

## CASOS CLINICOS:

Comenzamos una **Sección de Casos Clínicos comentados**, dirigida a todos los miembros de la SAORL, pero especialmente a los residentes. Os animamos a presentar vuestros casos, y podéis remitirlos a la Secretaría de la SAORL o al Dr. Fraile Rodrigo, en el Hospital Miguel Servet.

## Caso clínico comentado

**J. FRAILE RODRIGO**  
**J. EIRAS AJURIA**  
**J.V. TISNER NIETO**  
**E. LORENTE ARENAS**  
**M.J. NAYA GÁLVEZ**  
**C. MARIN GARRIDO**  
**L. CARMEN SAMPERIZ**

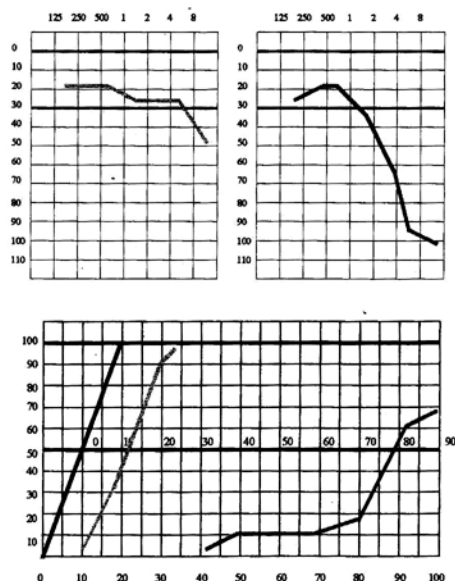
*Servicio de ORL y Neurocirugía  
Hospital Miguel Servet  
Zaragoza*

# Paciente con hipoacusia de oído izquierdo

Presentamos el caso de una paciente de 27 años de edad que refería hipoacusia de oído izquierdo desde hace 4-5 años, no progresiva, sin causa aparente, acompañada de acúfeno continuo del mismo oído, sin vértigo, inestabilidad, cefalea ni otros síntomas.

La exploración otoscópica era normal, con nistagmus espontáneo de primer grado horizontal hacia la derecha (explorado con gafas de Frenzel) y cierta lateropulsión izquierda con la prueba de ROMBERG y UNTERBERGER. Las pruebas cerebelosas y exploración de pares craneales fueron aparentemente normales.

Practicamos Audiometría Tonal liminar que mostró una hipoacusia perceptiva severa de oído izquierdo, pero solo para frecuencias agudas:

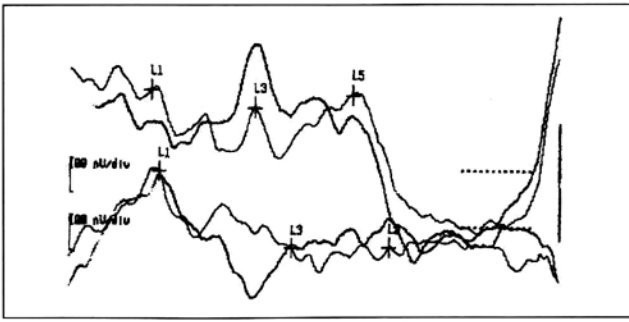


La Audiometría verbal confirmó una importante pérdida de discriminación verbal en oído izquierdo, con un umbral de inteligibilidad de 80 dbs. y una comprensión máxima del 70%. Se practicaron igualmente pruebas supraliminales (Test de SISD) que fue negativo y Prueba de Fatigabilidad (Tone Decay Test) que mostró un descenso de 20 dbs en el Umbral auditivo, considerado como dudosamente positiva.

Llevamos a cabo Electronistagmograma que presentó:

- Leve disimetría en sacadas horizontales y verticales.
- Seguimiento pendular prácticamente normal.
- Gaze nistagmus (Nistagmus de mirada extrema) negativo.
- Confirmó el nistagmus espontáneo hacia la derecha y de posición igualmente hacia la derecha en todas las posiciones.
- Paresia moderada del laberinto izquierdo del 38%, sin preponderancia direccional.

Se puso en marcha nuestro protocolo de despistaje de Neurinoma que incluye la práctica de Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (Figura 1) que mostró una importante alteración en el trazado en el oído izquierdo, sin la existencia aparente de onda V y, como la diferencia de audición entre los dos oídos para la frecuencia 2000 y 4000 c/s es de 60 dbs (superior al límite de 40 dbs) practicamos R.M.N. (Figura 2) que reveló importante Neurinoma del Acústico de 3x4 cms. de diámetro con compresión de cerebelo y Tronco de Encéfalo. La paciente ha sido intervenida por Neurocirugía y O.R.L. extirpando un Neurinoma de 4 cm. con compresión cerebelosa y troncoencefálica, sin complicaciones postoperatorias y secuelas de cofosis de oído izquierdo y paresia facial.



### Comentario

El Neurinoma del Acústico es un Schwannoma que se origina a partir de la unión glial-neurilemmal del fondo del C.A.I., afectando al componente vestibular del VIII par craneal (1). Las alteraciones que provoca están directamente relacionadas con su tamaño y, por ello, es fundamental el diagnóstico precoz.

Su incidencia estimada es de un caso nuevo por cada cien mil habitantes al año (2) (Tos y Thomsen, 1.984).

La clínica pasa por una serie de fases:

1º. Fase Otológica: Produce alteración audiovestibular y facial. Abarca lesiones intra y extracocleares hasta 2 cm. En esta fase la manifestación clínica más frecuente es la hipoacusia perceptiva unilateral, seguido de acúfeno e

inestabilidad (1, 3)

2º. Fase Trigeminal: Afectación del nervio Trigémino. El diámetro es mayor de 2 cm. En nuestro caso en la exploración clínica el reflejo corneal era normal, aunque lógicamente debería estar afectado.

3º. Fase de compresión troncular y cerebelar. Nuestra paciente se encontraba en esta fase.

4º. Fase de Aumento de Presión intracraneal.

5º. Fase Terminal con hernia de amígdalas cerebelosas.

El problema corresponde al diagnóstico. La prueba fundamental en el diagnóstico es la R.M.N.(4,5), aunque sin embargo fue preciso buscar otra prueba más fácil, accesible y barata que pudiera utilizarse como test de despistaje. Se aprovecharon los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco cerebral por su alta sensibilidad a pesar de presentar una baja especificidad (5,6), como paso previo a pedir una R.M.N.

Hoy en día la mayor accesibilidad y posibilidad en la práctica de R.M.N. va haciendo disminuir el uso de los Potenciales Evocados.

La utilidad de la presentación de este caso creo que se encuentra en la comprobación de cómo un neurinoma del acústico verdaderamente muy grande (4 cm. de diámetro con compresión cerebelosa y troncoencefálica), puede cursar con una clínica escasa, con no muy importante hipoacusia y con moderadas alteraciones en las pruebas diagnósticas.

El neurinoma es por tanto un posible diagnóstico, que aunque poco frecuente, siempre debe ser tenido en cuenta en nuestra práctica clínica habitual.

### Bibliografía

- 1.- RAMSDEN, R.T.: "Acoustic Tumours" en SCOTT BROWN,S OTOLARYNGOLOGY, pags 500-533, Ed. Butterworths, 5ª ed. Londres, 1.987.
- 2.- TOS, M.; THOMSEN, J.: "Epidemiology of acoustic neuromas". Journal of Laryngology and otology, 98:685-692, 1.984.
- 3.- SELESNICK, S.H.; JACKLER, R.K.: "Manifestaciones clínicas y diagnóstico audiométrico de neuromas del acústico". Clin. Nort. O.R.L., vol. 3/1.992:555-587, 1.992.
- 4.- THOMSEN, J.; TOS, M.: "Management of acoustic neuromas". Ann. Oto.Laryng. (Paris), 110: 179-191, 1.993.
- 5.- CURTIN, H.D.; HIRSCH, W.L.: "Diagnóstico por imagen de neuromas del acústico". Clin. Nort. ORL. vol 3/1.992: 589-644, 1.992.
- 6.- BENITEZ, J.T.; ARSENAULT, M.D.: "Brainstem Auditory evoked response sensitivity: Comparison with other neurologic test in the detection of retrocochlear lesions". ORL, 51:332-338, 1.989.