

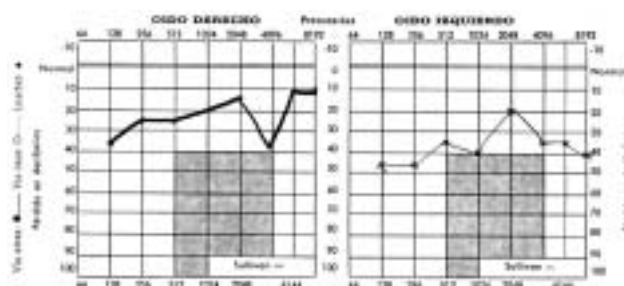
Caso Clínico

PEATC aparentemente normales en hipoacusia grave unilateral. Interpretación audiométrica

Introducción

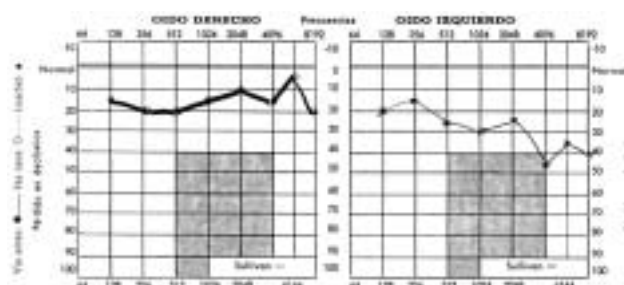
Nos parece interesante desde el punto de vista de estudio audiológico el caso de este paciente que presenta una sordera neurosensorial unilateral progresiva izquierda de dudosa etiología.

Se trata de un paciente de 53 años de edad visto en el Servicio de ORL del Hospital Militar por problemas diversos de ambos oídos. La historia se remonta años atrás por hipoacusia interpretada alguna vez como otubaritis, predominando en revisiones posteriores otitis externas y limpiezas de conducto auditivo.

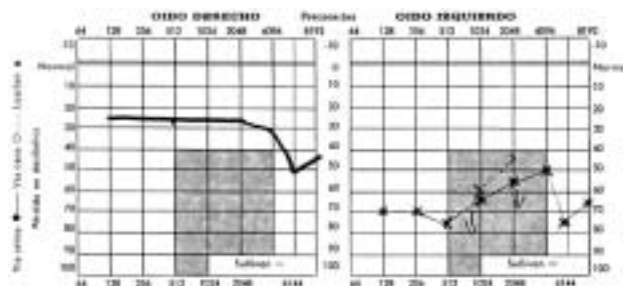


Evolución audiométrica. Primera consulta.

En 1984 se refiere de manera imprecisa un cuadro de mareo, que no vuelve a aparecer en el resto de revisiones. Se conservan impedanciometrías aparentemente normales (timpanograma y reflejo estapedial). Observando sus curvas audiométricas se aprecia una caída neurosensorial "en cuchara" afectando a frecuencias conversacionales (250, 500 y 1000 Hz) en torno a 40 dB, llamando la atención una fluctuación con franca mejoría en revisiones posteriores (1990-1991). En los dos últimos años la hipoacusia se ha hecho progresiva afectando también, pero siempre en menor medida las frecuencias 2000 y 4000 Hz. Figura 1.



Evolución audiométrica. Segunda consulta.



Evolución audiométrica. Tercera consulta.

En última revisión el paciente presenta una sordera muy marcada subjetivamente. En la otoscopia se aprecian unos tímpanos normales. El Rinne es positivo bilateral, con Weber indiferente. La timpanometría es normal. El reflejo del estribo está presente a altas intensidades en 2000 y 4000 Hz en ambos oídos.

Se realizó estudio para descartar patología retrococlear obteniendo unos resultados que creemos que pueden ser interesantes para hacer pensar o incluso entrar en polémica al lector.

1. PEATC: (Figura 2). Llama la atención la perfecta definición de ondas en ambas vías auditivas a altas intensidades con amplitud e interlatencias equivalentes. Además se puede apreciar una buena definición de la onda V en ambos oídos incluso a 30 dB.
2. TAC de oídos: "neumatización y estructuras óseas normales".
3. RNM: "Malformación de Arnold Chiari. Resto normal".

Comentario

El motivo por el que traemos este caso es la aparente contradicción entre el registro de PEATC y el umbral audiométrico.

Nuestro razonamiento es el siguiente: Se trata de una hipoacusia fluctuante neurosensorial con agravamiento progresivo y en principio sin componente vestibular claro. Su origen puede ser coclear o retrococlear.

A favor del origen coclear podemos esgrimir la historia fluctuante, la presencia de reflejo del estribo, los potencia-

les de tronco normales, la TAC y RNM así mismo, normales. A favor del origen retrococlear, solo nos queda pensar en una sordera más alta que el tronco del encéfalo, no existiendo signos de focalidad, ni otros síntomas o signos neurológicos que sugieran esta posibilidad por otro lado poco frecuente.

Nuestra interpretación sobre la bondad del registro de potenciales podría tener dos explicaciones. Por un lado, el reclutamiento de neuronas excitadas por los click de alta intensidad, y por otro la coincidencia del espectro del click con la zona coclear en mejor estado (las frecuencias de 2000 y 4000 Hzs).

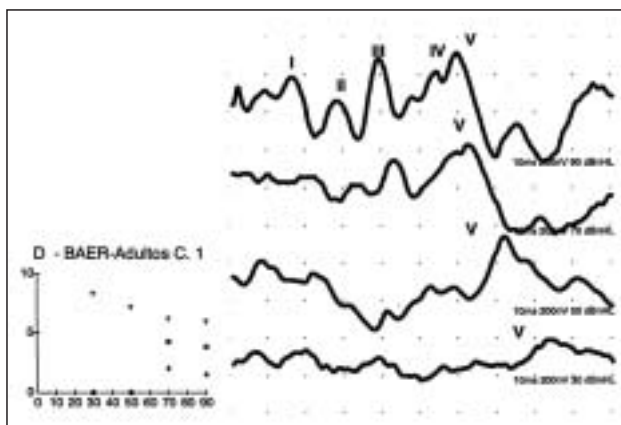
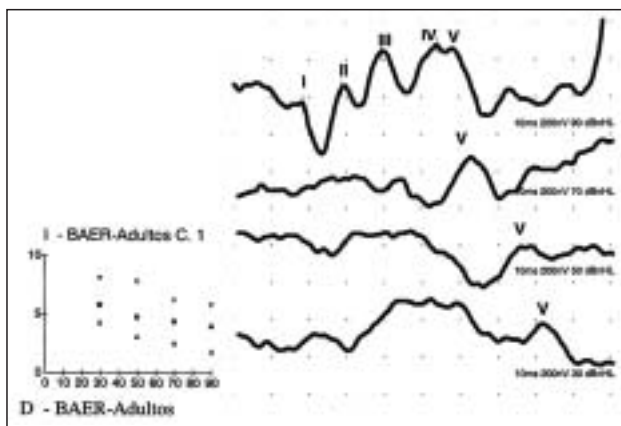


Figura 2: Registro de PEATC de ambas vías auditivas.

Conclusión

Independientemente de que tengamos o no razón en la interpretación audiométrica de este registro de PEATC, presentamos un caso en el que hay una gran distancia entre el umbral que nosotros imaginamos al realizar esta prueba y el que el paciente nos proporciona con una audiometría tonal convencional. Esta posibilidad ocurre alguna vez en el estudio de otros pacientes que no pueden contestar a una audiometría subjetiva, como por ejemplo niños, y debe tenerse siempre en cuenta.

Comentario

Dr. Jesús José Fraile Rodrigo.
Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario "Miguel Servet" de Zaragoza.

En primer lugar felicitar a los compañeros del Hospital Militar por el interesante caso presentado y, para colaborar aportando nuestra experiencia, me gustaría efectuar una serie de comentarios:

- 1º.- El caso parece bien presentado, estudiado y razonado en sus conclusiones.
- 2º.- Se podría plantear, asegurándose de la veracidad de los PEATC, la posibilidad de la existencia de una lesión coclear que provoque hipoacusias fluctuantes sin afectación vestibular, por ejemplo una forma de enfermedad de Ménière coclear para la que no disponemos de medios diagnósticos y que, sin embargo seguiría sin justificar la no concordancia PEATC y audiometría.
- 3º.- Es importante valorar el hallazgo de la malformación ARNOLD-CHIARI (suponemos que grado I). A raíz de los hallazgos encontrados en 3 pacientes de nuestro Hospital Miguel Servet de Zaragoza, que presentaban una larga historia abigarrada y compleja de hipoacusias fluctuantes y cambiantes, inestabilidad y alteraciones en la movilidad ocular que provocaban pocas manifestaciones clínicas (a veces ligera oscilopsia), estudiamos en profundidad el tema (1, pendiente de publicar).

Sabemos que la malformación ARNOLD-CHIARI puede provocar signos y síntomas muy variados por afectación de los pares craneales VIII, X, XI y XII cuyo origen no es conocido aunque se sospecha que pueda ser debido a la elongación de los nervios por la tracción cerebelosa. En todos nuestros pacientes existía hipoacusia y manifestaciones oculares complejas (nistagmus verticales, alteraciones en el seguimiento ocular, gaze nystagmus patológico etc). Por todo ello me atrevo a sugerir que, a pesar de la no existencia de síntomas vestibulares, sería de utilidad la realización de un estudio electrooculográfico (videonistagmografía) para:

- descartar posibles hipofunciones vestibulares.
- Estudiar de forma exhaustiva la motilidad ocular.

(1) M.J. Naya Galvez, J.J. Fraile Rodrigo et al: "Otorrinolaryngological manifestations in Chiari malformations". Pendiente de publicar.