

CARTAS AL EDITOR

Se invita a los lectores a enviar cartas al Editor, con comentarios, preguntas o críticas sobre artículos que hayan sido publicados en la Revista y a las que los autores aludidos puedan responder. También serán bienvenidos los comentarios sobre problemas de actualidad biomédica, clínica, de salud pública, de ética y de educación médica. Podrá aceptarse la comunicación preliminar de datos parciales de una investigación en marcha, que no haya sido publicada ni sometida a publicación en otra revista. La extensión máxima aceptable es de 1.000 palabras, con un máximo de 6 referencias bibliográficas (incluyendo el artículo que la motivó) y 1 Tabla o Figura. Se recomienda adjuntar una copia idéntica para PC, en diskette de 3,5", un espaciado a 1,5 líneas, tamaño de letra 12 pt y justificada a la izquierda. Las cartas que se acepten podrán ser acortadas y modificadas formalmente, por los Editores.

Valoración y conducta ante la sordera súbita vista desde un Servicio de Urgencia

*Check up and behaviour
to be followed on sudden deafness
in Emergency Services*

Sr. Editor: En la práctica otorrinolaringológica la disminución aguda del umbral auditivo, parcial o total, continúa siendo objeto de preocupación y estudio en la comunidad médica.

La pérdida parcial o total de la función de un órgano sensorial no tiene la misma repercusión en los enfermos. Por ejemplo, se le suele dar más importancia a la disminución aguda de la agudeza visual que a la auditiva y de hecho los enfermos acuden más rápidamente por un problema visual que uno auditivo. No obstante, las campañas informativas y el aumento del nivel cultural de la población hacen que tanto los médicos como los pacientes estén más sensibilizados ante la alteración súbita de la función auditiva y actúen en consecuencia. La sordera súbita (SS) es una urgencia otológica caracterizada por la aparición de hipoacusia neurosensorial súbita (HNS) de al

menos 30 db en tres frecuencias audiométricas contiguas, en un periodo no mayor de tres días. La incidencia se aproxima a unos 10 casos nuevos por cada 100.000 habitantes al año. Afecta por igual a ambos sexos y la mayoría suelen ocurrir en la 5ª década de la vida, incrementando proporcionalmente con la edad. Usualmente es unilateral, aunque puede ser bilateral. Ambos oídos son igualmente vulnerables. Puede existir desfase temporal de semanas o meses en un lado y otro^{1,2}.

El primer contacto que tiene el paciente es con el médico generalista o internista en los Servicios de Urgencias de Centros de Salud, Hospitales y Clínicas. Aquí es donde se tiene que sospechar el diagnóstico.

La mayoría de los autores coinciden en que se logra mayor porcentaje de recuperación cuanto más precoz se realiza el diagnóstico.

Existen varias hipótesis que tratan de explicarla, entre ellas las causas traumática, infecciosa (viral), tumoral, inmunológica, vascular y tóxica. Hay un grupo de casos que inevitablemente quedan catalogados como de causa idiopática.

La causa autoinmune fue descrita por primera vez en 1979 por McCabe. Hoy, con los progresos en el campo inmunológico, se ha podido profundizar el estudio de los trastornos inmunes que afectan al oído interno. Numerosas publicaciones relacionan la SS con la colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, síndrome de Cogan, lupus eritematoso, policondritis recidivante, panarteritis nudosa, granulomatosis de Wegener, etc. La mayoría de estos pacientes tienen afectación de ambos oídos, aunque no sea simultánea.

En la SS autoinmune es necesario hallar signos de evidencia de una respuesta mediada por células B, ya sea producción de linfoquinas, transformación linfocitaria, hipersensibilidad retardada contra anticuerpos del laberinto anterior y posterior. Se sabe que el saco endolinfático actúa como órgano inmunológico del oído interno, ya que concentra y produce anticuerpos (IgE, IgA, IgM)³.

El daño traumático o compresivo tumoral que afecte directamente el órgano de Corti o su vascularización causa un menor número de casos.

La forma de presentación puede ser la pérdida gradual de la audición, en pocos minutos u horas, pueden describir breves periodos de fluctuación de la audición hasta que se estabiliza la pérdida o

simplemente notar la cofosis. Muchos enfermos lo notan al despertarse, otros lo descubren con el uso del teléfono. La presencia de vértigo o acúfenos ensombrece el pronóstico y hace sospechar una mala evolución⁴.

Aproximadamente 65% de los enfermos se recuperan espontáneamente, 70% suelen presentar tinnitus y 50% vértigo. Una vez descartadas las causas más frecuentes de disminución del umbral auditivo, como son la ceruminosis, otitis externa, otitis media y la disfunción tubárica y/o tubaritis hay que pensar que estamos frente a una SS. El enfermo debe ponerse en manos del especialista en otorrinolaringología⁵.

Es de extraordinaria ayuda que se le de prioridad a los enfermos que aquejan disminución parcial o total del umbral auditivo de carácter súbito. La sospecha por parte del médico de Urgencias es primordial para orientar adecuadamente al paciente. El diagnóstico precoz es fundamental para preservar la función coclear (primeras 72 h). Se han ensayado múltiples terapéuticas para el manejo de la SS, pero los esteroides han demostrado mayor eficacia⁶.

Alina M^a García de H.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de Fuerteventura.

Carretera al Aeropuerto Km 1. Puerto del Rosario, Fuerteventura, Islas Canarias.

España CP 35600. E-mail: aliadal@terra.es

REFERENCIAS

1. KOC A, SANISOGLU O. Sudden sensorineural hearing loss: literature survey on recent studies. *J Otolaryngol* 2003; 32: 308-13.
2. MATTOX DE, SIMMONS FB. Natural history of sudden sensorineural hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1977; 86: 463-80.
3. BERROCAL JR, RAMÍREZ-CAMACHO R. Sudden sensorineural hearing loss: supporting the immunologic theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002; 111: 989-97.
4. RASKE-ANDERSON H, STAHL J. Immunodefense of the inner ear? Lymphocyte-macrophage interaction in the endolymphatic sac. *Acta Otolaryngol* 1980; 89: 283.
5. ZIAVRA N, KASTANIOUDAKIS I, TRIKALINOS TA, SKEVAS A, IOANNIDIS JP. Diagnosis of sensorineural hearing loss with neural networks versus logistic regression modeling of distortion product otoacoustic emissions. *Audiol Neurootol* 2004; 9: 81-7.
6. BAUIAT B, DE MINTEGUIAGA C, LECANU JB, HERMAN P, TRAN BA HUY P. Is sudden sensorineural hearing loss a therapeutic emergency? Early results in a prospective cohort of 136 patients. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002; 119: 3-11.