

autofonía – autophony

Authored by
memjavad

November 3, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *autofonía – autophony*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2610>

Autofonía

Campo(s) Disciplinario(s) Principal(es): Otorrinolaringología, Fisiología Auditiva, Neurología.

1. Definición y Fenomenología Central

La autofonía, derivada de las raíces griegas *auto-* (propio) y *phonos* (sonido o voz), se define como la percepción exagerada y anómala de los sonidos generados por el propio cuerpo del individuo. Este fenómeno no constituye una enfermedad per se, sino un **síntoma clínico** que indica una alteración en la resonancia o en la amortiguación acústica dentro del sistema auditivo. Los pacientes que experimentan autofonía describen a menudo que su propia voz resuena de manera excesiva, a veces hasta el punto de ser dolorosa o de dificultar la audición externa, creando una sensación similar a hablar dentro de un barril o con la cabeza cubierta por un recipiente resonante. Esta amplificación es puramente interna y no es audible para observadores externos.

La manifestación más común de este síntoma es la percepción intensificada de la propia voz, pero la autofonía abarca también la audición amplificada de otros **sonidos somáticos**. Esto incluye ruidos fisiológicos que normalmente son inaudibles o muy sutiles, como la respiración, el latido del corazón (pulso), los movimientos oculares, la masticación o incluso los ruidos generados por las articulaciones al moverse. La intensidad de esta percepción puede variar drásticamente, siendo a veces intermitente y dependiente de la posición de la cabeza o de la actividad física, mientras que en otros casos puede ser constante y altamente incapacitante, interfiriendo gravemente con la concentración y el bienestar general.

Es crucial diferenciar la autofonía de otros trastornos auditivos subjetivos como el [tinnitus](#) o la hiperacusia. Mientras que el tinnitus implica la percepción de un sonido que no tiene fuente externa objetiva (zumbido, pitido), la autofonía es la amplificación de sonidos que sí tienen una fuente corporal real. Por su parte, la hiperacusia es una sensibilidad generalizada y dolorosa a los sonidos externos de volumen normal. La autofonía se distingue por ser selectiva a los sonidos autogenerados, lo cual apunta a mecanismos fisiológicos específicos relacionados con la transmisión ósea y la ventilación del oído medio e interno, en contraste con las vías neuronales centrales implicadas en el tinnitus.

2. Bases Fisiológicas y Mecanismos de Producción

Normalmente, el sistema auditivo humano está diseñado para atenuar los sonidos internos y priorizar la audición de estímulos externos. Esta atenuación se logra principalmente a través de dos mecanismos: el control de la presión en el oído medio y el aislamiento del oído interno de las vibraciones óseas. La autofonía surge cuando existe una interrupción en este sistema de aislamiento, permitiendo que la energía vibratoria generada por la voz o los movimientos

corporales se transmita directamente a la cóclea, a menudo a través de vías no convencionales o de baja impedancia.

El mecanismo más frecuente de la autofonía se relaciona con la **función de la trompa de Eustaquio**. Cuando esta estructura, que conecta el oído medio con la nasofaringe, permanece anormalmente abierta (permeable) en lugar de cerrarse, se produce la condición conocida como [trompa de Eustaquio patulosa](#) (TEP). En la TEP, la vibración de la voz, que normalmente se disipa en la faringe o es amortiguada por la mucosa circundante, viaja directamente hacia la caja timpánica, resonando e incrementando la conducción ósea de la propia voz. El paciente percibe su respiración como un soplo fuerte, ya que el aire entra y sale libremente del oído medio, ejerciendo presión directa sobre la membrana timpánica.

Un segundo mecanismo fisiopatológico crucial, aunque menos común pero más dramático, es la aparición de una "**tercera ventana**" en el oído interno. Este fenómeno es el sello distintivo del síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior (DCCS). En condiciones normales, la cóclea solo tiene dos ventanas (la oval y la redonda) que permiten el flujo bidireccional de líquido perilinfático. La dehiscencia crea una abertura anormal en el hueso temporal (la cápsula laberíntica), desviando la energía sonora y haciéndola susceptible a la presión intracraneal y a las vibraciones transmitidas por el hueso. Esta ruta directa amplifica dramáticamente los sonidos generados internamente, ya que la atenuación normal del sonido transmitido por vía ósea se ve comprometida.

3. Causas Primarias de la Autofonía

Las etiologías de la autofonía se dividen principalmente en aquellas relacionadas con la ventilación anormal del oído medio y aquellas relacionadas con defectos estructurales del oído interno que crean una vía de baja impedancia para el sonido óseo. La **trompa de Eustaquio patulosa (TEP)** es la causa más común y se caracteriza por la incapacidad de la trompa para colapsarse, manteniéndose abierta de forma crónica. La TEP puede ser idiopática, pero se ha asociado fuertemente con la pérdida de peso significativa (que reduce el tejido adiposo peritubárico), el uso prolongado de ciertos medicamentos (como descongestionantes nasales o diuréticos), trastornos neuromusculares o cambios hormonales, como los observados durante el embarazo o el uso de terapia de reemplazo hormonal.

Otra causa frecuente es la presencia de líquido o presión negativa severa en el oído medio. Condiciones como la **otitis media serosa** o la disfunción obstructiva crónica de la trompa de Eustaquio pueden alterar la impedancia acústica del sistema tímpano-oscicular. Cuando el oído medio está lleno de líquido, la membrana timpánica se vuelve menos elástica y más rígida, lo que puede cambiar la resonancia y la transmisión de la voz, a menudo acompañada de hipoacusia conductiva y una sensación de plenitud aural. En estos casos, la autofonía puede resolverse una

vez que se restablece la ventilación normal del oído medio.

La causa estructural más grave y que produce los síntomas más floridos es el **síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior (DCCS)**. Esta condición implica una falta o adelgazamiento congénito o adquirido del hueso que recubre el canal semicircular superior, resultando en la comunicación directa del espacio perilinfático con la fosa craneal media. Aunque rara, la DCCS produce la autofonía más dramática y debilitante, caracterizada por síntomas vestibulares asociados (vértigo inducido por sonido o presión, fenómeno de Tullio) y la audición clara de sonidos internos que no se perciben en otras condiciones, como los ruidos generados por los movimientos oculares o la articulación de la mandíbula. Esta condición representa una vía de derivación de la energía sonora que bypassa el sistema de amortiguación normal del oído.

4. Impacto en la Calidad de Vida del Paciente

A pesar de que la autofonía es un síntoma que a menudo se subestima, su impacto psicológico, social y profesional es considerable. La constante amplificación de la propia voz obliga a muchos pacientes a hablar en voz baja o a evitar la conversación por completo, ya que el sonido resonante en el oído se vuelve intolerable. Este comportamiento de evitación puede llevar al aislamiento social, la ansiedad crónica y, en casos de larga duración no diagnosticados, a cuadros de depresión. Los pacientes a menudo reportan dificultades extremas para concentrarse y participar en entornos ruidosos o durante interacciones sociales, debido a que el ruido interno domina el paisaje sonoro, dificultando la discriminación de estímulos externos.

La dificultad en la comunicación es uno de los mayores desafíos. Cuando la propia voz resuena fuertemente en el oído, el paciente tiene problemas para modular su volumen, un fenómeno a veces denominado **reflejo de Lombard inverso**, tendiendo a susurrar para reducir la molestia acústica. Esta alteración en la dinámica vocal afecta gravemente la interacción profesional y personal, especialmente en profesiones que dependen intrínsecamente de la voz, como la docencia, la locución, la música o el servicio al cliente. Además, la audición constante y clara de sonidos fisiológicos, como el pulso o la respiración, puede generar una **hiperconciencia corporal** patológica y aumentar la sensación de enfermedad, lo que retroalimenta el ciclo de ansiedad.

En el contexto del síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior (DCCS), el impacto es aún más severo debido a la coexistencia de síntomas vestibulares incapacitantes. Los pacientes con DCCS no solo sufren de autofonía, sino que también pueden experimentar vértigo y desequilibrio inducidos por sonidos fuertes (fenómeno de Tullio) o por cambios de presión (por ejemplo, al toser, estornudar o levantar objetos pesados). Este conjunto de síntomas auditivos y vestibulares limita severamente la movilidad y la capacidad de realizar tareas cotidianas, llevando a una significativa **discapacidad funcional** que a menudo requiere adaptaciones laborales y sociales extensas.

5. Diagnóstico Clínico y Diferencial

El diagnóstico de la autofonía requiere un enfoque metódico que comienza con una historia clínica exhaustiva. El médico debe distinguir cuidadosamente la amplificación de sonidos internos de otras quejas auditivas subjetivas. La clave diagnóstica reside en identificar la naturaleza específica de los sonidos amplificados (voz, respiración, pulso) y si estos síntomas son posicionales o se alivian con maniobras específicas, como acostarse (lo cual reduce el drenaje venoso y favorece la congestión de la mucosa de la trompa) o presionar el cuello en la región yugular, lo cual es característico de la trompa de Eustaquio patulosa (TEP).

La exploración física incluye una **otoscopia**. En casos de TEP, el médico puede observar que la membrana timpánica se mueve sincrónicamente con la respiración del paciente (lo que se conoce como movimiento de la membrana timpánica con la respiración). Las pruebas audiológicas estándar, como la audiometría tonal, pueden ser normales, pero es más común encontrar una leve hipoacusia conductiva de baja frecuencia o, en el caso de DCCS, a veces incluso una sensibilidad auditiva mejorada para sonidos transmitidos por vía ósea. Sin embargo, las pruebas especializadas son cruciales para el diagnóstico etiológico: la **timpanometría** puede mostrar un patrón anómalo de presión en el oído medio, y la impedanciometría puede confirmar la apertura persistente de la trompa de Eustaquio.

Si la sintomatología es atípica o si la autofonía se acompaña de vértigo o hipersensibilidad a la presión, la sospecha clínica debe orientarse hacia el síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior (DCCS). En este escenario, se requieren pruebas de imagen y funcionales avanzadas. Una **tomografía computarizada (TC) de alta resolución** del hueso temporal es el estándar de oro para visualizar el defecto óseo en el canal semicircular superior. Adicionalmente, las pruebas vestibulares especializadas, como los potenciales evocados miogénicos vestibulares (VEMPs) cervicales y oculares, son fundamentales, ya que los pacientes con DCCS a menudo muestran umbrales anormalmente bajos para la activación de estos reflejos, confirmando la hipersensibilidad del oído interno a la vibración y la presión.

6. Estrategias de Manejo y Tratamiento

El tratamiento de la autofonía es estrictamente etiológico; es decir, debe dirigirse a corregir la disfunción subyacente responsable de la alteración de la impedancia acústica. Para la autofonía causada por la trompa de Eustaquio patulosa (TEP), el manejo inicial es típicamente conservador, centrado en la modificación de factores de riesgo. Esto incluye evitar descongestionantes nasales que pueden agravar la sequedad de las mucosas y, si la causa es la pérdida de peso, la ganancia de peso puede ser beneficiosa. Se pueden intentar tratamientos tópicos, como aerosoles nasales salinos o soluciones que buscan irritar ligeramente la mucosa (como la solución saturada de yoduro de potasio) para promover el cierre o la tumefacción de la trompa, aunque su eficacia es

variable.

Cuando el manejo conservador falla y el síntoma es altamente debilitante, se puede considerar la intervención quirúrgica para la TEP. Los procedimientos buscan reducir la permeabilidad de la trompa. Esto puede incluir inyecciones de agentes de volumen (como grasa autóloga, cartílago o materiales sintéticos como el ácido hialurónico) en la pared de la trompa para estrechar su luz y proporcionar soporte estructural. Una técnica más reciente es la **tuboplastia con balón**, aunque su aplicación en TEP todavía está en evaluación, mientras que la **oclusión quirúrgica** permanente de la trompa de Eustaquio, aunque efectiva, se reserva para casos refractarios debido al riesgo de desarrollar otitis media serosa crónica.

En el caso del síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior (DCCS), el tratamiento es casi siempre quirúrgico dada la naturaleza estructural del defecto. La cirugía tiene como objetivo reparar la abertura ósea anormal y restablecer el aislamiento acústico y la dinámica de fluidos del oído interno. Los enfoques quirúrgicos incluyen el **revestimiento (resurfacing)** del defecto óseo con cemento óseo o el **taponamiento (plugging)** del canal semicircular superior. Estos procedimientos, realizados a través de un abordaje de fosa craneal media o transmastoides, son altamente especializados y requieren un neurotólogo experimentado, pero han demostrado ser significativamente efectivos para resolver la autofonía y los síntomas vestibulares asociados en la gran mayoría de los pacientes, restaurando su calidad de vida.

7. Lecturas Adicionales

[Tinnitus - Wikipedia](#)

[Trompa de Eustaquio Patulosa - Wikipedia](#)

[Diagnosis and Management of Superior Semicircular Canal Dehiscence Syndrome \(Artículo académico sobre DCCS\)](#)

[Autophony and Patulous Eustachian Tube: A Review of Diagnosis and Treatment \(Revisión sobre Autofonía y TEP\)](#)