



# Acúfenos objetivos

J.-M. Thomassin, M.E. Rossi, A. Reyre

*El acúfeno es una percepción sonora que no se relaciona con un sonido generado por una vibración de origen externo al organismo e inaudible por el entorno. Este fenómeno lo perciben todas las personas al menos una vez en la vida, pero la repetición de la percepción de este ruido con una repercusión sobre la calidad de vida motiva la consulta del paciente. Los acúfenos son objetivos cuando se encuentra una causa objetiva orgánica que los puede explicar. Suponen alrededor del 5% de los acúfenos en general. Suelen ser pulsátiles y tienen una etiología mayoritariamente vascular. Las principales etiologías que se encuentran pueden distribuirse en tres grandes clases: vascular, tumoral y otras. La exploración se basa en una evaluación clínica y en pruebas complementarias otorrinolaringológicas (audiometría, impedanciometría) y radiológicas (angiotomografía computarizada [angio-TC], angiografía magnética [angio-RM], ecografía Doppler). Las causas vasculares pueden ser de origen arterial o venoso. La evaluación se basa en la ecografía Doppler, la TC y la angio-RM, y el manejo se realiza sobre todo mediante técnicas de neurorradiología. Las causas arteriales son múltiples. Los acúfenos de etiología venosa suponen el 50% de los acúfenos pulsátiles. Las causas tumorales son más infrecuentes y corresponden a los paragangliomas timpánico, yugular, carotídeo y vagal. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen. La biopsia está prohibida. Se debe realizar un estudio genético y metabólico. El tratamiento es mayoritariamente quirúrgico. También existen tumores menos frecuentes, como el granuloma de colesterol, los meningoceles o los meningiomas. Las otras etiologías de los acúfenos objetivos corresponden a anomalías del peñasco o a un origen sistémico.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Acúfeno; Pulsátil; Fístula arteriovenosa; Paraganglioma; Golfo yugular

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Etiologías de los acúfenos objetivos</b>	1
Etiologías vasculares	1
Etiologías tumorales	4
Otras etiologías	7
■ <b>Exploración física</b>	7
■ <b>Pruebas complementarias</b>	7
Audiometría e impedanciometría	7
Ecografía Doppler	8
Tomografía computarizada	8
Resonancia magnética y angiografía magnética	8

## ■ Introducción

El término acúfeno viene del griego y significa oír (*akoûô*) y voz (*phainô*). Es una percepción sonora que no se relaciona con un sonido generado por una vibración de origen externo al organismo e inaudible por el entorno. El sonido percibido puede parecerse a un zumbido, un silbido e incluso a un tintineo percibido en el cráneo o en el oído. Puede ser uni o bilateral.

Todas las personas percibirán este sonido al menos una vez en su vida, sobre todo en un ambiente muy silencioso. La repetición de este ruido con una repercusión sobre la calidad de vida del paciente motiva la consulta (un 50% de los pacientes califican sus acúfenos de intolerables o insoportables).

Los acúfenos son objetivos cuando se encuentra una causa objetiva orgánica que los puede explicar. Suponen alrededor del 5% de los acúfenos en general.

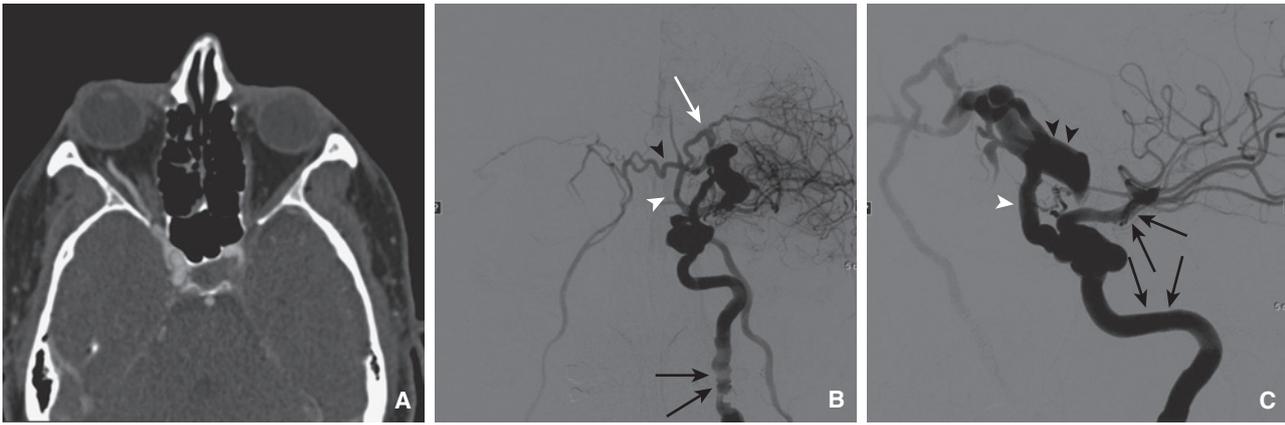
En la mayoría de los casos, estos acúfenos objetivos son pulsátiles y tienen una etiología mayoritariamente vascular. Las pruebas de imagen son indispensables y, si es posible, el manejo debe ser neurorradiológico.

## ■ Etiologías de los acúfenos objetivos

### Etiologías vasculares<sup>[1]</sup>

#### Arterial

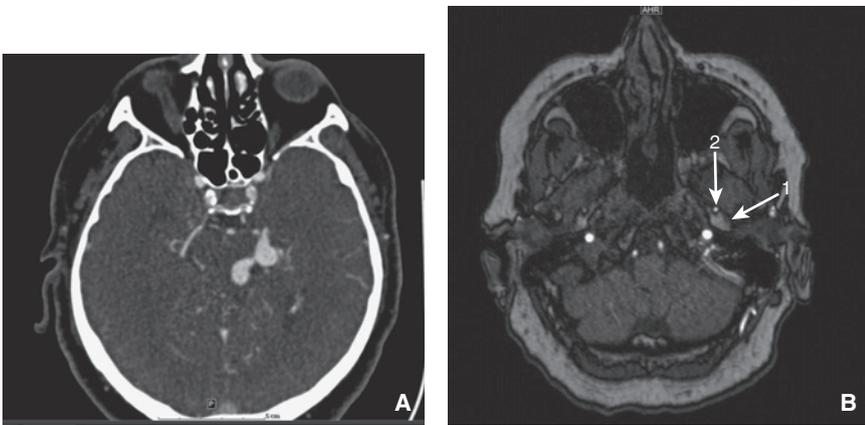
Aquí se describirán las lesiones arteriales que pueden manifestarse por un acúfeno pulsátil simultáneo a los latidos cardíacos y que, en ocasiones, presentan un soplo o un frémito en la exploración física. Su diagnóstico se basa



**Figura 1.** Fístula carotidocavernosa.

**A.** Angiotomografía computarizada cerebral que muestra una fístula carotidocavernosa derecha: opacificación del seno cavernoso alrededor de la carótida en el tiempo arterial con reflujo hacia la vena oftálmica superior derecha.

**B, C.** Arteriografía en proyección frontal (B) y lateral (C) que muestra una fístula directa carotidocavernosa izquierda (flecha blanca) con opacificación venosa precoz durante la inyección en la carótida interna, que presenta una displasia fibromuscular (flechas negras), con reflujo hacia la vena oftálmica (punta de flecha negra) y hacia la vena facial (punta de flecha blanca).



**Figura 2.** Fístula dural.

**A.** Angiotomografía computarizada con contraste en el tiempo arterial, donde se observa una fístula dural: opacificación venosa precoz con dos aneurismas venosos de hiperflujo.

**B.** Resonancia magnética en secuencia arterial sin contraste en tiempo de vuelo que muestra una fístula dural: opacificación precoz de la vena yugular (flecha 1), del seno sigmoide y una hipertrofia de la arteria meníngea media izquierda (flecha 2) que es demasiado visible.

en la ecografía Doppler, la tomografía computarizada (TC) y la angiorresonancia magnética (angio-RM) [2].

### Estenosis significativa de la carótida interna en su porción intrapetrosa o cervical [3]

Se trata de una estenosis de origen ateromatoso en pacientes de riesgo o, en menos ocasiones, de una displasia fibrosa. El diagnóstico y la repercusión sobre el flujo se determinan mediante ecografía Doppler.

### Fístulas arteriovenosas (Fig. 1A a C)

Suelen ser postraumáticas, secundarias a una lesión inducida por un fragmento óseo. El acúfeno pulsátil homolateral tiende a desaparecer durante la compresión de la carótida interna. Se puede observar un exoftalmos en la localización carotidocavernosa o una masa pulsátil preauricular [4] en caso de fístula, originada en la arteria temporal superficial. En la auscultación de las regiones preauricular y periorbitaria, puede apreciarse un soplo. El tratamiento se realiza mediante radiología intervencionista.

### Fístulas intradurales (Fig. 2A, B)

Son cortocircuitos arteriovenosos presentes a nivel meníngeo. Desde el punto de vista clínico, el acúfeno pulsátil es unilateral y puede asociarse a cefalea, vértigo, disminución de la agudeza visual e incluso hipertensión intracraneal (HTIC). La arteriografía es la exploración de referencia con fines diagnósticos. Se puede asociar a un procedimiento de embolización, pero éste conlleva riesgos no desdeñables, por lo que no siempre es posible realizarlo.

### Aneurismas o pseudoaneurismas de la carótida interna en su porción intrapetrosa [5]

Los aneurismas a este nivel son congénitos o adquiridos (secundarios a fenómenos infecciosos o traumáticos que erosionan el peñasco). Son muy infrecuentes y, en algunos casos, se pueden observar como una masa retrotimpánica rojiza. El diagnóstico se basa en la TC y la arteriografía. El tratamiento requiere contar con un servicio de neurorradiología intervencionista.

### Diseción de la carótida interna (Fig. 3)

La diseción arterial puede ser espontánea o traumática. El acúfeno aparece de forma súbita y se acompaña de cefalea y de un síndrome de Claude-Bernard-Horner. Es obligatorio buscar una diseción contralateral y a nivel de las arterias vertebrales. El tratamiento urgente se realiza mediante técnicas neurorradiológicas por embolización endovascular con colocación de un balón a nivel distal del aneurisma en su porción más proximal.

### Trayecto sinuoso de la carótida interna intrapetrosa [6,7]

El trayecto sinuoso provoca turbulencias que ocasionan, a su vez, acúfenos homolaterales. Se puede realizar un tratamiento quirúrgico mediante aposición de teflón cuando la repercusión psíquica es importante.



### Trayecto aberrante de la carótida interna en la caja del tímpano [7-9] (Fig. 4)

Las aberraciones cada vez se encuentran con más frecuencia en la exploración, pero siguen siendo raras. Se observa un predominio femenino y en el lado derecho.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053031>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053031>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)