



Hipoacusia súbita

Sudden hearing loss

Eulalia Alfonso Muñoz^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3218-4708>

Miriam Maite Torres Núñez¹ <https://orcid.org/0000-0003-4939-6838>

¹Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: eulaliaam@infomed.sld.cu

Estimado Editor;

La sordera súbita fue descrita por primera vez en 1860, por Bing, quien la relacionó con la parotiditis. En 1944 De Kleyn hizo aportes, así como McCabe en 1979; desde entonces, muchos han tratado de definir y manejar correctamente esta entidad. No fue hasta 1986, que Wilson la describió como un trastorno de instalación súbita, en el cual existe una pérdida auditiva unilateral o bilateral de tipo sensorineural, mayor a 30 dB, que afecta por lo menos a 3 frecuencias audiométricas consecutivas y se desarrolla en un periodo menor o igual a 72 horas.^(1,2,3)

Se considera una urgencia médica otorrinolaringológica. Representa el 1 % de todas las hipoacusias sensoriales; su incidencia anual es variable en los diferentes países. En el Reino Unido se reporta entre 5 y 30 casos, en Alemania hasta 160, mientras que en los EE. UU. el reporte es de 5 a 20 casos; todos por 100 000 habitantes. Afecta a ambos sexos por igual; es unilateral hasta en un 96 %.^(2,4)

En la presentación clínica el síntoma fundamental es la aparición de hipoacusia sensorineural, sin pródromos, que puede estar acompañada de otras manifestaciones, como plenitud aural, acúfenos y síntomas vestibulares. Tiende a la recuperación espontánea en un 65 %.^(5,6)

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



Alrededor del 10 % de las personas diagnosticadas tienen una causa identificable. Algunos de estas causas son:^(7,8)

- Vasculares: alteraciones de la microcirculación, insuficiencia vértebro-basilar, esferocitosis, vasoespasmo, síndromes de hipercoagulabilidad y anomalías de la arteria carótida.
- Infecciosas: meningitis, sífilis, virus de Epstein-Barr, micoplasma, paramixovirus, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), herpes simple, rubéola, parotiditis, citomegalovirus, parainfluenza y sarampión.
- Traumáticas: fístula perilinfática, fractura del hueso temporal, barotraumas, cirugía otológica y complicaciones quirúrgicas de otras cirugías.
- Neoplásicas: neurinomas del acústico, tumores del ángulo pontocerebeloso, leucemia, mieloma, metástasis del canal auditivo externo y carcinomatosis meníngea.
- Inmunológicas: enfermedad autoinmune del oído interno, arteritis temporal, granulomatosis de Wegener, síndrome de Cogan, poliarteritis nudosa y lupus eritematoso sistémico.
- Tóxicas: mordedura de ofidios.
- Medicamentos ototóxicos: macrólidos, aminoglucósidos, cisplatino, furosemida, salicilatos, antiinflamatorios no esteroideos, interferón-PDE5 y citrato de sildenafil.
- Neurológicas: esclerosis múltiple, isquemias focales y migraña.
- Metabólicas: hipocalcemia, trastornos del metabolismo del hierro, diabetes mellitus e insuficiencia renal.
- Otros factores: enfermedad de Menière, neurosarcooidosis, cirugía dental o de la boca, predisposición genética, anestesia raquídea y cirugía de la columna cervical.

Se han reportado algunos factores predisponentes como: edad avanzada, cambios de altitud y presión atmosférica, variaciones climáticas, consumo excesivo de alcohol, arterioesclerosis, embarazo, uso de anticonceptivos orales, estrés y anestesia general.⁽¹⁾

El diagnóstico debe realizarse con prontitud, porque aplicar rápidamente el tratamiento, mejora el pronóstico y la recuperación. Se realiza con un detallado interrogatorio y un examen físico minucioso,

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



descartando otras enfermedades que produzcan hipoacusia. Se corrobora con pruebas audiométricas, exámenes hematológicos (hemograma, perfil lipídico, glicemia), VIH y títulos antivirales. El examen imagenológico, con resonancia magnética nuclear, se realiza solo si existen signos neurológicos.^(1,8)

Debido a que con frecuencia la causa de la hipoacusia es desconocida, se emplean diferentes fármacos que abarquen varias etiologías, por lo que el tratamiento resulta controversial. El tratamiento debe ser preventivo, para tratar de eliminar o compensar los factores de riesgo.⁽⁸⁾

El tratamiento farmacológico incluye medicamentos para optimizar el flujo sanguíneo, dentro de los que se encuentran vasodilatadores como la pentoxifilina, el carbógeno inhalado, la betahistina, y otros. También suelen emplearse medicamentos que disminuyen la viscosidad de la sangre (papaverina), aunque su eficacia es discutida. Otros fármacos utilizados son los antivirales, como el aciclovir, que, a pesar de su amplio uso, existen pocos estudios que avalen sus beneficios. Los esteroides son administrados ampliamente, por su acción antiinflamatoria, neuroprotectora, antioxidante y antiapoptótica; sin embargo, por vía intratimpánica reporta grandes beneficios, pues alcanzan mejores concentraciones endolinfáticas. Además, se usan los anticoagulantes, como la heparina (200 mg). Otros tratamientos que ha demostrado eficacia, son la oxigenación hiperbárica y la administración de ozono.^(7,8)

El pronóstico de la hipoacusia súbita es variable; es favorable fundamentalmente cuando el daño auditivo es exclusivo de las altas o las bajas frecuencias. Cuando existe una curva ascendente o plana en la audiometría, el porcentaje de recuperación es mayor. Sin embargo, el pronóstico es reservado en aquellos pacientes con hipoacusia profunda, transversal a todas las frecuencias. Dentro de los predictores clínicos de mal pronóstico están la edad avanzada y la presencia de vértigo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco Macías AR, Toledo Valdés C, Pérez García T, Contreras Álvarez PJ, Hernández Armstrong L. Hipoacusia neurosensorial súbita idiopática: caracterización y resultados terapéuticos. Revista Archivo del Hospital Universitario "General Calixto García". 2017 [acceso: 12/09/2023];5(2):236-47. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/217>



2. Jiménez Morales JM. Enfoque etiopatogénico de la sordera súbita idiopática. Aspectos médicos y psicosociales. [Tesis de grado]. Sevilla: Universidad de Sevilla, IDUS; 2015. [acceso: 12/09/2023]. Disponible en: <http://idus.us.es/handle/11441/39261>
3. Bae SC, Noh HI, Jun BC, Jeon EJ, Seo JH, Park SY, et al. Efficacy of intratympanic steroid therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: comparison with systemic steroid therapy and combined therapy. *Acta Otolaryngol* 2013;133(5):428-33. DOI: 10.3109/00016489
4. Chen YC, Tseng CC, Young YH. Acute hearing loss in the only hearing ear of twenty-one patients. *Clin Otolaryngol* 2015;40(4):382-5. DOI: 10.1111/coa.12379
5. Yıldırım E, Murat Özcan K, Palalı M, Cetin MA, Ensari S, Dere H. Prognostic effect of hyperbaric oxygen therapy starting time for sudden sensorineural hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015;272(1):23-8. DOI: 10.1007/s00405-013-2829-x
6. Rozentul D, Alimen F, Jaimovich M. Seguimiento auditivo de pacientes con hipoacusia neurosensorial súbita en el Hospital de Clínicas José de San Martín, diagnosticados entre enero de 2013 y junio de 2015. *Revista FASO* 2016 [acceso: 12/09/2023];23(2): 48-52. Disponible en: <http://faso.org.ar/revistas/2016/2/8.pdf>
7. Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García JR. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca. *Acta otorrinolaringológica española* 2011 [acceso: 12/09/2023]; 62:144-57. Disponible en: <http://medes.com/publication/64944>
8. Alfaro Juárez MPM, Ascencio Valdez MM, Millán Gamez YK. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipoacusia Sensorineural Súbita Idiopática. México: Secretaría de Salud. IMSS. 2010 [acceso: 12/09/2023];1-41. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>

Conflictos de interés

Las autoras no refieren conflictos de interés.



Recibido: 30/11/2023

Aprobado: 26/04/2024