

La mirigotomía clásica en el tratamiento de la otitis serosa

Classic myringotomy as treatment of serous otitis

Sevil Navarro J

Leache Pueyo JJ

Carmen Sampériz L

Gómez Díaz C

Naya Gálvez MJ

Servicio de ORL del Hospital
Universitario "Miguel Servet"
de Zaragoza

RESUMEN

Presentamos los resultados obtenidos usando mirigotomía clásica en el tratamiento de 31 oídos de 20 pacientes adultos afectados de otitis serosa. La enfermedad se curó en 70,96% de casos y solo 2 pacientes presentaron complicaciones. 16 pacientes mejoraron subjetivamente, a pesar de que la enfermedad no curó en 7. La mirigotomía clásica no precisa anestesia, hospitalización o inserción de drenajes transtimpánicos y evita daños derivados del uso de medicamentos como los corticoides, en pacientes con factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE:

Miringotomía clásica, adultos, otitis media serosa.

SUMMARY

We present the results of treatment of serous otitis media using classic myringotomy in 31 adult ears of 20 patients. The disease remitted in 70,96% of cases and only two patients presented complications. The subjective improvement was obtained in 16 patients, even though the recurrences occurred in seven patients. The classic myringotomy does not require anesthesia, hospitalization or ear grommets insertion and it avoids damages derived from use of corticoids in patients with risk factors.

KEY WORDS:

Classic myringotomy, adults, serous otitis media.

Introducción

Aunque menos frecuentemente que en las edades infantiles, la otitis serosa puede presentarse también en personas adultas, tanto de forma aguda junto a infecciones del tracto respiratorio alto, como de forma crónica asociada a diversas patologías, en especial los tumores de cavum.

Para solucionar la pérdida de audición que caracteriza a esta enfermedad son utilizados distintos tratamientos de tipo médico o quirúrgico. El uso de estas terapéuticas puede no ser inocuo debido a las condiciones físicas del paciente, o conllevar un tiempo de espera antes de su administración que comporta para el individuo que padece una otitis serosa unas molestias o unas limitaciones en su vida social que el paciente no quiere aceptar.

Debido a esto último, hemos estudiado el resultado de la práctica de la mirigotomía clásica, en 20 pacientes de las Consultas Ambulatorias dependientes del Servicio Jerarquizado de O.R.L. del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Material y Métodos

Se han estudiado 20 pacientes diagnosticados de otitis serosa a los que se les realizó mirigotomía clásica de forma ambulatoria, en el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 1999 a julio de 2000. De ellos, 11 eran

hombres y 9 mujeres. La edad de los mismos variaba entre los 38 y 90 años. El 60% de los casos tenía mas de 50 años y menos de 80. Existían 9 casos con afectación unilateral y 11 con afectación bilateral.

El tiempo estimado desde la aparición de la enfermedad, según el paciente, hasta la realización de la mirigotomía como único tratamiento propuesto por nosotros, comprende de 15 a menos de 90 días, siendo lo mas frecuente una evolución entre 28 y 60 días (65% de casos).

Un 60% de pacientes presentaban una enfermedad general como diabetes, hipertensión, úlcera gastroduodenal, osteoporosis, etc., que limitaba o contraindicaba el uso de corticoides sistémicos, que son utilizados en nuestro medio de forma habitual como primer tratamiento en esta patología en personas adultas. El 50% de pacientes tenía antecedentes catarrales previos a la aparición de otitis serosa; un 15% refería antecedentes de otitis media y otro 15% de expulsión o retirada de drenajes transtimpánicos previamente colocados.

Clínicamente el síntoma principal era la hipoacusia (90% de casos). Otros síntomas referidos eran: ruidos en los oídos (20%), sensación de taponamiento ótico (10%), cefalalgia o "pesadez de cabeza" (20%), inestabilidad o "mareo" (10%).

Se encontraron 31 oídos afectados. Otoscópicamente 17 oídos tenían un tímpano hundido de color ambarino; 5 oídos presentaban un tímpano rojo-azulado; en 4 el aspecto timpánico era hundido y deslustrado; en 5 podíamos ver niveles hidroaéreos a nivel de oído medio.

La timpanometría era tipo B de Jerger en 26 oídos y tipo C en 5. Cinco pacientes presentaban hipoacusia de transmisión pura, con afectación de todas las frecuencias audiométricas, existiendo un "gap" entre 30 y 40 dB en 6 de los oídos de estos pacientes. En 3 oídos el "gap" estaba comprendido entre 20 y 30 dB y en 1 entre 15 y 20 dB. En 15 pacientes se evidenció hipoacusia mixta con vías óseas descendentes a partir de 1.000 Hz en la mayoría de los casos. La pérdida aérea predominante estaba entre 30 y 40 dB, siendo las frecuencias mas afectadas las comprendidas entre 250 y 2.000 Hz.

La exploración física y/o radiológica descartó patologías que pudiesen influir en la aparición de la enfermedad como neoformaciones benignas o malignas de cavum.

La miringotomía se realizó sin ningún tipo de anestesia mediante lanceta, tras visualización del tímpano con microscopio binocular exploratorio Zeiss Opmi 99. Se realizó aspiración parcial del líquido existente en oído medio. Tras la misma no se instauró ningún tipo de tratamiento antibiótico local o general; a los pacientes se les recomendó analgésicos si precisaban y se les indicó que ante el menor problema podían acudir a nuestra consulta sin citación previa.

Resultados

El tipo de fluido observado en la mayoría de los pacientes era seroso; solo en una persona se apreció un derrame tipo "glue ear" bilateral.

Se consideró al paciente curado si tras 3 meses de la realización de la miringotomía el "gap" audiométrico era menor o igual a 10 dB, la timpanometría era tipo A de Jerger y la otoscopia permitía ver un tímpano de características normales; además la percepción subjetiva del individuo tenía que ser de mejoría.

La curación subjetiva se obtuvo en 16 pacientes (80%), pero la objetiva se observó en 22 oídos (70,96%). La falta de curación se dio en 9 oídos de 7 pacientes; en 2 de ellos el fracaso fue bilateral; en 2 casos con afectación bilateral, el fracaso fue unilateral y hubo 3 fallos en casos unilaterales.

En todos los pacientes con inestabilidad se consiguió la desaparición de la misma, aun persistiendo signos de enfermedad en uno de ellos.

Respecto a los cuatro casos de afectación bilateral en los que no se obtuvo curación, 2 de los pacientes presentaban antecedentes de otitis de repetición y en otros 2 se habían colocado drenajes transtimpánicos en mas de una ocasión con anterioridad.

El paciente con fluido tipo "glue ear" se obtuvo curación.

Se presentaron complicaciones en dos de los pacientes. Estas fueron:

- La perforación residual de un tímpano en uno de los pacientes con antecedentes de colocación de drenajes transtimpánicos.

- Caída del umbral audiométrico a partir de 4.000 Hz de uno de los oídos de un paciente. Este había sido sometido a trasplante renal 4 meses antes de la aparición de la otitis serosa.

No hubo infección posterior a la miringotomía en ningún caso.

Discusión

De forma general la otitis serosa es subsidiaria de tratamiento médico y únicamente se realiza un tratamiento quirúrgico si áquel no es efectivo tras un periodo de tiempo, o tiende a recidivar con frecuencia, o existen patologías asociadas que impiden su curación. Entre los fármacos mas utilizados en la terapéutica de esta enfermedad encontramos los antihistamínicos y descongestionantes nasales, los mucolíticos y los corticoides.

El uso de los nuevos antihistamínicos, como la loratadina, está exento del riesgo de provocar arritmias graves que contraindicaba su uso en pacientes cardíopatas o de edad avanzada, pero siguen adoleciendo del hecho de causar un espesamiento de las secreciones de oído medio y alterar la dinámica ciliar. Sólo estarían indicados para tratar la congestión de vías aéreas que puede acompañar a la otitis serosa, en cuadros catarrales o alérgicos.

Los mucolíticos en general son inocuos, pero los índices de curación conseguidos con su utilización, ya sea de forma única o combinada, no son satisfactorios (1).

Los corticoides, solos o unidos a antibióticos, consiguen tasas de curación de hasta el 62% (2). Sin embargo, sus efectos colaterales hacen que en casos infantiles los padres muestren gran reticencia para su administración, y en adultos debamos conocer sus antecedentes clínicos para evitar causar problemas mas graves que la enfermedad que vamos a tratar.

El uso de drenajes transtimpánicos constituye actualmente el método de tratamiento más eficaz de la otitis serosa desde que Politzer en 1860 ideó un tubo de caucho duro que poseía estrías para fijarlo al tímpano y una pestaña con un hilo destinado a su extracción. Su uso se extendió merced a los trabajos de B.W. Armstrong en 1954. Sin embargo, su utilización no está exenta totalmente de riesgos y pueden aparecer complicaciones como:

- Otitis supurada. Es la complicación mas frecuente. Muenker (3) la encuentra en 15% de casos y Lildholdt (4) en un 25%.
- Perforaciones permanentes en 0,7% de casos según Lacosta (5).
- Obstrucción del tubo.
- Formación de granulomas alrededor del tubo.
- Expulsión del tubo.
- Timpanosclerosis.
- Aparición secundaria de colesteatoma.
- Déficit auditivo neurosensorial. Van Cauwemberge señala que aparece en 2% de los casos (6)

Merced al desarrollo técnico, en la literatura médica vamos encontrando trabajos en los que se utiliza el láser CO2 para conseguir una apertura duradera en el tímpano que permita el drenaje y la aireación del oído medio afectado por una otitis serosa y conseguir su curación. Comá (7) logra cifras de recuperación de la audición en un 83% de casos, sin instalar tubos de drenaje, y en un 82% de casos, colocando diábolos, tras realizar timpanostomía con láser. La permanencia de la apertura variaba entre 5 y 40 días dependiendo del diámetro de la misma. Silverstein (8) consigue curaciones de un 80% y Marchant (9), en adultos, de un 60%, con una duración de apertura no mayor de 4 semanas.

Potocki (10) utiliza la miringotomía térmica para tratar 13 pacientes sometidos a terapias con oxígeno hiperbárico que presentaban una disfunción tubárica, sin que se produjesen complicaciones.

Los resultados obtenidos por nosotros (70,96% de curaciones) nos indican que la miringotomía clásica puede ser un método válido para tratar la otitis serosa. Creemos sin embargo, que no deben ser comparados con los conseguidos por los autores referidos, o los logrados por otros al insertar tubos de drenaje como el 84% de curaciones hallado por Lacosta. Esto se debe a tres razones, principalmente :

- El número de pacientes tratados es pequeño.
- La mayor parte de nuestros casos son otitis subagudas con una duración menor a tres meses, plazo establecido para tratar de forma quirúrgica una otitis serosa.
- Nuestros pacientes eran todos adultos, mientras que en la mayoría de trabajos sobre la otitis serosa predominan los casos infantiles.

Teniendo en cuenta lo anteriormente referido, no podemos descartar, sin embargo, un tipo de tratamiento fácilmente realizable, sin complicaciones importantes y que soluciona un problema leve pero que puede afectar mucho la calidad de vida de cierto tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Calero del Castillo JB, Pérez F, Piqueras F, Redondo E.: "Incorporación de un estimulante de la síntesis y secreción del surfactante pulmonar (ambroxol) en el tratamiento médico de la otitis serosa" Acta ORL Esp. 1988, 39, 1, 61-64.
2. Sevil J.: "La otitis serosa. Estudio tras la revisión de 20.000 historias clínicas de pacientes asistidos en la Clínica Universitaria de ORL desde 1975" Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. 1989.
3. Muenker G.: "Results after treatment of otitis media with effusión." Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1980, 89, Suppl. 68 308-311.
4. Lidholt T.: "Unilateral grommet insertion and adenoidectomy in bilateral secretory otitis media. A preliminary report of the results in 91 children." Clin. Otolaryngol. 1979, 4, 2, 87-93.
5. Lacosta J L, Zabaleta M, Erdozain I.: "Evolución de la otitis media secretora tratada con drenajes transtimpánicos." Acta ORL Esp., 1996, 47, 5, 349-353.
6. Van Cauwenberge P B.: "The long-term results of the treatment with transtympanic ventilation tubes in children with chronic secretory otitis media." Int. J. Pediatr. ORL. 1979, 1, 2, 109-1169.
7. Comá J, Rodríguez F.: "Timpanostomía con láser CO 2 sin tubos de ventilación." Acta ORL Esp., 1999, 50, 2, 101-105.
8. Silverstein H, Kuhn J, Choo D, Krespi Y P, Rosenberg S I, Rowan P.: "Laser-assisted tympanostomy." Laryngoscope, 1996, 106, 1067-74.
9. Marchant M, Bisschop P.: "Interet de la myringotomie au laser CO2 dans le traitement de l'otite sero-muqueuse." Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac., 1998, Dec., 115, 6, 347-351.
10. Potocki S E, Hoffman D S.: "Thermal myringotomy for eustachian tube dysfunction in hiperbaric oxygen therapy." Otolaryngol. Head Neck Surg., 1999, Sep., 121, 3, 185-189.

Correspondencia

Dr. Jorge Sevil Navarro
Monasterio de Samos, 29 - 5.º N
50013 ZARAGOZA