

PROTOCOLO SORDERA SUBITA

SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGIA

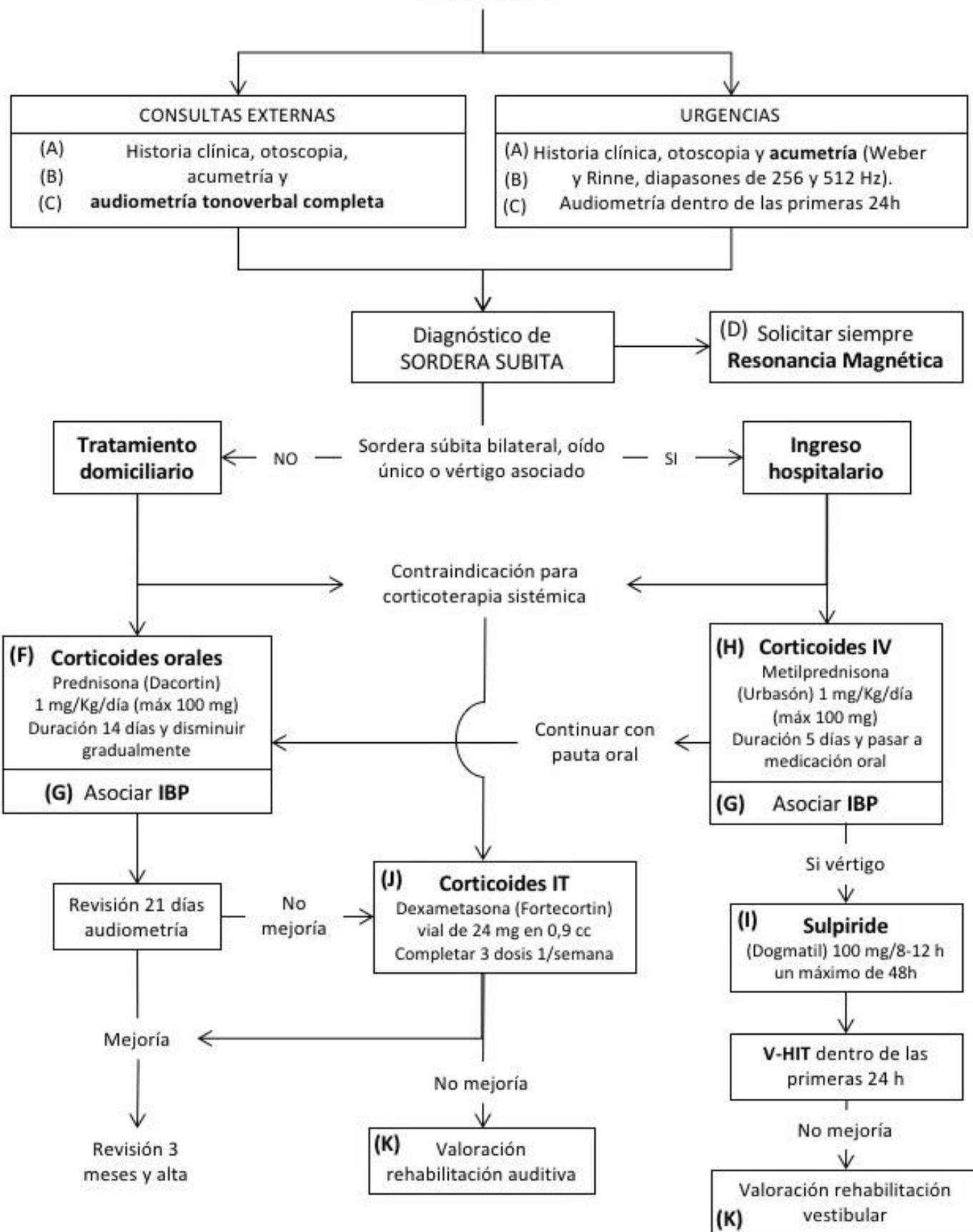
huca⁺



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
CENTRAL de
ASTURIAS

ENERO 2017

Sordera súbita



PROTOCOLO PARA LA SORDERA SUBITA NEUROSENSORIAL

A. **Historia clínica completa:** Identificación de posibles causas.

B. **Examen físico:** En Urgencias el diagnóstico inicial se basará en la otoscopia y la **acumetría** (Weber y Rinne con 2 diapasones de 125, 250 o 500 Hz). La confirmación diagnóstica se hará en consultas con audiometría tonoverbal dentro de las primeras 24h. Si el enfermo se ve desde el primer momento en la consulta el diagnóstico se hará en la misma visita

C. **Analítica:** no existe evidencia suficiente para su utilización

D. **Resonancia magnética:** Se debe realizar en todos los pacientes (es la exploración con mejor rendimiento diagnóstico en la sordera súbita). La tomografía computarizada no proporciona una resolución suficiente para detectar tumores del ángulo pontocerebeloso o infartos pequeños del tronco encefálico y debe utilizarse sólo en pacientes que no pueden someterse a la RM.

E. **Tratamiento:** sin una evidencia científica confirmada los glucocorticoides representan el único tratamiento probablemente útil. Los pacientes serán informados de los riesgos del tratamiento con glucocorticoides y de la mayor probabilidad de alguna respuesta si se inicia inmediatamente después del diagnóstico sobre todo dentro de las primeras dos semanas. Después de las 4 semanas del comienzo de la hipoacusia no estarían indicados

F. **Tratamiento ambulatorio:** Si la sordera súbita no se acompaña de factores de mal pronóstico se procederá a tratamiento ambulatorio con corticoides orales, las pautas más utilizadas son:

1. *Prednisona* (Prednisona Alonga[®], Dacortin[®]), 1 mg/kg peso/día, VO, durante 14 días. Luego se pasará a pauta descendente cada 5 días (por ejemplo, en un paciente de 80 kg de peso, 80 mg x 14 días, 60 mg x 5 días, 40 mg x 5 días, 20 mg x 5 días, 10 mg x 5 días, 5 mg x 5 días). Dacortín está en comprimidos de 30, 5 y 2,5 mg

2. *Metilprednisolona* (Urbason[®]), 1 mg/kg peso/día, VO, durante 14 días y luego pauta descendente cada 5 días (por ejemplo, en un paciente de 80 kg de peso, 80 mg x 5 días, 60 mg x 5 días, 40 mg x 5 días, 20 mg x 5 días, 10 mg x 5 días, 5 mg x 5 días). Urbason tiene comprimidos de 40, 16 y 4 mg

3. *Deflazacort* (Dezacor[®], Zamene[®]) 1,5 mg/kg peso/día, VO, durante 14 días luego pauta descendente (por ejemplo, en un paciente de 80 kg de peso, 120 mg x 5 días, 90 mg x 5 días, 60 mg x 5 días, 30 mg x 5 días, 15 mg x 5 días). Zamene viene en comprimidos de 30 y de 6 mg

G. Se asociará *omeprazol* (o cualquier inhibidor de la bomba de protones, IBP) mientras se administren los corticoides. En pacientes ingresados 40 mg/día IV en dosis única. En pacientes ambulatorios 20 mg/día VO por las mañanas.

H. Tratamiento hospitalario: En casos de *sordera súbita bilateral, oído único o vértigo acompañante* se ingresará la paciente para ser tratado con *metilprednisolona (Urbason®), 1 mg/kg/día IV, dosis máxima 100mg/día durante 5 días seguidos*. Una vez finalizados los 5 días de tratamiento IV se dará el alta y se continuará con la pauta oral (ver tratamiento ambulatorio F).

I. En caso de vértigo acompañante se añadirán sedantes vestibulares: *sulpirida (Dogmatil® solución inyectable) a dosis de 100mg/8-12 h (según la sintomatología), IM, máximo 48h*. Se debe realizar V-HIT dentro de las primeras 48 horas para identificar el déficit vestibular asociado.

J. Tratamiento intratimpánico: Si no hay mejoría en 10-14 días, confirmada con una audiometría o está contraindicada la corticoterapia sistémica, se considerarán los corticoides intratimpánicos. Se utilizará *Dexametasona (Fortecortin®) vial de 24 mg en 0,9cc; Metilprednisona (Urbason®) vial de 40mg en 0.9cc, completar 3 dosis, 1/semana*.

K. Valoración rehabilitación auditiva y/o vestibular. Según la audición residual que le haya quedado al paciente se valorará audífono, implante de conducción ósea o implante coclear. Si después del tratamiento antivertiginoso perdura el desequilibrio habrá que valorar rehabilitación vestibular

Bibliografía:

- Lawrence, R and Thevasagayam. Controversies in the management of sudden sensorineural hearing loss (SSNHL): an evidence based review. *Clinical Otolaryngology*, (January 2014), 176–182.
- Metrailler AM, Babu SC. Management of sudden sensorineural hearing loss. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016; 24:403-406.
- O'Connell BP, Hunter JB, Haynes DS. Current concept in the management of idiopathic sensorineural hearing loss. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 Oct;24(5):413-9.
- Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 146: S1.
- Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal JR. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011; 62:144-57