



Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Madrid

<https://repositorio.uam.es>

Esta es la **versión de autor** del artículo publicado en:
This is an **author produced version** of a paper published in:

Acta Otorrinolaringológica Española 67.2 (2016): 59–65

DOI: 10.1016/j.otorri.2015.03.003

Copyright: © 2016, Elsevier España

El acceso a la versión del editor puede requerir la suscripción del recurso
Access to the published version may require subscription

Sordera súbita: encuesta nacional en España

Elizabeth Amarillo^a, Estefanía Hernández-García^a, Mayte Herrera^a,
José Ramón García Berrocal^b, Ana García Arumí^c, Enrique Durio^d y Guillermo
Plaza^{a,*}

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona España

^d Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Getafe Getafe, Madrid, España

Resumen

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es identificar las actitudes diagnósticas y terapéuticas que se llevan a cabo en los diferentes servicios de otorrinolaringología (tanto del ámbito privado como público) en España con respecto a la sordera súbita. Esto permitirá establecer una base que ayude a generar un nuevo consenso a nivel nacional, unificando criterios para el tratamiento, diagnóstico y seguimiento de esta patología.

Material y métodos: Se realizó una encuesta anónima por Internet, dirigida a otorrinolaringólogos españoles a nivel nacional (n = 2.029 especialistas afiliados a la SEORL), recopilando en 33 preguntas diferentes aspectos en relación a los criterios diagnósticos, pruebas complementarias, pautas de tratamiento y factores pronósticos en la sordera súbita, según los diferentes protocolos instaurados y experiencia de los participantes en la encuesta.

Resultados: Participaron 293 otorrinolaringólogos españoles de forma anónima (14% del total).

Respecto a criterios diagnósticos, destaca el requerimiento de confirmar una hipoacusia neurosensorial (91,1%), de inicio en menos de tres días (75%) y afectación de tres frecuencias consecutivas (76,4%). Más de la mitad de los participantes solicitan resonancia magnética de CAI/APC (68,7%), y el 88,2% utiliza contraste con gadolinio en esta prueba. El factor pronóstico que se consideró con mayor frecuencia en la encuesta fue la demora hasta inicio del tratamiento con un 84,8%. Respecto al tratamiento empleado en casos primarios, la gran mayoría de los encuestados (99,7%) coinciden en la administración de corticoides. La vía oral es la más utilizada (66%), seguida de la administración intravenosa (29,6%), e intratimpánica (1,4%).

El 92% no han tenido complicaciones mayores con el tratamiento corticoide sistémico. La vía intratimpánica es empleada en un 70% como rescate en fracasos *Conclusiones:*

En España, existe actualmente una importante disparidad en el uso de los medios

diagnósticos en la sordera súbita y un mayor acuerdo en el uso de corticoides como su tratamiento. Sería necesario implementar medidas que permitan un mejor abordaje, homogéneo y consensuado de esta patología.

PALABRAS CLAVE

Sordera súbita; Criterios diagnósticos; Tratamiento; Encuesta

Sudden hearing loss: National survey in Spain

Abstract

Introduction: The objective of our study was to identify the diagnostic and therapeutic approaches in the different ENT Departments of Spain with respect to sudden deafness. We wanted to establish a basis to help to create a new nation-wide consensus, unifying treatment, diagnostic and follow-up criteria for this disease.

Methods: We carried out an anonymous Internet survey, addressing Spanish ENT doctors nationwide (n = 2,029), gathering in 33 questions different aspects about diagnostic criteria, additional tests, treatment procedures and prognostic factors in sudden deafness, according to the different protocols and experience of the participants in the survey.

Results: A total of 293 Spanish ENT doctors (14%) took part anonymously. In relation to diagnostic criteria, the most noteworthy was the requisite of a confirmed neurosensorial loss (91.1%) followed by “initiated in less than three days” (75%) and 3 consecutive frequencies affected (76.4%). More than half of the participants requested an MRI of the IAC/CPA (68.7%) and 88.2% used gadolinium in this test. The prognostic factor most frequently considered was delay in commencement of treatment onset (84.8%). As far as treatment of primary cases, most of the responders agreed on the use of corticosteroids (99.7%). Oral administration was the most widely used (66%), followed by intravenous (29.6%) and intratympanic (1.4%) administration. Ninety-two percent had not had any major complications with systemic steroids. Intratympanic treatments were used by 70% of responders for rescue in failure.

Conclusions: In Spain there is currently a significant disparity of concepts regarding the diagnosis of sudden deafness, and more agreement as to using steroids as their treatment. This highlights the need to implement measures to promote a better approach, which would be homogeneous and consensual, to this condition.

KEYWORDS

Sudden deafness; Diagnostic criteria; Treatment; Survey

Introducción

Tal como quedaba definido en el consenso sobre sordera súbita idiopática (SSI) que fue publicado en 2011¹, se considera como aquella hipoacusia neurosensorial o perceptiva de inicio súbito, en menos de 72 horas, con pérdida de más de 30 dBs, al menos en tres frecuencias consecutivas de la audiometría tonal, sin otros antecedentes otológicos previos. Dicho concepto es compartido por los otros consensos y guías clínicas recientemente publicados, como el norteamericano², o recientemente actualizados como el alemán³.

Sin embargo, no todos los autores comparten este concepto, lo que provoca diferencias en su epidemiología, ni en todos los lugares hay el mismo conocimiento o difusión del mismo entre los sanitarios y la población general^{1,4}.

Así, en Japón, en donde se cuenta con una base de datos multicéntrica con más de 4.753 pacientes con SSI, según un trabajo publicado en 2014⁵, la incidencia de esta patología alcanza a 60 pacientes por 100.000 habitantes y año. Sin embargo, esta incidencia es menor en Estados Unidos, donde es estimada en 27 casos por 100.000 habitantes y año, si bien puede llegar a ser de 77 casos por cada 100.000 habitantes y año en pacientes mayores de 65 años⁶. Por ahora, no hay datos al respecto en España.

Estas diferencias son aún más marcadas en cuanto al enfoque diagnóstico y al protocolo terapéutico. Esto ha quedado bien reflejado en varias encuestas publicadas sobre las pautas médicas más habituales entre los otorrinolaringólogos de diversos países como Reino Unido⁷ o Estados Unidos⁸. Como respuesta a la etiología más aceptada, que es la autoinmune⁹, si bien los corticoides son la terapia más aceptada, la vía de administración, el tipo de corticoide, la dosis y pauta administrada varían de manera importante entre los diferentes servicios de Otorrinolaringología¹⁰.

Por otra parte, se ha descrito en la literatura la existencia de recuperación espontánea de la SSI, e incluso se han publicado estudios en los cuales no se encuentran diferencias significativas entre la recuperación auditiva obtenida en pacientes tratados y aquellos en los que se decidió abstención terapéutica o placebo, lo que podría estar en relación con este fenómeno^{2,8,11}. Esto sugiere la necesidad de realizar mayores estudios clínicos para demostrar la eficacia de los tratamientos actualmente utilizados. Por tanto, a pesar de los consensos publicados, la persistencia de falta de uniformidad en los criterios diagnósticos y el tratamiento instaurado en la SSI pone de relieve la necesidad de formalizar e implementar protocolos de práctica clínica basados en la evidencia¹⁻³, así como la necesidad de formar a los médicos de atención primaria en

el reconocimiento de esta patología, ya que son ellos los que determinan la mayor o menor demora hasta el diagnóstico 1,12.

Para ello, mediante una encuesta anónima dirigida a otorrinolaringólogos españoles a nivel nacional, nuestro objetivo es conocer el estado actual en España para elaborar un nuevo consenso nacional sobre el diagnóstico y tratamiento de la SSI.

Material y métodos

Como preparación a la renovación del consenso nacional en el diagnóstico de la SSI, el grupo de trabajo que desarrolló el publicado en 2011 decidió elaborar una encuesta sobre el diagnóstico y tratamiento de la SSI en España y difundirla entre los especialistas españoles para poder recoger la opinión del mayor número posible de especialistas en Otorrinolaringología en todo el territorio nacional en aras al mayor consenso posible.

Tomando como referencia algunas encuestas ya realizadas en otros países, como en Reino Unido o EE UU., se elaboró una primera versión de la encuesta que fue evaluada por el grupo de trabajo en SSI, y difundida a una muestra de 15 especialistas en Otorrinolaringología para su crítica y mejora.

La versión final de la encuesta, disponible en el enlace de Internet:

[http://www.ifmec.com/images/cursos/Sordera sbita en Espaa 2014.pdf](http://www.ifmec.com/images/cursos/Sordera%20sbita%20en%20Espaa%202014.pdf), incluía 33 preguntas sobre la SSI. Tras unas primeras preguntas orientadas a determinar el carácter demográfico de los respondedores, el resto se referían al concepto, la incidencia, las pruebas complementarias, los factores pronósticos y el tratamiento de la SSI. La mayoría de las preguntas eran de respuesta única, si bien otras incluían opciones multirrespuesta o textos abiertos, con la idea de recoger la máxima y la más diversa información posible.

Con el objetivo de obtener el mayor número de respuestas y preservar el carácter anónimo de las mismas, se diseñó la encuesta a través del portal de Internet E-ENCUESTA que permite su difusión online, su explotación estadística y su carácter anónimo.

Una vez preparada, gracias a la colaboración de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, entre el 15 de septiembre y el 1 de noviembre de 2014, se enviaron tres sucesivos correos electrónicos a todos los otorrinolaringólogos españoles que son socios de la misma y tenían entonces un correo electrónico vigente, con una muestra total de 2.029 especialistas. En dichos mensajes, se ofrecía un enlace online a la encuesta para ser contestada en 10-15 minutos de forma anónima.

Las respuestas fueron remitidas de forma automática al servidor de E-ENCUESTA, a través de un sistema de recolección de datos y posteriormente transferidas a una base de datos de Excel, que permite su explotación y análisis descriptivo.

Resultados

Se realizó una encuesta anónima a través de Internet a la cual respondieron 293 otorrinolaringólogos españoles (14% del total encuestados) que trabajan en el ámbito público y/o privado (fig. 1A). La experiencia en el tratamiento de pacientes con SSI, incluyendo los años de residencia, fue superior a 10 años en el 65% de los encuestados (fig. 1B). Respecto a cuántos pacientes con SSI se atendían cada año en los centros a los que pertenecen los participantes de nuestra encuesta, el 50% trataba entre 5 y 15, el 24,3% atienden entre 16 y 30 pacientes al año, entre 31 y 50 en el 11,1%, más de 50 pacientes en el 3,1% y menos de 5 en el 11,5% de los casos.

A la pregunta de *¿Encuentra útil el consenso sobre SSI que fue publicado en Acta Otorrinolaringológica Española en 2011?*, el 92% respondió afirmativamente. De estos, el 73,7% afirmó seguir las recomendaciones de dicho consenso en su centro, mientras que el resto reconoció que no las seguían.

El 48,9% de los participantes creían que es necesario revisar los criterios para el diagnóstico de una SSI. Así, respecto a las características necesarias para dicho diagnóstico, la inmensa mayoría de los encuestados eligieron varias de las opciones (fig. 2A), destacando con el 91,1% la presencia de hipoacusia neurosensorial, seguida del inicio en menos de tres días (75%), afectación de tres frecuencias consecutivas (76,4%) y umbral auditivo peor a 30 dBs (62,3%).

Dentro de los comentarios libres a esta pregunta se encontraron respuestas como la presencia de distorsión auditiva y taponamiento, afectación de menos de tres frecuencias consecutivas, evidencia de RM normal, otoscopia normal e inicio súbito aunque hayan transcurrido más de 3 semanas desde el inicio de los síntomas y la consulta.

Ante una SSI, además de verificar que la otoscopia es normal, el 78,6% de los encuestados realizó acimetría sistemáticamente. Una vez verificada la hipoacusia neurosensorial en la audiometría tonal, el 45,9% de los participantes nunca realizaba audiometría verbal, el 31,7% lo hacen en menos del 20% de los casos, el 6,9% realizaban audiometría verbal entre 20 y 50% de los casos, 4,5% en más del 50% de los casos y solo el 11% en todos los casos (fig. 2B).

Respecto a pruebas complementarias como potenciales evocados, videonistagmografía, electrococleografía, y VEMP, el 42,3% no realizaban ninguna de

las anteriores. Los potenciales evocados, la VNG y VEMP fueron solicitados por el 24,5, 8 y 1% de los participantes respectivamente.

Ninguno se apoyaba en la electrocoqueografía como prueba complementaria. A su vez, el 48,8% solicitaban hemograma, bioquímica general, coagulación y perfil autoinmune básico incluyendo ANA antes de iniciar el tratamiento de una sordera súbita en su practica habitual; el 26,4% solicitaba solo hemograma, bioquímica general y coagulación; el 7,2% perfil autoinmune avanzado con pruebas como el Ag HS70; sin embargo, hasta un 27,1% de los encuestados no pedían ninguna analítica previa al tratamiento. El 91,2% de los otorrinolaringólogos encuestados consideraban que no es útil determinar el fibrinógeno en una sordera súbita.

Con respecto a las pruebas de imagen (fig. 3A), la mayoría de los participantes, 68,7% solicitaban RM de CAI/APC una vez confirmado el diagnóstico de sordera súbita, en contraposición al 1,7% que nunca solicitaban esta prueba, el 19,9% solo en la mayoría de los casos y el 10% solo algunas veces. El

47,9% de los participantes realizaba esta prueba utilizando gadolinio en la mayoría de los casos y el 40,3% lo utilizaba siempre. Solamente el 1,7% realizaba la resonancia el día del diagnóstico, todos los demás la realizaban en la primera semana (32,1%), durante el primer mes (34,8%), y en menos de 6 meses en el caso del 25,8% de los encuestados.

Según la experiencia de los otorrinolaringólogos participantes en esta encuesta, existen varios factores que influyen el pronóstico de la SSI siendo el más relevante la demora hasta iniciar tratamiento con un 84,8%; sin embargo, la edad (61,9%), y la presencia de vértigo (65,7%) son factores que alcanzaron también una alta puntuación como determinantes del pronóstico. Los acúfenos, la mayor afectación en frecuencias graves y otros fueron relacionados con el pronóstico en menor medida, por el 27, 22,8 y 15,9% de los participantes respectivamente.

Para determinar la mejoría del paciente con SSI (fig. 3B), el 31,3% de los participantes empleaba los criterios de Siegle, el 25% utilizaba los criterios de Nosrati, el 22,6% usaba la mejoría en dBs como la recuperación de más de 10 dB, el 15,5% consideraba como la mejoría completa según el criterio japonés si el PTA es menor de 20 dB al finalizar el tratamiento, solo el 2,4% empleaba la tasa de recuperación de Wilson y, finalmente, el 11,5% utilizaba otros criterios.

En relación al tratamiento empleado de forma primaria, la gran mayoría de los encuestados coincidían en la administración de corticoides en la SSI, correspondiendo al 99,7% de los participantes. De estos (fig. 4A), la vía oral era la más utilizada con el

66%, seguida de la administración intravenosa (29,6%), e intratimpánica (1,4%), sin embargo el 3,4% utilizaba otras vías de administración.

Respecto al régimen de esteroides orales utilizados en la SSI, el 34,9% utilizaba prednisona en dosis de 1 mg/Kg peso, 7 días máximo y pauta descendente; el 26,1% utilizaba prednisona a iguales dosis, pero más de 7 días y pauta descendente. Otros corticoides como el deflazacort (23,6%) y la metilprednisolona (13,4%) también son utilizados.

En cuanto a los corticoides intravenosos, cuando son usados, los encuestados los usaban en el 77,8% a dosis de 1 mg/Kg/ día de metilprednisolona, mientras que solo el 12,3% de los participantes administra pulsos de 500 mg de metilprednisolona /día, y el 9,9% utiliza otras pautas de administración. El 92% no han tenido complicaciones mayores con el tratamiento con corticoides sistémicos.

En la SSI, el 70,3% de los participantes utilizaban los corticoides intratimpánicos (fig. 4B) como rescate de fracaso de tratamiento sistémico, el 3,8% como combinación con el tratamiento sistémico inicial, el 19% no los utilizaba nunca y el 6,9% los administra en otros casos. El régimen utilizado con más frecuencia fue el semanal con el 71,7%, seguido de la pauta a días alternos (6,7%) y la pauta diaria (3,2%); sin embargo, un 18,4% de los encuestados no usa nunca corticoides intratimpánicos. El corticoide más utilizado para la infiltración intratimpánica según nuestra encuesta fue la metilprednisolona a dosis de 40 mg en el 38,7%, seguida de dexametasona 4 mg (29,8%), dexametasona 8 mg (17,2%), metilprednisolona a dosis de 20 mg (9,7%) y otros corticoides utilizados por el 4,6% de los encuestados. Las dosis administradas de corticoides intratimpánicos son tres en el 47% de los casos, según respuesta (a demanda) en el 27,6%, seis infiltraciones en el 2,85, mientras que el 4,2% utiliza otra pauta diferente.

El 94% de los participantes en nuestra encuesta respondieron que no han tenido complicaciones mayores con el tratamiento de la sordera súbita con corticoides administrados por vía intratimpánica.

Los consentimientos informados recomendados para corticoides sistémicos e intratimpánicos en el consenso sobre sordera súbita que fue publicado en Acta Otorrinolaringológica Española en 2011 fueron utilizados habitualmente por el 40,8% de los otorrinolaringólogos que respondieron nuestra encuesta.

Otras terapias como el oxígeno hiperbárico y la timpanotomía exploradora nunca fueron indicadas por el 84,4% (244/289) y 93,7% (269/287) de los participantes respectivamente, si bien el 13,8% utilizan oxígeno hiperbárico algunas veces y el 1% siempre.

Aún se continúan utilizando en algunos casos otros tratamientos sistémicos de forma habitual en la SSI como respondieron nuestros encuestados en el 55,3% para el caso de los vasodilatadores, en el 12,7% para los antivirales, en el 12,3% para el AAS, en el 2,8% para el carbógeno. Hasta un 20% de los encuestados utilizaba otro tipo de tratamiento sistémico en esta patología.

Dentro de las sugerencias que predominaron en nuestra encuesta se encontraban la necesidad de implicar a los médicos de atención primaria y de urgencias en el diagnóstico y requerimiento de tratamiento de esta patología.

También varios de los participantes coincidieron en considerar que se requiere revisar el protocolo actual y establecer uno consensuado a nivel nacional para unificar criterios y tratamientos. A su vez, se menciona la necesidad de realizar estudios multicéntricos y realizar un mejor registro de casos con una base de datos nacional.

Discusión

La SSI es una patología que se presenta habitualmente en las urgencias de los servicios de Otorrinolaringología, generalmente tras derivación por el médico de Atención Primaria. Su incidencia no ha sido aún establecida con exactitud 4-6, lo cual podría ser consecuencia de la falta de consenso respecto a los criterios diagnósticos y definición de la enfermedad 2 y a la escasez de trabajos al respecto. De hecho, en la revisión de la literatura realizada por Alexander y Harris, hasta 1984 solamente se encontraron tres artículos que examinaban la incidencia de la SSI 6.

Por ello, tal como solicitan los especialistas encuestados, sería necesario revisar y unificar los criterios diagnósticos y terapéuticos de la SSI, como se ha hecho en otras patologías con el mismo impacto, como la enfermedad de Menière.

Y, además, difundir de forma adecuada estos criterios entre la Atención Primaria, con el objetivo de aumentar su implicación en el diagnóstico de esta patología reduciendo su demora hasta iniciar tratamiento 12.

A través de esta encuesta, en el ámbito nacional, la incidencia recogida es de más de 15 casos por año en cada hospital en la mitad de los encuestados; es decir, atienden al menos un caso cada mes. Sin embargo, este dato no permite estimar la incidencia de la SSI en nuestro país. Para conocer la incidencia real de la SSI en España, sería necesario diseñar un registro de los casos de SSI que se presenten en algunas regiones o áreas seleccionadas.

Por otra parte, aunque existe un consenso publicado desde 2011, solo es seguido en la práctica clínica habitual por un 75% de los encuestados. Por tanto, esta encuesta debería servir para recoger las opiniones y necesidades de una gran mayoría de otorrinolaringólogos en España, de forma preparatoria a un nuevo consenso.

En cuanto al diagnóstico, y al contrario de lo que se recomienda en todas las guías y consensos, hasta la mitad de los otorrinolaringólogos encuestados no realizan nunca audiometría verbal ante una SSI, y solo poco más del 10% la hacen en todos los casos. Siguiendo los consensos publicados, sería necesario concienciar a los especialistas en España de que se debe hacer una audiometría verbal antes e iniciar el tratamiento y, al menos, al acabar el mismo (aunque se realicen audiometrías tonales intermedias de forma más frecuente) 1,2.

De forma similar, hasta un 30% de los encuestados no realizan una RM como estudio complementario en los casos de hipoacusia perceptiva súbita para poder afirmar su carácter idiopático como SSI. Este problema es común en otras series publicadas como la de Nosrati-Zarenoe et al. de Suecia, en la cual la RM es usada solo en el 38% de los casos 4. Sin embargo, la mayoría de los estudios sugieren realizar una RM en todos los casos, incluso en aquellos con recuperación completa, por la posibilidad de presencia de schwannoma vestibular, aunque rara vez comienza de esta forma 1,2,10. Es importante recordar que la SSI es por definición un diagnóstico que puede ser hecho únicamente tras excluir otras causas de sordera dentro de las cuales se encuentra el neurinoma del acústico 4.

Dado que la SSI puede ser el resultado de múltiples etiologías, se han propuesto varias hipótesis causales, dentro de las que se encuentran el origen viral, vascular y autoinmune, por lo que el tratamiento continúa siendo un tema controvertido 1,2. Por otra parte, la tasa de recuperación espontánea varía en la literatura del 32 al 89% 4,10; esto hace que la mejoría conseguida con el tratamiento instaurado no siempre sea respuesta al tratamiento en sí mismo, sino que podría estar en relación con este fenómeno. Por el contrario, la mayor parte de los autores consideran que el peor pronóstico se asocia a una mayor demora en el inicio del tratamiento tras el comienzo de la sintomatología 1-3,7,8, lo cual está a favor de dar tratamiento oportuno en la sordera súbita, como queda expresado en nuestra encuesta.

En este sentido, los datos obtenidos en esta encuesta reflejan que en España la inmensa mayoría de los otorrinolaringólogos prescriben corticoides sistémicos como primer tratamiento en los pacientes con SSI, siendo más frecuente la administración por vía oral. No obstante, en contra de diversos consensos y guías, hasta el 55% prescribe también vasodilatadores y un 12% antivirales. Esta situación es común, y se repite en las encuesta anglosajonas 5,6,8. Como también se sugiere en los consensos publicados, sería necesario divulgar mejor estos estudios para reducir este dato.

A pesar de la recomendación del consenso, avalada en textos básicos de la especialidad como el Anniko 13, solo el 12% de los encuestados utiliza pulsos de 500

g de metilprednisolona en los casos severos. En este sentido, parece necesario difundir más esta propuesta, de especial utilidad en casos de hipoacusia con PTA peor de 70 dBs, como ya se publicó en 1999 9, si bien la dosis y duración de estos megapulsos de esteroides intravenosos deben definirse mejor, mediante más trabajos de investigación 14,15. Respecto al rescate de los pacientes que han fracasado tras tratamiento sistémico, la mayoría de los encuestados utiliza corticoides intratimpánicos, si bien, como las encuestas anglosajonas, no hay uniformidad en los protocolos 8. Sin embargo, casi una quinta parte de los especialistas reconoce que todavía no usa la vía intratimpánica como rescate, en respuesta a la abundante literatura existente al respecto.

Como se remarca en diversos consensos, es fundamental establecer esta pauta de rescate timpánico como muy recomendable.

Aunque puede parecer que la tasa de respuesta a la encuesta es baja, debe destacarse que esta encuesta es la que ha podido recoger un mayor número de participantes, en comparación con encuestas realizadas en otros países como EE. UU. 8 o Reino Unido 7,10. Esto ha sido debido a su difusión online y anónima, lo que da aún más validez a sus resultados.

Finalmente, como la encuesta refleja, para poder realizar estudios que nos permitan establecer con certeza el tratamiento más adecuado en esta patología, es importante como primera medida unificar criterios diagnósticos, determinar el tipo de pruebas complementarias necesarias para valorar ya sea su etiología o el pronóstico de la enfermedad, y a su vez establecer un protocolo de tratamiento consensuado que permita valorar y analizar a medio plazo el beneficio real obtenido con esta terapia. Por último, para lograr estos objetivos sería conveniente con este fin crear un registro de SSI en nuestros hospitales, de forma unitaria, recolectando un conjunto mínimo de datos, como ya se había propuesto en el consenso sobre diagnóstico y tratamiento de la SSI de 2011 1, y enviarlos a un registro comunitario, mediante el adecuado soporte informático. Para ello, una posibilidad sería hacer de la SSIj una enfermedad de declaración o notificación obligatoria, mediante codificación según el sistema CIE-9, con el código 388-2, como en el registro de Taiwan, que ya acumula más de 50.000 casos de SSI 16.

Conclusión

En España, a la luz de esta encuesta, existe actualmente una importante disparidad en el uso de los medios diagnósticos en la sordera súbita y un mayor acuerdo en el uso de corticoides como su tratamiento. Sería necesario implementar medidas que permitan un mejor abordaje, homogéneo y consensuado de esta patología.

Gracias a esta encuesta, desde el grupo de trabajo en SSI, que está abierto a la participación de aquellos especialistas en Otorrinolaringología interesados en el campo, hemos comenzado a renovar el consenso nacional en el diagnóstico y tratamiento de la SSI.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal JR, Asociación Madrileña de ORL. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2011;62:144-57.
2. Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Barrs DM, et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146: S1Y35.
3. Michel O. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. [The revised version of the german guidelines «sudden idiopathic sensorineural hearing loss»]. *Laryngorhinootologie.* 2011;90:290-3.
4. Nosrati-Zarenoe R, Arlinger S, Hultcrantz E. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: results drawn from the Swedish national database. *Acta Otolaryngol.* 2007;127:1168-75.
5. Nakashima T, Sato H, Gyo K, Hato N, Yoshida T, Shimono M, et al. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss in Japan. *Acta Otolaryngol.* 2014;134:1158-63.
6. Alexander TH, Harris JP. Incidence of sudden sensorineural hearing loss. *Otol Neurotol.* 2013;34:1586-9.
7. Jarvis SJ, Giangrande V, John G, Thornton AR. Management of acute idiopathic sensorineural hearing loss: a survey of UK ENT consultants. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2011;31:85-9.
8. Coelho DH, Thacker LR, Hsu DW. Variability in the management of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145:813-7.

9. García-Berrocal J, Ramírez-Camacho R. Sudden sensorineural hearing loss: supporting the immunologic theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2002;111:989-97.
10. Stobbs N, Goswamy J, Ramamurthy L. Our experience: how are we managing sudden sensorineural hearing loss in the united kingdom? *Clin Otolaryngol*. 2014;39:385-8.
11. Nosrati-Zarenoe R, Hultcrantz E. Corticosteroid treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: randomized tripleblind placebo-controlled trial. *Otol Neurotol*. 2012;33:523-31.
12. Muñoz-Proto F, Carnevale C, Bejarano-Panadés N, Ferrán-de la Cierva L, Mas-Mercant S, Sarría-Echegaray P. Manejo de hipoacusia neurosensorial súbita en atención primaria. *Semergen*. 2014;40:149-54.
13. Lamm K. Sudden Sensorineural Hearing Loss (Including Perilymphatic Fistula). En: Anniko M, Bernal-Sprekelsen M, Bonkowsky V, Bradley P, Iurato S, editores. *Otorhinolaryngology, head and neck surgery (European Manual of Medicine)*. Berlin: Springer; 2010. p. 111-6.
14. Aoki D, Takegoshi H, Kikuchi S. Evaluation of super-high-dose steroid therapy for sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;134:783-7.
15. Egli Gallo D, Khojasteh E, Gloor M, Hegemann SC. Effectiveness of systemic high-dosed examethas one therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Audiol Neurootol*. 2013;18:161-70.
16. Wu CM, Lee KJ, Chang SL, Weng SF, Lin YS. Recurrence of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a retrospective cohort study. *Otol Neurotol*. 2014;35:1736-41.

Figura 1

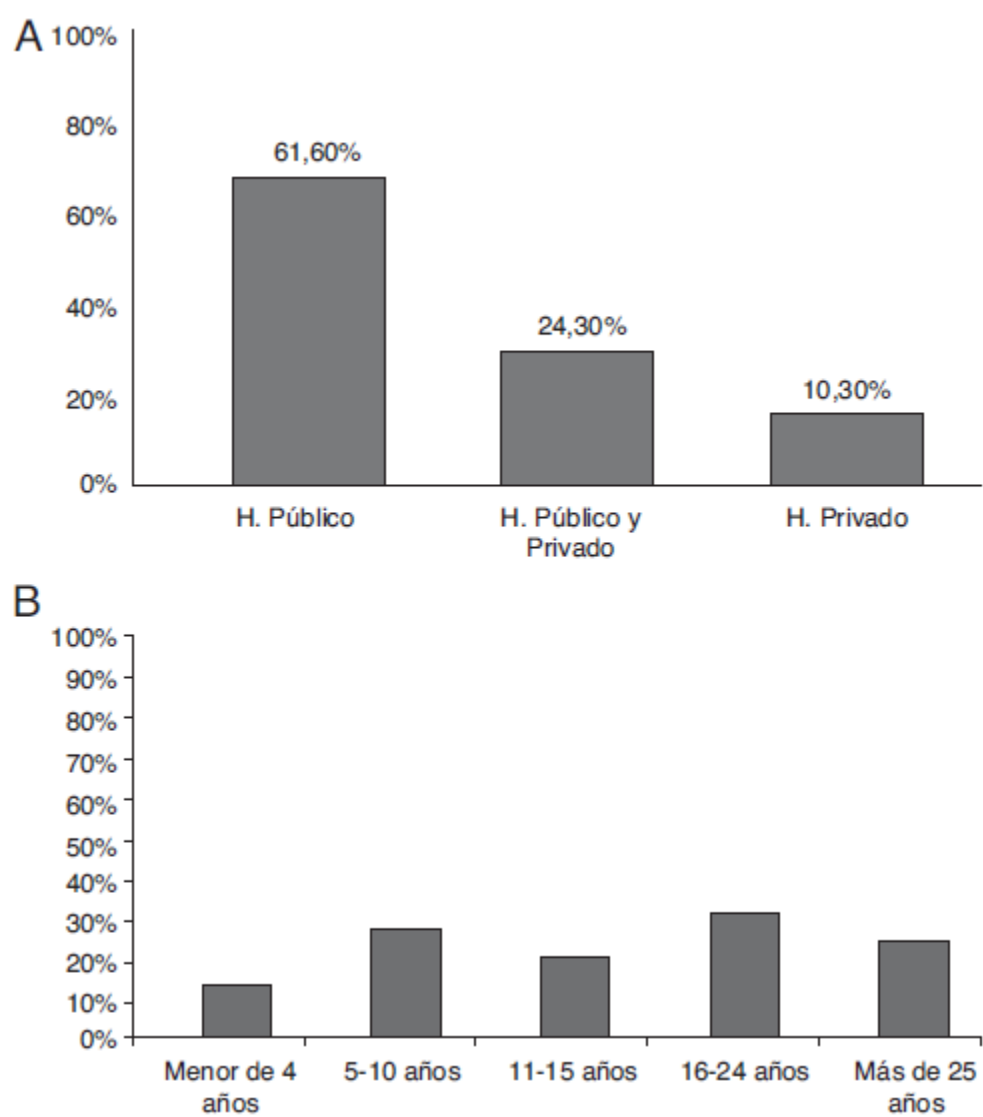


Figura 2

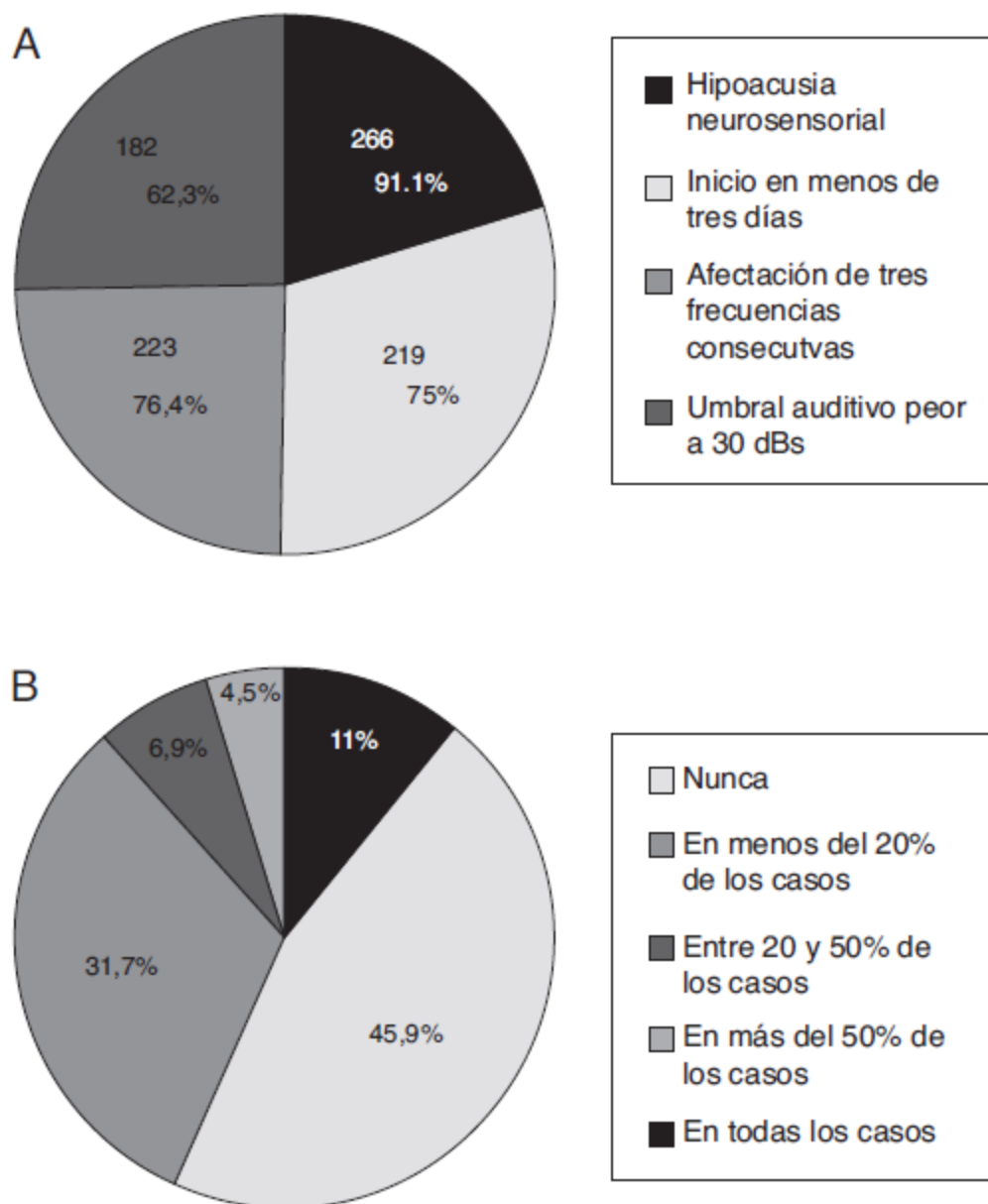
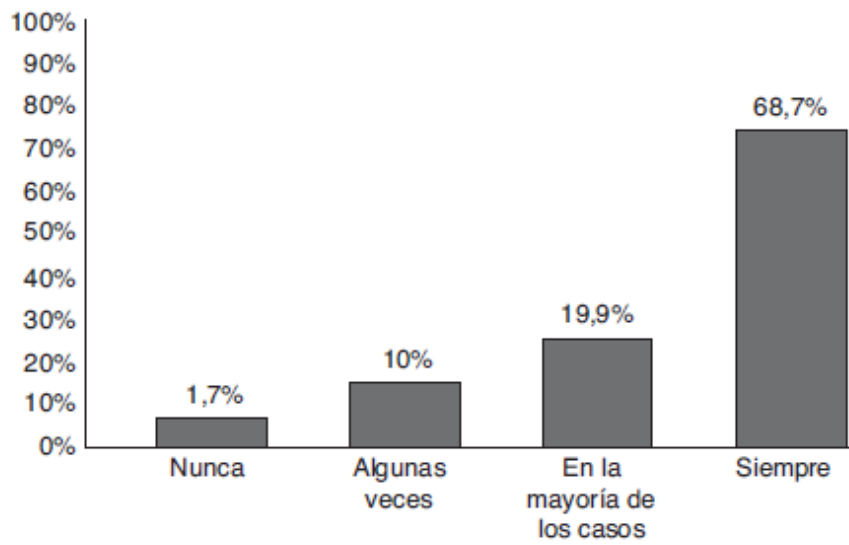


Figura 3

A



B

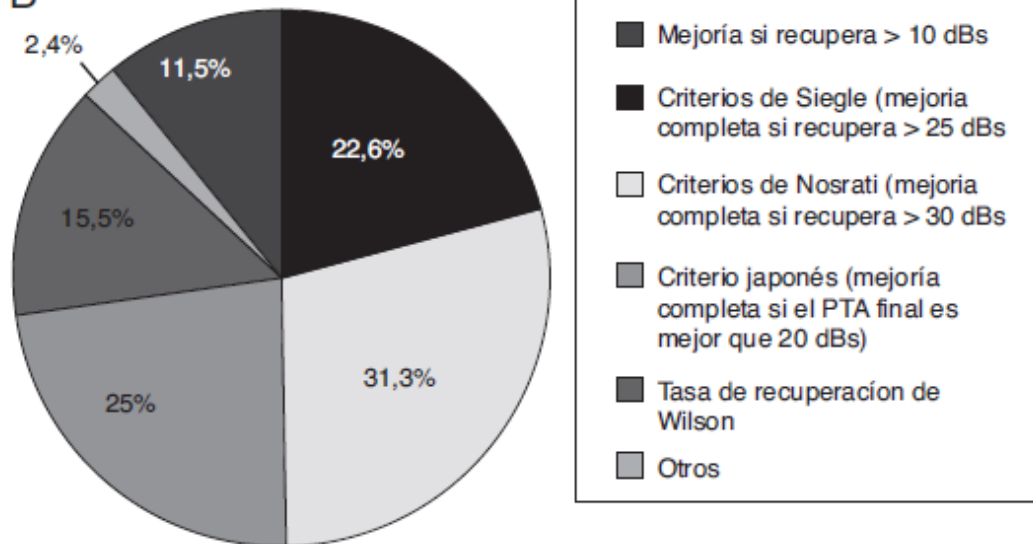


Figura 4

