

Revisión

Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general

An approach to sudden hearing loss in general medicine

Paula Barrantes-Silman^{1a}, Alexis Castillo-Cordero^{1a}, Anu Nygren-Nygren^{1a}

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
 - a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexiscc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

Resumen

La hipoacusia súbita, caracterizada por la rápida instauración de la pérdida auditiva en uno o ambos oídos, constituye una causa frecuente de consulta en el ámbito del primer nivel de atención. Dada su naturaleza, es imperativo realizar un diagnóstico y tratamiento temprano. Este artículo se centra en la hipoacusia súbita neurosensorial, que, aunque a menudo es idiopática, requiere una evaluación exhaustiva para descartar posibles causas que puedan comprometer la vida del paciente. Se destaca la importancia de iniciar un tratamiento precoz con esteroides, ya sea por vía oral, tópica o combinada, subrayando así la necesidad de comprender aspectos esenciales para proporcionar una atención adecuada a estos pacientes.

Palabras clave:

Hipoacusia súbita, Hipoacusia neurosensorial, Esteroides (Fuente: DECS-BIREME)

Introducción

La hipoacusia súbita se define como una sensación subjetiva de pérdida de audición en uno o ambos oídos de rápida instauración¹. Un subtipo específico de esta entidad es la hipoacusia súbita neurosensorial, caracterizada por la pér-

Abstract

Sudden hearing loss, characterized by the rapid onset of hearing loss in one or both ears, is a frequent cause of consultation at the primary care level. Given its nature, early diagnosis and treatment is imperative. This article focuses on sudden sensorineural hearing loss, which, although often idiopathic, requires a thorough evaluation to rule out possible life-threatening causes. The importance of initiating early treatment with steroids, whether oral, topical or combined, is highlighted, thus underlining the need to understand essential aspects in order to provide adequate care to these patients.

Keywords:

Sudden hearing loss, Sensorineural Hearing Loss, Steroids (Source: NLM-MeSH)

da de audición en al menos 30 decibeles, afectando al menos 3 frecuencias consecutivas en un lapso de 72 horas, de naturaleza neurosensorial (con disfunción a nivel de la cóclea, VIII par craneal o sistema nervioso central)¹.

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
 - a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

En 2019, la pérdida de audición se posicionó como la cuarta causa no transmisible más importante de años vividos con discapacidad². Esta condición impacta significativamente en la calidad de vida, se asocia con comorbilidades psiquiátricas y tiene consecuencias económicas significativas³.

Aunque la incidencia exacta en nuestro país no está establecida, se estima que el 80% de las personas con hipoacusia residen en países de bajos y medianos ingresos, subrayando la importancia de comprender su manejo³.

Este artículo se centra en la hipoacusia súbita neurosensorial, la cual presenta una incidencia anual de 5-27 casos por cada 100,000 personas, con su pico de incidencia entre los 50 y 60 años⁴. La hipoacusia súbita neurosensorial constituye una emergencia y, como tal, requiere un manejo temprano para alcanzar un mejor pronóstico⁴.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda avanzada en bases de datos reconocidas, como Pubmed, Clinical Key y Sage Journals, utilizando los términos clave "hipoacusia súbita" e "hipoacusia neurosensorial súbita". Se recopilaron diversas fuentes bibliográficas, entre ellas artículos de revisión, metaanálisis y guías de práctica clínica, priorizando aquellos publicados en los últimos 5 años y disponibles en español e inglés. Se excluyeron deliberadamente los artículos centrados en poblaciones especiales, como

personas adultas mayores y pacientes pediátricos.

Fisiología

La comprensión de esta patología requiere recordar aspectos fundamentales de la fisiología y anatomía auditiva. Cuando un sonido se emite, viaja en forma de ondas sonoras hacia el pabellón auricular, donde es captado, amplificado y dirigido al conducto auditivo externo hasta alcanzar la membrana timpánica⁵.

Las ondas sonoras generan vibraciones en la membrana timpánica, las cuales se transmiten a través de los huesos del oído medio (martillo, yunque y estribo) hacia la ventana oval y posteriormente hacia la cóclea. En la cóclea, los movimientos de la ventana oval generan movimientos de fluido (perilinf) en las rampas vestibular y timpánica^{5,6}. Estos movimientos estimulan a las células ciliadas en el órgano de Corti, las cuales generan impulsos eléctricos dirigidos al ganglio espiral y al nervio coclear del octavo par craneal. Estos impulsos son luego transmitidos a estructuras del sistema nervioso central hasta llegar a la corteza auditiva^{5,6}.

Es importante destacar que el órgano de Corti se encuentra en la rama media, que contiene endolinfa con concentraciones elevadas de potasio y bajas de sodio, permitiendo así la generación de potenciales de acción por parte de las células ciliadas⁶. Estas concentraciones de electrolitos son mantenidas por la estría vascular, un tejido altamente vascularizado

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

adyacente a la rampa media que proporciona soporte metabólico al órgano de Corti^{6,7,8}.

Clasificación

La hipoacusia se clasifica en tres tipos principales: conductiva, neurosensorial y mixta. La hipoacusia conductiva se produce debido a interferencias en la transmisión de las ondas sonoras y en su transformación a vibraciones mecánicas, involucrando las estructuras del oído externo y medio⁹. En contraste, la hipoacusia neurosensorial implica una interferencia en la conversión de estas vibraciones a estímulos eléctricos, originándose a nivel del oído interno y las estructuras nerviosas relacionadas con la audición⁹. La hipoacusia mixta ocurre cuando un mismo oído se ve afectado por componentes conductivos y neurosensoriales de manera simultánea¹.

Causas

El 80% al 90% de los casos de hipoacusia súbita neurosensorial son idiopáticos; no obstante, también se pueden identificar causas infecciosas, autoinmunes, traumáticas, vasculares, neoplásicas, genéticas, entre otras^{1,9}.

Según su etiología, algunas de las causas incluyen infecciones como herpes simplex, herpes zoster, virus Epstein Barr, VIH, influenza, rubéola, sarampión, enfermedad de Lyme, meningitis y sífilis. También puede ser causada por el uso de ototóxicos como aminoglucósidos, diuréticos de asa, vancomicina, eritromicina, antimaláricos, cisplatino y sildenafil^{9,15}.

Las neoplasias, como meningiomas, metástasis cerebrales, angiomas, schwannomas vestibulares, leucemias y linfomas, son otra categoría de causas. Además, los traumas, como traumatismos craneoencefálicos, barotraumas y traumas acústicos, pueden resultar en hipoacusia súbita^{9,15}.

Factores autoinmunes, como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, vasculitis y síndrome de Cogan, también pueden desencadenar este problema auditivo. Las causas vasculares, incluyendo enfermedades cerebrovasculares y hemorragias de oído interno, son otra posible categoría^{9,15}.

Por último, se encuentran causas misceláneas como enfermedad de Meniere, enfermedad ósea de Paget, esclerosis múltiple, sarcoidosis, factores genéticos y enfermedades mitocondriales^{9,15}. Es fundamental una evaluación clínica detallada por un profesional de la salud para determinar la causa específica en cada caso.

En relación con los casos idiopáticos, se han propuesto varias teorías sobre su etiología:

- Compromiso vascular: Esta hipótesis se sustenta en el hecho de que las arterias que irrigan la cóclea son de pequeño calibre y carecen de circulación colateral¹⁰. Se han propuesto tres mecanismos: trombótico, hemorrágico y espástico¹¹. Además, se ha

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

planteado que la respuesta terapéutica a los corticosteroides se basa en la interacción con receptores de mineralocorticoides en la estría vascular, contribuyendo a recuperar la homeostasis iónica necesaria para generar potenciales de acción⁸.

- Infección viral: Se han propuesto tres posibles mecanismos relacionados con la invasión viral a nivel del nervio coclear o de los tejidos blandos de la cóclea, produciendo neuritis o cocleitis, la reactivación de un virus latente y la respuesta inmune desencadenada ante un virus que podría producir anticuerpos con reacción cruzada a antígenos en el oído interno¹².
- Ruptura de estructuras membranosas: Se ha sugerido que alteraciones de presión (como el barotrauma o el trauma craneoencefálico) pueden provocar una ruptura en la membrana de Reissner, mezclando perilinfa y endolinfa y perdiendo la gradiente de concentraciones iónicas necesaria para la transducción de señales en el órgano de Corti¹². Otra posibilidad es la ruptura de la ventana oval o de la ventana redonda, que podría ocasionar una pérdida de perilinfa con la consecuente alteración de las presiones entre los compartimentos de endolinfa y perilinfa¹³.
- Autoinmunidad: Se han identificado múltiples antígenos en el oído interno que son el blanco de una

respuesta inmune humoral y celular, como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad de tipo II (citotóxica), III (por inmunocomplejos) y IV (hipersensibilidad retardada)¹⁴. La respuesta al tratamiento con esteroides podría explicarse mediante esta teoría¹⁴.

Diagnóstico

El enfoque diagnóstico debe iniciarse con una detallada historia clínica y un examen físico exhaustivo. En la anamnesis, es esencial explorar posibles eventos desencadenantes, como infecciones virales o traumas, así como evaluar la severidad, lateralidad, inicio y duración de la hipoacusia, y la presencia de síntomas acompañantes, como sensación de plenitud auricular, tinnitus y vértigo¹⁰. La hipoacusia súbita neurosensorial suele ser unilateral, manifestándose a menudo al despertarse.

Durante el examen físico, se deben descartar otras causas de hipoacusia, como cerumen impactado, cuerpos extraños en el conducto auditivo externo, perforaciones de la membrana timpánica o la presencia de fluido en el oído medio^{1,15}. También es crucial evaluar la función de los pares craneales y distinguir entre la hipoacusia neurosensorial y la conductiva^{1,15}. Las pruebas de Rinne y Weber son útiles para evaluar la etiología de la hipoacusia unilateral.

- Prueba de Weber: Consiste en colocar un diapason vibrante sobre una estructura ósea en la línea

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

media del paciente, como la glabella¹.

Si el paciente escucha el sonido en la línea media o de manera equitativa en ambos lados, la prueba es normal. Si lateraliza al lado afectado, sugiere hipoacusia conductiva; si lateraliza al lado contrario, es compatible con hipoacusia neurosensorial^{1,10}.

- Prueba de Rinne: Involucra el uso de un diapasón vibrante, primero colocado sobre la apófisis mastoides y luego acercándolo al canal auditivo ipsilateral sin tocarlo¹. Si el paciente escucha mejor el sonido por vía aérea, se considera normal; si lo escucha mejor por vía ósea en el oído ipsilateral, sugiere hipoacusia conductiva; si lo escucha mejor por vía ósea en el oído contralateral, es indicativo de hipoacusia neurosensorial en el lado examinado¹.

En ausencia de un diapasón, se pueden utilizar alternativas como la prueba de Rauch o incluso la vibración de un celular para la prueba de Weber, con resultados comparables al uso del diapasón^{10,16-18}.

Durante la anamnesis y el examen físico, es fundamental investigar la presencia de hipoacusia bilateral, episodios recurrentes uni o bilaterales, signos neurológicos focales, problemas vestibulares bilaterales, nistagmus, síntomas oculares, y antecedentes de trauma, lo que podría indicar una hipoacusia neurosensorial no idiopática que requiere un enfoque y manejo diferenciado^{1,19}.

Ante un paciente con sospecha de hipoacusia neurosensorial súbita idiopática, se recomienda realizar una audiometría para confirmar el diagnóstico y referir al paciente a un especialista en otorrinolaringología para una evaluación detallada, preferiblemente en un plazo de menos de una semana^{9,10}.

Manejo en el primer nivel de atención

Se basa en una evaluación exhaustiva que incluye la historia clínica y el examen físico, respaldados por estudios adicionales en casos con sospecha clínica de una etiología específica. La audiometría es esencial y se recomienda realizarla en los primeros 14 días para establecer un estudio de base que permita comparaciones posteriores y cuantificar posibles secuelas hipoacúsicas. Se debe priorizar la derivación a centros donde se pueda realizar la audiometría de manera prioritaria.

Cuando se confirma una etiología específica, se debe proporcionar el tratamiento correspondiente; sin embargo, en la mayoría de los casos, la hipoacusia súbita es idiopática. El manejo, por lo tanto, es empírico y debe ser conocido por los médicos de atención primaria, ya que el inicio temprano del tratamiento mejora el pronóstico^{10,20}.

El pilar del manejo terapéutico es el uso de esteroides, que actúan como antiinflamatorios para reducir la inflamación y el edema en el oído interno. Se recomienda el inicio inmediato,

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

generalmente con prednisona a una dosis de 1 mg/kg/día durante 7-14 días, seguido de una reducción gradual.

El monitoreo cercano del paciente es esencial debido a posibles efectos secundarios graves. La vía intratimpánica de esteroides se presenta como una alternativa con menos efectos secundarios y mayor concentración del fármaco a nivel coclear. Esta vía se reserva para casos específicos y, en caso de preferirla, se debe referir al paciente a un especialista capacitado.

La oxigenoterapia hiperbárica se propone como terapia adicional, buscando mejorar la oxigenación en el líquido laberíntico y, por ende, la función coclear. Se considera en conjunto con la corticoterapia y, en algunos casos, como terapia de rescate si el tratamiento con esteroides no muestra mejoría después de dos semanas.

Otros enfoques, como el uso de antivirales, trombolíticos, vasodilatadores y sustancias vasoactivas, han sido objeto de estudio, pero hasta el momento no han demostrado beneficios significativos. La comunicación efectiva con el paciente es crucial, ya que la hipoacusia súbita puede generar angustia y dudas sobre el pronóstico. Se deben discutir con el paciente las diferentes opciones de tratamiento, sus riesgos y beneficios, y proporcionar información sobre posibles resultados¹.

Evolución

La evolución de la hipoacusia súbita varía considerablemente entre los

pacientes. Se estima que aproximadamente dos tercios de los afectados experimentan al menos una recuperación parcial de la audición. La recuperación completa es más común en casos de hipoacusia leve o moderada, mientras que en situaciones de pérdida auditiva profunda, la recuperación total es menos probable¹⁶.

Aunque la relación temporal entre la aplicación del tratamiento y la recuperación de la audición no está claramente establecida, se destaca la importancia del uso temprano de corticoesteroides. Aunque existe la posibilidad de recuperación espontánea sin tratamiento, la literatura indica que la mejoría auditiva con el uso de esteroides es significativamente mayor que con placebo, acelerando la recuperación. Esta terapia se considera la opción con mejores resultados cuando se inicia en las primeras dos semanas desde el inicio de los síntomas^{15,23}.

La respuesta a los corticosteroides intratimpánicos se ha sugerido como superior a la vía oral, pero se requieren más estudios para confirmar esta afirmación. La elección del tratamiento debe considerar variables como el costo económico, las comorbilidades del paciente y la disponibilidad del tratamiento²⁴⁻²⁶.

La combinación de esteroides intratimpánicos y sistémicos simultáneamente, o la administración intratimpánica después de un ciclo de esteroides sistémicos, ha sido asociada con mayores tasas de recuperación en

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
 - a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

algunos informes, aunque la mayoría de los estudios no encuentran diferencias significativas entre la terapia sistémica, las inyecciones intratimpánicas y la combinación de ambas^{4, 11, 24, 25, 27}.

Se recomienda una evaluación audiométrica inmediatamente después de completar el tratamiento y a los dos meses posteriores para cuantificar posibles secuelas auditivas y evaluar la necesidad de una prótesis auditiva. El seguimiento continuo es crucial, ya que hasta un tercio de los pacientes pueden presentar causas no evidentes inicialmente. En casos de falta de recuperación, recuperación parcial o presencia de tinnitus persistente, el otorrinolaringólogo determinará el manejo, considerando opciones como audífonos o rehabilitación audiológica. La terapia psicológica también puede ser aconsejada según sea necesario^{11, 15}.

Factores como la edad avanzada (mayores de 60 años), consulta y tratamientos tardíos (después de una semana del inicio de los síntomas), pérdida auditiva severa, pérdida de altas frecuencias, historial de vértigo y recuperación iniciada después de las dos semanas del inicio de los síntomas han sido identificados como elementos que empeoran el pronóstico de recuperación auditiva¹⁰.

Además de las consecuencias directas en la audición, la hipoacusia prolongada puede tener repercusiones negativas en la calidad de vida del paciente. El impacto en el desempeño cotidiano, el reconocimiento de palabras y la dificultad

auditiva en entornos ruidosos pueden llevar a sentimientos de soledad, aislamiento social y afectar la salud mental y cognitiva del individuo²⁸⁻³⁰.

La hipoacusia súbita neurosensorial representa una emergencia médica que, aunque en hasta un 70% de los casos puede presentar una curación espontánea, requiere una exploración temprana para descartar causas potencialmente amenazantes para la vida, como trastornos vasculares o neoplásicos. Un diagnóstico oportuno es esencial para iniciar tempranamente el tratamiento con corticoesteroides y facilitar el reposo domiciliario, siendo estas las indicaciones más ampliamente aceptadas para este cuadro. Dado que los pacientes afectados a menudo buscan atención en el primer nivel de atención, es crucial que los profesionales conozcan las características clínicas de esta condición y estén familiarizados con su manejo. Una vez que se han descartado las causas que podrían poner en peligro la vida del paciente, la iniciación inmediata de la terapia con corticosteroides vía oral y la pronta derivación al servicio de otorrinolaringología son pasos cruciales en el abordaje efectivo de la hipoacusia súbita neurosensorial.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

- EA, Finestone SA, Hollingsworth DB, Kelley DM, Kmucha ST, Moonis G, Poling GL, Roberts JK, Stachler RJ, Zeitler DM, Corrigan MD, Nnacheta LC, Satterfield L. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;161(1_suppl):S1-S45. doi: 10.1177/0194599819859885
2. GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396:1204–22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6)
3. Wilson BS, Tucci DL, Merson MH, O'Donoghue GM. Global hearing health care: new findings and perspectives. *Lancet.* 2017;390(10111):2503-2515. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31073-5. PMID: 28705460.
4. Jung WW, Hoegerl C. Sudden Sensorineural Hearing Loss and Why It's an Emergency. *Cureus.* 2022;14(1):e21418. doi: 10.7759/cureus.21418. PMID: 35198323.
5. Payne T, Wong G. Hearing loss: Conductive versus sensorineural. *InnovAiT.* 2022;15(4):218-225. doi:10.1177/17557380211070030
6. Barman SM. Capítulo 16: Sentidos especiales II: audición y equilibrio. En: Raff H, Levitzky R. *Fisiología médica. Un enfoque por aparatos y sistemas.* McGraw-Hill Interamericana; 2013. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1501>
7. Cunningham LL, Tucci DL. Hearing Loss in Adults. *N Engl J Med.* 2017;377(25):2465-2473. doi:10.1056/NEJMra1616601
8. Johns JD, Adadey SM, Hoa M. The role of the stria vascularis in neglected otologic disease. *Hear Res.* 2023;428:108682. doi: 10.1016/j.heares.2022.108682. PMID: 36584545.
9. Michels TC, Duffy MT, Rogers DJ. Hearing Loss in Adults: Differential Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* 2019;100(2):98-108. PMID: 31305044.
10. Tripathi P, Deshmukh P. Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Review. *Cureus.* 2022;14(9):e29458. doi:10.7759/cureus.29458
11. Pons Y, Maffert A, Raynal M, Ukkola-Pons E, Lepage P, Kossowski M. Sordera brusca. *EMC-Otorrinolaringología.* 2013; 42(2). doi:10.1016/S1632-3475(13)64679-2
12. Chen X, Fu YY, Zhang TY. Role of viral infection in sudden hearing loss. *J Int Med Res.* 2019;47(7):2865-2872. doi: 10.1177/0300060519847860. PMID: 31130031.
13. Lazarini PR, Camargo AC. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: etiopathogenic aspects. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2006;72(4):554-61. doi: 10.1016/s1808-8694(15)31004-1. PMID: 17143437.
14. Li G, You D, Ma J, Li W, Li H, Sun S. The Role of Autoimmunity in the Pathogenesis of Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Neural Plast.* 2018;2018:7691473. doi: 10.1155/2018/7691473. PMID: 30008743.
15. Prince ADP, Stucken EZ. Sudden

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

- Sensorineural Hearing Loss: A Diagnostic and Therapeutic Emergency. *J Am Board Fam Med.* 2021;34(1):216-223. doi: 10.3122/jabfm.2021.01.200199. PMID: 33452100.
16. Leung MA, Flaherty A, Zhang JA, Hara J, Barber W, Burgess L. Sudden Sensorineural Hearing Loss: Primary Care Update. *Hawaii J Med Public Health.* 2016;75(6):172-4. PMID: 27413627.
 17. Yang A, Lewis RJ, Watson N, Riley CA, Tolisano AM. The cell phone vibration test: A telemedicine substitute for the tuning fork test. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2021;6(5):1175-1181. doi: 10.1002/lio2.665. PMID: 34667863.
 18. Shilo S, Ungar OJ, Handzel O, Abu Eta R, Shapira U, Muhanna N, Oron Y. Telemedicine for Patients With Unilateral Sudden Hearing Loss in the COVID-19 Era. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;148(2):166-172. doi: 10.1001/jamaoto.2021.3672. PMID: 34940804.
 19. Singh A, Kumar Irugu DV. Sudden sensorineural hearing loss - A contemporary review of management issues. *J Otol.* 2020;15(2):67-73. doi: 10.1016/j.joto.2019.07.001. PMID: 32440269.
 20. Ng B, Crowson MG, Lin V. Management of sudden sensorineural hearing loss among primary care physicians in Canada: a survey study. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;50(1):22. doi: 10.1186/s40463-021-00498-x. PMID: 33795010.
 21. Tello Montúfar, DM, Estévez Tobar, DA. Hipoacusia neurosensorial súbita, el gran dilema de la otorrinolaringología. Una revisión de la literatura. *RECIMUNDO.* 2020;4(4),40-61. <https://doi.org/10.26820/recimundo/4.4.noviembre.2020.40-61>
 22. Marx M, Younes E, Chandrasekhar SS, et al. International consensus (ICON) on treatment of sudden sensorineural hearing loss. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018;135(1S):S23-S28. doi:10.1016/j.anorl.2017.12.011
 23. Li J, Ding L: Effectiveness of steroid treatment for sudden sensorineural hearing loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Pharmacother.* 2020;54:949-57. doi: 10.1177/1060028020908067
 24. Plontke SK, Meisner C, Agrawal S, Cayé-Thomasen P, Galbraith K, Mikulec AA, Parnes L, Premakumar Y, Reiber J, Schilder AGM, Liebau A. Intratympanic corticosteroids for sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2022;7(1). doi:10.1002/14651858.CD008080.pub 2.
 25. Sialakis C, Iliadis C, Frantzana A, Ouzounakis P, Kourkouta L. Intratympanic Versus Systemic Steroid Therapy for Idiopathic Sudden Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* 2022;14(3):e22887. doi:10.7759/cureus.22887
 26. Yang T, Liu H, Chen F, et al.: Intratympanic vs systemic use of steroids as first-line treatment for sudden hearing loss: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *J Otol.* 2021;16:165-77. doi:10.1016/j.joto.2021.02.001
 27. Mirian C, Ovesen T: Intratympanic vs systemic corticosteroids in first-line treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
 - a. Médico General

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 18/4/2023

Correspondencia:

Alexis Castillo Cordero

alexisc21@gmail.com

ORCID: [0009-0001-5118-5864](https://orcid.org/0009-0001-5118-5864)

Citar como:

Barrantes-Silman P, Castillo-Cordero A, Nygren-Nygren A. Abordaje de la hipoacusia súbita en medicina general. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 204-213. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.674](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.674)

- systematic review and meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;146(5):421-428. doi:146:421-8. 10.1001/jamaoto.2020.0047
28. Nicklas L, Castro R, Henríquez S, Mella C. Hipoacusia sensorineural unilateral: Revisión de los manejos posibles en nuestra realidad nacional. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2021;81(4):584-594. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162021000400584>.
 29. Shukla A, Harper M, Pedersen E, et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(5):622-633. doi:10.1177/0194599820910377
 30. Jayakody DMP, Wishart J, Stegeman I, et al. Is There an Association Between Untreated Hearing Loss and Psychosocial Outcomes?. Front Aging Neurosci. 2022;14:868673. doi:10.3389/fnagi.2022.868673

