

Título: OTITIS MEDIA CRÓNICA SIMPLE. Resultados de la miringoplastia con cartílago auricular.

Autores:

Dr. Manuel Enrique Sevilla Salas.

Especialista de 1er. Grado en Otorrinolaringología, Máster en Infectología, Miembro Titular de la Sociedad Cubana de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello, Profesor Auxiliar.

Dr. Antonio Simeón Paz Cordovés.

Especialista de 2º Grado en Otorrinolaringología, Máster en Infectología, Presidente de la Sociedad Cubana de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello, Profesor Auxiliar.

Dra. Elisa Leyva Montero.

Especialista de 2º Grado en Otorrinolaringología, Máster en Infectología, Miembro Titular de la Sociedad Cubana de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello, Profesora Auxiliar.

Servicio de Otorrinolaringología
Email: orl@hha.sld.cu

Introducción

La perforación timpánica constituye el resultado de un problema de presiones negativas crónicas en las cavidades del oído medio, bien por alteración de la ventilación de la caja a través de la trompa de Eustaquio o debido a una afección de mucosa que disminuye el intercambio gaseoso. Esto define una condición patológica confinada a la mucosa sin participación ósea ni de la cadena de huesecillos, pero que plantea un trastorno en la audición y un estado latente para ocasionales infecciones supurativas; es la llamada **otitis media crónica simple**. Los traumatismos externos sobre la membrana timpánica también podría determinar la aparición de una perforación en ella,

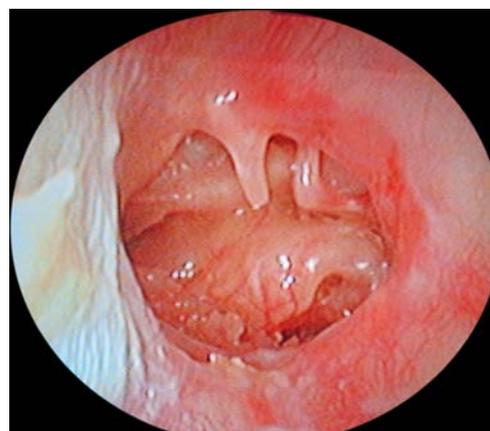
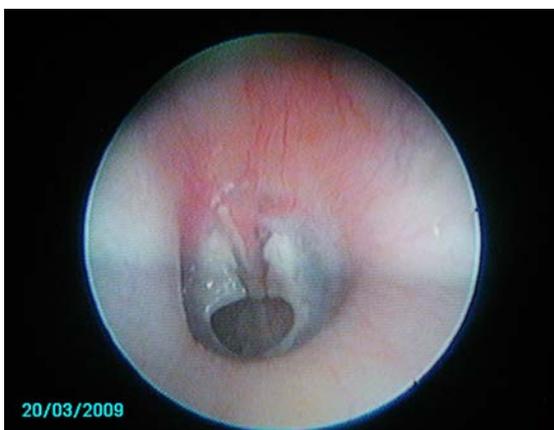
que de no tener reparación espontánea plantearía un trastorno al oído medio de similares consecuencias.

Esta enfermedad afecta igualmente a niños y adultos en todas las latitudes, en ambos géneros, constituyendo un frecuente motivo de consulta por las limitaciones que genera sobre todo en la etapa veraniega para baños e inmersiones.

Objetivos

1. Eliminar las lesiones y evitar complicaciones mediante la resección de los tejidos enfermos
2. Obtener un oído medio aislado del exterior (anatómico) o la obtención de una cavidad en el oído medio aireada y tapizada por mucoperiostio viable con un tímpano estable, fino, móvil y en buena posición.
3. Recuperar o conservar la audición (funcional) mediante la reconstrucción de la membrana timpánica y el mecanismo de transmisión del sonido.

Desarrollo



Proceso asistencial

La disfunción tubo timpánica crónica determina alteración en la presión de la hendidura del oído medio, provocando daño de la membrana timpánica e inflamación de la mucosa del espacio tímpano-mastoideo y de la tuba auditiva.

La presencia de la perforación de localización central, reniforme, en la *pars tensa* de la membrana timpánica, constituye el signo característico que determina al mismo tiempo un grado variable de hipoacusia de conducción; también es la vía de emisión de una otorrea que puede presentarse de manera intermitente, relacionada generalmente con eventos infecciosos de vías respiratorias altas, estímulos contaminantes desde el exterior o por acción de reflujo gastroesofágico. Los acúfenos de tono grave en ocasiones perturban a los enfermos.

La historia de la cirugía otológica está marcada por los intentos de solución de este frecuente problema. Han sido descritos varios métodos quirúrgicos, diversas vías de abordaje, así como múltiples materiales de injerto para el cierre de la perforación. En todos los casos el balance de resultados es positivo, existiendo igualmente determinada tasa de fracasos, con reperfóriciones y recidivas.

Dentro de los materiales utilizados están la fascia de músculo temporal, el pericondrio o los aloinjertos, pero el cartílago es el material que más fiabilidad ha presentado para evitar las reperfóriciones, describiéndose su utilización primeramente por Salen y Jansen en 1963. Entre las ventajas que ofrece el cartílago con respecto a otros materiales son destacables su mayor rigidez y estabilidad, su resistencia a las infecciones, capacidad de persistencia

ante prolongados períodos privado de nutrición y la no aparición de retracciones cicatriciales.

La experiencia de nuestro Servicio con el empleo del cartílago auricular ha determinado la organización del proceso de atención a estos enfermos, con la finalidad de evaluar los resultados que están obteniéndose de forma alentadora.

Evaluación de los indicadores de Procesos

Etapa de diagnóstico	Estándar
% de diagnósticos según criterios del PA	100
% de Audiometría preoperatoria	100
% de Audiometría postoperatoria	100
% de Videotoscopia	100

Criterios diagnósticos

Diagnóstico clínico: Se fundamenta en antecedentes, síntomas y examen físico del enfermo. Se destacan la historia de otorrea intermitente, mucoide y sin fetidez, que se alterna con períodos de inactividad. Existe hipoacusia de conducción, ligera o moderada y en ocasiones acúfenos de tono grave. La otoscopia determina el tipo de perforación timpánica y las características de la

mucosa del oído medio. El empleo del videoscopio resulta un elemento de gran valor para obtener precisión del estado del oído medio.

Exámenes complementarios:

- a) Audiometría tonal liminar: Imprescindible para determinar el grado de compromiso en la función auditiva.
- b) Prueba de permeabilidad tubárica, realizada mediante métodos tradicionales (Valsalva) o con Audiómetro de impedancia.
- c) Estudio microbiológico del conducto auditivo externo: resultará referencial en la etapa preoperatoria, para el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio.

Recomendaciones terapéuticas

El tratamiento de elección es el quirúrgico, con el fin de reparar la perforación timpánica y aislar el oído medio del contacto directo con el exterior. Previamente debe existir certeza de tener solucionados probables focos de infección regional, así como tener garantía de buena ventilación nasal, buen estado anatomofuncional de la tuba auditiva, o control de estados alérgicos o de posible existencia de manifestaciones de enfermedad por reflujo extraesofágico.

Preparación preoperatoria: Se indica el chequeo básico correspondiente con la edad y condiciones generales del enfermo y se planifica consulta de Anestesiología.

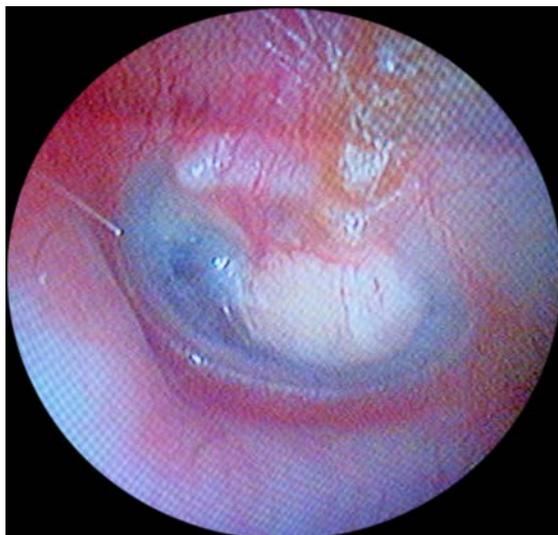
Tratamiento quirúrgico: El tratamiento quirúrgico propuesto para estos casos en nuestro servicio es la Miringoplastia o Timpanoplastia I, con cartílago auricular, vía transcanal. Generalmente se realiza el procedimiento con anestesia local y puede efectuarse de forma bilateral simultánea. Determinados casos recibirán anestesia general por sus particularidades. De forma habitual es cirugía ambulatoria, reservándose el ingreso en situaciones de especial necesidad. El procedimiento quirúrgico se realiza por un especialista entrenado en otocirugía. Solamente en pacientes con antecedentes patológicos de alergia, reflujo, diabetes o trastornos inmunológicos, podría decidirse emplear profilaxis antimicrobiana vía oral.

Control postoperatorio: Se realiza una primera consulta a los siete días para retirada de sutura y tapón de conducto auditivo; luego a las cuatro semanas para control videoscopio, indicándose estudio audiométrico para la siguiente consulta, un mes después. Posteriormente la evaluación es al sexto mes, con nueva audiometría.

Resultados asistenciales

Evaluación indicadores de Resultados

Resultados de tratamientos	Estándar
% de oído seco y cierre perforación	>90
% de audición mejorada	>90
% de complicaciones trans o post-operatorias	<1



Uno de los objetivos fundamentales de esta cirugía es el cierre de la perforación timpánica, estableciendo nuestro protocolo un plan de 90 % o más, de pacientes con este parámetro. La evaluación postoperatoria funcional, planificada a realizarse mediante audiometrías, presenta regularidad efectuándose acumetrías y audiometría tonal. La recuperación subjetiva de audición de los enfermos también se tiene en consideración.

Actualmente pacientes de todas las provincias del país reciben el beneficio de esta atención protocolizada, que respalda una evidente elevación de calidad asistencial, científica y docente.

Bibliografía

Bluestone C.D., Cantekin E.I. (2002): Design factors in the characterization and identification of otitis media and certain related conditions. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl.*, 88:13–28

Kartush J., Michaelides E., Becvarovsky Z. (2002): Over-Under tympanoplasty. *Laryngoscope*, 112:802-7.

Lee S.K. et al. (2010): Antimicrobial resistance of *Pseudomona aeruginosa* from otorrea of chronic suppurative otitis media patients. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery*, 143, (4). 500-505

Manasawala M., Cunnane M.E., Curtin H.D., Moonis G. (2013): Imaging Findings in Auto-Atticotomy. *AJNR Am J Neuroradiol*. Nov 14. [Medline].

Prinsley P. (2013): An audit of 'dead ear' after ear surgery. *J Laryngol Otol*. Nov 11. 1-7. [Medline].

Reyes García J.O., Sevilla M. E. (2009): Diagnóstico microbiológico de la otitis media supurada. Estudio de dos años. (Tesis de Maestría, inédita) Biblioteca hospital H. Ameijeiras, La Habana.

Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS), San Antonio Military Pediatric Center (2006): Video otoscopy: Bringing otoscopy out of the "black box".

Walker P.C., Mowry S.E., Hansen M.R., Gantz B.J. (2013): Long-Term Results of Canal Wall Reconstruction Tympanomastoidectomy. *Otol Neurotol.* Oct 16.

Yehudai N., Most T., Luntz M. (2015): Risk factors for sensorineural hearing loss in pediatric chronic otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* Jan. 79 (1):26-30. [Medline].

