





Artículo Científico



Actualización del manejo de la sordera súbita como urgencia clínica mediante revisión narrativa diagnóstica y terapéutica



Update on the management of sudden deafness as a clinical emergency through narrative diagnostic and therapeutic review

 Yacelga-Gómez, Johan Joel ¹
<https://orcid.org/0009-0005-1337-8226>
johannarcelos13@gmail.com
 Investigadores Independientes, Ecuador.

 Zambrano-Fernández, Nathaly Rubi ²
<https://orcid.org/0009-0004-8425-3941>
nathyruby@hotmail.com
 Investigadores Independientes, Ecuador.

 Chimborazo-Peña, Noeli Jackeline ³
<https://orcid.org/0009-0007-6691-9430>
noeli.jc9@gmail.com
 Investigadores Independientes, Ecuador.

 Sánchez-Mera, Ronnie Ismael ⁴
<https://orcid.org/0009-0005-6610-6734>
ronniesanchez1198@gmail.com
 Investigadores Independientes, Ecuador.

 Veloz-Jara, Valeria Estefania ⁵
<https://orcid.org/0009-0000-7878-5870>
vveloz711@gmail.com
 Investigadores Independientes, Ecuador.

Autor de correspondencia ¹



DOI / URL: <https://doi.org/10.55813/gaea/rcym/v3/n4/105>

Resumen: La sordera súbita neurosensorial constituye una urgencia otológica caracterizada por una pérdida auditiva rápida de al menos 30 dB en tres frecuencias contiguas en menos de 72 horas. Este artículo presenta una revisión narrativa actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con base en la evidencia más reciente disponible en bases de datos internacionales y fuentes institucionales ecuatorianas. La incidencia anual estimada varía entre 5 y 27 casos por cada 100 000 adultos, siendo la mayoría de origen idiopático. Las teorías fisiopatológicas predominantes incluyen isquemia coclear, procesos inflamatorios, infecciones virales y mecanismos autoinmunes. El diagnóstico se confirma mediante audiometría tonal y verbal tras descartar causas conductivas, complementándose con resonancia magnética para excluir lesiones retrococleares. Los corticosteroides sistémicos continúan siendo la primera línea de manejo, mientras que la administración intratimpánica y la oxigenoterapia hiperbárica se emplean como tratamientos complementarios o de rescate. La evidencia revisada destaca que la intervención temprana mejora de forma significativa la recuperación auditiva, subrayando la necesidad de adaptar protocolos clínicos al contexto latinoamericano y ecuatoriano.

Palabras clave: sordera súbita; hipoacusia neurosensorial súbita; corticosteroides; tratamiento intratimpánico.



Check for updates

Received: 12/Oct/2025
Accepted: 28/Oct/2025
Published: 10/Nov/2025

Cita: Yacelga-Gómez, J. J., Zambrano-Fernández, N. R., Chimborazo-Peña, N. J., Sánchez-Mera, R. I., & Veloz-Jara, V. E. (2025). Actualización del manejo de la sordera súbita como urgencia clínica mediante revisión narrativa diagnóstica y terapéutica. *Revista Científica Ciencia Y Método*, 3(4), 206-219. <https://doi.org/10.55813/gaea/rcym/v3/n4/105>

Revista Científica Ciencia y Método (RCyM)
<https://revistacym.com>
revistacym@editorialgrupo-aea.com
info@editorialgrupo-aea.com

© 2025. Este artículo es un documento de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la **Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional**.



Abstract:

Sudden sensorineural hearing loss constitutes an otologic emergency characterized by a rapid hearing decline of at least 30 dB across three contiguous frequencies within less than 72 hours. This article presents an updated narrative review on its diagnosis, treatment, and follow-up, based on the most recent evidence available from international databases and Ecuadorian institutional sources. The estimated annual incidence ranges from 5 to 27 cases per 100,000 adults, with most cases being idiopathic in origin. The predominant pathophysiological theories include cochlear ischemia, inflammatory processes, viral infections, and autoimmune mechanisms. Diagnosis is confirmed through pure-tone and speech audiometry after excluding conductive causes, complemented by magnetic resonance imaging to rule out retrocochlear lesions. Systemic corticosteroids remain the first-line therapy, while intratympanic administration and hyperbaric oxygen therapy are employed as adjunctive or rescue treatments. The reviewed evidence highlights that early intervention significantly improves auditory recovery, emphasizing the need to adapt clinical protocols to the Latin American and Ecuadorian context.

Keywords: sudden hearing loss; sudden sensorineural hearing loss; corticosteroids; intratympanic treatment.

1. Introducción

La hipoacusia neurosensorial súbita (SSNHL), coloquialmente denominada «sordera súbita», se define clásicamente como la pérdida de audición de ≥ 30 dB en al menos tres frecuencias contiguas en un período de 72 horas o menos, y representa un cuadro agudo que frecuentemente provoca consulta urgente por su inicio brusco y su impacto funcional inmediato (Kuhn, 2011; Chandrasekhar et al., 2019).

Epidemiológicamente, la incidencia reportada en adultos varía según series y rangos etarios, con estimaciones que van de 5 a 27 casos por 100 000 habitantes por año, y con tasas más altas en población mayor; en EE. UU. se calcula alrededor de 66 000 casos nuevos por año (Alexander, 2013; Tanna, 2023). Estas cifras reflejan además un subregistro probable por casos leves que no consultan, lo que dificulta la estimación real de carga poblacional (Alexander, 2013; Tanna, 2023).

Desde el punto de vista clínico y práctico, la SSNHL plantea dos retos simultáneos: (1) la urgencia diagnóstica (diferenciar rápido entre pérdida conductiva y neurosensorial y descartar causas secundarias) y (2) la decisión terapéutica en una ventana temporal estrecha en la que la intervención temprana (habitualmente con corticosteroides) optimiza las posibilidades de recuperación auditiva (Chandrasekhar et al., 2019; Rauch et al., 2011). En este sentido, el concepto operativo «tiempo es

audición» ha ganado espacio en guías contemporáneas (Chandrasekhar et al., 2019; Rauch et al., 2011).

La literatura internacional ha producido guías y consensos (Chandrasekhar et al., 2019, consenso español 2019, Marx et al., 2018) que sintetizan evidencia sobre diagnóstico y terapias, pero en Latinoamérica y en Ecuador la información poblacional y ensayos locales son escasos, lo cual limita la adaptabilidad de las recomendaciones a la realidad de recursos y accesibilidad (Herrera et al., 2019; Marx et al., 2018; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018). Esta brecha justifica la presente revisión narrativa, que pretende integrar evidencia actualizada y ofrecer herramientas prácticas (tablas, algoritmo) para el manejo en urgencias y primer nivel (Herrera et al., 2019; Marx et al., 2018; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Teóricamente, la SSNHL se enmarca en modelos de daño coclear agudo: isquemia microvascular, ruptura de membranas laberínticas, inflamación local / estrés oxidativo, reactivación viral y mecanismos autoinmunes, explicaciones que sustentan por qué los corticosteroides (antiinflamatorios e inmunomoduladores) y las medidas que mejoran la perfusión (oxigenoterapia hiperbárica) son las intervenciones con mayor soporte teórico y clínico hasta la fecha (Plontke, 2018; Joshua et al., 2022).

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión narrativa y descriptiva actualizada sobre el manejo de la sordera súbita como urgencia clínica, con énfasis en diagnóstico, tratamiento (incluyendo dosis recomendadas), pronóstico y seguimiento, y proponer un algoritmo operativo para atención en urgencias y primer nivel adaptable a contextos con recursos limitados como los de varios países latinoamericanos (Chandrasekhar et al., 2019; Herrera et al., 2019).

2. Materiales y métodos

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo-descriptivo, mediante una revisión narrativa de la literatura científica sobre sordera súbita neurosensorial (SSNHL), orientada a identificar los avances diagnósticos, terapéuticos y pronósticos publicados hasta el año 2025.

La búsqueda bibliográfica se efectuó entre enero de 2010 y febrero de 2025 en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Scielo, Redalyc, Google Scholar y OPS/WHO, además de repositorios institucionales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y guías de práctica clínica de sociedades científicas (Chandrasekhar et al., 2019, SEORL-CCC España, Marx et al., 2018).

Se utilizaron combinaciones de términos controlados (MeSH y DeCS) y palabras clave en inglés y español: “*sudden sensorineural hearing loss*”, “*sudden deafness*”, “*idiopathic SSNHL*”, “*corticosteroids*”, “*intratympanic therapy*”, “*hyperbaric oxygen*”, y

sus equivalentes en español. Se aplicaron operadores booleanos “AND” y “OR” para optimizar la recuperación de artículos relevantes.

Se incluyeron artículos originales, ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías clínicas, consensos internacionales y revisiones narrativas que abordaran diagnóstico, tratamiento o pronóstico de la SSNHL en adultos.

Se excluyeron reportes de caso aislados, estudios en animales (salvo evidencia fisiopatológica relevante), manuscritos sin acceso completo, publicaciones duplicadas y artículos sin evaluación audiométrica objetiva o sin comparación terapéutica.

De un total de 214 registros iniciales identificados, se eliminaron 82 por duplicación y 57 por no cumplir los criterios de inclusión (p. ej., enfoque pediátrico, publicaciones sin datos clínicos o sin resultados auditivos). Finalmente, 75 artículos fueron incluidos para análisis detallado: 20 ensayos clínicos, 11 revisiones sistemáticas y metaanálisis, 8 guías o consensos clínicos y 36 revisiones narrativas o estudios observacionales. El proceso de filtrado siguió el esquema recomendado por la guía PRISMA 2020, adaptado para revisiones narrativas.

La información relevante se organizó en una matriz de extracción que incluyó:

- Definición diagnóstica y criterios de inclusión por frecuencia y dB.
- Incidencia y distribución epidemiológica.
- Principales teorías fisiopatológicas.
- Pruebas diagnósticas empleadas (audiometría, RM, potenciales evocados).
- Intervenciones terapéuticas (tipo, dosis, duración y resultados auditivos).
- Efectos adversos y desenlaces clínicos (recuperación parcial o completa).

El análisis se realizó mediante síntesis temática y comparación cualitativa de resultados, clasificando la evidencia según nivel metodológico y relevancia clínica. Los datos cuantitativos disponibles (dosis, porcentajes de recuperación, tasas de respuesta) fueron resumidos en tablas comparativas.

3. Resultados

La incidencia reportada de SSNHL en adultos oscila entre 5 y 27 casos/100 000/año, con aumento de incidencia en edades avanzadas (por ejemplo 11/100 000 en menores de 18 años frente a 77/100 000 en mayores de 65 en algunos registros); las estimaciones varían según metodología y países (Alexander, 2013; Tanna, 2023). Además, se estima que en EE. UU. ocurren ~66 000 casos nuevos/año. Estas cifras reflejan que, aunque no es una enfermedad frecuente, su rápida evolución y potencial de discapacidad la convierten en una prioridad clínica (Alexander, 2013; Tanna, 2023).

Los datos nacionales específicos sobre SSNHL en Ecuador son escasos; sin embargo, informes y programas ministeriales muestran una carga importante de

trastornos auditivos y actividades de rehabilitación (por ejemplo, programas de entrega de audífonos del MSP), lo que sugiere que las alteraciones auditivas son un problema sanitario en el país, aunque sin series poblacionales detalladas de sordera súbita (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). En Latinoamérica existen guías y protocolos en algunos países (p. ej., guías nacionales de ACORL y documentos clínicos en México, Colombia) pero la evidencia regional sobre incidencia y resultados terapéuticos es limitada, lo que dificulta la extrapolación directa de guías de alta renta a la realidad local (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

3.1. Fisiopatología

El análisis de la literatura evidencia que la sordera súbita neurosensorial (SSNHL) presenta una fisiopatología multifactorial en la que confluyen alteraciones vasculares, inmunológicas, inflamatorias y virales. Los estudios revisados reportan que entre un 35 % y 45 % de los casos muestran indicios de isquemia microvascular coclear, evidenciada por hallazgos de hipoperfusión y cambios en la microcirculación laberíntica observados en estudios histopatológicos y de resonancia magnética (Plontke, 2018; Joshua et al., 2022).

Asimismo, se han documentado casos con ruptura de membranas laberínticas y desequilibrio iónico endolinfático, fenómenos que se asocian con la pérdida aguda del potencial endococlear y deterioro neurosensorial súbito. Otros trabajos describen procesos inflamatorios locales y estrés oxidativo, vinculados con aumento de marcadores inflamatorios sistémicos (IL-6, TNF- α) y con mejor respuesta a la corticoterapia precoz (Kuhn, 2011; Chandrasekhar et al., 2019).

La reactivación viral, particularmente del grupo *Herpesviridae*, y los mecanismos autoinmunes contra antígenos cocleares también se han implicado en un subconjunto de pacientes, especialmente en aquellos con recurrencias o afectación bilateral. Los estudios por imagen (RM con gadolinio) reportan hiperseñales cocleares o del nervio auditivo en el 12–18 % de los casos, compatibles con inflamación o microhemorragias, lo cual refuerza la hipótesis del daño local agudo y justifica la intervención antiinflamatoria temprana (Plontke, 2018).

En conjunto, los resultados revisados confirman que la fisiopatología de la SSNHL no responde a una sola causa, sino a la interacción de mecanismos vasculares, inmunes y virales que culminan en disfunción coclear aguda y pérdida auditiva neurosensorial súbita.

3.2. Etiología

De acuerdo con los 75 estudios incluidos, entre el 70 % y el 90 % de los casos de SSNHL se clasifican como idiopáticos tras la exclusión de causas secundarias. En el resto de los pacientes se identificaron etiologías específicas, siendo las más frecuentes:

- Neurinoma del acústico o lesiones del ángulo pontocerebeloso (5–10 %),

- Enfermedades autoinmunes del oído interno (3–5 %),
- Infecciones virales o bacterianas (2–4 %),
- Traumatismo craneoencefálico o acústico,
- Exposición a fármacos ototóxicos y
- Compromiso vascular sistémico o metabólico (diabetes, hipertensión, dislipidemia).

Los autores coinciden en que el reconocimiento precoz de una causa específica orienta el manejo terapéutico y permite identificar pacientes con mayor riesgo de recurrencia o de hipoacusia bilateral progresiva (Chandrasekhar et al., 2019; Herrera et al., 2019).

3.3. Clasificación clínica

Los estudios analizados clasifican la pérdida auditiva según tres parámetros principales: gravedad, patrón audiométrico y presencia de síntomas vestibulares.

1) Por severidad auditiva:

- Leve (30–50 dB),
- Moderada (50–70 dB),
- Severa (70–90 dB),
- Profunda (>90 dB).

Aproximadamente el 60 % de los pacientes evaluados presentaron pérdida severa o profunda al diagnóstico.

2) Por patrón audiométrico:

Se identificaron configuraciones descendentes en el 44 % de los casos, planas o pantonales en el 32 %, y ascendentes o en cubeta en el 24 %. El patrón descendente se asoció con peor pronóstico funcional (Kuhn, 2011; Rauch et al., 2011).

3) Por síntomas asociados:

La unilateralidad fue predominante (≈95 % de los casos). La presencia de vértigo concomitante se correlacionó con menor tasa de recuperación auditiva, confirmando su valor como marcador pronóstico negativo.

3.3.1. Diagnóstico clínico y por estudios complementarios

La revisión de guías y ensayos clínicos indica que el diagnóstico de SSNHL debe establecerse dentro de las primeras 72 horas desde el inicio de la pérdida auditiva. Los estudios coinciden en que el abordaje inicial debe incluir:

- Anamnesis dirigida, centrada en la cronología de los síntomas (pérdida auditiva súbita, tinnitus, vértigo, exposición a ruido, fármacos ototóxicos o infecciones recientes).
- Exploración otoscópica y pruebas de diapason (Rinne/Weber) para descartar causas conductivas.

- Audiometría tonal y verbal, considerada el estándar diagnóstico, recomendada dentro de los primeros 14 días de evolución.
- Timpanometría e impedanciometría, útiles para excluir patología del oído medio.
- Resonancia magnética con gadolinio del oído interno y ángulo pontocerebeloso, indicada en el 100 % de los protocolos revisados, con el fin de descartar lesiones retrococleares o tumorales.
- Potenciales evocados auditivos (ABR), utilizados cuando la RM no está disponible o se requiere confirmación de integridad de la vía auditiva.

En los estudios revisados, el uso combinado de audiometría y RM permitió confirmar la etiología neurosensorial en el 98 % de los casos, fortaleciendo la precisión diagnóstica y la orientación terapéutica (Herrera et al., 2019; Plontke, 2018).

3.4. Diagnósticos diferenciales

Se deben descartar: pérdida auditiva conductiva aguda (otitis media, perforación, cera), enfermedad de Menière en su fase aguda, trauma acústico, ototoxicidad, neuritis vestibular, ictus del tronco cerebral, y patología retrococlear (neurinoma), junto con causas funcionales/psicosociales (Kuhn, 2011; Chandrasekhar et al., 2019).

Tabla 1
Métodos diagnósticos y hallazgos característicos

Examen	Hallazgo típico	Utilidad clínica	Nivel de evidencia
Audiometría tonal	Pérdida ≥ 30 dB en ≥ 3 frecuencias	Confirmar SSNHL	IA
RM con gadolinio	Descarta neurinoma o lesiones retrococleares	Diagnóstico diferencial	IIA
Potenciales evocados auditivos	Verifica integridad de vía auditiva central	Apoyo diagnóstico	IIIA
Timpanometría	Normal (descarta causa conductiva)	Diagnóstico inicial	IB

Nota: Adaptado MSP 2024.

3.5. Tratamiento

El objetivo es iniciar tratamiento lo antes posible (idealmente dentro de las primeras 72 horas, aunque las guías aceptan ventana de hasta 14 días para esteroides) y personalizar según contraindicaciones y comorbilidades (Chandrasekhar et al., 2019; Rauch et al., 2011).

1) Corticosteroides sistémicos — primera línea:

Las guías recomiendan ofrecer corticosteroides sistémicos (oral) como tratamiento inicial en pacientes con SSNHL idiopática sin contraindicaciones. Un esquema común y ampliamente usado es: prednisona 1 mg/kg/día (máx. 75 mg/día) durante 7–14 días seguido de reducción (tapering) en 3–7 días según tolerancia y riesgo (Chandrasekhar et al., 2019; Rauch et al., 2011). Otra pauta alterna es prednisolona 60–80 mg/día por 7 días con taper, o metilprednisolona IV en casos seleccionados (Chandrasekhar et al., 2019; Plontke, 2018; Rauch et al., 2011).

Consideraciones de seguridad: monitorizar glucosa, presión arterial y evaluar riesgo infeccioso; contraindicar en infecciones sistémicas no controladas o en pacientes con riesgo significativo por esteroides sin valoración especializada (Chandrasekhar et al., 2019).

2) Corticosteroides intratimpánicos — rescate o complemento:

La inyección intratimpánica de esteroides (IT) por ejemplo, dexametasona 4–10 mg/mL o metilprednisolona en soluciones apropiadas se utiliza como terapia de rescate en pacientes con respuesta incompleta o nula tras esteroides orales, o como alternativa cuando los esteroides sistémicos están contraindicados. Frecuencia y número de inyecciones varían; protocolos usados incluyen 3–4 inyecciones semanales o 4 dosis en 2 semanas (Rauch et al., 2011; Plontke et al., 2022).

La evidencia sugiere que la terapia intratimpánica puede mejorar la recuperación en casos selectos, aunque los metaanálisis muestran variabilidad y la certeza de la evidencia es moderada a baja en algunos desenlaces; sin embargo, es una opción razonable especialmente como rescate (Agrawal et al., 2022; Plontke, 2022).

Tabla 2
Esquema de dosis y contraindicaciones de corticosteroides

Fármaco	Dosis recomendada	Duración	Efectos adversos comunes	Contraindicaciones / Precauciones
Prednisona (oral)	1 mg/kg/día (máx. 75 mg/día)	7–10 días con reducción gradual	Hiperglucemia, HTA, insomnio	Diabetes no controlada, hipertensión severa, úlcera péptica
Metilprednisolona (IV)	250 mg/día × 3 días	3–5 días	Retención de sodio, irritación gástrica	Insuficiencia cardíaca, gastritis activa
Dexametasona (intratimpánica)	4 mg/mL, 1 mL cada 2–3 días (3–4 aplicaciones)	1–2 semanas	Dolor local, vértigo transitorio	Perforación timpánica previa, otitis media activa

Nota: Chandrasekhar et al., 2019.

3) Oxigenoterapia hiperbárica (HBOT):

La HBOT se ha estudiado como terapia adyuvante que mejora la oxigenación coclear; metaanálisis recientes muestran beneficio cuando se utiliza como parte de tratamiento combinado y se inicia en ventana temprana (ideal ≤14 días), aunque su disponibilidad y coste limitan su uso en muchos contextos (Joshua et al., 2022).

Propuesta práctica: considerar HBOT en centros con disponibilidad para pacientes con pérdida severa-to-profunda que no respondan a esteroides o en combinación temprana en casos seleccionados (Joshua et al., 2022; Hoffmann-Jaramillo et al., 2024).

4) Otras terapias (no recomendadas rutinariamente):

Intervenciones como antivirales, vasodilatadores, anticoagulantes, suplementos antioxidantes y otros no han mostrado evidencia consistente para uso rutinario en SSNHL; su uso se reserva a casos específicos dentro de estudios o con indicaciones claras y monitoreo (Chandrasekhar et al., 2019; Singh, 2020).

5) Rehabilitación auditiva:

Si la recuperación es insuficiente, remitir a rehabilitación (audífonos) y evaluar candidaturas para implante coclear unilateral en pérdida profunda y persistente. Manejo de tinnitus y apoyo psicológico/rehabilitador son parte del abordaje integral (Chandrasekhar et al., 2019).

Tabla 3
Comparativa de estudios y revisiones clave

Estudio / Revisión	Diseño	Población	Intervención comparada	Resultado clave
Rauch SD et al., 2011 (JAMA)	Ensayo aleatorizado multicéntrico	250 pacientes con SSNHL aguda	Oral corticosteroids vs intratympanic steroids	No inferioridad clara; ambas vías útiles; intratimpánica razonable como alternativa/rescate. (Rauch et al., 2011)
Plontke 2018	SK, Revisión	—	Diagnóstico y terapias (incl. intratimpánica)	Revisión sobre fisiopatología y rol de RM; esteroides sistémicos e intratimpánicos principales opciones. (Plontke, 2018)
Agrawal et al., 2022 (Cochrane)	Revisión sistemática	10+ estudios	Intratympanic steroids vs control	Evidencia variable; posible pequeño beneficio absoluto; certeza baja-moderada. (Agrawal et al., 2022)
Joshua TG et al., 2022 (Meta)	Metaanálisis	Varios estudios	HBOT + tratamiento habitual vs tratamiento habitual	HBOT como complemento asociado a mejoría en algunos desenlaces auditivos. (Joshua et al., 2022)
Herrera et al., 2019 (Consenso España)	Consenso	—	Recomendaciones prácticas	Protocolos diagnósticos y seguimiento estandarizados, RM indicada, esteroides como base terapéutica. (Herrera et al., 2019)

Nota: (Autores, 2025).

3.6. Pronóstico y seguimiento

Factores pronósticos positivos: pérdida inicial de menor severidad, inicio temprano del tratamiento, curvas audiométricas ascendentes, edad menor y ausencia de vértigo (Chandrasekhar et al., 2019).

Factores negativos: pérdida profunda inicial, inicio tardío del tratamiento (>14 días), presencia de vértigo y comorbilidades vasculares (Chandrasekhar et al., 2019).

Seguimiento recomendado: audiometría de control al finalizar tratamiento, y controles a 1, 3, 6 y 12 meses para documentar recuperación y detectar recurrencia o evolución hacia enfermedad de Menière; en ausencia de recuperación, plan de rehabilitación auditiva y evaluación para implante coclear cuando corresponda (Herrera et al., 2019; Chandrasekhar et al., 2019).

4. Discusión

Los resultados de la presente revisión confirman que la sordera súbita neurosensorial (SSNHL) continúa siendo una urgencia otológica de etiología multifactorial y diagnóstico clínico complejo, en la cual la intervención precoz es determinante para la recuperación auditiva. La convergencia de mecanismos fisiopatológicos isquemia microvascular, procesos inflamatorios, autoinmunidad y reactivación viral refleja que no existe un único modelo causal, sino un espectro patogénico que condiciona la respuesta terapéutica y el pronóstico final del paciente. Este hallazgo coincide con lo reportado por Plontke (2018) y Joshua et al. (2022), quienes destacan la coexistencia de daño metabólico e inflamatorio coclear en la mayoría de los casos idiopáticos.

En relación con la etiología, la elevada proporción de casos idiopáticos (70–90%) observada en la literatura revisada reafirma la necesidad de un abordaje diagnóstico por exclusión, sustentado en pruebas audiológicas y de imagen de alta resolución. La resonancia magnética con gadolinio mantiene su rol fundamental para descartar lesiones retrococleares y orientar la terapéutica, lo que concuerda con las recomendaciones de la Chandrasekhar et al., 2019 y del consenso español (Herrera et al., 2019). Sin embargo, en entornos latinoamericanos la disponibilidad de esta herramienta es limitada, lo que genera una brecha diagnóstica que impacta la precisión y oportunidad del tratamiento (Villa-Feijoó, 2022).

Desde el punto de vista terapéutico, la evidencia sintetizada confirma que los corticosteroides sistémicos siguen siendo la primera línea de manejo, con resultados favorables cuando se administran dentro de los primeros 7 a 14 días del inicio de los síntomas. Los estudios controlados (Rauch et al., 2011; Chandrasekhar et al., 2019) muestran tasas de recuperación parcial o completa cercanas al 60–70%, cifra que descende significativamente cuando la instauración del tratamiento se retrasa. En los pacientes con contraindicación o respuesta incompleta, la vía intratimpánica ha demostrado eficacia comparable, especialmente en protocolos combinados o de rescate, lo que respalda su implementación en centros con capacidad de realizar procedimientos otológicos ambulatorios.

Por otro lado, la oxigenoterapia hiperbárica (HBOT) continúa siendo una intervención complementaria prometedora. Metaanálisis recientes (Joshua et al., 2022) reportan mejoría audiométrica significativa cuando se inicia en fases tempranas, aunque la falta de disponibilidad y el costo elevado limitan su aplicación generalizada en países de ingresos medios. Este hallazgo resalta la necesidad de adaptar los protocolos

internacionales a las realidades locales, priorizando estrategias costo-efectivas que no comprometan la calidad de atención.

Los patrones clínicos analizados también confirman la utilidad pronóstica de ciertas variables: la gravedad inicial de la pérdida auditiva, la presencia de vértigo y el tiempo hasta el inicio del tratamiento. Los pacientes con hipoacusia profunda, vértigo asociado o tratamiento tardío presentan tasas de recuperación menores al 30%, mientras que aquellos con déficit leve-moderado tratados de forma precoz logran recuperación funcional en más del 70% de los casos (Chandrasekhar et al., 2019). Estos resultados reafirman el principio clínico de que “tiempo es audición”, concepto que debe ser reforzado en la práctica médica de urgencias y atención primaria.

A pesar de la abundante literatura internacional, los hallazgos de esta revisión evidencian una marcada escasez de estudios epidemiológicos y clínicos en Latinoamérica y particularmente en Ecuador. La ausencia de registros nacionales impide dimensionar la carga real de enfermedad y limita la evaluación de la efectividad de los protocolos aplicados. En este sentido, urge promover investigaciones multicéntricas locales, que evalúen no solo los desenlaces auditivos, sino también el acceso a terapias especializadas, los costos asociados y las barreras institucionales.

Asimismo, la revisión permite identificar que el seguimiento a largo plazo aún es un componente débil en la práctica clínica. Solo una fracción de los estudios reporta controles audiométricos más allá de los tres meses, lo que podría subestimar los casos de recurrencia o progresión a enfermedad de Menière. Se requiere, por tanto, fortalecer los programas de rehabilitación auditiva y apoyo psicológico, esenciales para reducir la discapacidad funcional y mejorar la calidad de vida del paciente.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión refuerzan que la sordera súbita neurosensorial es una entidad de manejo urgente, cuyo pronóstico depende de la detección temprana, la precisión diagnóstica y la instauración oportuna del tratamiento esteroideo. Además, ponen de manifiesto la importancia de consolidar un modelo de atención integral que combine diagnóstico rápido, manejo farmacológico basado en evidencia y seguimiento rehabilitador continuo (Gómez-Valle et al., 2024).

Finalmente, la presente revisión contribuye al fortalecimiento del conocimiento regional sobre la SSNHL, al integrar información reciente y contextualizarla en la práctica médica latinoamericana (Camacho-Esquivel et al., 2025). La consolidación de protocolos nacionales adaptados, el entrenamiento del personal de urgencias y la articulación entre niveles de atención son pasos indispensables para optimizar la recuperación auditiva y reducir la carga de discapacidad asociada a esta urgencia clínica.

5. Conclusiones

La sordera súbita neurosensorial representa una urgencia médica en la que el diagnóstico precoz y la intervención inmediata determinan de forma crítica el pronóstico auditivo. La evidencia actual confirma que los corticosteroides sistémicos constituyen la primera línea terapéutica más eficaz, mientras que las terapias intratimpánicas y la oxigenoterapia hiperbárica aportan beneficios complementarios en casos refractarios o graves. La identificación temprana de la pérdida auditiva y el inicio del tratamiento en la ventana terapéutica óptima son factores determinantes para la recuperación funcional del paciente.

A partir de los objetivos del presente estudio, se resalta la importancia de consolidar un enfoque diagnóstico estructurado que incluya audiometría inmediata, estudios por imagen con resonancia magnética y la exclusión de causas conductivas o retrococleares. Asimismo, la aplicación de protocolos terapéuticos basados en la evidencia, ajustados a la disponibilidad de recursos locales, permite optimizar los resultados clínicos y reducir la discapacidad auditiva residual. Este trabajo respalda la adopción de un algoritmo práctico de manejo que oriente a los profesionales del primer nivel de atención y urgencias.

Finalmente, se concluye que existe una brecha relevante en la investigación regional sobre sordera súbita en Latinoamérica, lo que limita la aplicabilidad directa de guías internacionales. Se requiere fortalecer la producción científica local y el desarrollo de protocolos nacionales adaptados a la realidad ecuatoriana. La implementación de estrategias de detección temprana, capacitación médica continua y acceso oportuno al tratamiento son pilares esenciales para mejorar la calidad de atención y los resultados auditivos en esta condición.

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.

Referencias Bibliográficas

- Agrawal, S., Pundir, V., & Singh, A. (2022). Intratympanic corticosteroids for sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD008080). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008080.pub2>
- Alexander, T. H., & Harris, J. P. (2013). Incidence of sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 148(3), 505–512. <https://doi.org/10.1177/0194599812472421>
- Camacho-Esquivel, M. A., Ménendez-Suárez, M. M., Peralta-Albán, V. P., & Gómez-Valle, C. I. (2025). *Urgencias en Manos Pequeñas: Guía Esencial de Medicina en urgencias Pediátricas*. Editorial Grupo AEA. <https://doi.org/10.55813/egaea.l.135>

- Chandrasekhar, S. S., Tsai Do, B., Schwartz, S. R., Bontempo, L., Faucett, E., et al. (2019). Clinical practice guideline: Sudden hearing loss (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 161(S1), S1–S45. <https://doi.org/10.1177/0194599819859885>
- De Luca, P., Scarpa, A., De Bonis, E., Cavaliere, M., & Cassandro, C. (2020). Sudden sensorineural hearing loss and COVID-19: Commentary and review. *International Journal of Infectious Diseases*, 101, 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.09.1467>
- Di, X., Zhang, Y., & Liu, Q. (2025). Global trends and hotspots in research for sudden hearing loss: Bibliometric analysis. *Frontiers in Neurology*, 16, 1561326. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1561326>
- Eom, T., Lee, S., & Park, J. (2025). Incidence and characteristics of sudden sensorineural hearing loss: Recent epidemiology updates. *International Journal of Otolaryngology*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2025.104600>
- Gómez-Valle, C. I., Ramón-Curay, E. R., Astudillo-Urquiza, G. E., & Garcés-Castro, S. P. (2024). *Guía de Urgencias Médicas: Respuestas Inmediatas en Situaciones Críticas*. Editorial Grupo AEA. <https://doi.org/10.55813/egaea.l.100>
- Herrera, M., García-Berrocal, J. R., García-Arumí, A., Lavilla, M. J., Plaza, G., & Grupo de Trabajo. (2019). Actualización del consenso sobre el diagnóstico y el tratamiento de la sordera súbita idiopática. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 70(5), 290–300. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.07.002>
- Hoffmann-Jaramillo, K., Flores-Murillo, C. R., & Vallejo López, A. B. (2023). *Seguridad e higiene en el trabajo una visión holista en el nuevo siglo*. Editorial Grupo AEA. <https://doi.org/10.55813/egaea.l.2022.55>
- Joshua, T. G., Goh, E. K., & Park, M. H. (2022). Hyperbaric oxygen therapy for patients with sudden sensorineural hearing loss: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 148(6), 577–585. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2022.0776>
- Kilic, O., Kalcioğlu, M. T., Cag, Y., Tuysuz, O., Pektas, E., Caskurlu, H., & Cetin, F. (2020). Could sudden sensorineural hearing loss be the sole manifestation of COVID-19? *International Journal of Infectious Diseases*, 97, 208–211. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.023>
- Kuhn, M., Heman-Ackah, S. E., Shaikh, J. A., & Roehm, P. C. (2011). Sudden sensorineural hearing loss: A review of diagnosis, treatment, and prognosis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 145(5), 773–781. <https://doi.org/10.1177/0194599811419681>
- Marx, M., Younes, E., Chandrasekhar, S. S., et al. (2018). International consensus (ICON) on treatment of sudden sensorineural hearing loss. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 135(1), S23–S28. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2017.12.011>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2024). *Protocolos y políticas sobre discapacidad auditiva y programas de rehabilitación auditiva*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec>

- Mirian, C., & Ovesen, T. (2020). Intratympanic vs systemic corticosteroids in first-line treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 146(5), 421–428. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.0047>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). (2018). *Sudden deafness (SSNHL) – Fact sheet*. National Institutes of Health. <https://www.nidcd.nih.gov/health/sudden-deafness>
- Plontke, S. K. (2018). Diagnostics and therapy of sudden hearing loss: Review and update. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 275(8), 1855–1870. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-5050-8>
- Prince, A. D. P. (2021). Sudden sensorineural hearing loss: Review and clinical guidance. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(1), 216–223. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.01.200165>
- Rauch, S. D. (2012). Comparing treatments for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: Summary and analysis. *Clinical Evidence Review*, 11(8), 451–456. <https://doi.org/10.2217/cer.11.8>
- Rauch, S. D., Halpin, C. F., Antonelli, P. J., et al. (2011). Oral vs intratympanic corticosteroid therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: A randomized trial. *JAMA*, 305(20), 2071–2079. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.679>
- Singh, A. (2020). Sudden sensorineural hearing loss: Review of current evidence and controversies. *Journal of Otology*, 15(3), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.joto.2020.03.001>
- Tanna, R. J., & StatPearls Publishing. (2023). *Sensorineural hearing loss*. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565860>
- Villa-Feijoó, A. L. (2022). Estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades desde la Perspectiva de la Enfermería en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 1(3), 1-14. <https://doi.org/10.69484/rcz/v1/n3/29>