

## Título: Hipoacusia subjetiva

Acude a nuestra consulta un varón de 65 años por hipoacusia subjetiva. ¿Qué hemos de hacer?



1. Realiza en primer lugar un árbol diagnóstico identificando los puntos clave sobre los que hemos de preguntar.

**La hipoacusia** se define como una disminución de la capacidad auditiva por debajo de los parámetros de la normalidad, independientemente de cual sea su grado.

### PASOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA

**Anamnesis:** edad, sexo, trabajo (ambiente ruidoso), antecedentes personales (enfermedades generales y otorrinolaringológicas: infecciones, metabolopatías, TCE, enfermedades otológicas, hiperviscosidad sanguínea, etc.), antecedentes familiares (hipoacusia hereditaria, neurofibromatosis, otosclerosis).

Descripción de la hipoacusia:

1. Unilateral o bilateral. Si es unilateral y progresiva debemos pensar siempre en patología tumoral del ángulo pontocerebeloso. Si es unilateral pero brusca, hemos de descartar una hipoacusia súbita.
2. Intensidad subjetiva (en los casos bilaterales, averiguar en que oído es más marcada).
3. Desde cuándo se presenta (días, meses, años).
4. Cómo ha evolucionado en el tiempo (lenta, progresiva, fluctuante, brusca).
5. Fenómenos asociados: autofonía en la obstrucción tubárica, las paracusias de Willis y de Weber en la otosclerosis, el reclutamiento (no oír un sonido y después percibirlo como molesto si se sube un poco de intensidad) en la hipoacusia coclear.
6. Y como siempre, con qué la relaciona (cuadro catarral previo, traumatismo craneal, traumatismo acústico, baño, etc.).

Síntomas asociados:

1. Otodinia: su presencia o ausencia ya delimita un gran grupo de enfermedades. Desencadenada al presionar el trago, o con la masticación, en la patología inflamatoria aguda del oído externo; intensa y pulsátil en la otitis media aguda; opresiva en la obstrucción de la trompa. Puede estar asociada a prurito auricular lo cual nos orientará hacia la presencia de eccema u otomicosis.
2. Otorrea: serosa, serohemática, mucosa, mucopurulenta o purulenta. Si el olor de la efusión es fétido nos hará pensar en un colesteatoma, osteítis, otitis necrotizante, o colonización por gram negativos. No olvidaremos la otoliquorrea (tras un traumatismo craneoencefálico, o cuando existe una fístula perilinfática), ni la otorragia.
3. Acúfenos: Constantes en el tiempo, o episódicos. Unilaterales (como en la patología tumoral del nervio auditivo, tipo neurinoma) o bilaterales (presbiacusia). De tono grave, o agudo. Pulsátiles (en patología vascular del oído medio como los glomus).
4. Vértigo (puede aparecer en otitis medias crónicas con afectación laberíntica, laberintitis, enfermedad de Ménière, neurinomas, etc.).

2. En resumen y tras haber anotado los antecedentes deberíamos saber lo siguiente:

Características de la hipoacusia:

- Es unilateral o bilateral.



- En qué oído es más intensa, o afecta a los dos por igual.
- Es importante o es leve.
- Desde cuándo la presenta o con qué la relaciona.
- Ha sido brusca o de instauración progresiva.

¿Presenta síntomas asociados?

- Otodinia.
- Otorrea.
- Acúfenos.
- Vértigo.



En respuesta a lo anterior nos dirá lo siguiente: hace tiempo que oye mal, pero que poco a poco, y por los dos oídos ha perdido más audición. Además añadiría que lo que le pasa es que “oye pero no entiende” y que tiene que subir el volumen del televisor para oírlo. Nuestro paciente nos dirá que también tiene ruidos, nos dice que están en la cabeza, que son como un “motor”, y que los oye más por la noche.

**Con estos datos podemos ir estableciendo alguna sospecha diagnóstica, y por lo tanto hacer algunas preguntas mas encaminadas a fortalecer dicha sospecha. ¿Qué preguntas serán?**

Preguntaremos efectivamente:

- ¿Oye peor en ambientes ruidosos o en conversaciones entre varias personas a la vez?
- ¿Le molestan los ruidos fuertes?

Ambas respuestas serán positivas.

**¿Cuál es el siguiente paso?**

Es fundamental una exploración física detallada del área ORL.

Observamos lo siguiente: nariz, faringe y cuello son normales. La otoscopia es normal, salvo discreta miringoescclerosis bilateral.



**Exploración física:**

1. General otorrinolaringológica.
2. Del pabellón auricular: malformaciones, implantación, simetría, heridas, patología inflamatoria aguda (otitis externas, pericondritis, etc.).
3. Del conducto auditivo externo: tapones de cera y epidérmicos, exóstosis y osteomas del conducto, tumores del conducto, otitis externa aguda, etc.
4. De la membrana timpánica:
  - a. Integridad: si la membrana está íntegra.  
→Habrà que identificar las referencias anatómicas clave, como la apófisis corta y el mango del martillo, y el reflejo luminoso.

→Se describirá si está engrosada o adelgazada (membrana monomérica), y si presenta áreas de calcificación (miringoesclerosis).

→Se observará si está abombada (otitis media aguda) o retraída, ya sea de forma localizada (bolsas de retracción), o generalizada, con atelectasia.

→También debemos comprobar si existe contenido en caja, translúcido a través del tímpano (nivel hidroaéreo en la otitis seromucosa; hiperémica y abombada en la otitis media aguda; de aspecto rojizo en los cuadrantes posteriores e inferiores, haciendo sospechar un glomus u otra alteración vascular).

b. Perforación:

→Central o marginal (colesteatoma).

→Existe o no otorrea activa a través de la misma.

→Tamaño en relación a los cuadrantes de descripción del tímpano.

5. Palpación. Nos servirá para detectar un dolor provocado. Clásicamente el signo del trago positivo se considera orientativo de otitis externa (salvo en los lactantes en los que puede también ser secundario a una otitis media aguda). En las mastoiditis existe abombamiento y fluctuación de la región retroauricular, resultando dolorosa su manipulación.

## ¿Y a continuación?

Si podemos hemos de completar el estudio del paciente con una acumetría y una audiometría tonal.



### Exploración funcional:

#### 1. Pruebas subjetivas:

a. Acumetría tonal: fácil de realizar en atención primaria con la ayuda de un juego de diapasones. Si solo se dispone de uno, se recomienda el de 512Hz.

b. Audiometrías tonal, y verbal.

c. Audiometría infantil.

2. Pruebas objetivas: impedanciometría, otoemisiones acústicas, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, productos de distorsión, potenciales evocados de estado estable.

Otras pruebas complementarias:

1. Pruebas de imagen: CT, RMN, angiografía.

2. Analíticas: en hipoacusias de origen autoinmune, etc.

3. Estudio genético de la hipoacusia.

## ¿Qué piensas que observaremos?

En la Acumetría tonal el Rinne será positivo bilateralmente, y el Weber indiferente. En la audiometría tonal veremos una hipoacusia neurosensorial, simétrica, descendente en agudos.

ACUMETRÍA TONAL			
	NORMOACUSIA	HIPOACUSIA TRANSMISIVA	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL
RINNE	Positivo	Negativo	Positivo
WEBER	Indiferente	Al oído enfermo	Al oído sano

## TIPOS DE HIPOACUSIA SEGÚN EL GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA

1. **Normoacusia:** pérdida menor de 20 dB.
2. **Hipoacusia leve:** déficit de 21 a 40 dB. La voz baja o lejana es difícilmente perceptible. Las conversaciones normales no implican dificultad. El desarrollo del lenguaje es normal en el caso de los niños.
3. **Hipoacusia moderada:** déficit entre 41 y 70 dB.
  - a. Primer grado: audición tonal media entre 41 y 55 dB.
  - b. Segundo grado: audición tonal media entre 56 y 70 dB.  
Se consigue percibir el lenguaje cuando se eleva la voz. Suelen apoyarse en la labiolectura.  
Los niños presentan un pobre desarrollo del lenguaje, y no consiguen escolarizarse normalmente sin ayuda de una prótesis auditiva.
4. **Hipoacusia severa:** déficit auditivo entre 71 y 90 dB.
  - a. Primer grado: audición tonal media entre 71 y 80 dB.
  - b. Segundo grado: audición tonal media entre 81 y 90 dB.  
Sólo oyen si se les habla con fuerza junto al oído.  
En los niños no se desarrollará el lenguaje salvo que se les preste un apoyo específico.
5. **Hipoacusia profunda:** déficit auditivo entre 91 y 120 dB.
  - a. Primer grado: audición tonal media entre 91 y 100 dB.
  - b. Segundo grado: audición tonal media entre 101 y 110 dB.
  - c. Tercer grado: audición tonal media entre 111 y 120 dB.  
No hay percepción de la palabra. Sólo son capaces de escuchar ruidos de gran intensidad.  
No se produce el desarrollo del lenguaje en el niño.
6. **Deficiencia auditiva total o cofosis:** déficit auditivo de 121 o más dB.  
No se percibe ningún sonido.

**Con todos los datos que tenemos, ¿cuál será el diagnóstico más probable?**

Habremos llegado al diagnóstico de una presbiacusia, y estaremos en condiciones de recomendar una ayuda auditiva mediante audífono.



