

Novedades en ORL

Tinnitus pulsátil
¿Estructural, metabólico o vascular?

El tinnitus pulsátil (TP) es un síntoma que afecta a muchas personas y puede tener un efecto negativo en la salud de los pacientes, provocando insomnio, ansiedad, depresión y falta de concentración. Es esencial buscar una causa subyacente porque muchos de ellos presentan un riesgo significativo de accidente cerebrovascular, ceguera o sordera. Una publicación presenta una revisión que describe un enfoque diagnóstico para el TP, de la cual algunos puntos citamos a continuación. Se puede identificar una causa subyacente de TP en más del 70% de los casos con una evaluación exhaustiva. Recomiendan clasificar las innumerables causas del TP en grupos estructurales, metabólicos y vasculares. Las causas estructurales incluyen neoplasias y anomalías patológicas del hueso temporal, las metabólicas incluyen medicamentos ototóxicos y causas sistémicas de alto gasto cardíaco, y las vasculares hipertensión intracraneal idiopática y fístulas arteriovenosas durales, entre otras.

El TP a menudo se origina en estructuras vasculares en la cabeza o el cuello en la proximidad de la cóclea. Para comenzar, se debe registrar el inicio, la progresión, la gravedad y las posiciones, movimientos u otros factores que exacerban o atenúan el TP, así como cualquier síntoma asociado, particularmente pérdida de audición, dolor de cabeza (incluyendo componente posicional), cambios en la visión, vértigo, ansiedad o depresión. El propio TP debe caracterizarse además por la sincronidad con el latido y el tono del corazón del paciente. El TP con pulso sincrónico a menudo se relaciona con un flujo vascular anormal en las estructuras cercanas a la cóclea. Específicamente, el flujo sanguíneo anormal en el seno transversal, el seno sigmoideo, la vena yugular interna o las venas condilares pueden estimular las células ciliadas internas de la cóclea y provocar TP. Sin embargo, el TP pulso asincrónico (sin fibrilación auricular concomitante) generalmente se asocia con una causa mecánica más que vascular.

El TP de tono bajo ("zumbido") suele ser venoso, mientras que el TP de tono alto ("silbido") suele ser arterial. Un sonido de "golpe de tambor" o "ventosa" que no está sincronizado con el pulso probablemente esté relacionado con mioclonías palatinas o del oído medio. El tinnitus pulsátil suele percibirse de forma unilateral, aunque algunas condiciones sistémicas y vasculares pueden causar TP bilateral. Una historia otológica detallada también es útil, incluida la pérdida de la audición, cirugía previa del oído, infecciones, dolor o drenaje del oído. En particular, síntomas como la autofonía (oír ruidos corporales fuertes, como la voz, el movimiento de los ojos o el golpe del talón), la presión auditiva o el vértigo inducido por el sonido pueden sugerir una dehiscencia del canal superior.

La organización de las causas del TP en grupos estructurales, metabólicos y vasculares facilita las pruebas, la derivación y el tratamiento apropiado.

Bibliografía

Kazim H. Narsinh et al. Diagnostic Approach to Pulsatile Tinnitus A Narrative Review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2022;148(5):476-483.

https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2789494?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamaoto.2021.4470