

anacusia (anakusis) – anacusis (anakusis)

Authored by
memjavad

October 25, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *anacusia (anakusis) – anacusis (anakusis)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1546>

Anacusia (Anakusis)

Primary Disciplinary Field(s): Audiología, Otorrinolaringología, Medicina.

1. Definición Central

La anacusia, también referida históricamente como anakusis, constituye el grado más extremo y severo de pérdida auditiva, caracterizándose por la ausencia total o casi total de la percepción sonora. Técnicamente, se define como una sordera **profunda bilateral** donde el umbral auditivo es inmedible o supera los 120 decibelios (dB) en todas las frecuencias audibles. Esta condición implica que la persona afectada no puede percibir ni procesar el sonido del habla ni los ruidos ambientales más intensos, incluso con la ayuda de amplificadores auditivos potentes. Es fundamental distinguir la anacusia de la hipoacusia profunda; mientras que esta última implica una pérdida severa donde ciertos sonidos muy fuertes aún pueden ser detectados, la anacusia denota una pérdida tan completa que el diagnóstico se centra en la funcionalidad nula del sistema auditivo periférico, principalmente de la cóclea y las células ciliadas.

El impacto funcional de la anacusia trasciende la simple incapacidad para oír; afecta profundamente el desarrollo del lenguaje, la comunicación social, la orientación espacial y la seguridad personal. Para los individuos que nacen con esta condición (anacusia congénita), la adquisición del lenguaje oral es virtualmente imposible sin intervención temprana y especializada, como el uso de [implantes cocleares](#). En el ámbito de la audiología clínica moderna, el término "sordera profunda" (especialmente la que excede los 110 dB) ha ganado prevalencia sobre "anacusia" para describir las pérdidas más severas, aunque anacusia sigue siendo el término preciso para denotar la ausencia total de audición funcional. Es crucial entender que esta condición representa un fallo catastrófico en la transducción de la energía acústica a señales neuronales interpretables por el cerebro, ya sea por daño en el oído interno, en el nervio auditivo (VIII par craneal), o en raras ocasiones, en las vías auditivas centrales.

La severidad de la anacusia exige un abordaje multidisciplinar que involucre a otorrinolaringólogos, audiólogos, terapeutas del lenguaje y psicólogos. La evaluación de la audición en estos casos es compleja, ya que los métodos tradicionales de audiometría tonal pura pueden no arrojar resultados concluyentes, requiriendo pruebas objetivas como los potenciales evocados auditivos del tronco encefálico (PEATC) o las otoemisiones acústicas (OEA) para confirmar la ausencia de respuesta. La confirmación de la anacusia marca el inicio de un camino terapéutico enfocado no en la restauración de la audición natural, sino en la provisión de una vía artificial para la percepción sonora o el desarrollo de habilidades de comunicación alternativas, como la lengua de signos, lo cual es vital para el desarrollo cognitivo y social del individuo.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término "anacusia" proviene del griego antiguo: el prefijo *an-* (que significa "sin" o "ausencia de") y la raíz *akousis* (que significa "oído" o "audición"). Literalmente, significa "sin audición". Su uso se remonta a la terminología médica clásica utilizada para clasificar los diversos grados de sordera. Históricamente, antes del desarrollo de la audiología moderna en el siglo XX, la distinción entre sordera parcial y total era rudimentaria, y la anacusia servía como el descriptor inequívoco de la incapacidad completa para oír. La conceptualización de la anacusia ha evolucionado conforme la ciencia ha podido diferenciar las patologías del oído medio de aquellas inherentes al oído interno y al nervio auditivo.

Durante siglos, la anacusia fue vista como una condición intratable, y los individuos que la padecían se enfrentaban a barreras sociales y educativas significativas debido a la falta de herramientas de rehabilitación. El desarrollo histórico de la comprensión de la anacusia está intrínsecamente ligado al progreso en el estudio de la anatomía del oído y la fisiología de la audición, especialmente a partir del siglo XIX, cuando se logró diferenciar claramente las sorderas conductivas (problemas en el oído externo o medio que impiden la transmisión del sonido) de las **sorderas neurosensoriales** (problemas en el oído interno o nervio que impiden la conversión de la vibración en señal eléctrica). La anacusia se identificó predominantemente como una forma extrema y devastadora de esta última categoría.

El cambio más significativo en el manejo de la anacusia ocurrió a finales del siglo XX con la invención y perfeccionamiento del implante coclear. Antes de esta innovación tecnológica, la anacusia implicaba una vida sin percepción sonora. La llegada de la tecnología de [implantes cocleares](#) transformó el pronóstico, ofreciendo a muchos pacientes con daño coclear severo una forma de estimular directamente el nervio auditivo, proporcionando así una sensación de sonido que puede ser interpretada por el cerebro. No obstante, en la literatura clínica contemporánea, la tendencia es a utilizar clasificaciones estandarizadas de pérdida auditiva basadas en umbrales de decibelios (dB HL) definidos por la [American Academy of Audiology](#) (AAA) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la anacusia se ubica firmemente dentro de la categoría de pérdida auditiva profunda, superando los 91 dB HL, y a menudo, los 120 dB HL.

3. Clasificación y Tipos

Aunque la anacusia es, por definición, la pérdida auditiva total, su clasificación se realiza a menudo en función del momento de aparición y su etiología subyacente, lo cual es crucial para determinar el pronóstico y la estrategia de intervención. La distinción entre anacusia congénita y adquirida es fundamental, ya que el momento de la pérdida afecta directamente la capacidad del individuo para desarrollar el lenguaje oral y su posterior rehabilitación auditiva.

La clasificación temporal distingue dos tipos principales. En primer lugar, la anacusia **congénita**,

que está presente desde el nacimiento o se desarrolla inmediatamente después, antes de la adquisición del lenguaje (fase prelocutiva). Esta forma presenta el mayor desafío para el desarrollo de la comunicación oral, haciendo imprescindible la detección y la intervención tempranas, idealmente dentro de los primeros meses de vida, para aprovechar la plasticidad cerebral. En segundo lugar, la anacusia **adquirida**, que ocurre después de que el individuo ha desarrollado habilidades lingüísticas (fase poslocutiva). Aunque el manejo comunicativo puede ser menos complejo inicialmente debido a la existencia de una memoria auditiva y lingüística previa, la pérdida total de la audición sigue siendo profundamente disruptiva para la vida personal y profesional, requiriendo un periodo de adaptación significativo y rehabilitación intensiva.

Además de la clasificación temporal, la anacusia puede clasificarse según su origen patológico, aunque casi siempre es de naturaleza neurosensorial. Si el problema reside puramente en la incapacidad del oído interno (cóclea) para convertir las vibraciones sonoras en impulsos eléctricos debido al daño de las células ciliadas, se denomina anacusia coclear. Si, en cambio, el problema se sitúa en el nervio auditivo o las vías centrales, a pesar de que el oído interno pueda tener alguna funcionalidad residual (un escenario raro en el grado de anacusia total), se denomina anacusia neural o neuropatía auditiva extrema. La diferenciación precisa mediante estudios de imagen y electrofisiológicos es vital, ya que el éxito de tratamientos como el implante coclear depende directamente de la funcionalidad residual del nervio auditivo, siendo este el objetivo de la estimulación eléctrica.

4. Etiología (Causas)

Las causas de la anacusia son diversas y complejas, abarcando factores genéticos, prenatales, perinatales y adquiridos a lo largo de la vida. En los casos de anacusia congénita, las **causas genéticas** son predominantes, estimándose que son responsables de más del 50% de las pérdidas auditivas profundas. Mutaciones en genes específicos, como el gen GJB2 (conexina 26), son causas comunes de sordera neurosensorial profunda no sindrómica. Sin embargo, también puede estar asociada a síndromes genéticos complejos, como el Síndrome de Usher, el Síndrome de Pendred o el Síndrome de Waardenburg, que afectan múltiples sistemas corporales además de la audición. El diagnóstico genético es cada vez más importante para el asesoramiento familiar y la predicción del pronóstico.

Entre las causas no genéticas de la anacusia congénita y perinatal se incluyen infecciones intrauterinas (como el citomegalovirus, la rubéola o la toxoplasmosis), la prematuridad extrema, la hipoxia severa o la hiperbilirrubinemia no tratada que causa kernicterus, dañando las estructuras auditivas del tronco encefálico. Estos factores pueden provocar un daño irreversible en las delicadas células ciliadas de la cóclea, resultando en la pérdida total de la función auditiva. Es crucial la detección temprana de estas condiciones de riesgo en el periodo neonatal, ya que la ventana de oportunidad para la intervención efectiva (implantación coclear) es limitada.

En cuanto a la anacusia **adquirida**, las causas son generalmente traumáticas, infecciosas o iatrogénicas. La **meningitis bacteriana** es una causa bien conocida de anacusia, ya que la inflamación puede llevar a la osificación coclear (crecimiento óseo dentro de la cóclea), lo que no solo destruye las células sensoriales sino que también complica o impide la futura implantación coclear. Otros factores incluyen traumatismos craneoencefálicos severos con fractura del hueso temporal que afecta la cápsula laberíntica, o el uso de medicamentos ototóxicos (como ciertos antibióticos aminoglucósidos, diuréticos de asa o quimioterapias como el cisplatino) que dañan permanentemente el oído interno. La identificación de la causa permite a los médicos determinar si el proceso patológico es activo o estático y si existe alguna posibilidad de intervención médica, aunque el daño que resulta en anacusia suele ser permanente e irreversible.

5. Diagnóstico y Evaluación

El diagnóstico de la anacusia requiere una batería de pruebas audiométricas y electrofisiológicas diseñadas para medir la respuesta auditiva a niveles de sonido muy altos y para evaluar la integridad de las vías auditivas. La evaluación comienza con una historia clínica detallada y un examen otoscópico para descartar cualquier patología conductiva. La audiometría tonal pura estándar, aunque fundamental, a menudo arroja resultados de "sin respuesta" (NR) a los límites del audiómetro (generalmente 120 dB HL), lo que es indicativo de una pérdida auditiva de grado profundo o total.

Para confirmar el diagnóstico, especialmente en neonatos y pacientes que no pueden cooperar con pruebas conductuales, se utilizan pruebas objetivas. Los **Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Encefálico (PEATC)** son cruciales; esta prueba mide la actividad eléctrica del nervio auditivo y del tronco encefálico en respuesta a un estímulo sonoro. La ausencia total de ondas PEATC a niveles de estimulación máximos es un indicador robusto de anacusia neurosensorial. De manera similar, la ausencia de Otoemisiones Acústicas (OEA) confirma la disfunción de las células ciliadas externas, aunque las OEA pueden estar ausentes incluso en pérdidas auditivas menos severas. Estas pruebas objetivas son indispensables no solo para el diagnóstico, sino también para diferenciar entre daño coclear y daño neural.

Finalmente, la evaluación diagnóstica se complementa con estudios de imagen. La Tomografía Computarizada (TC) y la Resonancia Magnética (RM) de alta resolución del hueso temporal son esenciales para identificar anomalías estructurales del oído interno, como malformaciones cocleares (por ejemplo, la malformación de Mondini) o la osificación coclear post-meningitis. Estos hallazgos radiológicos no solo confirman la etiología, sino que también son determinantes para la planificación quirúrgica en caso de considerarse un implante coclear. Un diagnóstico etiológico y estructural completo es indispensable antes de proceder a cualquier intervención de rehabilitación, ya que la anatomía residual influye directamente en la técnica de implantación y en el resultado funcional esperado.

6. Tratamiento y Manejo

Dado que la anacusia implica un daño irreversible en la cóclea o el nervio auditivo, el tratamiento no busca restaurar la audición natural, sino proporcionar una vía de acceso al sonido o fomentar estrategias de comunicación alternativas. La intervención principal y más efectiva para la anacusia neurosensorial bilateral es el **implante coclear (IC)**. Este dispositivo electrónico bypassa las células ciliadas dañadas y estimula directamente el nervio auditivo mediante una matriz de electrodos insertados quirúrgicamente en la cóclea.

La elegibilidad para el IC depende de varios factores, incluyendo la etiología de la anacusia, la edad del paciente y la integridad del nervio auditivo. En casos de anacusia congénita, la implantación bilateral temprana, idealmente antes de los 12 meses de edad, seguida de una intensa terapia de rehabilitación auditivo-verbal (AVT) ofrece la mejor oportunidad para el desarrollo del lenguaje oral, aprovechando los periodos críticos de plasticidad cerebral. Sin embargo, si la anacusia es debida a una neuropatía auditiva severa o a la ausencia funcional del nervio, el IC podría no ser efectivo, y en estos casos raros, se puede considerar el uso de implantes de tronco encefálico auditivo (ABI), que estimulan directamente los núcleos cocleares en el tronco encefálico.

El manejo de la anacusia también incluye la adopción de métodos de comunicación alternativos. Para muchos individuos con anacusia, la **Lengua de Signos** se convierte en el método primario y más natural de comunicación, siendo la base de la cultura Sorda. La elección entre la rehabilitación oral (apoyada por IC) y la comunicación signada depende de las preferencias familiares, el momento del diagnóstico y el contexto cultural del individuo. Es fundamental que la intervención sea integral, incluyendo apoyo psicológico y educativo para ayudar al individuo a navegar los desafíos sociales y educativos. La rehabilitación post-implante es un proceso largo y complejo que requiere el compromiso continuo de la familia y los profesionales para maximizar el beneficio de la percepción sonora artificial.

7. Impacto Social y Calidad de Vida

El impacto de la anacusia es profundo y multifacético, afectando la identidad, la interacción social, la educación y el desarrollo profesional. La comunicación es la base de la interacción humana, y la ausencia de audición funcional impone una barrera significativa. En niños, la anacusia prelocutiva no tratada conduce a un retraso severo o a la ausencia de desarrollo del lenguaje oral, lo que a su vez afecta la alfabetización, el rendimiento académico y la integración social. La intervención temprana con implantes cocleares o el acceso a la lengua de signos son vitales para mitigar estas consecuencias, permitiendo que el individuo acceda a la información y participe plenamente en su entorno.

A nivel social, los individuos con anacusia a menudo enfrentan desafíos relacionados con el

aislamiento, la discriminación y la incomprensión por parte de la sociedad oyente. La participación plena en la sociedad requiere ajustes ambientales significativos, como el uso de sistemas de alerta visuales y táctiles, y la presencia de intérpretes de lengua de signos o sistemas de subtítulo accesibles. La calidad de vida está fuertemente correlacionada con el nivel de integración y el acceso a los recursos de apoyo. Las comunidades de personas Sordas, que utilizan la Lengua de Signos como su idioma nativo, ofrecen un entorno de apoyo y una rica cultura que proporciona identidad y pertenencia, contrarrestando el aislamiento que a menudo experimentan los individuos con anacusia en entornos puramente oyentes.

El manejo exitoso de la anacusia, ya sea a través de la tecnología auditiva o mediante la comunicación visual, requiere un cambio de paradigma social que reconozca y respete la diversidad auditiva. La investigación continua en neurociencia y tecnología auditiva, incluyendo avances en terapias génicas y regeneración de células ciliadas, ofrece una esperanza a largo plazo para futuras generaciones, aunque actualmente la tecnología de implantes y el apoyo comunicativo integral siguen siendo los pilares del manejo de esta condición, garantizando la autonomía y la participación activa de los individuos con anacusia en la sociedad.

Further Reading

[Sordera Profunda - Wikipedia](#)

[Implantes Cocleares - National Institute on Deafness and Other Communication Disorders \(NIDCD\)](#)

[American Academy of Audiology \(AAA\) - Información sobre clasificaciones de pérdida auditiva.](#)