

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

HIPOACUSIA SÚBITA NEUROSENSORIAL COMO SÍNTOMA INICIAL DE SCHWANNOMA VESTIBULAR

Sudden Sensorineural Hearing Loss as an Initial Symptom of Vestibular Schwannoma

Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN ; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN ; Ramón COBO-DÍAZ;

Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO 

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Correspondencia: minerva.rmartin@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: La hipoacusia súbita neurosensorial unilateral (HSN) plantea un diagnóstico diferencial con múltiples patologías. El schwannoma vestibular (SV) es una de ellas en el 1-5% de los casos. Describimos 3 casos clínicos diagnosticados en nuestro centro.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hipoacusia súbita en nuestro centro durante 17 años y se describió los casos que finalmente presentaba schwannoma vestibular tras completar pruebas de imagen.

Resultados: Se registraron un total de 230 pacientes, de los cuales tan solo 3 fueron posteriormente diagnosticados de SV. Todos ellos recibieron tratamiento con corticoides orales y cámara hiperbárica sin mejoría. Entorno al mes del episodio se realizó resonancia magnética (RMN) que confirmó el diagnóstico. El primer paciente fue un varón de 61 años con antecedente de hipoacusia neurosensorial moderada que presentaba clínica de vértigo por hipofunción vestibular y cofosis derecha y precisó tratamiento quirúrgico. El segundo fue un varón de 49 años con clínica de hipoacusia derecha moderada en agudos, sin afectación vestibular, que fue diagnosticado de SV, grado Koos 1 según RMN, y recibió tratamiento con radiocirugía, sin crecimiento posterior. El último paciente fue un varón de 25 años con hipoacusia neurosensorial derecha moderada en agudos que presentaba SV grado Koos 3 según RMN y recibió tratamiento quirúrgico.

Discusión: La hipoacusia súbita neurosensorial puede ser el síntoma de debut, e incluso el único síntoma que presenten, pacientes con schwannoma vestibular. Los avances en las pruebas de imagen han hecho posible que hoy día la prueba definitiva para el diagnóstico de SV sea la RMN, especialmente la secuencia T1 con contraste de gadolinio, siendo posible objetivar incluso los más pequeños; es por ello, que en las guías actuales para el manejo de la hipoacusia súbita se aconseja la realización de esta prueba de forma preferente para evitar retraso diagnóstico pese a la buena respuesta con tratamiento corticoideo. Aunque no es el caso de nuestros pacientes, debemos considerar, que al contrario de lo que inicialmente se puede pensar, la mejoría tras tratamiento no excluye el diagnóstico de SV.

Conclusiones: La hipoacusia súbita neurosensorial puede ser el síntoma principal de manifestación del SV hasta en el 1,3% de casos de HSN en nuestro estudio. Debe tratarse como urgencia otológica y realizar tratamiento con corticoides así como RMN de forma preferente.

PALABRAS CLAVE: hipoacusia súbita; schwannoma vestibular; RMN.

SUMMARY: Introduction and objective: Sudden unilateral sensorineural hearing loss (SNH) poses a differential diagnosis with multiple pathologies. Vestibular schwannoma (SV) is one of them in up to 5% of cases. We describe 3 clinical cases diagnosed in our center.

Method: A retrospective study of patients diagnosed with sudden hearing loss in our center for 17 years was carried out and those cases that finally presented vestibular schwannoma after completing imaging tests were described.

Results: A total of 230 patients were registered, of which only 3 were subsequently diagnosed with VS. All of them received treatment with oral corticosteroids and hyperbaric oxygen without any improvement. Magnetic resonance imaging (MRI) was performed around a month after the episode, confirming the diagnosis. The first patient was a 61-year-old man with a history of moderate sensorineural hearing loss who presented clinical signs of vertigo due to vestibular hypofunction and right cophosis and who required surgical treatment. The second was a 49-year-old man with symptoms of moderate right-sided hearing loss in acute cases, without vestibular involvement, who was diagnosed with VS, Koos grade 1 according to MRI, and received radiosurgery treatment, with no subsequent growth. The last patient was a 25-year-old man with acute moderate right sensorineural hearing loss who presented SV grade Koos 3 according to MRI and received surgical treatment.

Discussion: Sudden sensorineural hearing loss may be the debut symptom, and even the only symptom presented, by patients with vestibular schwannoma. Advances in imaging tests have made it possible that today the definitive test for the diagnosis of VS is MRI, especially the T1 sequence with gadolinium contrast, being possible to objectify even the smallest; For this reason, the current guidelines for the management of sudden hearing loss recommend performing this test to avoid diagnostic delay despite the good response with corticosteroid treatment. Although this is not the case with our patients, we must consider that, contrary to what may initially be thought, the improvement after treatment does not exclude the diagnosis of VS.

Conclusions: Sudden sensorineural hearing loss may be the main symptom of VS manifestation in up to 1.3% of HSN cases in our study. This pathology should be treated as an otological emergency and corticosteroid treatment as well as MRI should be performed.

KEYWORDS: sudden hearing loss; vestibular schwannoma; MRI.