

Caso Clínico

Acúfeno pulsátil de etiología singular

Pulsatil tinnitus of uncommon ethiology

Caso Clínico

Mujer de 35 años de edad, alérgica a sulfamidas, que refiere desde hace tres años acúfeno pulsátil en oído izquierdo, percibido con mayor intensidad durante el sueño y que aumenta claramente con el ejercicio físico.

La exploración otorrinolaringológica era normal, con una audición de umbral en 20 dB para ambos oídos, sin vértigo ni inestabilidad.

Ante el carácter pulsátil del acúfeno se le practicó TAC de peñascos, siendo la ausencia de tabique óseo de separación de la arteria carótida interna con el oído medio el único hallazgo. La Alteración aparecía en los dos oídos, aunque era más acusada en el oído izquierdo. La dehiscencia del canal carotídeo justificaba plenamente su clínica, por lo que sólo se decidieron controles periódicos en su ambulatorio.

Presentamos dos imágenes del TAC de alta resolución. En la primera se aprecia una imagen a nivel de la Trompa de Eustaquio en la que se aprecia la dehiscencia bilateral del canal carotídeo, aunque mucho más acusada en el lado izquierdo. En la segunda se aprecia una imagen oblicua con una sección del canal carotídeo izquierdo en toda su longitud, apreciando claramente la zona de dehiscencia.

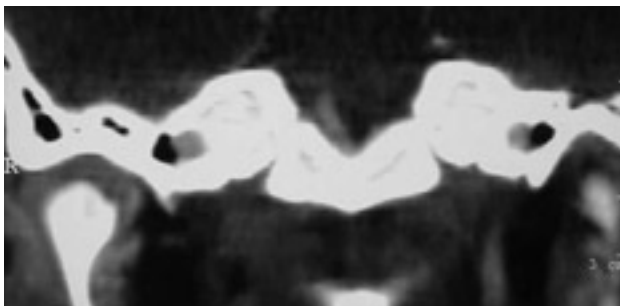


Imagen 1

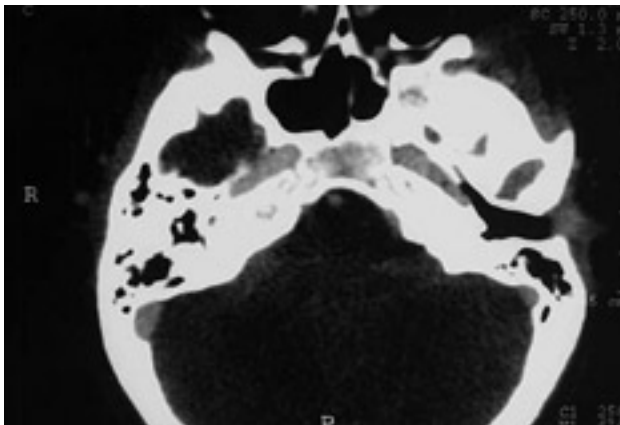


Imagen 2

Discusión y conclusiones

Cualquier alteración de la vía auditiva, desde el CAE hasta el córtex auditivo, puede ser teóricamente responsable de un acúfeno, definido como la percepción de un sonido que no se corresponde con un origen exterior al paciente. Se puede distinguir entre acúfeno objetivo –realmente existe en el interior del paciente– y subjetivo –por disfunción de la vía auditiva– (1).

El acúfeno objetivo se caracteriza por ser pulsátil y sincrónico con el pulso cardíaco, debido a la percepción del paciente del flujo sanguíneo que transita por la carótida o yugular internas. Son causas de acúfeno pulsátil las neoplasias vasculares (paragangliomas timpánicos o yugulares), malformaciones vasculares (bucles alrededor del VIIIº par), disecciones carotídeas, aneurismas, aterosclerosis, displasia fibromuscular, fístulas arterio-venosas, hipertensión intracraneal benigna y más raramente tumor de células gigantes del foramen yugular (5), esclerosis múltiple y enfermedad de Chiari I (2,3,4).

El diagnóstico en el caso de los acúfenos pulsátiles se apoya en la otomicroscopia, las pruebas de imagen de alta resolución (TC y RM) y en último término pruebas más invasivas como la angiografía.

El acúfeno es un síntoma cuyas características rítmicas, de frecuencia, circunstancias que alteran su calidad y otros signos acompañantes nos orientan hacia diagnósticos muy variados, de pronósticos diferentes y a veces inesperados como ocurrió en nuestra paciente.

Bibliografía

1. Doménech J. "Semiología del oído" en: Otorrinolaringología de Abelló, P., Trasera, J.. Ediciones Doyma.
2. Weissman JL, Hirsch BE. "Imaging of tinnitus: a review". Radiology. 2000 Aug.216(2):342-9.
3. Reiss M, Reiss G. "Pulsating tinnitus". Wien Klin Wochenshr. 2000 Jan 28. 112(2):84-91.
4. Noguchi M, Tatezawa T, Nakajima S, Ishikawa O. "Giant cell (temporal) arteritis involving both external and internal carotid arteries". J Dermatol. 1999 Jul. 26 (7): 469-73.
5. Rosenbloom JS, Storper IS, Aviv JE, Hacein-Bey L, Bruce JN. "Giant cell tumors of the jugular foramen". Am J Otolaryngol. 1999 May-Jun. 20(3): 176-9.

Correspondencia

Dra. Elena Hernández Montero
Fray Luis Amigó, 8 · 0-B – Tel. 976 270 719
50006 ZARAGOZA
E-mail: elehermon@hotmail.com