

## CAPÍTULO XII

# Sordera súbita

*Juan Manuel García Gómez, MD  
Jefe, Sección Otorrinolaringología  
Fundación Santa Fe de Bogotá*

### EPIDEMIOLOGÍA

Se calcula en cerca del 1% la incidencia de hipoacusia neurosensorial. En los Estados Unidos la incidencia se estima en 5-20 casos por 100.000 personas y en el mundo se cree que se presentan 15.000 nuevos casos por año.

inflamación neural, cambios degenerativos del órgano de Corti, membrana tectoria y estrías vasculares.

Sin embargo, siempre se deben tener en cuenta las causas que aparecen en la Tabla 1.

### FISIOPATOLOGÍA

La sordera súbita implica un compromiso neurosensorial que puede originarse en el oído interno (coclear), o en el octavo par craneal y en las vías auditivas (retrococlear). Se define como la pérdida neurosensorial de 30 decibelios o más, en tres frecuencias continuas y en menos de tres días. La mayoría de pacientes presentan una sordera que puede ser de minutos o de varias horas de duración; generalmente es unilateral y excepcionalmente bilateral.

En la hipoacusia neurosensorial súbita idiopática (HNSSI) se desconoce el mecanismo fisiopatológico exacto que produce la pérdida auditiva, lo cual limita la realización de un tratamiento específico efectivo. Se cree que las infecciones virales son la causa más frecuente, seguida por las rupturas de la membrana coclear y fenómenos vasculares. Se han observado cambios inducidos por virus, como

Tabla 1. Causas de Sordera Súbita

- a) **Infecciosas:**
  - Meningitis - Sífilis - Epstein-Barr
  - Micoplasma - Paramixovirus - VIH
  - Herpes virus - Rubéola - Parotiditis
  - Citomegalovirus - Parainfluenza A/B - Sarampión
- b) **Traumáticas:**
  - Fístula perilinfática.
  - Fractura del hueso temporal.
  - Enfermedad por descompresión (barotrauma).
  - Cirugía otológica.
  - Complicaciones quirúrgicas de otras cirugías.
- c) **Neoplásicas:**
  - Neurinomas del acústico.
  - Tumores del ángulo pontocerebeloso.
  - Leucemia.
  - Mieloma.
  - Metástasis del canal auditivo externo.
  - Carcinomatosis meníngea.
- d) **Inmunológicas:**
  - Enfermedad autoinmune del oído interno.
  - Arteritis temporal.

- Granulomatosis de Wegener.
- Síndrome de Cogan.
- Poliarteritis nodosa.
- Lupus eritematoso sistémico.

**e) Tóxicas:**

- Mordedura de ofidios.

**f) Ototóxicas:**

- Macrólidos.
- Aminoglucósidos.
- Cisplatino.
- Furosemida.
- Salicilatos.
- AINES (Antiinflamatorios no esteroideos)
- Interferón.

**g) Vasculares:**

- Alteraciones de la microcirculación.
- Insuficiencia vertebro-basilar.
- Esferocitosis.
- Vasoespasmo.
- Síndromes de hipercoagulabilidad.
- Anomalías de la arteria carótida.

**h) Neurológicas:**

- Esclerosis múltiple.
- Isquemias focales.
- Migraña.

**i) Metabólicas:**

- Hipocalcemia.
- Trastornos en el metabolismo del hierro.
- Diabetes mellitus.
- Insuficiencia renal.

**j) Otros factores:**

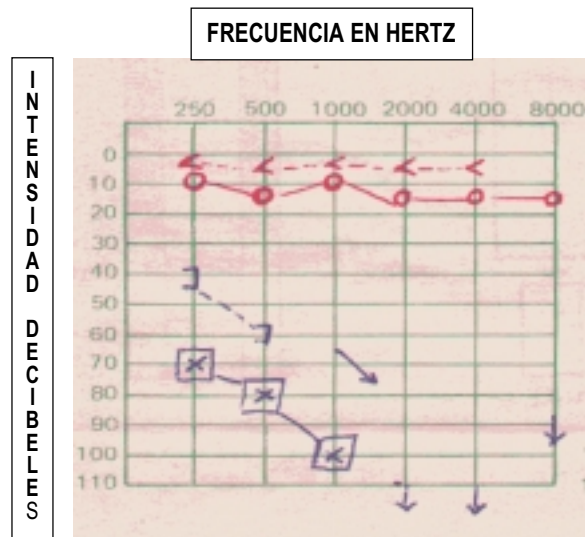
- Enfermedad de Menière.
- Neurosarcoidosis.
- Cirugía dental.
- Predisposición genética.
- Anestesia raquídea.
- Cirugía de la columna cervical.

**CUADRO CLÍNICO**

Es muy variable; aproximadamente 2/3 partes de los pacientes mejoran sin tratamiento alguno, especialmente aquellos con sordera leve o moderada.

Las pérdidas auditivas leves pueden pasar desapercibidas y, por lo tanto, el médico de urgencias debe estar alerta y sospecharlas en pacientes que consultan por acúfenos unilaterales, sensación de oído tapado o disminución súbita en la audición. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes se despiertan con el cuadro instaurado. En la mayoría de los casos la mejoría se observa en las dos primeras semanas.

Ante cualquier duda frente a una HNSSI, la única forma de confirmarla es mediante una audiometría. En la siguiente gráfica se observa una hipoacusia neurosensorial profunda del oído izquierdo.



**AYUDAS DIAGNÓSTICAS**

**Historia clínica y examen físico:** la historia clínica debe ser minuciosa y orientada al diagnóstico diferencial (Tabla 1), teniendo en cuenta:

- La circunstancia exacta y las características de la pérdida auditiva.

- Los antecedentes traumáticos, enfermedades asociadas y la exposición a sonidos intensos (trauma acústico).
- Episodios de tinitus, vértigo y presión auricular.

El examen físico en la mayoría de los casos es normal.

**Otoscopia:** descarta obstrucción del conducto auditivo externo, lesiones timpánicas y anomalías del oído medio. Tal obstrucción debe ser descartada mediante lavado del cerumen, que es la causa más frecuente de hipoacusia. Es importante anotar que en la HNSSI la otoscopia es completamente normal.

**Diapasones:** se utilizan principalmente los diapasones de 256 y 512 Hertz para realizar las pruebas de Weber y Rinne, las cuales se presentarían como: Weber, que lateraliza el mejor oído, y Rinne bilateral, hallazgos característicos de la hipoacusia neurosensorial.

**Voz:** enmascarando el oído sano mediante el ruido producido por una hoja de papel frotada contra el pabellón auricular y hablando en voz cuchicheada en el oído enfermo, se puede diagnosticar la HNSSI.

**Examen neurológico y de pares craneales:** especialmente útil si la sordera se asocia con vértigo. Se deben descartar síndromes vertiginosos centrales en los pacientes de la tercera edad con factores de riesgo, y descartar accidentes cerebrovasculares de la fosa posterior (territorio vertebrobasilar).

En el servicio de urgencias no se requieren otros exámenes paraclínicos, excepto en los casos en que se deban descartar otras causas de hipoacusia neurosensorial (Tabla 1) que requieran valoración urgente.

El otorrinolaringólogo determinará en cada caso específico qué batería de exámenes se requiere para el estudio completo del paciente.

## ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Se debe:

- Evitar la manipulación de los oídos.
- Evitar trauma acústico.
- Suspender cualquier medicamento ototóxico.
- La autoformulación y los tratamientos caseros.

## TRATAMIENTO INICIAL

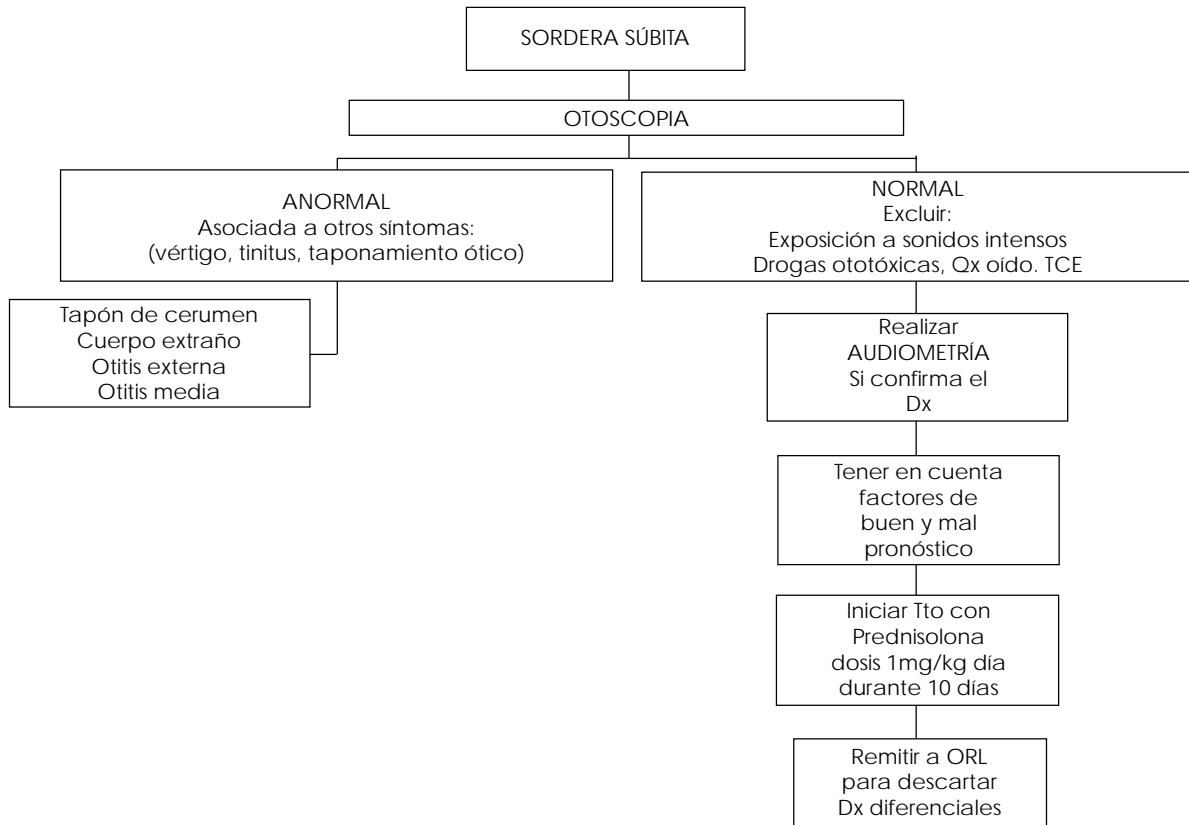
Cuando la causa ha sido identificada el tratamiento es específico. En los pacientes con HNSSI y debido a que no existe una etiología definitiva, se recomiendan los corticoesteroides de manera empírica; el uso de antivirales no ha demostrado su eficacia.

Se recomienda utilizar metil-prednisolona o prednisolona en dosis de 1 mg/kg/día por vía oral durante 10 a 14 días. Existe la posibilidad de su aplicación intratimpánica, la cual evita efectos sistémicos, en este caso el paciente debe estar en reposo durante las primeras 48 horas.

El vértigo es de manejo sintomático según protocolos establecidos.

La sordera neurosensorial súbita bilateral es muy rara y debe ser referida al especialista. En los casos en que no hay recuperación de la audición, se recomienda el tratamiento quirúrgico con implante coclear.

## FLUJOGRAMA



## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sordera súbita bilateral.
- Contraindicación en el uso de corticosteroides.
- Cuando la posible etiología sea de origen:
  - Traumático
  - Neoplásico
  - Inmunológico
  - Tóxico
  - Vascular
  - Neurológico
  - Metabólico

## PRONÓSTICO

Como se mencionó anteriormente, las 2/3 partes de los pacientes con HNSSI pueden

mejorar sin tratamiento. A continuación se describen algunos criterios.

### *Buen pronóstico:*

- Tratamiento y evaluación temprana (dentro las primeras 48 horas).
- Recuperación dentro de las primeras 2 semanas.
- No presenten vértigo ni tinnitus.
- Hipoacusia neurosensorial leve o moderada.

### *Mal pronóstico:*

- VSG aumentada.
- Sordera neurosensorial profunda (>90 decibeles).
- Bilateral.

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Cuando se encuentren pacientes con exposición a sonidos intensos (trauma acústico) y presencia de alguna enfermedad asociada, como las arriba enumeradas, se debe realizar tamizaje de la audición y hacer cumplir la legislación laboral existente en relación con protección auditiva.

La incidencia de sordera neurosensorial es de 3 por 1.000 nacimientos y, por lo tanto, se recomienda que todo recién nacido tenga una prueba de tamizaje auditivo, preferiblemente realizada con potenciales evocados auditivos automatizados y que a todo niño en edad escolar se le practique una audiometría anual hasta los 12 años.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Chandrasekhar S. Intratympanic dexamethasone for sudden sensorineural hearing loss. Clinical and laboratory evaluation. *Otol Neurotol* 2001; 22:18-23.
2. Gordon B, Michael A, Freedman D, et al. Sudden neurosensorial hearing loss. *Otolaryngol Clin N Am* 1996; 3:393-405.
3. Parnes L, Sun A, Freeman D. Corticosteroid pharmacokinetics in the inner ear fluids: An animal study followed by clinical application. *Laryngoscope* 1999; 109:1-14.
4. Stephen E, James S. Sensorineural hearing loss. *Ped Clin N Am* 1989; 36: 1501-1519.