

Hipoacusias. Ensayo de Crítica

Por el Dr. DANIEL GURRIA URGELL

Hipoacusia es la deficiencia para recibir el sonido y anacusia la imposibilidad. Esta condición puede ser en el corti, más acá de él o más allá, y puede ser en todo el aparato auditivo. He aquí el problema de diagnóstico primordial, su resolución diferencia grosso modo, pronóstico y tratamiento.

El corti es el transformador inicial del movimiento vibratorio en sonido. El llamado aparato de transmisión no trasmite sino vibraciones. Cuando se afirma que lleva sonido no se expresa una verdad fisiológica porque el sonido no es tal sino a partir del receptor. En tanto la vibración puede llegar al corti sano, por cualquiera ruta, y haya vía nerviosa libre, aquella vibración se hará sonido. El corti subsiste como el factor sine qua non del sonido, que, hasta donde mi conocimiento llega, no se sabe que un nervio sensorial tome el excitante específico sin pasar por el receptor diferenciado. En el fenómeno de Weber y Bray la corriente nerviosa se capta más allá del corti, pero el estímulo arranca de más acá de él, ya que se arrima a la oreja del animal en experiencia.

Los caminos que van al corti los llamaremos, provisional y esquemáticamente, con doctrina clásica de transmisión aérea y de transmisión huesosa. No atañe a mi objeto discutir si este nombrar es correcto (hay mucho que decir y hartos se ha dicho). Mi punto de vista se coloca fuera de esa cuestión y la pospone sin abandonarla. Si suponemos las dos vías cerradas habrá sordera, esté o no ileso el corti. Si suponemos las dos vías francas puede haber hipoacusia o anacusia, si el corti por lesionado responde mal o no responde.

Tenemos en el fenómeno hipo o anacúsico dos elementos concurrentes: dos elementos funcionales: uno llamado de transmisión y otro de recepción; el uno atinente a las rutas y el otro al corti. En ello se ha fundado una clasificación de diagnósticos. Sorderas de transmisión, sorderas de recepción y sorderas mixtas, según que el impedimento se halle en las vías que conducen al corti, en el corti y las que van a los centros del auditivo o en ambos territorios.

* Trabajo reglamentario de turno.

Es decir, se ha fundado la clasificación clínica en un concepto fisiológico; en otras palabras, el diagnóstico no es en primer término más que una interpretación de fisiopatología. Lesionada tal función se dará tal disfunción.

Desde luego se advierte que este modo es irreprochable, si no olvidamos que la disfunción es la que se da de antemano al clínico y que, en el caso del oído cuando menos, sólo enuncia y fija un complejo disfuncional topográfico sin prejuicio acerca del contexto nosológico que la enfermedad misma pueda agregar. Con este criterio fisiológico, repito porque es necesario, se han dividido las hipoacusias en hipoacusias de transmisión o conducción, e hipoacusias de recepción laberínticas o de percepción. A esta dilogía, a este frustráneo connotar, responden las ideas confusas. En el sentido lato el oído transmite la vibración del aire desde el meato auditivo a la corteza cerebral y todo es transmitir. Mismamente, el aparato recibe desde el pabellón al lóbulo temporal y todo es recibir.

La clínica tradicional detiene las hipoacusias de transmisión o conducción en la ventana oval, es decir, en los límites de la caja del tímpano, pero el fenómeno mecánico de transmisión vibratoria no se agota allí sino que continúa hasta el corti por medio de la perilinfa y la endolinfa. Ahora bien, la perilinfa y la endolinfa son laberínticas. Así resalta la inconsecuencia de que una laberintitis vendría a ser a un tiempo hipoacusia de transmisión e hipoacusia laberíntica o de recepción. En resumen, la dificultad para seguir el capricho de la dicotomía clínica está en el papel trasmisor de una parte del laberinto. Concluyo: no se debe llamar con criterio fisiológico hipoacusias de transmisión a las que terminan en la caja, porque la transmisión del fenómeno vibratorio no termina en ella.

Consideremos la segunda clase o sea la de las hipoacusias laberínticas de recepción o percepción, términos usados a porrillo como sinónimos en todas las publicaciones. Trastorno lamentable porque ni todo el laberinto es receptor, ni toda recepción es percepción.

La fisiología entiende por receptor la antena del nervio sensitivo, en este caso nervio sensorial, y los fisiólogos no llaman receptor al nervio aferente porque saben lo que están diciendo y saben que en la evolución del sistema nervioso, desde la lombriz

de tierra, ya que se diferencian un receptor, un conductor o trasmisor, un centro, otro conductor eferente y un efector.

En el caso de la audición el efector no es un nervio ni un músculo, sino una senso-percepción o si se quiere un fenómeno de conciencia. Así, el criterio fisiológico no podría situar las hipoacusias de recepción sino en el corti, único receptor propiamente hablando. Del corti al ganglio coclear, del ganglio coclear a los núcleos del acústico y de estos núcleos a la corteza, aparece de nuevo la función trasmisora. Con pauta fisiológica no pueden llamarse de percepción las hipoacusias que van de la coclea a la corteza, porque un tumor del acústico, una anomalía del núcleo ventral, pongo por caso, serían según la fisiología obstáculos en un nervio sensorial, es decir en un nervio que conduce una sensación y no una percepción.

No habrá hipoacusia de recepción aunque haya proceso laberíntico, si éste no llega a la rampa media o endolinfática única que contiene la antena receptora.

Concluyo: No son sinónimos los términos hipoacusia laberíntica e hipoacusia de recepción, y cuando a éstas últimas se les llama de percepción se abandona el campo de la fisiología para invadir el de la psicología. Si el órgano receptor, corti, diera la percepción estarían resueltos dos puntos, a saber: que el análisis del sonido se hace en la brocha diferenciada del acústico, algo que anda entre opiniones todavía, y que los elementos de conciencia que la percepción supone en el propio corti se dan. Esto último es por razonamiento contrario a las normas de fenómeno intelectual que la percepción implica y que atañe a la corteza cerebral.

Así pues, el criterio fisiológico es insostenible ante la clínica, como nomenclator de las hipoacusias en hipoacusias de transmisión y recepción.

En cuanto a nombrar centrales a las hipoacusias que jalonean las vías del acústico, desde el corti a la circunvolución transversa anterior, como agregado a la primera clasificación, demuestra que se ha tenido que echar mano de un tercer grupo en que no figuran las sorderas de percepción y en cuyo territorio se haya la corteza perceptora.

Concluyo: Que desde el punto de vista fisiológico sólo pueden dividirse las hipoacusias en hipoacusias por disfunción mecánica e

hipoacusias por disfunción nerviosa. En el fenómeno de la audición, estos dos elementos funcionales son radicalmente distintos; el uno opera como una actividad acústica desde el meato al corti y el otro como una actividad nerviosa del corti a la corteza.

Me interesa mucho consignar que nada monta para lo aclarado que la clínica pueda retirar ventajas. Lo expuesto no mira a defender los intereses de la clínica sino lo de la verdad fisiológica. Es absurdo que allí donde se invoca la fisiología como base, pretendan instituirse disciplinas falseando la base misma.