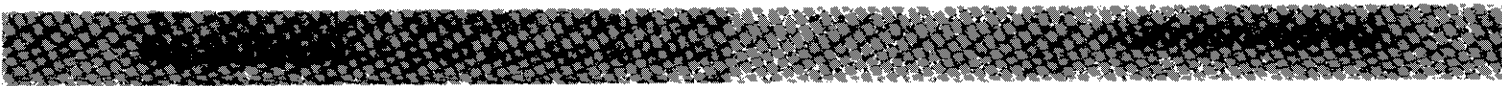


# 5

## SORDERA SUBITA NEUROSENSORIAL

### REVISION DEL TEMA

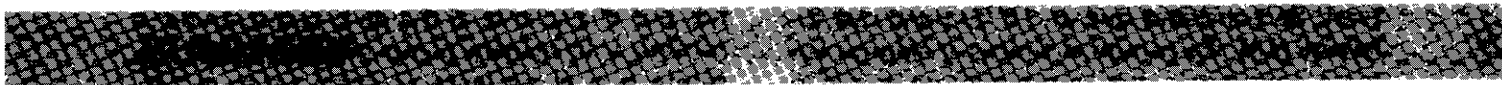
*\*Eliseo Echeverri Arismendi*



Se define la sordera súbita neurosensorial y se describe la sintomatología. Se hace un recuento del examen físico del paciente y se enumeran las pruebas de laboratorio que se deben ordenar.

Se hace énfasis en que para el diagnóstico es importante la historia clínica completa, destacando antecedentes de enfermedades, cirugías, ejercicios y hábitos del enfermo. En la etiología se describen como causas las teorías viral y la vascular. Se termina con un comentario sobre el manejo y evolución del enfermo y de los diferentes tratamientos a que han sido sometidos los pacientes.

**Palabras claves:** Sordera súbita



Neurosensory sudden deafness is defined and its symptomatology analyzed. Physical examination of this type of patients is systematized as well as the laboratory tests that must be ordered.

It is stressed that in order to achieve the proper diagnosis a complete clinical history is necessary making especial note of previous diseases, surgeries and personal habits of the patient.

In relation with etiology of this condition virus and vascular factors are mentioned as possible explanations. A final comment is made as to the evolution and management of these patients and with different therapeutic approaches.

**Key words:** Sudden deafness

---

\* Profesor de Otorrinolaringología Facultad de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.  
Separatas: Dr. Eliseo Echeverri, Apartado Aéreo 1178 Medellín - Colombia. S. A.

**DEFINICION:**

Es un síntoma que acusa el paciente y que lo afecta en su sentido de la audición comprometiendo uno o los dos oídos en forma fulminante o instantánea, o puede establecerse durante un lapso de tiempo que varía de minutos a varias horas de un día (1-14). La merma de la audición varía de leve, sólo compromiso de algunas frecuencias, a total; puede ser unilateral o bilateral. (1-13-14).

La sordera súbita es una verdadera tragedia para el paciente (1) y es un enigma para el médico; no un síntoma si nó un síndrome que lo coloca en una posición frustrante, debido a su incapacidad para establecer un diagnóstico etiológico cierto en la gran mayoría de las veces y su ignorancia lo lleva a usar la palabra idiopática para referirse a su origen. (13).

**SINTOMATOLOGIA**

El cuadro de la sordera súbita aparece con frecuencia después de un esfuerzo físico, de un cambio brusco de presión barométrica o de un trastorno emocional frustrante en personas hiperactivas y perfeccionistas. Se le ha relacionado con dolencias psíquicas. (4) y la sordera se presenta cuando el estrés o las presiones del medio ambiente se le hacen excesivas.

El síntoma sordera va asociado la mayoría de las veces a otras quejas; por lo general es unilateral. Se considera que un 15<sup>o</sup>/o puede ser bilateral (14). Es común el tinitus y algunos autores consideran que se presenta en el 70<sup>o</sup>/o de los casos (1-3); el vértigo o ligera desorientación espacial en el 50<sup>o</sup>/o de los enfermos (3). Sensación de llenura o plenitud en el oído es común (14).

**EXAMEN**

Son pocos los hallazgos positivos al examen físico otorrinolaringológico y neurológico completos. Se debe tener en cuenta además la toma de la presión arterial, de la temperatura, hallazgos en los fondos de los ojos, practicar pruebas funcionales auditivas; diapasones, audiometría tonal, logaudiometría, pruebas de

reclutamiento, prueba de fatiga, caída del tono, reflejo del músculo del estribo y su fatiga; audiometría del tallo cerebral y electrococleografía si son factibles. El examen vestibular en sus hallazgos espontáneos, posicionales, pruebas calóricas, pruebas para investigar la presencia de fístula perilaberíntica y electronistagmografía son esenciales. Los estudios radiológicos que muestren claramente el conducto auditivo interno y si es posible tomografías del conducto y del ángulo ponto cerebeloso; escanografías en algunos casos.

**PRUEBAS DE LABORATORIO**

Se enumeran las que se pueden y se deben ordenar en enfermos que las pueden obtener; hemograma completo, sedimentación, recuento de plaquetas, pruebas para sífilis F.T.A. ó M.H.A. - P.T., glicemia, colesterol y triglicéridos, pruebas funcionales tiroideas (T3 - T4 - índice de tiroxina libre) función renal, pruebas de coagulación, tiempo de consumo de protrombina, tiempo parcial de consumo de tromboplastina, tiempo de formación del coágulo, punción para estudio de líquido cefalorraquídeo, cultivos y estudios de virus según la historia, electrocardiogramas, etc. (1-2-8-13-14).

**DIAGNOSTICO**

Es absolutamente necesario tener una historia clínica completa y las actividades desarrolladas por el paciente el día de la aparición de la sordera y la manera como se presentó (si fue súbita o si el paciente se sintió sordo al despertar), tener en cuenta ejercicios o maniobras que aumentan la presión del líquido cefalorraquídeo o de la presión intratimpánica por cambios barométricos, como los vuelos, el buceo, accesos de tos, estornudos, ejercicios fuertes como las maratones, carreras, saltos, etc. (14) Además, los antecedentes familiares relacionados con alteraciones metabólicas o auditivas, antecedentes personales quirúrgicos (otosclerosis, tumores cerebrales, etc.), eventos desencadenantes como traumas de la cabeza o trauma acústico. Uso de drogas por hábito o prescritas por el médico y que pueden provocar la sordera como los anticonceptivos, el

consumo del alcohol, tabaco, antiblásticos, venenos de serpientes, aminoglicósidos, hipotensores que pueden causar una caída brusca de la presión arterial; infecciones tales como meningitis, encefalitis, anemia falciforme, enfermedad de Menière, embolia grasosa, enfermedades virales, (sarampión, papera, mononucleosis, hepatitis, fiebre amarilla, rociola, varicela, herpes, poliomiélitis, influenza, etc.) laberintitis bacterianas, esclerosis múltiple, leucemia, policitemia vera, hiperviscosidad e hipercoagulación, macroglobulinemia, hiperlipemia, hipertensión, arterioesclerosis, espasmos vasculares, sífilis, diabetes, alergia, choque por suero. (5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14). Otras causas que se deben tener en cuenta son las anomalías del conducto endolinfático, ruptura de la membrana de Reissner, o de las membranas que cubren la ventana oval y redonda; los tumores del acústico o del ángulo ponto-cerebeloso, metástasis, aneurisma de la arteria cerebelosa antero-inferior, otoesclerosis, embarazo, embolismo pulmonar, enfermedades del colágeno, etc. Jaffe ha descrito más de cien causas (6). Se deben tener en cuenta además las causas predisponentes como la diabetes, hiperlipidemia, policitemia, hipercoagulación, cirugías previas, disfunción tiroidea, etc.

El diagnóstico diferencial de otras sorderas neurosensoriales se establece por lo rápido de su aparición.

### **ETIOLOGIA**

El daño podrá ser coclear, retrococlear o en la vía auditiva central. Habrá causas de fácil determinación como los traumatismos, el síndrome de Cogan, el síndrome de Rodan (Queratitis o iritis y afección cocleovestibular). Pero en la gran mayoría de los enfermos la causa no es clara y conforma un grupo que se ha llamado Idiopático y para explicar su sordera apelamos a dos teorías: una, la laberintitis viral o ganglionitis (7) y la otra, insuficiencia sanguínea bien sea por espasmo o por oclusión vascular (1).

### **Teoría Viral**

Son varios los virus a los cuales se les responsabiliza como agentes causales de la sordera

súbita; entre estos tenemos: el de la papera, el del sarampión, el del herpes zoster, el de la mononucleosis infecciosa, el adenovirus tipo 111, causante común de afecciones respiratorias altas que con frecuencia se encuentran en los pacientes que sufren sordera súbita neurosensorial.

El virus puede provocar estasis en el flujo sanguíneo de varias maneras: por daño directo en la pared vascular, lo que desencadena aglutinación de las plaquetas; por lisis de plaquetas lo que produce serotonina que acarrea vasoconstricción localizada; o por edema del endotelio que estrecha la luz vascular y favorece la estasis (6).

Los estudios serológicos de virus no han sido concluyentes para demostrar que ellos sean los causantes etiológicos de la sordera, sin embargo la presunción de que sean los responsables es ampliamente aceptada por todos los autores.

### **Teoría Vascular**

Es frecuente encontrar en los pacientes que presentan sordera súbita, desórdenes vasculares y sanguíneos como tromboangeitis ocluyente, macroglobulinemia, leucemia, enfermedades caracterizadas por hiperviscosidad e hipercoagulación; a estas causas se suma la estasis e insuficiencia de la circulación sanguínea provocada por vasoespasmo u oclusión vascular, agravada por el amontonamiento de los eritrocitos, lo que facilita la aparición de la sordera súbita idiopática.

La isquemia es una teoría atractiva para explicar la sordera, pero hay hechos que la ponen en duda, como es la recuperación total en más del 50% de los enfermos y se sabe que la oclusión de la arteria nutricia de la cóclea durante sólo 60 segundos, causa anoxia con daños irreversibles; también es difícil de explicar que las frecuencias graves sean respetadas y se comprometan las altas y medias, siendo una misma arteria la que nutre todas las espiras donde asienta el órgano de Corti. Además la sordera súbita idiopática es común en jóvenes sin evidencia de daños vasculares (1).

## MANEJO Y EVOLUCION DEL ENFERMO

Es necesario tener presente que existen maniobras y exámenes que pueden causar más daños que beneficios al paciente, tales como la maniobra de Valsalva, sonarse incorrectamente, ejercicios fuertes, volar, subir alturas, pruebas para investigar la presencia de fístula laberíntica, irrigación calórica, timpanogramas y algunas pruebas supraliminales que se aconseja efectuarlas después de un tiempo prudencial; una semana es lo aceptado por la mayoría de los autores. La experiencia que se tiene es poca, porque son escasos los enfermos que puede atender un médico en el transcurso de su vida profesional. Las miringotomías o timpanotomías exploratorias sólo se practicarán en casos muy especiales (13-14).

La evolución de las sorderas súbitas neurosensoriales son favorables en un 65<sup>o</sup>/o de los enfermos; de éstos, se recuperan en el transcurso de la primera semana la mitad y la mayoría de ellos sin visitar al médico; la otra mitad se recupera en las tres semanas siguientes, pero queda un 35<sup>o</sup>/o de pacientes en los cuales la recuperación es parcial o persiste la sordera en forma permanente y total, lo que ocurre en sólo pocos enfermos (13).

Es importante controlar la audición de los pacientes y si se nota que la merma se acentúa, debe sospecharse la presencia de una fístula laberíntica que puede llegar a existir en un 15<sup>o</sup>/o de los enfermos (14).

En los estudios audiométricos, la merma en las frecuencias graves se encuentra en enfermos que evolucionan bien, 80<sup>o</sup>/o se recuperan; en cambio la caída de los tonos agudos va ligada a mal pronóstico y se acompaña de lesión de la espira basal del caracol (1). La electrocolegografía es útil también para establecer el pronóstico (8). Vértigo severo y una eritrosedimentación alta (30 mm o más en la primera hora), se encuentra en pacientes cuya recuperación es muy poca.

## TRATAMIENTO

La ilusión de que un rápido tratamiento mejora la evolución de la sordera no tiene validez y

la gran mayoría de los pacientes que se recuperan en la primera semana lo hacen sin tratamiento, pues no acuden al médico. No hay respuesta exacta referente a cual tratamiento es mejor (12) porque es básico conocer la causa o causas desencadenantes y predisponentes de la sordera en cada paciente para así poder tratar adecuadamente al enfermo. Es importante saber si un paciente con sordera súbita neurosensorial sufre de trastornos en su metabolismo tiroideo, en su coagulación, es diabético o padece de una hiperlipemia, etc. El uso de drogas se hace en forma empírica y se deben siempre tener presentes los riesgos de un tratamiento cualquiera que éste sea.

Es necesario tener evidencia objetiva para aconsejar o refutar el uso de cualquier medicación; si no existe ésta, el tratamiento que se indique será subjetivo y servirá de placebo y de consuelo al enfermo quien se sentirá bien atendido.

Ningún régimen o tratamiento ha logrado demostrar ser mejor, en cuanto a recuperación de una sordera, que la forma de hacerlo la propia naturaleza. Se trata de un síntoma y no de una enfermedad y mientras no se conozca la causa, todo tratamiento será especulativo.

Se aconsejan varias maneras de tratar a los enfermos con sordera súbita, pero todos están de acuerdo con el reposo en cama de tres a ocho días, evitar ejercicios físicos y el uso de tabaco o de alcohol, dieta baja en sodio, alejar al paciente de situaciones hostiles y de responsabilidad, descanso y elevar la cabeza en la cama unos 30 grados.

Antes de prescribir cualquier droga se debe tener presente que si las células y fibras nerviosas se han degenerado no podrá ningún tratamiento restaurarlas.

Cuando se prescriben drogas es necesario conocer sus acciones y evitar formular drogas antagónicas (12); hay drogas que tienen una acción bien definida y para la obstrucción vascular se usan los anticoagulantes tipo heparina, dextrano, coumadin (1-3); para eliminar

## SORDERA SUBITA NEUROSENSORIAL

el espasmo y provocar vasodilatación se usan el ácido nicotínico, la papaverina, el carbogen, el hypaque (11), la atropina, nyldrin, la procaína inyectada venosa en la arteria temporal o el Ganglio Estelar (4-14).

Cuando es la inflamación secundaria a una infección viral, la que se sospecha como causa de la sordera, se usan agentes anti-inflamatorios como el A.C.T.H. parenteral, prednisolona a dosis inicial que fluctúa entre 60 y 40 mgs. para luego disminuir su dosis en forma gradual, (2-10-15). Si es el factor alérgico el que predomina como agente causal, se pres-

criben además de los corticoides, anti-histamínicos como la Difenhidramina o drogas que posean múltiples acciones entre ellas algunas no bien conocidas, como es la histamina usada por vía parenteral y cuyo resultado ha sido considerado nulo por algunos (13). Se han usado otras drogas como las vitaminas B y C, diuréticos, dieta hiposódica, etc. en forma empírica.

Si la causa que se sospecha es la ruptura de las membranas que cubren las ventanas oval o redonda, la cirugía será el único tratamiento indicado.

1. Anderson R.G, Meyerhoff W.L. Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Otol Clin N. AM.* 1983. 16: 189-195.
2. Byl F.M. Sudden Hearing Loss Research Clinic. *Otol Clin N. AM.* 1978. 11: 71 - 79.
3. Cormick J. Holland W. Brauer R, and Holleman I. Sudden Hearing Loss Due To Diving and Its Prevention with Heparin. *Otol Clin N. AM.* 1975. 8: 417-429.
4. Davis H. Silverman S. R. Audición y Sordera. La Prensa Médica Mejicana. 1971;126 - 127.
5. Gussen R. Sudden Hearing Loss Associated with Cochlear Membrane Rupture. Two Human Temporal Bone Reports. *Arch Otolaryngol*-1981. 107: 598 - 600.
6. Jaffe B. Hipercoagulation and other causes of Sudden Hearing Loss. *Otol Clin N. AM.* 1975. 8: 395 - 403.
7. Jaffe B. Viral Causes of Sudden Inner Ear Deafness. *Otol Clin N. AM.* 1978. 11: 63-69.
8. Nishida H., Humagani H. Electro-Cochleographic Study Deafness. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1978. 87: 571-578.
9. Orchik D.J., Dun J., Tex D. Sickle Cell Anemia And Sudden Deafness, *Arch Otolaryngol.* 1977. 103: 369-370.
10. Schiff M. Hormones and Sudden Deafness. *Laryngoscope.* 1974. 1959-1981.
11. Shea J. Emmett J. and Harrell M. Evolution of Diatrizoate Meglumine (Hypaque) in Treatment of Sudden Hearing Loss. *Laryngoscope.* 1977. 87: 1809-1814.
12. Siegel. L. The Treatment of Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Otol Clin N. AM.* 1975. 8:467-473.
13. Simmons F.B. Sudden Sensorineural Hearing Loss. In *English G.M. Otolaryngology.* 1977. Vol. 1 Chap 34: 1-8. Philadelphia, Harper and Row.
14. Tato JM. Sordera Súbita. *Anales de los Congresos de Otorrinolaringología.* 1975. Bogotá, Colombia: 33-39.
15. Wilson W. Byl F.M. and Laird N. Efficacy of Steroids in Treatment of Idiopathic Sudden Hearing Loss. Double Clinical Study. *Arch. Otolaryngol.* 1980. 106: 772 - 776.