

Valorar correctamente una hipoacusia aguda

María Pilar Pérez

Médico. Grupo INSAN Zaragoza

Marta Jordán Domingo Médico

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

Con el término de «hipoacusia aguda» se entiende la pérdida de audición de presentación súbita, en minutos o en horas. El paciente acude a la consulta angustiado y lo vive como una urgencia, requiriendo atención inmediata porque en efecto lo es. Se da en ambos sexos, siendo más frecuente en adultos, unilateral, de gran intensidad, y no suele haber antecedentes de enfermedad otológica. El paciente puede referir haber notado sólo una sensación de plenitud en el oído afectado y/o acúfenos, pero también puede asociar dolor, otorrea, otorragia y autofonía, y en un 50% de los casos inestabilidad y vértigo.

En todos los casos se deberá valorar si la hipoacusia es de transmisión, neurosensorial (de percepción) o mixta. En la primera se obstaculiza la onda sonora pero se conserva la vía ósea. La alteración se localiza en el oído externo y/o medio; puede deberse a obstrucciones por tapón de cerumen, cuerpos extraños, inflamación de partes blandas por otitis externas y otomicosis, barotraumas (descompresiones rápidas en aviación o submarinismo), perforaciones timpánicas e interrupciones o bloqueos de la cadena osicular. La hipoacusia neurosensorial es debida a la lesión del oído interno o del VIII par craneal, afectándose tanto la vía aérea como la ósea. La combinación de ambas origina hipoacusias mixtas.

Dentro de las neurosensoriales la causa más común es la de origen vascular; un vasoespasmo, una trombosis, una embolia y/o una hemorragia en los vasos del oído interno producen una anoxia local originándola. Los virus de la parotiditis, sarampión, influenza, rinovirus o adenovirus tipo I y III y del herpes zóster pueden originar una laberintitis o una neuronitis del VIII par. Una anamnesis adecuada reflejará el momento de presentación, la actividad que se estaba realizando, el tiempo de instauración y los síntomas y signos acompañantes, tanto locales como generales. Hay que recordar que la ausencia de clínica asociada no es sinónimo de cuadro leve, y por el contrario una hipoacusia producida por un tapón de cerumen puede acompañarse de un cuadro llamativo de inestabilidad. Una otoscopia determinará si la causa está local-

izada en el oído externo y/o medio (cerumen que ocluye totalmente el conducto auditivo externo) y si hay un hemotímpano (sospechar traumatismo y fractura del temporal), un tímpano eritematoso (en una otitis media aguda [OMA] o deprimido (otitis serosa) se debe realizar también una exploración vestibular (valorar nistagmo, Romberg, pruebas cerebelosas...).

Si el tímpano es normal, es imprescindible una acumetría (estudio de la función auditiva mediante el uso de diapasones). Es suficiente con un diapason de frecuencias graves (250 Hz) y otro de agudas (1.000 Hz). La prueba de Rinne compara la audición por vía aérea (colocar la rama del diapason vibrando cerca del pabellón auricular) y la audición por vía ósea (colocar el pie del diapason vibrando sobre el mastoideo); es Rinne positivo si el paciente oye mejor por el pabellón. La prueba de Weber compara la audición por vía ósea en los dos oídos simultáneamente. Se considera Weber indiferenciado si el sonido transmitido se oye por igual en ambos oídos y lateralizado cuando el sonido va a un oído. El pronóstico de esta urgencia dependerá de la intensidad y el tipo de pérdida auditiva (la pérdida en frecuencias graves tiene mejor pronóstico), del tiempo transcurrido y de la presencia de alteraciones vestibulares. La ausencia de mejoría en 3-4 días es un signo de mal pronóstico.

Si mediante la otoscopia se detecta que la hipoacusia es debida a un tapón de cerumen o un cuerpo extraño, procederemos a su extracción, pero se debe asegurar que la hipoacusia cede, ya que es posible la asociación de otra causa de este tipo de sordera. En caso de que la hipoacusia sea debida a una OMA, realizaremos tratamiento antibiótico. Si la otoscopia es normal con tímpano íntegro y la acumetría nos informa sobre una hipoacusia de transmisión (posible otitis media crónica, otosclerosis, etc.), la consulta al especialista de ORL, aunque obligada, puede ser diferida. Si por el contrario la hipoacusia es de tipo neurosensorial, debemos remitir al paciente al servicio de ORL hospitalario como una urgencia, para valoración y posible ingreso y tratamiento. ■

Bibliografía

Levine SC. Enfermedades del oído interno. En: Adams GL, Boies LR, Hilger PA, eds. Enfermedades de oído, vías nasales y laringe. México: Interamericana, 2012; 131-148.