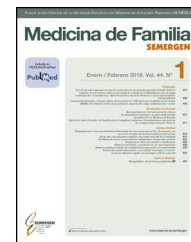




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Sordera súbita idiopática. Entidad poco conocida en atención primaria



Idiopathic sudden deafness. A poorly known entity in primary care

M. Rodríguez-Rodríguez^{a,*}, M.V. Rodríguez-Rosell^b y J. Rodríguez-Asensio^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vega-La Camocha, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Jarrío, Jarrío, Asturias, España

La sordera súbita se define como una pérdida auditiva neurosensorial superior a 30 dB en 3 o más frecuencias consecutivas, y que se produce en un tiempo de instauración inferior a las 72 h^{1,2}. Se estima una incidencia entre 2 y 20/100.000 habitantes/año^{1,2}. El 90% de los pacientes presentan acúfenos y entre un 20 y un 60% vértigo, siendo este un claro factor de peor pronóstico^{1,2}. La bilateralidad es infrecuente (3% de los casos). Puede llegar a ser la primera manifestación de diferentes entidades patológicas: otológicas, neurológicas, infecciosas como la enfermedad de Lyme³, o encajar en el concepto de sordera súbita idiopática (SSI).

El médico de atención primaria juega un papel fundamental, no solamente en el diagnóstico sino también en el pronóstico de estos pacientes, ya que un diagnóstico precoz hará que se instaure el tratamiento cuanto antes, siendo las posibilidades de recuperación auditiva mucho mayores que cuando el tratamiento se comienza varias semanas después de iniciado el cuadro^{1,2,4}. Cuando un paciente acude a su centro de salud aquejando una pérdida brusca de audición de un oído, lo primero que se piensa es en un tapón de cerumen y afortunadamente será así en la mayoría de los casos, pero no en todos. El médico de atención

primaria debe ser plenamente consciente de esto y conocer otras entidades que podrían causar estos síntomas, como la que nos ocupa. El tapón de cerumen y otras causas transmisivas se descartarán realizando una otoscopia. Si la otoscopia es normal será fundamental el uso de los diapasones para descartar hipoacusia de transmisión. Si desde atención primaria se confirma sordera de percepción, deberá ser remitido con carácter urgente al servicio de otorrinolaringología (ORL) para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento oportuno. Estamos hablando de una urgencia otológica. En el servicio de ORL se descartará una causa identificable de sordera súbita realizando las pruebas audiométricas oportunas y se instaurará de forma precoz corticoterapia oral o intratimpánica. La corticoterapia oral se realizará durante 25 días, en pauta descendente. La demora en el inicio del tratamiento médico es un factor que ensombrece mucho el pronóstico, disminuyendo considerablemente las posibilidades de recuperación auditiva.

Entre las pruebas complementarias a realizar, se recomienda resonancia magnética cerebral, siendo aconsejable realizarla en los primeros 15 días después del diagnóstico⁵ para descartar algunas entidades patológicas como tumores del ángulo pontocerebeloso, enfermedades neurodegenerativas y accidentes cerebrovasculares o demostrar cambios en la composición de los líquidos laberínticos. Asimismo hay que realizar pruebas analíticas para descartar causa hematólogica, infecciosa, metabólica o autoinmune. Si el área

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.rodrigz2@gmail.com
(M. Rodríguez-Rodríguez).

geográfica es endémica, se debe descartar enfermedad de Lyme¹⁻⁴.

Casos clínicos

Realizado un estudio de los casos atendidos en nuestro hospital en los últimos años, es estadísticamente coincidente con otros autores^{1,2}, tanto en número de pacientes como en la tardanza diagnóstica, ya que más de la mitad de los casos acuden a la consulta de ORL pasadas varias semanas, bien porque los pacientes acuden al centro salud de atención primaria pasados varios días desde el inicio del cuadro o porque desde el centro de salud no se le da la importancia necesaria para remitirlo con carácter urgente.

Presentamos una serie de casos clínicos vistos en el último año:

Caso 1: mujer de 59 años que acude a consulta de ORL presentando pérdida auditiva bilateral de meses de evolución, que en las últimas semanas se acentúa llamativamente y se acompaña de acúfenos y vértigo. En las pruebas audiométricas se constata hipoacusia perceptiva bilateral severa. La RMN normal. Analítica: serología Lyme positiva (IgG e IgM positivas, Inmunoblot *Borrelia burgdorferi* positivo). La paciente confirma picadura de garrapatas tiempo atrás. Diagnosticamos enfermedad de Lyme y pautamos tratamiento con doxiciclina, mejorando clínicamente y desapareciendo los mareos, aunque persiste la hipoacusia que solucionó con adaptación protésica.

Caso 2: varón de 65 años, diabetes tipo II a tratamiento con ADO, remitido a nuestra consulta por presentar un cuadro de hipoacusia súbita del oído izquierdo (OI). Se confirma hipoacusia perceptiva severa del OI. Se le solicitan las pruebas complementarias y se instaura corticoterapia oral, advirtiendo al paciente realizar mayor control de su glucemia (tanto por la ingestión de glucosa como realizando ejercicio moderado). Acude 48 h después de iniciado el tratamiento desanimado por su pérdida auditiva y por el aumento de la glucemia. Se le indica la conveniencia de continuar con el tratamiento, insistiendo en la realización del ejercicio moderado. Una semana después persiste la hipoacusia y presenta cifras de glucemia aceptables. La RMN normal. A las 2 semanas se comprueba ganancia auditiva, y al mes la ganancia auditiva es total.

Caso 3: varón de 47 años que de forma repentina comienza con un cuadro de pérdida total de audición del OI acompañado de vértigo. Acude a su médico de atención primaria quien le diagnostica de vértigo periférico y le pauta tratamiento con sulpirida. A los 10 días de iniciado el proceso acude a urgencias del hospital desde donde se le deriva al servicio de ORL y se confirma la hipoacusia neurosensorial. Se le inicia tratamiento con corticoterapia oral según protocolo. La RMN y analítica normal. Al no objetivar ganancia auditiva se le pautaron 3 dosis de corticoterapia intratimpánica. El paciente no ha recuperado la audición.

Caso 4: mujer de 52 años remitida por episodio de sordera súbita del OI. Antecedentes personales: cardiopatía congénita. Se comprueba el carácter neurosensorial de la hipoacusia súbita del OI. Se instaura corticoterapia según protocolo. La RMN y las pruebas analíticas normales. Sin recuperación auditiva la paciente optó por la adaptación protésica.

Caso 5: mujer de 72 años. A.P: cofosis del OI desde la infancia, posparotiditis. La paciente se defendía con la audición del oído derecho (OD) hasta que de forma súbita presenta un cuadro de hipoacusia de dicho OD acompañado de vértigo. En atención primaria se le pauta tratamiento para el vértigo. Remitida a la consulta de ORL a los 15 días de iniciado el cuadro clínico, se constata la cofosis del OI y una hipoacusia perceptiva severa del OD (70 dB). Diagnosticada de sordera súbita del OD se instaura tratamiento con corticoterapia oral. La RMN y la analítica normal. A la semana de iniciado el cuadro clínico disminuye el componente vertiginoso, pero sin recuperación auditiva. A los 2 meses comienza a presentar una mejoría clínica y se constata una importante ganancia auditiva.

Discusión

A pesar de ser una urgencia otológica, creemos que la SSI continua siendo una entidad bastante desconocida en atención primaria, ya que una gran cantidad de pacientes llegan a la consulta de ORL pasadas varias semanas, a veces meses, desde el inicio del cuadro clínico, siendo la tardanza en el inicio del tratamiento un factor que ensombrece el pronóstico significativamente⁶. Antes de etiquetar el proceso como idiopático hay que descartar causas que provocan sordera súbita por afectación coclear o retrococlear. Entre las enfermedades que pueden provocar afectación coclear encontramos enfermedades inflamatorias (virus, bacterias, espiroquetas), traumáticas, vasculares, hematólogicas, enfermedades autoinmunes (Cogan, esclerodermia, sarcoidosis, vasculitis), *hydrops* endolinfático (Ménière), enfermedades metabólicas (diabetes), enfermedades óseas de la cápsula ótica (mieloma, histiocitosis X, metástasis) y ototoxicidad. Y las causas más frecuentes que pueden provocar sordera súbita por enfermedad retrococlear, serían meningitis, esclerosis múltiple, ELA y enfermedad del ángulo pontocerebeloso como el neurinoma del acústico. El papel de la atención primaria es fundamental en esta entidad clínica, y es donde debe realizarse un primer diagnóstico diferencial. Una correcta anamnesis y una exploración otoscópica nos aportarán la información necesaria que se completará con una acumetría. Si se confirma hipoacusia perceptiva o se tienen dudas, se remitirá al servicio de ORL con carácter urgente. En algunos protocolos se establece que se remita al paciente y se le aplique una primera dosis de corticoides⁴, pero esto último es discutible ya que las pruebas audiológicas se deberían realizar siempre antes de iniciar el tratamiento^{1,2}.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Plaza G, Durio E, Harráiz C, Rivera T, Garcia-Berrocal JR. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2011;62:144-57.

2. Herrera M, Garcia-Berrocal JR, Garcia Arumi A, Lavilla MJ, Plaza G. Actualización del consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita idiopática. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2018.04.010>.
3. Espiney Amaro C, Montalvão P, Huins C, Saraiva J. Lyme disease: Sudden hearing loss as the sole presentation. *J Laryngol Otol.* 2015;26:1–4.
4. Muñoz-Proto F, Carnevale N, Bejarano-Panadés N, Ferrá-de la Cierva L, Mas-Mercant S, Sarria-Echegaray P. Manejo de hipoacusia neurosensorial súbita en atención primaria. *Semer-gen.* 2014;40:149–54.
5. Conte G, di Berardino F, Sina C, Zanetti D, Scola E, Gavagna C, et al. MR imaging in sudden sensorineural hearing loss. Time to talk. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2017;38:1475–9.
6. Stachler RJ, Chandraskhar SS, Archer SM, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Barrs DM, et al. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: Sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146 Suppl 3:S1–35.