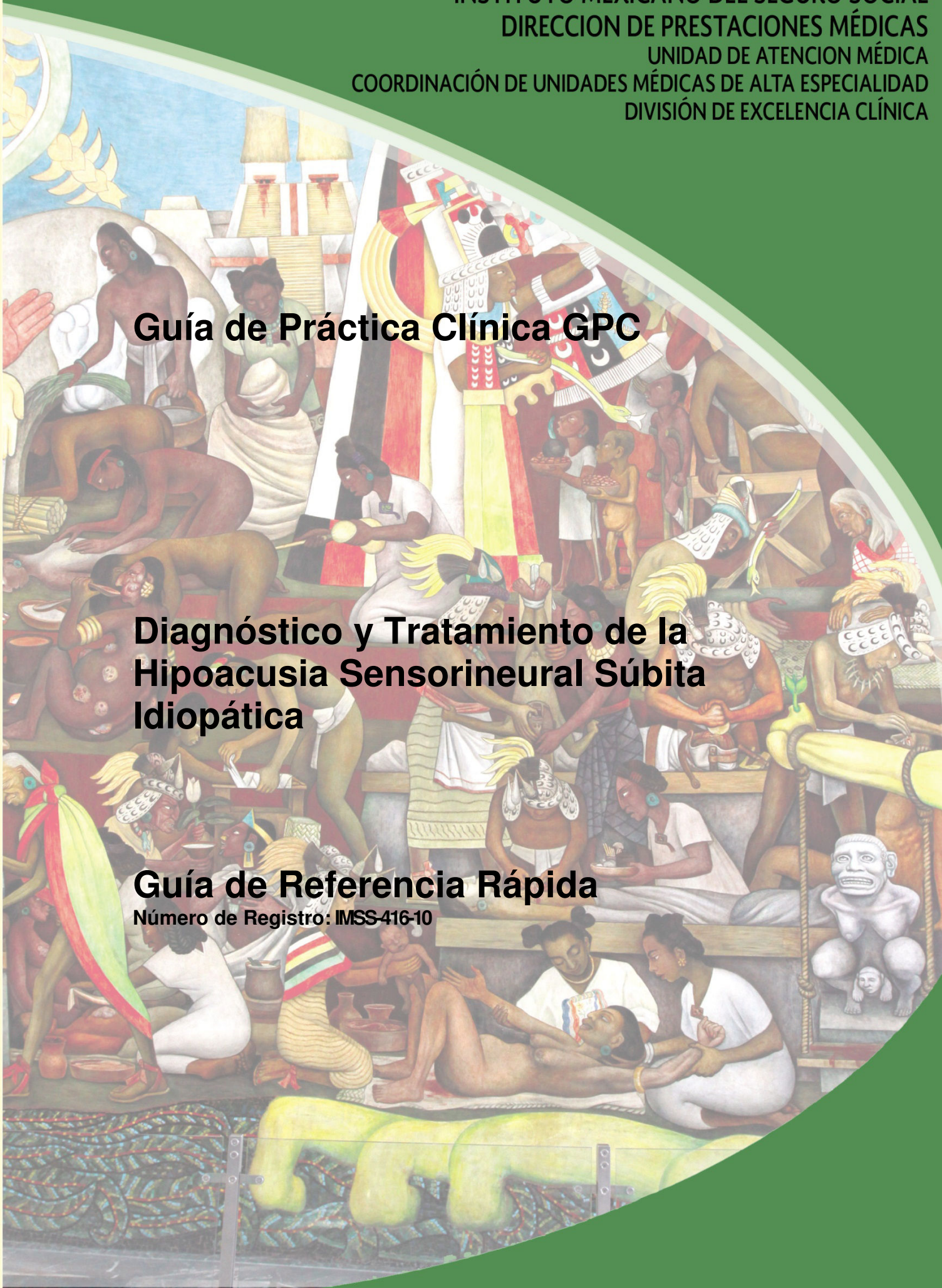


## **Guía de Práctica Clínica GPC**

## **Diagnóstico y Tratamiento de la Hipoacusia Sensorineural Súbita Idiopática**

## **Guía de Referencia Rápida**

Número de Registro: IMSS-416-10



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**Clave CIE 10 H.912**

**GPC**

**Nombre de la GPC Hipoacusia Súbita Sensorineural Idiopática**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

Es un trastorno de instalación súbita donde existe una pérdida auditiva unilateral o bilateral de tipo sensorineural mayor a 30dB que afecta por lo menos a tres frecuencias audiométricas consecutivas y se desarrolla en un periodo menor o igual a 72 horas, habitualmente sin poder precisar su etiología. (Schreiber 2010) y tiene una tendencia a la recuperación espontánea en un 65% a 66 % (Wei 2008)

El síntoma fundamental en la presentación clínica es la aparición de hipoacusia sensorineural sin pródromos, pudiendo estar acompañada de otras manifestaciones como plenitud aural, acúfenos y síntomas vestibulares, debiendo corroborarse mediante estudio audiológico integral. (Vázquez 2007)

La anatomía patológica es similar a los hallazgos encontrados en la laberintitis endolinfática viral. Muchas veces falta el órgano de Corti, con reducción en las células ciliadas y células ganglionares. La estría vascular tiende a ser atrófica junto con la membrana tectórea. La membrana de Reissner puede estar colapsada y adherida a la membrana basilar y el saco endolinfático muchas veces esta afectado, de aquí que el tiempo para iniciar manejo antes de los 30 días es crítico para intentar conservar la audición ya que después de este tiempo el pronóstico se deteriora con la posibilidad de sordera irreversible. (Archocha 2006)

### FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Cambios de altitud y presión atmosférica
- Diabetes Mellitus
- Arterioesclerosis
- Estrés quirúrgico y anestesia general

### DIAGNÓSTICO

Durante el interrogatorio se recomienda realizar una búsqueda dirigida a las características de la hipoacusia como: tiempo de evolución e instauración de la misma. Además deberá interrogarse sobre plenitud ótica, acúfeno y/o vértigo que pueden acompañar a la HSSI

Se recomienda que la exploración del paciente con sospecha de HSSI incluya

- Otoscopia
- Diapasones
- Exploración Vestibular:
  - ✓ Marcha
  - ✓ Romberg
  - ✓ Marcha Babinski
  - ✓ Búsqueda de nistagmus espontáneo y postural
  - ✓ Pruebas cerebelosas.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se recomienda que en el tercer nivel se realice siempre el estudio audiológico completo para apoyo y certeza diagnóstica

El diagnóstico inicial de la hipoacusia se establece con la audiometría, sin embargo es necesario realizar todo el protocolo de estudios necesarios para descartar patología agregada que puede modificar el tratamiento, seguimiento de acuerdo a su causa.

El diagnóstico final se realiza después de los 30 días iniciales de la HSSI y se requiere estudio otoneurológico y el protocolo complementario debe incluir: con

- Pruebas vestibulares térmicas
- Electronistagmografía,
- Potenciales provocados auditivos de tallo cerebral
- Tomografía computada de hueso temporal con y sin contraste
- IRM de cráneo con ventana en fosa posterior con y sin contraste
- Biometría hemática
- Velocidad de sedimentación
- Tiempos de coagulación
- Química sanguínea: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, perfil de lípidos
- Serología viral
- VDRL
- Perfil tiroideo
- Perfil inmunológico

Estudios que no son considerados prioritarios para iniciar manejo de urgencia

Los estudios señalados se pueden hacer después de un mes ya que no son prioritarios para el diagnóstico y en este tiempo es posible observar mejoría. Los estudios se consideran parte de la monitorización para descartar patología retrococlear.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La administración IT de esteroides parece ser una opción en el manejo de la HSSI de pacientes diabéticos y refractarios al manejo convencional con esteroides sistémicos. Con la ventaja de lograr concentraciones adecuadas en el oído interno y la baja incidencia de efectos secundarios.

De acuerdo a la evidencia encontrada se recomienda el uso de esteroides en sus diversas vías de administración. Que deberá iniciarse de forma inmediata con el fin de mejorar el pronóstico

- Metilprednisolona 20 mg IT, de cada semana durante 4 semanas o instilación diaria de 20 mg mediante la colocación de un catéter durante 10 días

Cuando el paciente no acepte esta vía de administración la opción será:

- Prednisona 60 mg/día a dosis reducción durante 10 a 20 días

Se recomienda considerar las características individuales de cada paciente, incluidos los antecedentes y el cuadro clínico, así como mantener estrecha vigilancia de posibles eventos adversos

En los casos que cursen con disfunción vestibular, vértigo y tinnitus se sugiere utilizar para reducir las molestias relacionadas

- Cinarizina 75 mg/día durante 30 días
- Pentoxifilina 800 mg/día en dos tomas 30 días

Se recomienda considerar el uso de frenadores laberíntico cuando el paciente manifieste vértigo

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Como medida general se sugiere mantener al paciente en reposo relativo con posición semifowler entre 35° y 45° para evitar incremento en la presión del oído interno, además eliminar el estrés y uso de tóxicos (alcohol, tabaco)

En el paciente con síntomas vestibulares persistentes después del tratamiento de la HSSI, con esteroides se sugiere indicar ejercicios de rehabilitación vestibular

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se le considera una emergencia otológica que requiere de intervención médica inmediata

El paciente con hipoacusia súbita deberá ser enviado en forma urgente al segundo nivel de atención para evaluación por audiología u otorrinolaringología. El envío deberá realizarse de preferencia en las primeras horas de detectada y antes de 30 días de evolución

Cuando hayan transcurrido más de 30 días de evolución con hipoacusia de presentación súbita se recomienda envío ordinario con exámenes de:

No se requieren estudios de gabinete preliminares

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. Biometría hemática completa | 1. Triglicéridos       |
| 2. Glucosa                     | 2. Acido úrico,        |
| 3. Urea                        | 3. VDRL                |
| 4. Creatinina                  | 4. VSG                 |
| 5. Colesterol                  | 5. Proteína C reactiva |

Cuando la unidad de segundo nivel no cuente con los recursos necesarios para realizar el estudio audiológico deberá realizar el envío a tercer nivel previa instauración de tratamiento con esteroides.

### VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

El estudio audiológico de seguimiento temprano será de acuerdo a la vía de administración seleccionada.

- Vía IT: seguimiento semanal previo a cada aplicación IT.
- Vía oral + IT; o IT solo: seguimiento semanal previo a cada aplicación IT.
- Vía oral: seguimiento al término del esquema.

El seguimiento a largo plazo se realiza con monitorización audiológica semestralmente durante 1 año.

Durante el seguimiento deberán solicitarse los siguientes estudios para determinar el diagnóstico final de la hipoacusia.

- Pruebas vestibulares térmicas
- Electronistagmografía,
- Potenciales provocados auditivos de tallo cerebral
- IRM de cráneo con ventana en fosa posterior
- Biometría hemática
- Velocidad de sedimentación
- Tiempos de coagulación
- Química sanguínea: glucosa, urea, creatinina, acido úrico, colesterol, triglicéridos, perfil de lípidos
- Serología viral
- VDRL
- Perfil tiroideo
- Perfil inmunológico

Los resultados normales de estas pruebas establecen el diagnóstico final de HSSI

En los pacientes en que persista pérdida auditiva posterior a tratamiento o pobre ganancia se debe contemplar la rehabilitación auditiva de acuerdo al nivel de hipoacusia persistente.

Será el audiologo quien establezca la necesidad de apoyo de lectura labio-facial, colocación de auxiliar auditivo o colocación de implante (ver guía correspondiente para sus criterios)

Es recomendable que el paciente tenga reposo relativo en casa evitando maniobras de valsalva (evitar esfuerzos como cargar cosas pesadas, bajar o subir escaleras, favorecer el uso de laxantes para evitar pujo en la evacuación, evitar actividad sexual, entre otros) que puedan tener repercusión en el flujo sanguíneo y deteriorar el pronóstico

## INCAPACIDAD

Se recomienda otorgar incapacidad durante la fase aguda del padecimiento 21 a 28 días durante el mínimo tratamiento para ofrecer beneficio máximo

## ESCALAS

### Clasificación de hipoacusia

#### INTENSIDAD

20 dB\*  
20-40 dB  
41-60 dB  
61-80 dB  
81-100dB  
Sin respuesta

#### GRADO

Audición normal  
Hipoacusia superficial  
Hipoacusia moderada  
Hipoacusia severa  
Hipoacusia profunda  
Anacusia

\*decibel: unidad logarítmica de la presión sonora

Martínez C G., Valdez G.M. Detección oportuna de la hipoacusia en el niño. Acta Pediatr. Mex 2003; 24 ( 3): 176-80.

### Criterios de mejoría auditiva: recuperación de dB en Audiometría tonal pura (PTA)

Recuperación total \*

> o = a 30dB

Marcada recuperación \*

> a 25 dB

Discreta recuperación

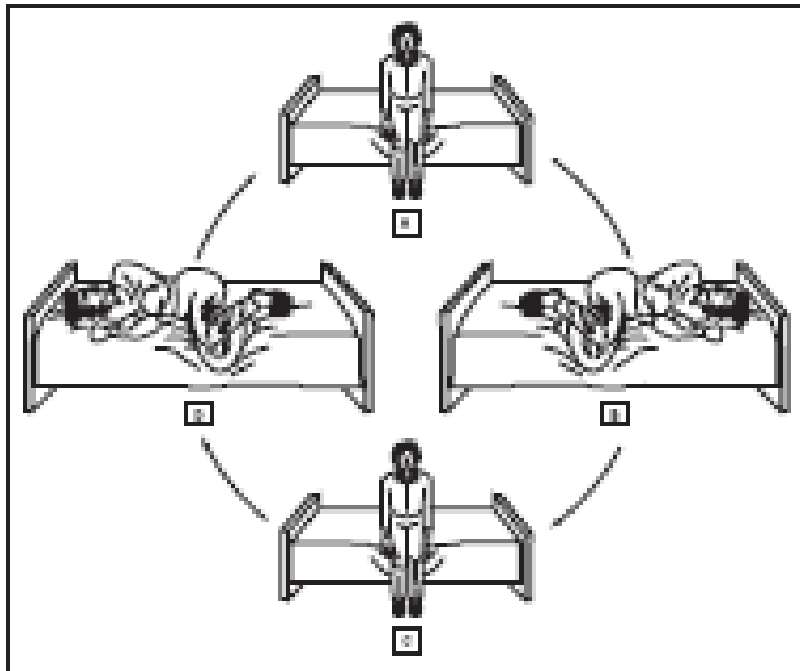
> a 10 y < a 30 dB

Sin recuperación

< a 10 dB

\*Recuperación total y recuperación marcada= tratamiento exitoso

PTA: Audiometría tonal pura en 6 frecuencias de tonos audibles



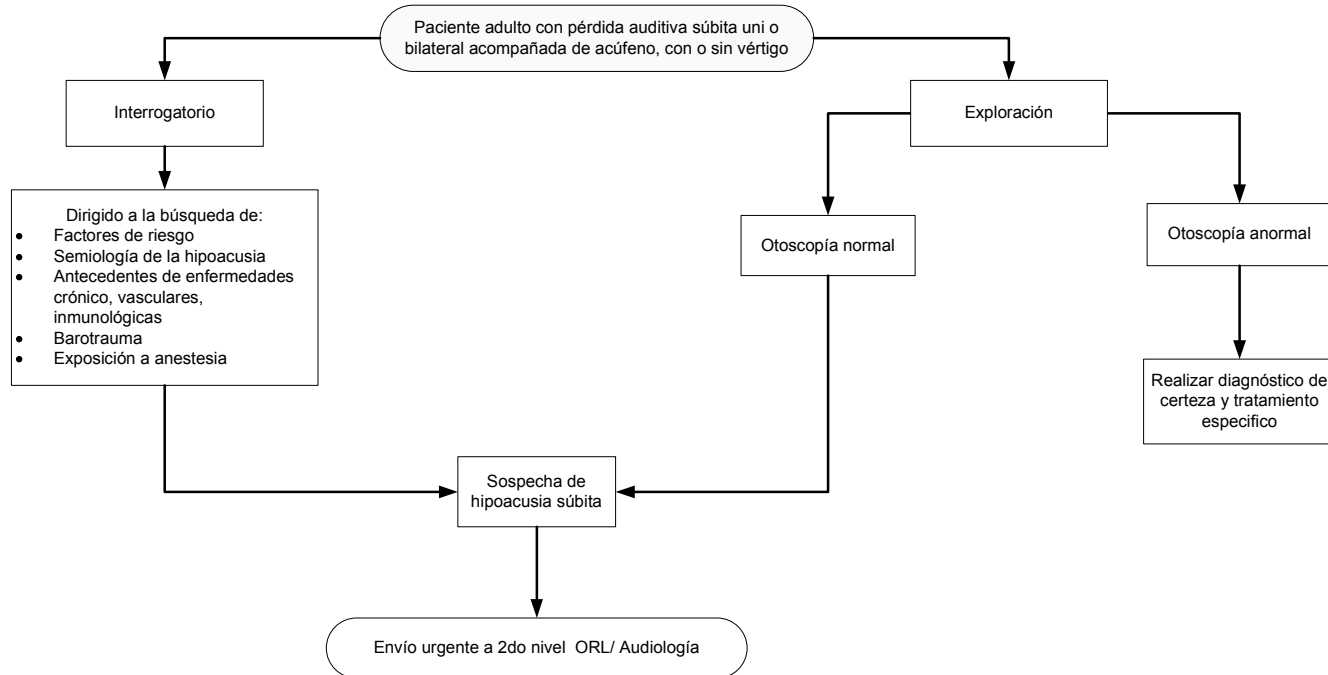
## ALGORITMOS

### Diagnóstico en el primer nivel



Hipoacusia sensorineural súbita idiopática en el primer nivel

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL      Mayo 2010      OAXTEPEC MORELOS

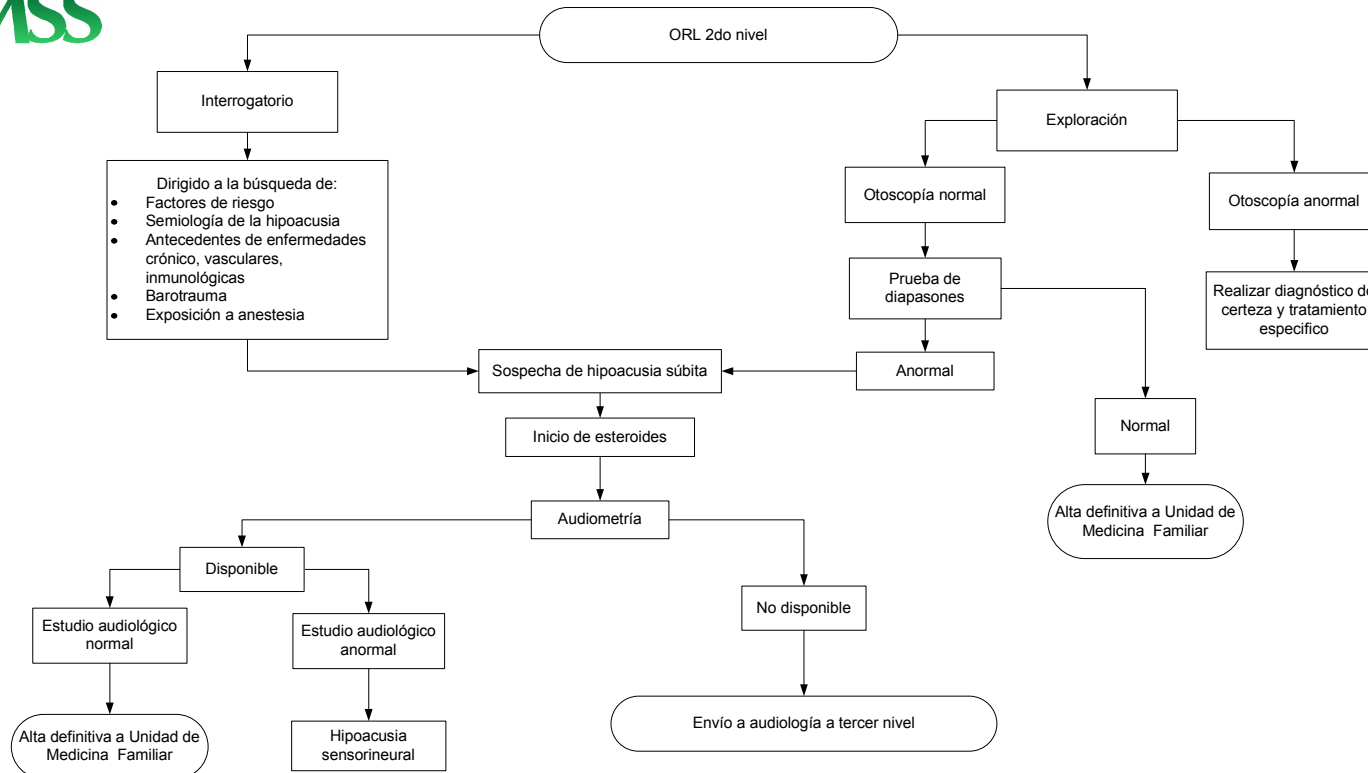


Algoritmo. Diagnóstico y Tratamiento en el segundo nivel



**Hipoacusia sensorineural súbita idiopática en el segundo nivel**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL      Mayo 2010      OAXTEPEC MORELOS





Algoritmo. Diagnóstico y Tratamiento en el tercer nivel



Hipoacusia sensorineural súbita idiopática en el tercer nivel

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Mayo 2010
OAXTEPEC MORELOS

