



Hipoacusia Súbita

Año 2014 - Revisión: 0

Dra. Mariana Amador

Página 1 de 4

Definición

La hipoacusia súbita (HS) es una variante de hipoacusia neurosensorial (HNS) del orden de los 30 dB en 3 frecuencias contiguas (20 dB) surgida en el curso de 3 días o menos. Es en general unilateral, aunque en el 2% de los casos puede ser bilateral.

La prevalencia de HS se estima en 5 a 20 eventos cada 100 mil personas al año, con elevado subdiagnóstico atribuido a la recuperación espontánea. Corresponde al 1% de los casos de HNS. En comparación, la tasa de enfermedad de Ménière, neurinomas con compromiso otológico y carcinomas de cabeza y cuello se calcula en 15, 1 y 75 casos cada 100 mil personas al año, en ese orden.

Presentación y Etiología

Es una **emergencia otológica**. La probabilidad de recuperación disminuye en función del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, si bien no habría diferencias dentro de la primera semana.

La media de edad de presentación es entre los 45 y 50 años, con patrón similar entre los sexos. Se caracteriza por súbita pérdida de la audición, descrita en general "al despertarse" o "al salir de la ducha", con sensación de plenitud auricular. Se acompaña de acúfenos (70%) o vértigo (50%). La pérdida de la agudeza visual se describe en tonos de alta frecuencia (40%), baja frecuencia (25%), planos (15%), frecuencias medias (9%) y profundas (11%).

Entre las etiologías se destacan las causas vasculares, virales, inmunológicas, tumorales e idiopáticas.

| Diagnósticos Diferenciales |
|---|
| Cerumen Impactado |
| Enfermedad de Ménière |
| Enfermedades infecciosas: meningitis, laberintitis, sífilis, parotiditis, citomegalovirus |
| Autoinmunes: síndrome de Cogan, lupus eritematoso sistémico |
| Causas traumáticas |
| Neoplasias |
| Tóxicos (aminoglucósidos, etc.) |
| Vasculares |

| | | |
|---------------|--------------------------------|------------------|
| Copia N° : | Representante de la Dirección: | Fecha: |
| | <i>Revisó</i> | <i>Aprobó</i> |
| <i>Nombre</i> | Dr. Leonardo Gilardi | Dra. Inés Morend |
| <i>Firma</i> | | |
| <i>Fecha</i> | 20/08 | 04/09 |

Hipoacusia Súbita

Dra. M. Amador

Revisión: 0 – Año 2014

Página 2 de 4

Diagnóstico

- Examen Físico
- Otoscopía
- Acumetría
- Audiometría, logometría, timpanometría, impedanciometría
- Otoemisiones acústicas
- Potenciales evocados auditivos automatizados
- Imágenes:
 - En adultos: resonancia de encéfalo con gadolinio, con foco en ángulo pontocerebeloso y conducto auditivo interno
 - En niños: tomografía computada
- Laboratorio: hemograma, glucemia, ionograma, coagulograma, eritrosedimentación, pruebas para sífilis (VDRL, FTA-Abs),
 - Factor Reumatoideo
 - Perfil tiroideo
 - Perfil Lipídico
- Anticuerpos Anticocleares (prot 68 kD)

Tratamiento

Existen controversias que se originan en las tasas de recuperación espontánea (30% a 80%), los índices de recurrencia a pesar del tratamiento, la reducida incidencia de la HS, la falta de consulta de los individuos con recuperación espontánea, la demora en el diagnóstico y en el inicio de tratamiento y la escasez de estudios prospectivos, aleatorizados y controlados.

Los **corticoides** sistémicos (orales o intravenosos) o intratimpánicos constituyen el único tratamiento efectivo establecido por estudios prospectivos y aleatorizados, pese a que el mecanismo de acción en estos pacientes no ha sido especificado. Se requiere de terapia precoz. En un ensayo con 67 participantes, en el cual 33 sujetos recibieron corticoides (48 mg de metilprednisolona por 12 días y 16 mg de dexametasona por 10 días), se informó una tasa de respuesta de 78%, en comparación con el 32% en el grupo de control. En otro protocolo, se verificó una correlación con la audiometría tonal, ya que los individuos con alteraciones en niveles inferiores a los 40 dB o con una curva en “U” experimentaron un excelente pronóstico en forma independiente del tratamiento. En cambio, con umbrales por encima de 90 dB se comprobó un pronóstico desfavorable; la llamada “zona de efectividad de tratamiento” correspondía a las intensidades comprendidas entre 40 y 90 dB (38% de recuperación espontánea contra 78% con tratamiento).

Hipoacusia Súbita

Dra. M. Amador

Revisión: 0 – Año 2014

Página 3 de 4

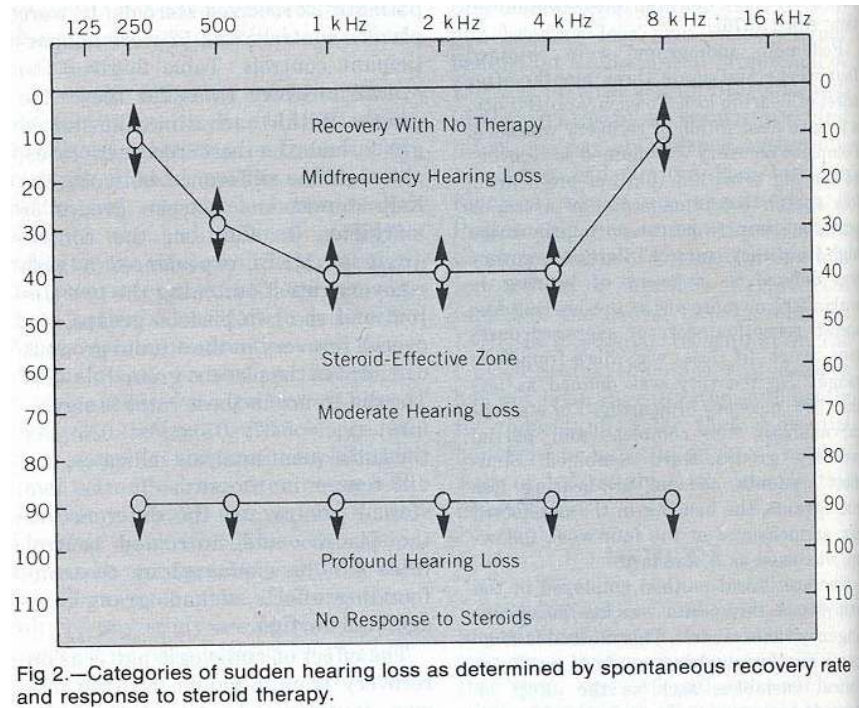


Fig 2.—Categories of sudden hearing loss as determined by spontaneous recovery rate and response to steroid therapy.

Se destaca que los **corticoides intratimpánicos** se asocian con ventajas como la mejor penetración en el oído interno y la menor incidencia de efectos adversos sistémicos. Las vías de administración comprenden la punción simple (con contrabertura o sin ella), el tubo de ventilación y el catéter a ventana redonda.

Entre otras alternativas de tratamiento con diverso grado de eficacia se citan el uso de magnesio, carbógeno, trombolíticos, anticoagulantes, antivirales, antioxidantes y cámara hiperbárica.

En la **emergencia**, se recomienda el abordaje mediante:

- Corticoides: meprednisona o prednisona, inicialmente en dosis elevadas (1 mg/kg), con dosificación decreciente en 3 a 4 semanas
- Protección gástrica asociada
- Eventualmente:
 - Vasoactivos (pentoxifilina 1200 mg/día)
 - Ansiolíticos

Hipoacusia Súbita

Dra. M. Amador

Revisión: 0 – Año 2014

Página 4 de 4

En estos pacientes, se recomienda la realización al momento del diagnóstico y a las 48 h, 7 días y 21 días de audiometría tonal, timpanometría e impedanciometría. Se indica en un principio la realización de pruebas de laboratorio y estudios por imágenes.

Aún deben estandarizarse en función de estudios de adecuado diseño metodológico los criterios de indicación y la dosis de tratamiento, así como los criterios de recuperación y los potenciales factores pronósticos.

Bibliografía

1. Simmons FB. Sudden idiopathic sensori-neural hearing loss: some observations. Laryngoscope. 1973;83(8):1221-7.
2. Chandrasekhar SS. Updates on methods to treat sudden hearing loss. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery 2003; 14(4):288–292
3. Huy PT, Sauvaget E. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss is not an otologic emergency. Otol Neurotol. 2005;26(5):896-902.
4. Mattox DE, Simmons FB. Natural history of sudden sensorineural hearing loss. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1977;86(4 Pt 1):463-80.
5. Rauch SD. Intratympanic steroids for sensorineural hearing loss. Otolaryngol Clin North Am. 2004;37(5):1061-74.