



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4535 - SORDERA SÚBITA

A. Moinelo de la Vega^a, J. Martínez Serna^b, Y. Bautista Mártir^c y L. Re Moreno^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: paciente varón de 25 años, con antecedente médico de interés de varias otitis externas en época de verano, que consulta a nuestra consulta de atención primaria por sensación de taponamiento ótico e hipoacusia izquierda súbita con acúfeno de cuatro días de evolución. El paciente refiere que ha estado en tratamiento por su cuenta con synalar ótico, sin experimentar mejoría. Ha presentado varios cuadros catarrales en los meses previos.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración apreciamos en la otoscopia un CAE permeable, con un tímpano íntegro, sin lesiones ni signos de ocupación, Valsava positivo bilateral. En la exploración neurológica se aprecian PC normales. Ante la normalidad apreciada en el otoscopio decidimos utilizar el diapason para poder filiar el tipo de hipoacusia, donde encontramos: Weber lateralizado a la derecha y Rinne + bilateral, lo que nos indica una hipoacusia de tipo neurosensorial. Ante esta exploración decidimos derivar al paciente vía urgencias a otorrinolaringología, puesto que la sospecha es de una sordera súbita y en estos casos el tratamiento inmediato es lo que define la recuperación de la audición. En el servicio de Otorrinolaringología se completa la exploración con pruebas de equilibrio y una audiometría en la que se aprecia una pérdida de 40 dB en 3 frecuencias consecutivas en OI, con reflejo estapediano afectado en dicho oído. El resto de pruebas complementarias (analítica completa, serología y RMN cerebral) para descartar posibles causas secundarias presentan resultado normal.

Orientación diagnóstica: Sospecha de sordera súbita izquierda.

Diagnóstico diferencial: Tapones de cera, otorrea, OMS, OMA, ototubaritis, EM, neurinoma de VIII par, etc.

Comentario final: Constituye el 1% del total de las hipoacusias neurosensoriales. No se conoce la fisiopatología exacta, se cree que las infecciones virales son la causa más frecuente. El paciente es tratado con terapia intratimpánica con corticoides, y con posterior recuperación de la audición a las dos semanas. El 85% de los pacientes que reciben tratamiento de un otorrinolaringólogo a tiempo recuperarán parte de su audición.

Bibliografía

1. Plaza G, Durio E, Herráiz C, et al. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. Acta Otorrinolaringológica Española.

Palabras clave: Hipoacusia súbita. Corticoides. Infecciones virales.