

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MÓDULO 2. OTORRINOLARINGOLOGÍA

M^a Teresa Martínez Ibáñez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

2.3 TINNITUS

CONSIDERACIONES GENERALES ¹⁻³

El tinnitus o acúfeno es la percepción de sonido en ausencia de estímulo acústico externo. Puede ser percibido en uno o en ambos oídos, dentro de la cabeza o alrededor, o como un sonido externo distante. Los pacientes pueden describirlo de muy diversa manera, pero lo más frecuente es como un zumbido, un pitido, un repiqueteo o un silbido.

Para distinguirlo del ruido transitorio que muchas personas experimentan tras la exposición a ruidos muy intensos, el tinnitus ha de tener una duración de más de 5 minutos y percibirse por lo menos 2 veces a la semana.

Aunque no hay estudios de prevalencia en España, los realizados en Estados Unidos y Reunido Unido estiman que el 10-15% de los adultos experimenta este síntoma de forma crónica durante más de seis meses. La prevalencia aumenta con la edad, y entre los 40-70 años se encuentran la mayoría de los casos. Ocasionalmente puede ocurrir en niños.

Es un síntoma asociado a una amplia variedad de procesos patológicos. Aunque el tratamiento de la enfermedad puede no aliviar el tinnitus, el diagnóstico y el tratamiento correcto puede ser importante para prevenir discapacidad adicional.

En el presente capítulo se expone la información necesaria para dar respuesta a las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cómo se clasifica el tinnitus y cuáles son las causas más frecuentes?

2.- ¿Cómo realizar una correcta orientación diagnóstica desde la consulta de atención primaria?

3.- ¿Cómo valorar el impacto del tinnitus en la vida del paciente?

1.- ¿CÓMO SE CLASIFICA EL TINNITUS Y CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES?

El tinnitus puede ser dividido en dos grandes categorías: subjetivo y objetivo.

Tinnitus Subjetivo ⁴⁻⁶

Es aquel que sólo es percibido por el propio paciente. Suponen un 90-95% del total de tinnitus. Aunque no se conocen con exactitud sus causas, una reciente teoría considera al sistema nervioso central como el generador del sonido. Cuando existe daño coclear se interrumpe la estimulación neuronal en las vías nerviosas auditivas y podría originar una actividad neuronal anormal en el córtex auditivo. Se asemejaría al fenómeno del dolor fantasma que surge de la pérdida o supresión de actividad neuronal.

Las causas que provocan tinnitus subjetivo son múltiples. En la tabla 1 se resumen las causas principales y sus características más relevantes.

Tabla 1. Características relevantes de los tinnitus subjetivos más frecuentes

Causas	Descripción
Presbiacusia, hipoacusia profesional (por ruido)	Tinnitus bilateral, progresivo y continuo. Sonido agudo (alta frecuencia) descrito como un pitido
Neurinoma del acústico	Tinnitus unilateral (95% de casos) y progresivo. El primer síntoma durante meses o años antes de iniciarse la hipoacusia o vértigo
Causas que producen hipoacusia de transmisión (cerumen, otitis, perforación timpánica, otosclerosis)	Tinnitus unilateral de inicio brusco y corta duración. Una vez resuelto el proceso suele remitir en poco tiempo
Enfermedad de Meniere	Tinnitus adopta dos formas diferentes. Entre los episodios de vértigo es como un pitido, y durante el episodio es como un rugido

Causas otológicas. Son las causas más frecuentes de tinnitus y en muchos casos comparten la misma condición que la hipoacusia.

- Asociadas a hipoacusia neurosensorial, como la hipoacusia profesional o inducida por el sonido, y la presbiacusia. También a la enfermedad de Meniere y al neurinoma del acústico.
- Asociadas a hipoacusia de transmisión. Como las ocasionadas por impactación de cerumen, otitis externas, otitis medias, perforación timpánica y otosclerosis. El tinnitus es de inicio brusco, de corta duración y, una vez resuelto el proceso, suele remitir al poco tiempo. Se suele acompañar de otros síntomas otológicos como otalgia, otorrea y sensación de taponamiento auditivo.

Causas ototóxicas. Ciertos fármacos pueden producir o exacerbar el tinnitus (Tabla 2). La aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y la furosemina precisan altas dosis para producir tinnitus y su efecto suele ser transitorio. Sin embargo, los aninoglucósidos y los quimioterápicos con contenido en platino pueden ocasionar hipoacusia y tinnitus irreversible. El tinnitus cuando se acompaña de hipoacusia, siempre la precede. También puede asociarse a distorsión de la audición.

Causas neurológicas o traumatismo craneal. Incluye la fractura craneal, el síndrome del latigazo cervical, la esclerosis múltiple, tumores pontocerebelosos y ACV agudos.

Causas metabólicas. Hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperlipemia, anemia y déficits de vitamina B12 y zinc. Estos procesos pueden desencadenar o agravar un tinnitus ya existente.

Causas circulatorias. Hipertensión arterial, anemia, arteriosclerosis, insuficiencia vertebrobasilar. Estas alteraciones, al igual que las anteriores son desencadenantes o agravantes del tinnitus.

Causas odontológicas. Infecciones dentales y alteraciones de la articulación temporomandibular

Psicógenas. Ansiedad, depresión y privación del sueño. La frecuente asociación entre tinnitus y depresión puede tener una doble explicación. Por un lado el tinnitus puede afectar tanto a la calidad de vida que desencadene una depresión en personas predispuestas. Por otro lado, en personas con depresión y alteraciones del sueño, pueden prestar más atención al ruido que las personas sin depresión.

Tabla 2. Fármacos que pueden causar tinnitus

Analgésicos	Aspirina Antiinflamatorios no esteroideos
Antibióticos	Aminoglucósicos Cloranfenicol Eritromicina Tetraciclina Vancomicina
Quimioterápicos	Bleomicina Cisplatino Metrotexato Vincristina
Diuréticos de asa	Furosemida
Otros	Cloroquina Quinina Metales pesados: mercurio, plomo Antidepresivos heterocíclicos

Tinnitus Objetivo ⁴⁻⁷

El tinnitus objetivo o tinnitus somático puede ser también audible para un examinador externo. Son infrecuentes (5-10%). El sonido es generado en alguna estructura del cuerpo (ruidos corporales o somatoruidos) y alcanza el oído a través de los tejidos.

Según la estructura que genere el sonido los tinnitus objetivos se pueden dividir a su vez en:

Pulsátil. Sonidos causados por el flujo sanguíneo turbulento y suelen ser sincrónicos con el ritmo cardíaco. Se originan por diferentes alteraciones vasculares.

- Soplos arteriales presentes en las arterias cercanas al hueso temporal, con más frecuencia en el segmento petroso de la arteria carótida interna. Audible al auscultar el hueso temporal unilateral. El tinnitus empeora por la noche. Los pacientes no suelen tener asociado ningún problema otológico.
- Fístulas arterio-venosas adquiridas secundarias a trauma craneal o cirugía. Suelen ser tinnitus pulsátiles unilaterales de alta intensidad.
- Paragangliomas, Tumor vascular de las células paragangliales en la bifurcación carotídea, en el bulbo yugular o a lo largo de las arterias timpánicas.
- Soplos venosos pueden oírse en pacientes con deshiscencia del bulbo yugular, en la hipertensión sistémica o en la hipertensión intracraneal. Este tipo de tinnitus suele ser suave, de tono grave. Puede cambiar con la posición de la cabeza, la actividad o la presión sobre la vena yugular.

Musculares. Descritos como un martilleo o chasquidos. Habitualmente están provocados por mioclonias de los músculos del paladar blando o contracciones del músculo tensor del tímpano y del músculo estapedio. Aunque pueden ocurrir espontáneamente, en la mayoría de los casos están causados por enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple.

Otros sonidos corporales como la disfunción de la trompa de Eustaquio. Esta alteración suele aparecer después de una importante pérdida de peso. Provoca tinnitus descrito como el rugido del mar o un soplo y es sincrónico con la respiración. El sonido puede desaparecer con la maniobra de Valsalva o cuando el paciente se acuesta con la cabeza en una determinada posición. Los pacientes también se quejan de oír más su propia voz (autofonía)

Espontáneos. Corresponden a emisiones otoacústicas espontáneas originadas por vibraciones de las células ciliadas externas de la cóclea.

2.- ¿CÓMO REALIZAR UNA CORRECTA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA? ⁶⁻⁹

A través de una detallada anamnesis y exploración física, el médico de familia podrá realizar una correcta orientación diagnóstica, identificar causas tratables de tinnitus y detectar alteraciones graves que sugieran una actuación urgente.

En este proceso diagnóstico el primer paso es identificar si el tinnitus es objetivo o subjetivo. Otros datos fundamentales son las características del síntoma, si es uni o bilateral y si está asociado con pérdida de audición.

Anamnesis

Caracterizar el tinnitus. ¿Es el sonido unilateral o bilateral? ¿Es el ruido constante o episódico? ¿El inicio fue súbito o gradual? ¿Desde cuándo? ¿Cuál es la intensidad y agudeza? ¿Qué factores agravan o alivian el ruido?

Conocer síntomas asociados. Como pérdida de audición y vértigo.

Conocer antecedentes personales. Historia de exposición a ruido, profesional o de ocio. Tratamiento con fármacos ototóxicos, traumatismos craneales previos, enfermedades diagnosticadas hasta el momento. También preguntar por traumatismos craneales o accidentes de tráfico son síndrome de latigazo cervical.

Conocer antecedentes familiares. Relacionados con tinnitus y otosclerosis.

Exploración Física

Otoscopia. Detectar cerumen, otitis externa y media. Visualizar la membrana timpánica en busca de perforaciones, tumores vasculares (glomus timpánico) y nivel hidroáreo en oído medio. También permite detectar la actividad espasmódica del músculo tensor del tímpano.

Valoración de la audición para detectar pérdida de audición y clasificarla en de tipo transmisivo o neurosensorial (Ver Capítulo 1 Hipoacusia. Módulo 2 ORL)

Inspección de cavidad orofaríngea. Se puede detectar la presencia de mioclonias velofaríngea que provoca un tinnitus audible en forma de clic. Este tipo de espasmos pueden suprimirse con la apertura amplia de la mandíbula.

Valoración de la articulación temporomandibular. Los signos que sugieren alteración de la articulación son el dolor a la palpación de la zona, dolor y chasquidos a la apertura y cierre de la mandíbula y limitación en la apertura bucal (Ver Capítulo 2 Otagia. Módulo 2 ORL)

Exploración de los pares craneales V, VII y VIII. En busca de afectación de estos nervios por tumores.

Auscultación de corazón y arterias carótidas. Para detectar soplos cardiacos y estenosis en arterias carótidas de posible causa aterosclerótica. También es preciso determinar la presión arterial en ambos brazos.

Auscultación de cuello, región periauricular, órbitas y mastoides. En caso de tinnitus pulsátiles para localizar soplos y explorar sincronía con el ritmo cardiaco. Es importante valorar el efecto sobre el tinnitus de la posición de la cabeza y de la compresión vascular. Los tinnitus de causa venosa pueden suprimirse con la presión suave sobre la vena yugular.

Otros estudios

- Estudio tiroideo, hematocrito y perfil lipídico
- Audiometría completa
- Timpanometría

Estudios especiales

En los tinnitus de tipo pulsátil es preciso descartar cualquier enfermedad con compromiso vital como las malformaciones arteriovenosas, aneurismas y tumores de la base de cráneo. Serán precisas pruebas como el TAC y la RMN.

3.- ¿CÓMO VALORAR EL IMPACTO DEL TINNITUS EN LA VIDA DEL PACIENTE?

La severidad del tinnitus varía desde una preocupación ocasional a un ruido insoportable que interfiere en la vida diaria de la persona, e incluso la lleva a contemplar la idea del suicidio. Hasta un 25 % de las personas refieren un empeoramiento del tinnitus a lo largo del tiempo.

Para valorar el impacto que causa el tinnitus en la calidad de vida del paciente disponemos de la versión validada al español del Tinnitus Handicap Inventory (THI)¹⁰ (Tabla 3).

Según el resultado del cuestionario la incapacidad producida por el tinnitus se puede clasificar en: no discapacidad (0-16%); incapacidad leve (18-36%); incapacidad moderada (38-56%); incapacidad grave (58-100%).

Tabla 3. Adaptación al español del Tinnitus Handicap Inventory (THI)

Preguntas	Sí	A veces	No
¿Le resulta difícil concentrarse por culpa de su acufeno?			
Debido a la intensidad del acufeno, ¿le cuesta oír a los demás?			
¿Se enoja a causa de su acufeno? ¿Le produce confusión su acufeno?			
¿Se encuentra desesperado por tener su acufeno? ¿Se queja mucho por tener su acufeno?			
¿Tiene problemas para conciliar el sueño por su acufeno?			
¿Cree que su problema de acúfenos es insolucionable?			
¿Interfiere su acufeno en su vida social (salir a cenar, ir al cine)?			
¿Se siente frustrado por su acufeno?			
¿Cree que tiene una enfermedad incurable?			
¿Su acufeno le impide disfrutar de la vida?			
¿Interfiere su acufeno en su trabajo o tareas del hogar?			
¿Se siente a menudo irritable por culpa de su acufeno?			
¿Tiene dificultades para leer por culpa de su acufeno?			
¿Se encuentra usted triste debido a su acufeno?			
¿Cree que su acúfeno le crea tensiones o interfiere en su relación con la familia o amigos?			
¿Es difícil para usted, fijar su atención en cosas distintas a su acufeno?			
¿Cree que su acufeno es incontrolable?			
¿Se siente a menudo cansado a causa de su acufeno?			
¿Se siente deprimido a causa de su acufeno?			
¿Se siente ansioso por culpa de su acufeno?			
¿Cree que su problema de acúfenos le desborda?			
¿Empeora el acufeno cuando tiene estrés?			
¿Se siente usted inseguro por culpa de su acufeno?			
Total THI:			
Se puntúa con 4 puntos la respuesta afirmativa, 2 la ocasional y 0 la negativa			

SIGNOS DE ALERTA ¹¹

- Todo tinnitus acompañado de síntomas neurológicos precisa ser derivado con carácter urgente.
- También precisan derivación urgente el tinnitus asociado con otalgia y/o con pérdida brusca e inexplicada de audición.
- Todos los tinnitus objetivos han de ser estudiados con carácter normal o preferente.
- Los tinnitus pulsátiles sincronos con el ritmo cardiaco deben ser estudiados de forma preferente para descartar alteraciones vasculares.
- Los tinnitus unilaterales asociados a pérdida de audición no atribuible a alteraciones en oído externo o medio, deben ser estudiados para descartar neurinoma del acústico.

ASPECTOS CLAVE

- El tinnitus es un síntoma asociado a múltiples enfermedades.
- Para su correcto abordaje diagnóstico, el primer paso es clasificar el tinnitus en subjetivo u objetivo.
- El tinnitus subjetivo, sólo audible para el propio paciente, es el más frecuente (90-95%). Suele asociarse a pérdida de audición, bien por edad avanzada (presbiacusia) o por exposición al ruido.
- El tinnitus objetivo es también audible para el explorador externo. Suelen estar asociados a enfermedades más graves. Los tinnitus pulsátiles sincrono con el pulso cardiaco sugieren alteraciones vasculares. El tinnitus sincrono con la respiración indica disfunción de la tompa de Eustaquio.
- Para valorar el impacto del tinnitus en la vida diaria del paciente, se dispone de la versión adaptada al español del Tinnitus Handicap Inventory.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Costa Ribas C, Amor Dorado JC, Castiñeira Pérez C. Guía clínica de Acúfenos. Fistera. Atención Primaria en la red. (<http://www.fistera.com/guias-clinicas/acufenos>) Consultado el 6 de octubre 2015.
- 2.- Lockwood AH, Salva RJ, Burkard RF. Tinnitus. N Engl J Med 2002;347:904-7
- 3.- Baguley D, McFerran D, Hall D. Tinnitus. Lancet 2013;382:1600-07
- 4.- Dinces EA. Etiology and diagnosis of tinnitus. UpToDate. (<http://www.uptodate.com>). Consultado el 6 de octubre 2015.
- 5.- Chan Y. Tinnitus: Etiology, Classification, Characteristics and Treatment. Discov Med 2009;8;133-6
- 6.- Crummer RW, Hassan GA. Diagnosis Approach to Tinnitus. Am Fam Physician 2004;69:120-6.
- 7.- Sismanis A. Pulsatil tinnitus: contemporary assessment and management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2011;19:348-57
- 8.- López Romero A, De Miguel Sánchez C. Acúfenos. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. 4º ed. Barcelona: semFYC ediciones 2011. p. 147-51
- 9.- Folmer RL, Martin WH, Shi Y. Tinnitus: Questions to reveal the cause, answer to provide relief. J Fam Pract 2004;53:532-40
- 10.- Herraiz C, Hernández Calvín J, Plaza G, Tapia MC, de los Santos G. Evaluación de la incapacidad en pacientes con acúfenos. Acta Otorrinolaringol Espa. 2001;52:534-8
- 11.- Henry JA, Zaugg TL, Myers PJ, Kendall CJ, Michaelides EM. A triage guide for tinnitus. J Fam Pract 2010;59:389-92