

## 387/60 - NO TODA HIPOACUSIA ES UN TAPÓN

A. Santos Lastra<sup>1</sup>, M. Castillo Iglesias<sup>2</sup>, G. Durán Román<sup>2</sup>, I. Ostolaza Tazón<sup>3</sup>, N. Puente Ruiz<sup>4</sup>, J. Ortiz de Salido Menchaca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años sin antecedentes médicos de interés que acude por cuadro de pérdida de la audición de manera súbita en el oído derecho desde hace 6 días, sin cuadro cataras previo o acompañante. Acudió a su Centro de Salud hace 2 días, donde se inició tratamiento con Synalotic (5 gotas cada 8 horas), sin mejoría aparente. Niega fiebre, otorrea, otalgia, acúfenos, vértigo o cualquier otro síntoma asociado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ta: 36,3 °C; TA 121/70 mmHg; FC 72 lpm. Otoscopia izquierda: compatible con la normalidad. Otoscopia derecha: signo de trago negativo, CAE mínimamente hiperémico. Tímpano íntegro sin datos de patología. Audiometría: hipoacusia neurosensorial moderada oído derecho.

**Juicio clínico:** Sordera súbita oído derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Tapón de cerumen, cuerpo extraño en CAE, otitis externa, otitis media aguda, miringitis aguda, presbiacusia, hipoacusia por ruido, barotrauma, ototoxicidad medicamentosa...

**Comentario final:** A pesar de que la mayoría de casos de hipoacusia que atendemos en Atención Primaria corresponden a tapones de cerumen y patología infecciosa del CAE o del oído medio, existen casos como el presentado en el que la otoscopia refleja una llamativa normalidad. La sordera súbita suele ser de causa idiopática, postulándose teorías virales, inmunológicas o alteraciones de la microcirculación del oído interno (a tener en cuenta en pacientes con factores de riesgo cardiovascular) como posibles etiologías. Desde Atención Primaria y, a falta de tener mayores medios que corresponderían a una consulta de ORL, se debe realizar una otoscopia que será compatible con la normalidad (a fin de descartar las principales causas) y una acúmetría con diapasones que no se realizó en nuestro caso. Dicha prueba nos dará un patrón neurosensorial: Rinne positivo al oído enfermo y Weber lateralizado al oído sano. Al tener disponible la audiometría en nuestro centro nos apoyamos en ella como prueba diagnóstica, no siendo así en todos los casos.

El tratamiento se realiza con corticoides sistémicos en pauta descendente, pudiendo asociarse vasodilatadores como el Nimodipino en caso de sospecha de etiología vascular en aquellos pacientes con factores de riesgo cardiovasculares conocidos). Existe consenso en que se debe derivar a estos pacientes a ORL, tanto para completar el estudio como para posterior seguimiento.

### Bibliografía

Muñoz-Proto F, et al. Manejo de la hipoacusia neurosensorial súbita en atención primaria. Semergen. 2014;40(3):149-54.

Plaza G, et al. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62(2):144-157.