

Hipoacusia o Sordera Infantil

Dr. Gustavo Urday Lazo de la Vega
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

La hipoacusia o sordera infantil es la disminución de la capacidad de oír y escuchar. Esta hipoacusia puede ser de diversos grados, considerando que la audición normal llega hasta los 25 decibeles (db, unidad de intensidad de sonido), pudiendo ser:

LEVE, cuando la pérdida auditiva llega hasta los 40 db;
MODERADA, hasta los 60 db;
SEVERA, hasta los 90 db;
PROFUNDA, hipoacusias por encima de los 90 db.

Conforme la lesión es mayor, se compromete igualmente la interrelación con el medio, y dependiendo de la edad del niño, puede comprometerse además, no solo la conducta y desempeño escolar, sino la misma adquisición del lenguaje. Entonces no hay «sordomudos», sino pacientes sordos que no desarrollaron un lenguaje.

Existen otras clasificaciones de las Hipoacusias, como:

- Conductivas, cuando está afectado el sistema de TRANSMISIÓN del sonido, y esto es por compromiso del oído externo (oreja y conducto auditivo externo) y/o el oído medio (tímpano, caja timpánica, osículos).
- Neurosensoriales, cuando se compromete la PERCEPCIÓN del sonido, por lesión del oído interno (cóclea o caracol), nervio auditivo o el sistema nervioso central. La gran mayoría de sorderas neurosensoriales son por daño coclear.
- Mixtas, cuando hay componente conductivo y neurosensorial.
También pueden ser Agudas o Crónicas; Unl o Bilaterales; Congénitas o Adquiridas.

HIPOACUSIAS CONDUCTIVAS

El daño ocurre a nivel del sistema de TRANSMISIÓN del sonido desde el medio ambiente hacia el oído interno, por lo tanto compromete el oído externo y/o el oído medio. Son las más comunes, y generalmente su manejo es médico o quirúrgico, dependiendo la causa.

Otitis Media Aguda, una de las infecciones más comunes de la infancia, ya que según las estadísticas a los 3 años de edad, el 60% de los niños habrán sufrido por lo menos un cuadro, y a los 6 años, el 90%. Puede producir perforación del tímpano y supuración por el oído, generalmente reversibles con un adecuado

tratamiento. Su manejo es médico, ambulatorio, generalmente con antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios. En algunos pacientes, sobre todo inmunodeficientes y/o desnutridos, puede complicarse y requerir hospitalización y terapias endovenosas.

Otitis Media con Efusión, que se diferencia de la Aguda por que no hay síntomas de dolor, fiebre, o supuración. El síntoma principal es la HIPOACUSIA, y esto hace que el niño sea catalogado como «distráido», «maleducado», «con problemas», por que no responde al llamado, y su desempeño escolar es pobre, o si es muy pequeño, no desarrolla el lenguaje adecuadamente. Necesita escuchar la televisión o la radio a volúmenes altos, sino no lo hace, y puede aislarse, pues no escucha bien al resto de sus compañeros. Es el niño que a veces lo envían al Psicólogo, lo cambian de colegio, o necesita profesores fuera de clases, pero que es examinado por un Pediatra o un Otorrinolaringólogo, y se encuentra que tiene los oídos con líquido (moco), tímpanos opacos, retraídos. Luego de un manejo que puede ser médico o requerir alguna intervención quirúrgica (cirugía de adenoides, amígdalas y/o colocación de tubos de ventilación en los oídos), la recuperación auditiva es completa, y la calidad de vida del niño mejora. Sin embargo, las evaluaciones y terapias deben ser continuadas para evitar recaídas, que son comunes.

Tapones de Cerumen, muy comunes y con una cureta de oídos y/o un lavado se resuelven. Muchas veces se requiere ablandar el tapón, que está impactado, con gotas de glicerina u otras sustancias. La frecuencia de estas limpiezas depende de cada paciente.

Cuerpos extraños en oídos, los cuales deben ser extraídos por un especialista, a veces con necesidad de sedación o anestesia del paciente.

Otitis externas, abscesos de oreja o conducto auditivo, debido a la inflamación o supuración que estos producen, ocluyen el conducto auditivo. Usualmente es por baño en piscinas, o por lesiones ocasionadas al intentar limpiar los oídos, traumatismos o picaduras. El tratamiento es médico, con antibióticos y curaciones frecuentes hechas por el especialista. Raras veces requieren una cirugía (pacientes inmunodeprimidos, diabéticos).

Perforaciones del Tímpano, como consecuencia de infecciones o traumatismos (bofetada sobre la oreja, cuerpos extraños, hisopos introducidos profunda y bruscamente). Pueden o no acompañarse de supuración del oído, el pronóstico podría ser mejor si

no supuran. Si la perforación tiene largo tiempo, debe hacerse una evaluación audiológica, y estudios de imágenes del oído (tomografías). El tratamiento es quirúrgico, a menos que esta aparezca en el curso de una otitis media aguda, mediante técnicas de microcirugía.

Alteraciones en los osículos (martillo, yunque y estribo) del oído medio, las cuales pueden ser congénitas (fijaciones, ausencias o malformaciones), o adquiridas, por infecciones, traumatismos, cirugías previas. Pueden ser corregidas por técnicas de microcirugía, pero a veces esto no se consigue, por ser muy severas, riesgosas, o porque el paciente no responde a una cirugía técnicamente correcta. En estos casos el uso de audífonos sería lo indicado.

Malformaciones congénitas de oído externo y oído medio, requieren un manejo inmediato por parte de un equipo multidisciplinario (pediatra, otorrinolaringólogo, audiólogo, genetista, cirujano plástico, psicólogo). Lo primero es descartar otras malformaciones, luego debemos rescatar audiológicamente al paciente, con el uso de audífonos de vía ósea lo más pronto posible, pues el oído debe ser estimulado antes de los 6 meses de edad para que pueda desarrollar un lenguaje hasta los 6 años, luego de los cuales, cualquier esfuerzo que hagamos por intentar rehabilitar al paciente, no tendrá un resultado óptimo. Por otro lado la reconstrucción de la oreja, debiera hacerse antes que el niño vaya al colegio (5 ó 6 años de edad), ya que después vienen los traumas psicológicos por la toma de conciencia de «ser diferente» al resto de sus compañeros, los cuales pueden hacerlo motivo de burla o segregación. La cirugía reconstructiva del oído medio, es muy compleja y debe ser discutida con un otólogo con experiencia en estos casos, para evaluar los probables beneficios y complicaciones que pudiera haber, y la edad recomendada para realizarla.

HIPOACUSIAS NEUROSENSORIALES

La incidencia de Hipoacusias Neurosensoriales (HNS) en los niños no es rara. Se refiere que 1 de cada 1000 niños será diagnosticado de HNS severa antes de los 3 años de edad, y un número similar de escolares y adolescentes la manifestaran antes de los 19 años. Además esta incidencia aumenta en poblaciones seleccionadas de neonatos, como veremos más adelante.

Las HNS infantiles pueden ser Congénitas (desde el nacimiento) o Adquiridas. A su vez las Congénitas pueden ser Hereditarias (se transmiten de padres a hijos) o No Hereditarias (casos aislados). Por último, las Hereditarias son Sindrómicas (acompañadas de otras malformaciones) o No Sindrómicas (sólo presenta sordera).

Se menciona que sólo un 25 % son Congénitas, de las cuales el 50% son Hereditarias, y de estas sólo 1/3 son Sindrómicas. En este grupo de enfermedades hay una variedad de síndromes, en las que puede haber compromiso del desarrollo cráneo-facial, corporal, de la pigmentación de ojos, cabello y piel, alteraciones del ritmo cardiaco, compromiso de la visión, de la función renal o tiroidea, etc., por lo que el Genetista juega un papel muy importante en la evaluación del paciente y, según eso, ver el pronóstico y posible manejo.

Dentro de las HNS Congénitas No Hereditarias, es importante considerar una serie de factores del periodo perinatal, que ponen al neonato como paciente de alto riesgo de sordera:

- Infecciones durante el embarazo, TORCH: Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes.
- Parto prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Asfixia neonatal.
- Sepsis neonatal - Meningitis
- Hiperbilirrubinemia.
- Enfermedades metabólicas.
- Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Recibir medicación Ototóxica.

Hay que considerar que algunas HNS Congénitas no se manifiestan inmediatamente, sino durante el desarrollo del niño.

Dentro de las HNS Infantiles Adquiridas se deben considerar:

- Infecciones Virales: rubéola, sarampión, parotiditis (paperas), herpes, SIDA, etc.
- Meningitis: viral, bacteriana, tuberculosis, toxoplasma.
- Otitis Medias Crónicas: sobre todo con Colesteatoma
- Sepsis o infecciones generalizadas.
- Medicación ototóxica.
- Enfermedades metabólicas.
- Traumatismos encéfalo craneanos.
- Fístula de Ventana Redonda
- Tumores, etc.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Por lo anteriormente expuesto, vemos que la evaluación y diagnóstico de un niño con problemas de audición debe ser realizada tan pronto los padres sospechen que su niño pueda sufrir de algún grado de compromiso auditivo, y el Pediatra debe derivar al paciente, a un Otorrinolaringólogo especialista, tan pronto sospeche de esto, pues el diagnóstico temprano, nos permite un manejo precoz, con posibilidades de recuperar o rehabilitar audiológicamente al niño, disminuyendo las posibilidades de compromiso del desarrollo del lenguaje.

Se debe considerar:

Valor pronóstico del índice ponderal en el recién nacido malnutrido fetal en las complicaciones a corto, mediano y largo plazo en el HNCASE. EsSalud".

Dra. Maritza Ramos Medina
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin EsSalud

RESUMEN

El propósito del presente estudio, fue evaluar la utilidad del índice ponderal como pronóstico de complicaciones de corto plazo (hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia y asfixia perinatal), complicaciones a mediano plazo (desnutrición crónica o aguda) y complicaciones a largo plazo (retardo en el desarrollo psicomotor, sordera neurosensorial, retraso del lenguaje y examen neurológico anormal) en el recién nacido malnutrido fetal pequeño para la edad gestacional. Se registró 172 recién nacidos a término pequeños para la edad gestacional que nacieron desde 1999 hasta el 2002. Distribuyéndose en tres grupos: primer grupo, los niños nacidos entre 1999 y 2000, en éstos se estudió complicaciones a largo plazo. Un segundo grupo con niños que nacieron durante el 2001, en los que se estudió complicaciones a mediano plazo y finalmente los niños que nacieron durante el 2002 en los que se estudió complicaciones a corto plazo. Los resultados fueron en relación a las complicaciones a corto plazo, los niños que desarrollaron asfixia perinatal y policitemia mostraron índices ponderales sensiblemente más bajos que los que no tuvieron estas complicaciones. La prevalencia de hipoglicemia fue de 57.5%, sin mostrar asociación con sus índices ponderales. En relación a las complicaciones a mediano plazo los niños con índices ponderales inferiores a 2.0 tardan más en adecuar su peso y su talla para su edad. Se recuperaron en su mayoría entre el año y los dos años de edad. En relación a las complicaciones a largo plazo los niños con índices ponderales en promedio inferior a 2.0 manifestaron mayor prevalencia de retardo psicomotor (18.53%) y trastornos del lenguaje (16.67%). La prevalencia de sordera neurosensorial fue alta (42.6%) con índices ponderales inferiores a 2.0. El examen neurológico anormal se presentó en un 18.51%, pero no hubo asociación con sus índices ponderales. Se concluye que el índice ponderal juega un papel pronóstico en algunas complicaciones a corto plazo como policitemia y asfixia, en complicaciones a mediano plazo como el tiempo de recuperación del peso y talla y finalmente con relación a trastornos del desarrollo, trastornos del lenguaje y sordera neurosensorial. En todos ellos un índice ponderal inferior a 2.0 parece estar relacionado a mayor prevalencia de estas complicaciones. Palabras claves: recién nacido malnutrido fetal.

SUMMARY

The purpose of the present study was to evaluate the utility of the index ponderal like I predict of complications of short term (hipoglicem, hipocalcem, policitem and it suffocates perinatal), complications to medium term (chronic or sharp Malnutrition) and long term complications (I slow in the psychomotor development, deafness neurosensorial, delay of the language and abnormal neurological exam) in the recently born small fetal malnutrido for the age gestacional. You registration 172 recently born to I finish small for the age gestacional that you/they were born from 1999 up to the 2002 being Distributed in three groups: first group: the children of 1999 and 2000,se study long term complications. A second group with children that were born during the 2001,en those that one studies complications to medium term and finally the children that were born during the 2002 in those that one studies short term complications. The

results were: In relation to the short term complications; the children that developed asphyxia perinatal and policitem showed indexes you ponder them sensibly lower than those that didn't have these complications. The hipoglicem prevalence was of 57.5%, without showing association with its indexes you ponder them. In relation to the complications to medium term the children with indexes ponder them inferior at 2.0 they take but in adapting their weight and their size for their age. They recovered in their majority between the year and the two years of age. In relation to the long term complications: the children with indexes ponder them on the average inferior at 2.0 they manifested bigger prevalence of psychomotor retard (18.53%), and dysfunctions of the language (16.67%). The prevalence of deafness neurosensorial was high (42.6%) with indexes you ponder them inferior at 2.0. The abnormal neurological exam you presents in 18.51%, but there was not association with their indexes you ponder them.