

Sordera súbita

Fecha de la última revisión: **08/04/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cuál es su pronóstico?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La sordera súbita neurosensorial (SSN) se define como la pérdida brusca de audición de al menos 30 dB en tres frecuencias consecutivas del audiograma, en un periodo no mayor de 72 horas (Stachler RJ, 2012). Suele ser unilateral y solo en el 2% afecta a ambos oídos (Kuhn M, 2011).

Su prevalencia es muy variable en los estudios porque muchos de los pacientes tienen una recuperación espontánea y a veces los síntomas no se perciben como motivo de consulta médica (Schreiber BE, 2010). En general la incidencia varía entre el 5-20 casos por 100.000 habitantes/año, con un pico de edad entre los 43-53 años y una frecuencia similar en ambos sexos (Rauch SD, 2008; Kuhn M, 2011). Estudios más recientes han observado una incidencia mayor (Nakashima T, 2014; Alexander TH, 2013).

La causa más frecuente de SSN es la idiopática (SSI) que alcanza el 71%, cerca del 13% es infecciosa (sífilis, enfermedad de Lyme), el 4.7% pueden tener su origen en enfermedades del oído (enfermedad de Meniere, otosclerosis, fistulas perilinfáticas). También se han descrito casos secundarios a traumatismos, enfermedades del sistema nervioso (Schwannoma, enfermedades desmielinizantes, tumores o ictus) y autoinmunes (Chau JK, 2010; Stew BT, 2012; Rauch SD, 2008). Algunos autores han observado que la diabetes, hiperlipemia, hipertensión arterial, consumo de alcohol y la presencia de mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos son factores de riesgo para la SSN (Lin RJ, 2012; Chau JK, 2010).

¿Cómo se diagnostica?

La forma de presentación más característica es la pérdida brusca de audición, con frecuencia al despertarse, que se acompaña casi siempre de una fuerte sensación de presión o de ocupación en el oído, de acufeno continuo y en el 30-40% de los casos de vértigo (Stachler RJ, 2012; Schreiber BE, 2010). La otalgia y las parestesias en el oído son raras (Chau JK, 2010).

El diagnóstico de la SSI se lleva a cabo por la exclusión de otras patologías que pueden cursar con estos síntomas en su forma de inicio. A veces éste se retrasa porque el paciente los atribuye a la presencia de un tapón de cera o a una congestión de vías aéreas superiores (Stew BT, 2012; Schreiber BE, 2010).

Una forma sencilla de determinar en la consulta si los síntomas pueden tener su origen en el oído, es preguntando al paciente si oye de forma asimétrica la voz del teléfono al colocar el auricular en cada oreja o al arrugar unos cabellos cerca de ambos oídos (Rauch SD, 2008). Una vez establecida la presencia de asimetría auditiva, el siguiente paso consiste en determinar si la hipoacusia es conductiva, neurosensorial o mixta mediante la visualización del tímpano con la otoscopia (descarta la presencia de un tapón de cera o de una ocupación en el oído medio: infección o moco) y con la realización de una acumetría con diapasón (prueba de Rine y Weber) (ver guía: [Hipoacusia en adultos](#)).

Se debe realizar una exploración neurológica para descartar focalidad, así como una audiometría a todos los pacientes, tanto en el momento del diagnóstico para cuantificar la pérdida de audición, como en el seguimiento (Stachler RJ, 2012; Plaza G, 2011; Rauch SD, 2008).

Los resultados de las pruebas de laboratorio no suelen modificar el manejo de la enfermedad y no se recomiendan de forma sistemática. Sólo cuando tras la anamnesis y exploración física exista una alta sospecha de enfermedad infecciosa o autoinmune subyacente (Chau JK, 2010; Stachler RJ, 2012).

Está indicada la realización programada de una RNM con gadolinio, cerebral y del hueso temporal, para descartar la presencia de enfermedades en el sistema nervioso central, del ángulo pontocerebeloso o retrococleares que pueden cursar con pérdida brusca de audición. Solo cuando ésta esté contraindicada podría aconsejarse la realización del TAC (Stachler RJ, 2012; Stew BT, 2012).

Ante un paciente con sospecha de SSI la mayoría de los autores consideran necesaria la derivación urgente al servicio de ORL para su confirmación y seguimiento (Stew BT, 2012; Walling AD, 2012; Schreiber BE, 2010).

¿Cuál es su pronóstico?

Entre el 32 al 65% de los pacientes con SSI tendrán una recuperación espontánea de los síntomas durante las dos primeras semanas. Después de este tiempo es menos frecuente (Stachler RJ, 2012). Las probabilidades de mejoría se relacionan con la gravedad de la hipoacusia, cuanto más profunda y grave es la pérdida de audición menor es la probabilidad de recuperación sin tratamiento. Sin embargo suele ser completa si al inicio es leve (Wen YH, 2014). También se ha observado que las características de la audiometría pueden tener implicaciones pronósticas: mejor pronóstico si solo hay pérdida en las frecuencias bajas, seguido de las medias, del audiograma plano en todas las frecuencias y de peor pronóstico cuando están afectadas las frecuencias agudas (Kuhn M, 2012; Plaza G, 2011).

Otros factores que confieren un peor pronóstico son la presencia de síntomas vestibulares, edad avanzada (a partir de los 60 años) y el retraso en el inicio del tratamiento (Kuhn M, 2011; Chau JK, 2010; Rauch SD, 2008).

Se recomienda realizar un seguimiento a los pacientes diagnosticados de SSI porque hasta en un tercio de los casos puede tratarse del síntoma inicial de alguna enfermedad subyacente que tarde en manifestarse. También está indicada la realización de audiometrías periódicas para determinar la eficacia del tratamiento (Stachler RJ, 2012).

¿Cuál es su tratamiento?

Se han estudiado diferentes opciones que van desde la observación, el uso de corticoides orales o en inyección intratimpánica, oxígeno hiperbárico, fármacos vasodilatadores, diuréticos, vitaminas, agentes antivirales, etc. No se dispone de estudios comparativos entre ellos que hayan demostrado la superioridad a favor de alguno (Kuhn M, 2011; Labus J, 2010).

Existe una gran variabilidad en el manejo de esta enfermedad. Entre los principales motivos están la ausencia de evidencias sólidas en los fármacos estudiados, el retraso en el inicio del tratamiento por la imprecisión de los síntomas y su prescripción en pacientes en los que con el tiempo se identificará una enfermedad subyacente. Por tanto antes de realizar la indicación de alguno de los fármacos disponibles para el tratamiento de la SSI, es importante hacer balance entre sus beneficios conocidos y posibles efectos adversos, así como tener en cuenta los factores pronósticos a favor y en contra de la recuperación (Stachler RJ, 2012).

Corticoides orales: existen notables controversias acerca de su eficacia en pacientes con SSI, por las características de los estudios y su pobre metodología (Crane RA, 2014; Wei BP, 2013; Labus J, 2010). Sin embargo son los únicos fármacos que en algunos casos han demostrado algún beneficio y por ello la mayoría de los autores los consideran como la mejor opción en el tratamiento inicial. Su efecto más importante se obtiene en las dos primeras semanas y se reduce a partir de la sexta. La dosis recomendada es de 1 mg/kg/d de **prednisona** (o las dosis equivalentes en caso de usar otros corticoides) en dosis única con un máximo de 60 mg/d durante 10-14 días (Stachler RJ, 2012; Plaza G, 2011).

Corticoides intratimpánicos: su eficacia es controvertida (Crane RA, 2015; Ng JH, 2014; Hui Filipo R, 2013). En general se recomiendan en el tratamiento de rescate de pacientes que no han respondido de forma satisfactoria a los corticoides orales, o como alternativa inicial cuando éstos están contraindicados (Bear ZW, 2014; Stachler RJ, 2012). Algunos autores han observado el beneficio de la administración conjunta de corticoides orales e intratimpánicos en algunos pacientes que inicialmente presentan una hipoacusia profunda. Sin embargo son necesarios más estudios para recomendar esta doble pauta de forma sistemática en estos casos (Bear ZW, 2014; Gundogan O, 2013; Koltsidopoilos P, 2013).

Se suelen utilizar la **dexametasona** y **metilprednisolona**. La frecuencia de administración y las dosis varían en los estudios, lo que dificulta la comparación de resultados para establecer una adecuada recomendación posológica. De forma habitual se administran de 3 a 8 inyecciones entre una a 4 semanas (Stachler RJ, 2012; Plaza G, 2011).

Los efectos secundarios más frecuentes son: dolor, mareo transitorio, perforación timpánica permanente, infección o reacciones vagas. La ventaja frente a los orales es la mínima absorción sistémica.

Oxígeno hiperbárico: por el momento no está aprobada la indicación por la FDA para el tratamiento de la SSI. Aunque algunos estudios han demostrado alguna eficacia, estos resultados deben interpretarse con precaución (Bennett MH, 2012). El beneficio de este tratamiento se obtiene durante los tres primeros meses del diagnóstico. Su elevado coste, la frecuencia de las sesiones necesarias y la falta de disponibilidad, suponen importantes inconvenientes para su administración (Stachler RJ, 2012).

Otros fármacos estudiados: se consideran fármacos vasodilatadores: los antagonistas del calcio, ginkgo biloba, prostaglandinas o la **pentoxifilina**. Los estudios disponibles acerca su eficacia en el tratamiento de la SSI carecen de las condiciones metodológicas necesarias para considerar fiables los resultados obtenidos y por tanto, no están indicados en el manejo de esta enfermedad (Agarwal L, 2009). Por los mismos motivos no están indicadas las hierbas medicinales chinas (Su CX, 2013), ni tampoco los fármacos antivirales como el aciclovir (Awad Z, 2012).

Otros tratamientos: si durante el seguimiento del paciente con SSI persiste una importante pérdida de audición, éste puede ser candidato a la rehabilitación auditiva (ver guía: **Rehabilitación de la hipoacusia en adultos: audífonos e implantes**).

Un reciente estudio ha observado que la colocación de un implante coclear en el oído afectado de una SSI profunda y con una audición conservada en el contralateral, consigue mejorar la percepción del acúfeno, así como localización del sonido y comprensión del lenguaje (Blasco MA, 2014).

Bibliografía

- Agarwal L, Pothier DD. Vasodilators and vasoactive substances for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (4):CD003422. PubMed **PMID: 19821308**
- Alexander TH, Harris JP. Incidence of sudden sensorineural hearing loss. Otol Neurotol. 2013;34(9):1586-9. PubMed **PMID: 24232060**
- Awad Z, Huins C, Pothier DD. Antivirals for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD006987. PubMed **PMID: 22895957. Texto completo**
- Bear ZW, Mikulec AA. Intratympanic steroid therapy for treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Mo Med. 2014;111(4):352-6. PubMed **PMID: 25211869**
- Bennett MH, Kertesz T, Yeung P. Oxígeno hiperbárico para la pérdida de audición neurosensorial súbita idiopática y el tinnitus (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD004739. **Texto completo**
- Blasco MA, Redleaf MI. Cochlear implantation in unilateral sudden deafness improves tinnitus and speech comprehension: meta-analysis and systematic review. Otol Neurotol. 2014;35(8):1426-32. PubMed **PMID: 24786540**
- Chau JK, Lin JR, Atashband S, Irvine RA, Westerberg BD. Systematic review of the evidence for the etiology of adult sudden sensorineural hearing loss. Laryngoscope. 2010;120(5):1011-21. PubMed **PMID: 20422698**
- Crane RA, Camilon M, Nguyen S, Meyer TA. Steroids for treatment of sudden sensorineural hearing loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. Laryngoscope. 2015;125(1):209-17. PubMed **PMID: 25045896. Texto completo**
- Filipo R, Attanasio G, Russo FY, Viccaro M, Mancini P, Covelli E. Intratympanic steroid therapy in moderate sudden hearing loss: a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. Laryngoscope. 2013;123(3):774-8. PubMed **PMID: 23378346**
- Gundogan O, Pinar E, Imre A, Ozturkcan S, Cokmez O, Yigiter AC. Therapeutic efficacy of the combination of intratympanic methylprednisolone and oral steroid for idiopathic sudden deafness. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;149(5):753-8. PubMed **PMID: 23959817**
- Koltsidopoulos P, Bibas A, Sismanis A, Tzonou A, Seggas I. Intratympanic and systemic steroids for sudden hearing loss. Otol Neurotol. 2013;34(4):771-6. PubMed **PMID: 23652330**
- Kuhn M, Heman-Ackah SE, Shaikh JA, Roehm PC. Sudden sensorineural hearing loss: a review of diagnosis, treatment, and prognosis. Trends Amplif. 2011;15(3):91-105. PubMed **PMID: 21606048. Texto completo**
- Labus J, Breil J, Stützer H, Michel O. Meta-analysis for the effect of medical therapy vs. placebo on recovery of idiopathic sudden hearing loss. Laryngoscope. 2010;120(9):1863-71. PubMed **PMID: 20803741**
- Lin RJ, Krall R, Westerberg BD, Chadha NK, Chau JK. Systematic review and meta-analysis of the risk factors for sudden sensorineural hearing loss in adults. Laryngoscope. 2012;122(3):624-35. PubMed **PMID: 22252719**
- Nakashima T, Sato H, Gyo K, Hato N, Yoshida T, Shimono M, et al. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss in Japan. Acta Otolaryngol. 2014;134(11):1158-63. PubMed **PMID: 25315915. Texto completo**

- Ng JH, Ho RC, Cheong CS, Ng A, Yuen HW, Ngo RY. Intratympanic steroids as a salvage treatment for sudden sensorineural hearing loss? A meta-analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Sep 13. [Epub ahead of print]. PubMed [PMID: 25217083](#)
- Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal JR; Asociación Madrileña de ORL. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62(2):144-57. PubMed [PMID: 21112580](#). [Texto completo](#)
- Rauch SD. Clinical practice. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. N Engl J Med. 2008;359(8):833-40. PubMed [PMID: 18716300](#)
- Schreiber BE, Agrup C, Haskard DO, Luxon LM. Sudden sensorineural hearing loss. Lancet. 2010;375(9721):1203-11. PubMed [PMID: 20362815](#)
- Stachler RJ, Chandrasekhar 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(3 Suppl):S1-35. PubMed [PMID: 22383545](#). [Texto completo](#)
- Stew BT, Fishpool SJ, Williams H. Sudden sensorineural hearing loss. Br J Hosp Med (Lond). 2012;73(2):86-9. PubMed [PMID: 22504750](#)
- Su CX, Yan LJ, Lewith G, Liu JP. Chinese herbal medicine for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a systematic review of randomised clinical trials. Clin Otolaryngol. 2013;38(6):455-73. PubMed [PMID: 24209508](#)
- Walling AD, Dickson GM. Hearing loss in older adults. Am Fam Physician. 2012;85(12):1150-6. PubMed [PMID: 22962895](#). [Texto completo](#)
- Wei BPC, Mubiru S, O'Leary S. Esteroides para la pérdida auditiva neurosensorial idiopática súbita (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD003998. [Texto completo](#)
- Wen YH, Chen PR, Wu HP. Prognostic factors of profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014;271(6):1423-9. PubMed [PMID: 23771280](#)

Más en la red

- Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal JR; Asociación Madrileña de ORL. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62(2):144-57. PubMed [PMID: 21112580](#). [Texto completo](#)
- Schreiber BE, Agrup C, Haskard DO, Luxon LM. Sudden sensorineural hearing loss. Lancet. 2010;375(9721):1203-11. PubMed [PMID: 20362815](#)
- Walling AD, Dickson GM. Hearing loss in older adults. Am Fam Physician. 2012;85(12):1150-6. PubMed [PMID: 22962895](#). [Texto completo](#)

Autores

■ Carmen Costa Ribas	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
■ Juan Carlos Amor Dorado	Médico Especialista en Otorrinolaringología (2)
■ Carmen Castiñeira Pérez	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)

(1) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.
(2) Hospital Lucus Augusti. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

