que es el VIII nervio, seguimos con el separador un poco hacia arriba y adentro, rompiendo una lámina de aracnoides espesada con lo cual logramos visualizar en el fondo de esta porción el nervio trigémino. Estamos en excelentes condiciones para cortar el nervio acústico, pero no se ve el facial y no logramos desplazar el acústico. Se corta un poco la aracnoides alrededor del acústico y se provoca una discreta hemorragia que obstaculiza la operación. Es necesario esperar unos 50 minutos a que se establezca la hemostasis. Se vuelve a intentar la visualización del acústico, lo que se hace ahora en forma mucho más difícil. Se ve el grupo de nervios del agujero rasgado posterior. Después de la hemorragia, equivocadamente, tomamos el superior de ellos, el glossofaríngeo, por el acústico, pero luego dirigiendo el separador hacia el ángulo superior de la fosa posterior se visualiza perfectamente el acústico. Se toma este nervio

con una pinza en bayoneta y al movilizarlo se logra ver 4 ó 5 mms. más profundamente y dirigiéndose hacia el mismo orificio, el nervio facial. En estos momentos, en la seguridad que respetamos el nervio facial, realizamos la sección del nervio acústico. Se hace hemostasis cuidadosa, y cuando se tiene la seguridad de que no hay hemorragia alguna se quitan los algodones del ángulo pontocerebeloso. Se comienza a suturar la duramadre con cuidado, logrando un buen cierre y colocando Gel-foam en las partes de dura, que podrían quedar ligeramente entreabiertas. Se sutura el plano muscular, periostio, y luego galea y piel.

*Postoperatorio:* se desarrolla sin accidentes. El enfermo es dado de alta al 7º día.

Desde entonces se ha visto libre de sus trastornos vertiginosos. Actualmente, a casi dos años de la intervención, se encuentra perfectamente, habiéndose reintegrado totalmente a sus ocupaciones.

---

Este enfermo había sido sometido a diferentes terapéuticas medicamentosas.

En la actualidad, a parte de los tratamientos comunes a base de barbitúricos, yoduros y bromuros, etc., tienen mayor difusión los tratamientos antialérgicos y aquellos que se basan en las modificaciones del metabolismo del agua y sodio.

El tratamiento antialérgico puede ser específico en caso de haber individualizado el alérgeno, o inespecífico. Dentro de este último los procedimientos más usados son: a) el tratamiento de Shelden y Horton (16) con fosfato ácido de histamina en solución isotónica de cloruro de sodio, administrado por vía intravenosa.

Entre nosotros Rius (15) ha empleado este procedimiento obteniendo resultados satisfactorios en el 50 % de los enfermos por él tratados; el tratamiento de Atkinson (2, 3, 4) que consiste en la administración de histamina o ácido nicotínico en dosis crecientes según se trate de sujetos histamino positivos o histamino negativos respectivamente.

Entre los tratamientos que actúan sobre el metabolismo del agua y las modificaciones de tensión de los líquidos laberínticos son más usados: a) el tratamiento de Furstenberg, Lashmet y Lathrop (10) en el que se administra cloruro de amonio (3 g. diarios) con exclusión del sodio en la alimentación; b) el de Talbot

y Brown (17) que consiste en la administración de 6 a 10 grs. de cloruro de potasio en solución acuosa en las 24 horas, con su presión por lo menos en los primeros tiempos del cloruro de sodio;

c) Mayoux y Paufigue (12) (de Lyon) aconsejan inyecciones de suero hipersónico o de agua destilada según se encuentre aumentada o disminuída la presión de la arteria central de la retina.

Estos diversos tratamientos llegarían a curar aproximadamente el 80 % de los enfermos. El caso que nos ocupa fué tratado

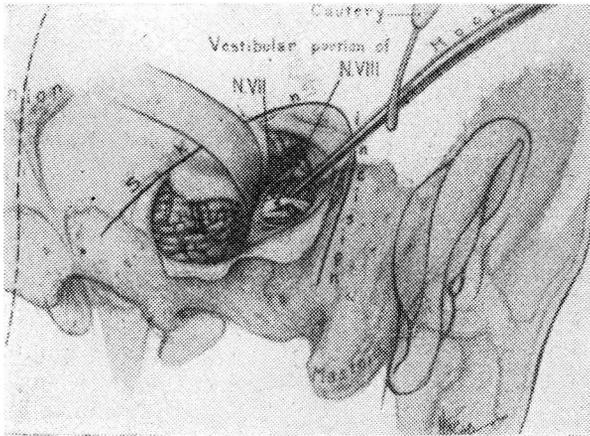


FIG. 1. — (Tomada de Dandy, W. Surgery of the brain) (7). — En forma semiesquemática se representa la incisión cutánea (skin incision). Se aprecia la extensión ósea extirpada y la duramadre abierta siguiendo una incisión radiada. En general las maniobras se ven facilitadas si después de abierta la duramadre se rompe la cisterna magna lo que ocasiona salida abundante de L.C.R. Desplazado el cerebelo con un separador en la forma que indica la figura se visualiza claramente el VIII par que se secciona una vez que se ha individualizado bien el nervio facial.

por cloruro de potasio, con dieta privada de cloruro de sodio, por sedantes nerviosos, tratamiento antisifilítico, ya que en muchos casos este último puede ser eficaz así como lo hemos podido observar en un caso personal. Todos los tratamientos fueron ineficaces. Creímos necesario pues llegar a la indicación quirúrgica que en nuestro caso se veía facilitada por tratarse de un enfermo con sordera unilateral y abolición de la función vestibular del mismo lado.

Como dijimos al comienzo, la indicación quirúrgica en el tratamiento del vértigo debe ser bien conocida puesto que los procedimientos cruentos constituyen un recurso eficacísimo ya que en algunos de ellos la curación se establece en el 100 % de los casos (sección total del VIII par).

Resumimos las indicaciones de la cirugía en la siguiente forma:

1º) El sufrimiento del enfermo debe ser prolongado, en términos generales alrededor de 1 año como mínimo; 2) el tra-

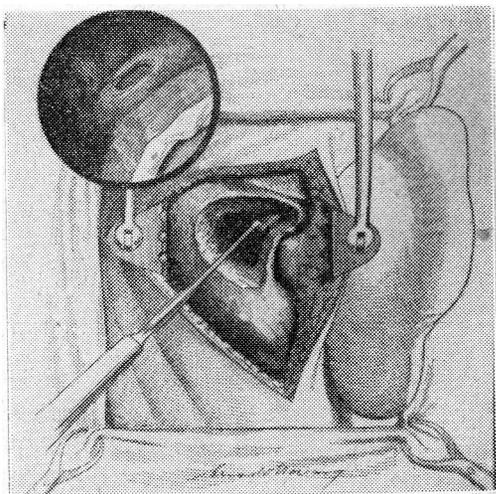


FIG. 2. — (Reproducción de Aubry) (1). La figura muestra el abordaje a través de una incisión retroauricular, la trepanación de la cubierta mastoidea realizada hasta exponer el canal semicircular externo, después abertura del antro petroso. Una pequeña cureta desgasta la pared súperoexterna del canal. En el ángulo a mayor aumento se ve la fístula ósea realizada y la pared membranosa que debe ser destruída.

tamiento médico en todas sus formas habrá resultado ineficaz; 3º) el vértigo debe de ser de tal intensidad que implique una verdadera invalidez para el enfermo y le impida realizar sus tareas habituales; 4º) debe haber un síntoma que permita localizar el lado a operar, que puede ser la sordera o el zumbido unilateral o estáticamente predominante de un lado.

Estas cuatro condiciones indican el tratamiento quirúrgico del vértigo de Ménière.

Queda una segunda etapa a cumplir, la elección entre dos grandes tipos de intervenciones, otorrinolaringológica o neuroquirúrgica.

Las primeras actúan sobre el laberinto suprimiendo la función vestibular del lado enfermo (Hautant).

Los principales tipos de intervenciones son: a) abertura del canal semicircular externo óseo y membranoso por vía mastoidea (fig. 2) con inyección según algunos (Mollison) (13) de alcohol, y electrocoagulación según otros (Day) (9); b) abertura del saco endolinfático por vía endocraneana extradural en la fosa posterior, operación de Portmann (11) (fig. 3); c) Bordes Valls (6) denomina vía transtegmentaria en el tratamiento del vértigo de

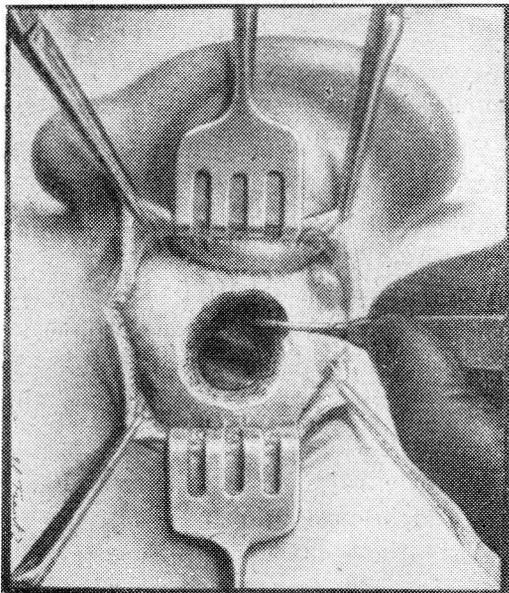


FIG. 3. — (Reproducción de Portmann) (11). Se observa seno lateral y la duramadre presinusal despegada del hueso. El bisturí destruye la superficie ósea en el punto en que la duramadre es adherente, que corresponde al saco endolinfático.

Ménière la destrucción del canal semicircular externo con electrocoagulación a través del tegmen timpani por vía temporal.

El procedimiento neuroquirúrgico consiste en la sección total o parcial del VIII par (fig. 1) realizada en la fosa posterior en el trayecto situado entre el origen del nervio en el tronco encefálico y su penetración en el conducto auditivo interno.

Las indicaciones de estos dos tipos de procedimientos pueden resumirse en la siguiente forma: se realizan las operaciones sobre el laberinto cuando 1º) el enfermo es sordo, y 2º) existe respuesta vestibular (vértigo neuralgiforme Hautan).

La primera condición está basada en que prácticamente la totalidad de los casos de estas intervenciones suprimen la audi-

ción excepto para la operación de Portmann (11) que al realizar una abertura, decompresión del laberinto membranoso lejos de los órganos nobles del oído interno, dejarían una audición completamente intacta. La segunda, se comprende si se piensa lógicamente que sólo puede ser eficaz la destrucción de un laberinto todavía vivo, o sea que es capaz de responder a los medios de excitación.

El método neuroquirúrgico tendrá su indicación en tres circunstancias: 1º) si se sospecha lesión a nivel del ángulo pontocerebeloso; 2º) cuando la función vestibular está abolida (vértigo neuritis Hautant) y 3º) cuando existe audición útil.

De estas tres condiciones, la primera se explica fácilmente puesto que en este acto quirúrgico se visualiza perfectamente el ángulo pontocerebeloso, la segunda se comprende pensando que frente a un laberinto inexcitable y de acuerdo a lo dicho anteriormente, la sección del VIII par tiene más probabilidades de éxito que las operaciones limitadas al laberinto; en cuanto a la tercera, tiene su explicación en la posibilidad de realizar la sección parcial del nervio auditivo, respetando algunas o todas las fibras cocleares.

Sin embargo, los autores con más experiencia (Dand (8), Ray (14), aconsejan hacer siempre la sección total. Ray (14), manifiesta "sólo cuando hay muy especial interés en preservar la audición se debe hacer la sección parcial, pues la sección total es más fácil, garantiza que se han seccionado todas las fibras vestibulares, lo que asegura el 100 % de éxito y mejora los zumbidos, en caso de que existan, en mayor número de casos". Por otra parte, Portmann (11) sostiene que su operación no perjudica sino que a veces mejora la audición, por lo cual, la existencia de audición útil no sería contraindicación de la intervención por él aconsejada.

Recordaremos, antes de terminar, que desde 1939 Biancalana (5) propuso la resección del ganglio estelar como tratamiento del vértigo. Hasta el presente no conocemos publicaciones de interés sobre este procedimiento.

Puede decirse con Walker (18) que en general las operaciones sobre el laberinto son menos precisas y no tan seguras como

la sección del VIII par que constituye una operación fácil, de escasa mortalidad, que cura el síndrome vertiginoso en el 100 % de los casos.

### RESUMEN

Se presenta el caso de un enfermo que sufría de vértigo de Ménière curado por sección del VIII par. (1er. caso realizado en el Uruguay).

Se resumen las indicaciones del tratamiento quirúrgico y dentro de éste, el criterio para la elección de las técnicas otorrinolaringológicas y neuroquirúrgicas.

### SUMMARY

Authors present the case of a patient with a Ménière's syndrome cured by eighth nerve section (1st. case performed in Uruguay).

The indications for surgical treatment are mentioned, exposing the criterion to choose between the otorhinolaryngological or neurosurgical procedure.

1. AUBRY, M. — Chirurgie de l'oreille, du nez du pharynx et du larynx. Paris, Masson et Cie, 1949.
  2. ATKINSON, M. — Histamine in treatment of Ménière's syndrome, appraisal, J. A. M. A.; 119: 4-8; 1942.
  3. ATKINSON, M. — Ménière's syndrome; results of treatment with nicotinic acid in vasoconstrictor group. Arch. Otolaryn.; 40: 101, 1944.
  4. ATKINSON, M. — Ménière's syndrome. Comparison of result of medical and surgical treatment. Arch. Neurol. & Psychiat. 54: 192-196, 1945.
  5. BIANCALANA, L. — Resezione parziale dell'acustico per sindrome de Ménière. Boll. e Mem. Soc. Piemont. de Chir. 9: 508, 1939.
  6. BORDES VALLS, M. — La vía transtegmentaria en el tratamiento de los vértigos de Ménière. Libro de Comunicaciones de la 11 Reunión de la Soc. Luso-Española de Neurocirugía, Valencia, Tip. Artística, 1950.
- DANDY, W. — Surgery of the brain. Hagerstwon, W. F. Prior Company, Inc., 1945.
- DANDY, W. — The surgical treatment of Ménière's disease. Surg. Gynec. & Obst. 72: 421-425, 1944.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

9. DAY, K. M. — Surgery of the labyrinth for Ménière's disease. Tr. Am. Acad. Opth., 48: 221, 1944.
10. FURSTENBERG, A. C.; LASHMET, F. H. & LATHROP, F. — Ménière's symptom complex: medical treatment. Ann. Otol. Rhin. & Laryng. 43: 1035-1046, 1934.
11. PORTMANN, G. — Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique. Paris, Masson et Cie., 1951.
12. MAYOUX, R. et PAUFIQUE, L. — Les injections de serum hypertonique et d'eau distillée dans le traitement des vertiges. Ann. d'oto-laryngol. 66: 450-454, 1949.
13. MOLLINSON, W. W. — Surgical treatment of vertigo by opening the external semicircular canal injecting alcohol. Acta Otolaryngol. 27: 222-229, 1939.
14. RAY, B. S. — Ménière's disease. Its surgical treatment by division of the acoustic nerve. The Amer. J. Surg. 75: 159-170, 1948.
15. RIUS, M. — Experiencia clínica y terapéutica con la histamina intravenosa. Anales de Oto-rino-laring. del Uruguay, 19: 55-68, 1949.
16. SHELDEN, C. H. & HORTON, B. T. — Treatment of Ménière's disease with histamine administered intravenously. Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 15: 17, 1940.
17. TALBOT, J. H. & BROWN, M. R. — Ménière's syndrome: acid-base constituents of the blood. Treatment with potassium chloride, J. A. M. A.; 125: 130, 1940.
18. WALKER, E. A. — Ménière's syndrome. Jour. Omaha Mid-West Clinical Society, april, 1949.