



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

El tinnitus como forma atípica de presentación de una enfermedad grave

Jorge Luis Orihuela de la Cal*, Arminda Castro Vega, Cristina Nieves Robaina Yáñez

Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana, Las Palmas de Gran Canaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2023

Aceptado el 29 de junio de 2024

On-line el 27 de septiembre de 2024

Palabras clave:

Tinnitus

Enfermedad desmielinizante

Esclerosis múltiple

Keywords:

Tinnitus

Demyelinating disease

Multiple sclerosis

R E S U M E N

El tinnitus o acúfeno es un síntoma que nunca debe infravalorarse. Con frecuencia no se determina su origen aunque puede ser provocado por afecciones potencialmente graves. Es necesario explorar la presencia de síntomas y signos de alarma para proceder con celeridad.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 51 años de edad que presenta zumbido de oídos acompañado por disminución auditiva desde hace varios meses.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Tinnitus as an atypical presentation of a serious disease

A B S T R A C T

The tinnitus is a symptom that should never be underestimated. Often its origin is not determined but it can be caused by potentially serious conditions. It is necessary to explore the presence of symptoms and warning signs to proceed quickly.

We present the clinical case of a 51-year-old woman complaining of ringing in the ears accompanied by hearing loss for several months.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeorihu1969@gmail.com (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.042>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 51 años de edad. Acude a consulta de atención primaria y refiere notar “ruidos en ambos oídos que se extienden como zumbidos dentro de su cabeza”. Esto le genera una sensación vertiginosa no pulsátil. A mayor intensidad, menor percepción de tonos agudos, lo que se hace especialmente notable en ambientes poco bulliciosos sobre todo en el oído izquierdo. Además, le produce perturbación del sueño nocturno. Los síntomas han progresado y su calidad de vida se encuentra afectada.

Ha tomado suplementos para mejorar la salud auditiva (zinc, coenzima Q10, selenio, melatonina) pero no ha obtenido resultados positivos.

Refiere pérdida ponderal de 6 kg. Niega otorrea ni otorragia y no antecedentes de traumatismo o de toma de fármacos ototóxicos.

Tiene antecedentes personales de lumbalgia recurrente con claudicación fugaz de las piernas en algún momento; sensación parestésica con dorsalgia en otra ocasión e hipertensión arterial controlada (toma enalapril, 20 mg/día). No hábitos tóxicos.

Durante la exploración física encontramos talla 165 cm, peso 50 kg (índice de masa corporal 18,4: bajo peso); presión arterial 135/85 mmHg, frecuencia cardíaca 88 lpm y frecuencia respiratoria 16 rpm. Buen estado general, afebril; otoscopia normal; auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin hallazgos; marcha con cierta inestabilidad; pupilas normoreactivas e isocóricas, sin nistagmus patológico; reducción de fuerza muscular en los miembros inferiores (3-4/5) sin atrofia muscular; reflejos osteotendinosos presentes y simétricos; propiocepción normal; no meningismo.

Analítica: monocitosis 14 %; incremento de colesterol total (210 mg/dl), triglicéridos (250 mg/dl) y LDH (315 v/L); resto normal.

Fondo de ojo: signos de retinopatía hipertensiva leve (esclerosis arteriolar).

Aporta audiometría alterada: pérdida auditiva neurosensorial.

Radiografía lumbosacra: leves signos degenerativos vertebrales y anterolistesis L5-S1.

A la vista de la focalidad neurológica y del síndrome constitucional se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales: tumor cerebral primario o metastásico, enfermedad cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, presbiacusia, otosclerosis, infecciones víricas o bacterianas, ototoxicidad por medicamentos, esclerosis lateral amiotrófica, encefalomiелitis aguda, trauma acústico... El juicio clínico final es de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple, provocando discapacidad¹.

La paciente presenta diseminación temporal con episodios de déficit neurológico y forma atípica de presentación por medio de tinnitus e hipoacusia progresiva.

Es remitida al Servicio de Neurología ya que es necesario completar el estudio para confirmar la diseminación espacial y excluir otras afecciones.

Se realiza resonancia magnética nuclear cerebral en la que se observa leucoencefalopatía difusa supratentorial, hipertensa, distribución central con reducción del volumen parenquimatoso por trastorno desmielinizante (figura 1). Además, es necesario el abordaje multidisciplinar con control de la dislipemia y de otros factores de riesgo cardiovascular.

En la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes se amplían las investigaciones. El análisis del líquido cefalorra-

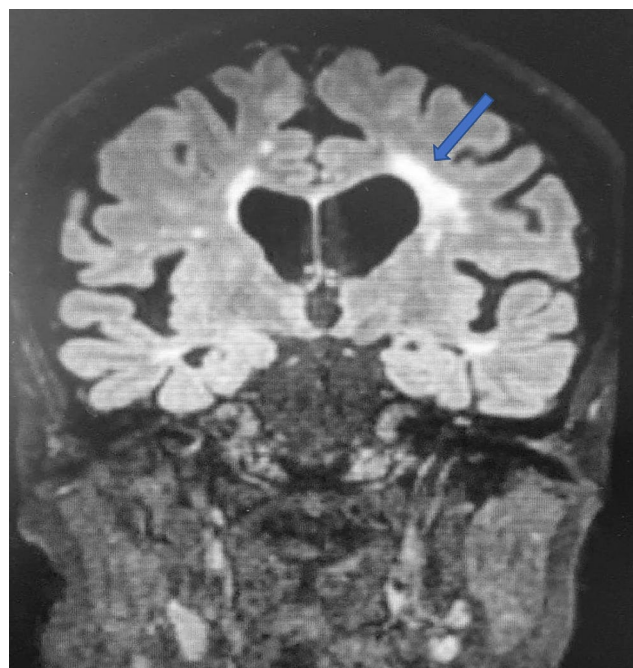


Figura 1 – RMN: enfermedad desmielinizante.

quídeo (LCR) muestra IgG y proteínas totales elevadas, así como presencia de dos bandas oligoclonales; potenciales evocados de respuesta auditiva y somatosensorial alterados.

Comienza ciclo de tratamiento con corticosteroide (metilprednisolona) en pauta descendente y a continuación tratamiento inmunomodulador.

Comentario

El tinnitus es la percepción de sonidos sin que exista un origen sonoro externo que los ocasione; no debe banalizarse. Puede resultar una forma atípica de presentación de esclerosis múltiple (EM) asociada a un déficit auditivo neurosensorial^{2,3}.

Siempre es necesario descartar otras patologías relevantes. Deben valorarse todos los diagnósticos diferenciales para llegar a un juicio clínico adecuado lo más precozmente posible (tabla 1).

El tinnitus puede ser unilateral o bilateral, agudo o crónico (duración más de 6 meses) y pulsátil o no. La prevalencia es mayor por encima de los 65 años (23 %)⁴.

La causa con frecuencia es desconocida. Puede ser provocado por entidades relevantes. Se debe valorar si existen síntomas y signos sugestivos de gravedad como: soplo en los oídos o en el cráneo, focalidad neurológica, asociación de vértigos más acúfenos unilaterales con hipoacusia...^{2,3}.

Es significativo resaltar que los diagnósticos tardíos de EM empeoran su pronóstico sobre todo por encima de la cuarta década de la vida: la progresión es más rápida, los episodios más frecuentes y las remisiones incompletas⁴. Debemos sospecharla y tener en cuenta criterios diagnósticos que facilitan la detección temprana (tabla 2)⁵. No se ha precisado la causa; pueden intervenir factores genéticos y ambientales que provo-

Tabla 1 – Posibles causas de tinnitus			
Subjetivo (más prevalente, solo escuchado por el paciente)		Objetivo (infrecuente, sonido que puede ser escuchado por el examinador)	
Unilateral	Bilateral	Continuo	Pulsátil (origen vascular)
Afectación auditiva neurosensitiva: enfermedad de Ménière, neurinoma del acústico	Hipoacusia neurosensitiva: por fármacos ototóxicos (antimaláricos, antidepresivos, diuréticos, antiinflamatorios...), traumatismo acústico, osteopongiosis, presbiacusia	Espasticidad muscular estapedial primario (causa desconocida) o secundario (a enfermedad cerebrovascular, tumor cerebral o esclerosis múltiple)	Malformación arteriovenosas: aneurismas, fistulas (soplos)
Hipoacusia de conducción: tapón de cerumen, otitis externa o media, presencia de cuerpo extraño	Sin afectación auditiva: anemia, hipertiroidismo, fiebre, hipertensión arterial, arterioesclerosis, ototoxicidad por medicamentos, causa psicógena	Disfunción del tubo faringotimpánico	Enfermedad cardiovascular: valvulopatías cardíaca, estrechamiento carotídeo...
Fuente: Esmaili et al ² .			

Tabla 2 – Criterios de McDonald (2017). Afectación temporal y espacial: diagnóstico de esclerosis múltiple	
≥ 2 crisis clínicas	≥ 2 lesiones distintas
≥ 2 crisis clínicas	Con 1 lesión, pero antecedente de otra crisis previa y diseminación en el espacio con lesión anatómica diferente
1 crisis clínica	Con ≥ 2 lesiones: diseminación en el tiempo con otra crisis clínica o demostración en RMN o existencia de bandas oligoclonales específicas en el LCR (no en sangre)
1 crisis clínica	1 lesión, pero con diseminación espacial comprobada por otra crisis clínica adicional, por afectación de una zona distinta del SNC o demostrado por RMN y diseminación en el tiempo verificada por crisis clínica adicional o por RMN o por demostración de bandas oligoclonales específicas en el LCR
Tipos de lesiones	Detectadas en RMN (asintomáticas o sintomáticas), aparecidas en espacio y en tiempo. “Espacio” significa afectación en más de un punto del sistema nervioso; “Tiempo” resulta del daño en más una ocasión.
Lugar de las lesiones	A nivel cortical cerebral y yuxtacorticales indica diseminación.
Fuente: Wexler et al ⁵ .	

can alteración en la respuesta inmunológica. Es más prevalente en mujeres de 20-40 años (70 %).

Aun sin terapéutica específica, debe ser tratada en función de los síntomas: los brotes con glucocorticoides, para modificar la respuesta con interferón beta más anticuerpos monoclonales y finalmente terapia rehabilitadora⁶⁻⁸.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Publica. 1997; 71(2).

2. Esmaili AA, Renton J. Una revisión del tinnitus. Aust J Gen Pract. 2018; 47(4): 205-8.

3. Dalrymple SN, Lewis SH, Philman S. Tinnitus: diagnosis and management. Am Fam Médico. 2021; 103(11): 663-71.

4. Atlas de la Esclerosis Múltiple. Mapa mundial de EM: las conclusiones epidemiológicas más importantes. 3ª ed [Internet]. MS International Federation; Sept 2020 [Consultado 10 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.msif.org/wp-content/uploads/2020/10/Atlas-Epidemiology-report-Sept-2020-Final-ES.pdf>

5. Wexler M, Silva P. Directrices para el diagnóstico de EM: Criterios de McDonald. [Internet]. Multiple Sclerosis News Today; April 2022 [Consultado 10 Ene 2023]. Disponible en: <https://multiplesclerosisnewstoday.com/ms-diagnosis-mcdonald-criteria/>

6. Montalban X.ECTRIM S/EAN Guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. Mult Scler. 2018; 24(2): 96-120.

7. Cuevas C. Actualidades en la inmunopatología de la esclerosis múltiple. Gac Med Mex. 2018; 154(5): 588-97.

8. Swanson JW. Enfermedad desmielinizante: ¿Qué puedes hacer? [Internet]. Rochester, Minnesota: Mayo Clinic Press; April 2022 [Consultado 11 Aug 2022]. Disponible en: <https://www.mayo-clinic.org/es-es/diseases-conditions/multiple-sclerosis/expert-answers/demyelinating-disease>