

# Capítulo 11

## Acúfenos

**Elvia Patricia Escobar Franco**

patricia.escobar00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-6955-9342>

Cita este capítulo

---

Escobar Franco, E. P. (2018). Acúfenos. En: Campo Cañar, C. X.; Castaño Bernal, J. L.; Chaves Peñaranda, M. C.; Escobar Franco, E. P.; & González Salazar, L. *Audiología básica para estudiantes*. (pp. 225-231). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.



## Capítulo II

# Acúfenos

**Elvia Patricia Escobar Franco**

El acúfeno es una percepción subjetiva percibida por el oído que tiene cierto grado de continuidad, en ausencia de estimulación auditiva. Aunque puede ocurrir en cualquier época de la vida, predomina entre los 40 y 80 años sin distinción de sexos, generalmente es molesto e incómodo y en la gran mayoría de los casos sólo es percibido por el paciente, aunque, en algunas ocasiones, puede ser escuchado por otras personas. El acúfeno constituye un síntoma y se puede presentar en todas las enfermedades del sistema auditivo, pero, para algunos autores, se debe considerar como una entidad nosológica independiente que puede derivar la creación de la Tinitología que sería la ciencia que trata de los acúfenos.

### **11.1 Generalidades**

Habitualmente el acúfeno es descrito como un tono puro, aunque en ocasiones se describen sonidos más complejos tales como murmullo del océano, escape de gas, corriente de agua, ruidos de insectos, etc.

La intensidad del acúfeno se determina por la Acufenometría y aunque es variable, los límites de esta variación son más bien estrechos, pues la inmensa mayoría no sobrepasa los 20 dB por encima del umbral y un bajo porcentaje puede alcanzar los 40 dB. Todo sujeto que percibe acúfenos presenta una baja auditiva, que algunas veces no se manifiesta en la audiometría tradicional, sino en la evaluación de altas frecuencias superiores a 8000 Hz.

Los acúfenos pueden ser de predominio uni o bilateral dependiendo de la hipoacusia; son más evidentes en las horas de la noche y aumentan su frecuencia con el stress, la fatiga y la ingestión del alcohol.

Aunque el acúfeno no es una enfermedad sino un síntoma, se puede afirmar, sin exagerar, que todo adulto con audición normal ha experimentado zumbidos en los oídos en alguna ocasión de su vida, que se han presentado después de una exposición a un ruido intenso. Los acúfenos se ven asociados

a problemas de oído medio, disfunciones cocleares, alteraciones del octavo par craneal, los núcleos cocleares y la vía auditiva (Ariza y Rivas, 2007).

Etimológicamente, el término acúfeno procede de dos verbos griegos: *acúo*= oír y *faino*= aparentar. Literalmente significa oír fantasmas. El término *tinitus* es una palabra latina que significa “sonido de campanas”. Al acúfeno se le denomina tinitus tal vez porque una forma muy común de acúfeno es un ruido semejante a un tintineo.

Estadísticas norteamericanas de encuestas realizadas señalan que uno de cada cinco habitantes sufre de acúfeno permanente, lo que daría unos sesenta o setenta millones de pacientes en Estados Unidos, un 20% de los cuales es severo.

Según Trowbridge, la edad de preferencia oscila entre los 40 y los 80 años, afectando por igual a hombres y mujeres. Es un síntoma muy raro en los niños. En un 50% de los casos el paciente localiza el acúfeno en un solo oído, el resto en los dos oídos. La frecuencia del sonido percibido por el paciente puede variar desde grave hasta aguda, siendo más frecuente entre los 3000 Hz y 4000 Hz.

## **11.2 Clasificación**

Los acúfenos se pueden clasificar según varios conceptos:

1. Subjetivos si sólo el paciente puede percibirlos y objetivos si el examinador puede escucharlos bien sea directamente o con la ayuda de algún instrumento de examen.
2. Según el posible sitio de origen, podrían ser vibratorios que son aquellos que tienen un origen mecánico cerca o dentro del oído y no vibratorios que son aquellas percepciones de origen supuestamente neural sin un fenómeno mecánico aparente. Los no vibratorios se dividen en periféricos y centrales; los periféricos pueden ser timpánicos y petrosos.

### **11.3 Etiología**

Acúfenos subjetivos: todas las enfermedades otológicas pueden producir acúfenos; enfermedades del oído externo, del oído medio como otoesclerosis, otitis media crónica; enfermedades del oído interno como trauma acústico, barotrauma, ototoxicidad, Síndrome de Costen, –que es un trastorno de la oclusión–, entre otros procesos como la presbiacusia, neurinoma del octavo par, sordera súbita, entre otras.

Acúfenos objetivos: estos se incluyen dentro de los acúfenos vibratorios y tienen dos posibles causas: vascular y muscular. Los ruidos arteriales pueden deberse a aneurismas carotídeos, fístulas arteriovenosas, estenosis ateromatosas, malformaciones congénitas y los que se originan en tumores vasculares como los glomus carotídeos y yugulares. Dentro de las causas musculares se ha informado de acúfenos debidos a clonus de los músculos periestafilinos, igualmente se ha invocado el clonus del músculo del estribo.

### **11.4 Acufenometría**

La Acufenometría es la medición de un acúfeno, tinnitus o zumbido en relación a su altura tonal intensidad y presentación temporal.

#### *Técnica*

Se toma como base la audiometría tonal. Se pregunta al paciente la ubicación del acúfeno, si es unilateral, bilateral o central; se determina su tonalidad, por medio de un interrogatorio que indique qué sonido se asemeja a algún ruido de la naturaleza; por ejemplo, rumor del mar, el canto de un grillo, el ruido de una cascada, ruido de un motor, un silbido. Así mismo se establece si el tinnitus es continuo, interrumpido o pulsátil; si aparece preferencialmente por las noches o en lugares silenciosos y solitarios.

De acuerdo a la descripción del acufeno, se escoge un tono o ruido enmascarante para enviarlo a través del audiómetro en forma interrumpida, continua o pulsátil, 30 dB por encima del umbral. Luego de identificado el tono en el oído contrario, se pasa la señal a una intensidad fuerte, que se disminuye hasta que se iguala a la del zumbido. Cuando el acúfeno es bilateral se hace la equiparación sonido-zumbido en el mismo oído.

Estos datos se trasladan al audiograma por medio de barras, además se anexa una descripción del mismo. Cuando la comparación se hace con un tono puro, se marca en la frecuencia e intensidad identificada; si es intermedio se hace la anotación entre ellas, y si es un ruido enmascarante, se anota a nivel de la intensidad pero fuera del audiograma, teniendo en cuenta las observaciones anteriores.

Cuando se equipara el acúfeno con el oído contrario, se debe tener en cuenta en este oído el umbral audiométrico y la intensidad del acúfeno; por ejemplo, si en el oído izquierdo en la frecuencia 4000 Hz el umbral es de 25 dB y se equiparó la intensidad a 35 dB, la intensidad real del acúfeno es de 10 dB sobre el umbral auditivo. Este valor se debe graficar en el oído derecho, que percibe el acufeno (Gallego y Sánchez, 1992).

# Referencias

Ariza, H. y Rivas J.A. *Otología*. Santafé de Bogotá, 1992. Imprenta y publicaciones fuerzas militares, Colombia Capítulo 6, páginas 174-178.

Ariza, H. y Rivas J.A. (2007). *Tratado de Otología y Audiología: diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico* (Segunda edición). Bogotá: Amolca.

Gallego, C. y Sánchez, M. (1992). *Audiología Hoy*. Manizales: Litografía cafetera Ltda.

Stach, Brad. *Clinical Audiology*. Singular Publishing Group, San Diego, 2008.

