

## Ganancia auditiva por estapedectomía•

Rómulo Josué Fonseca Najar,\* Juan Gerardo Lazo Sáenz\*\*

### Resumen

#### ANTECEDENTES

La estapedectomía es la técnica quirúrgica encargada de corregir la hipoacusia conductiva causada por otosclerosis.

#### OBJETIVO

Evaluar los resultados funcionales de las intervenciones quirúrgicas de oídos efectuadas en pacientes con hipoacusia.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y logitudinal. Se revisaron 42 expedientes clínicos de pacientes con otosclerosis posoperados en el 2002 y que tuvieron control audiométrico pre y posquirúrgico. Se evaluó la ganancia auditiva mediante el cierre del GAP en las frecuencias de 500, 1,000 y 2,000 Hz.

#### RESULTADOS

Se registraron 51 intervenciones de oído: 27 del lado derecho y 24 del izquierdo. El promedio de edad fue de 34.6 años y el tiempo de evolución al momento de acudir a consulta de 10.4 años. En 90% de las intervenciones se realizó estapedotomía y en el resto estapedectomía.

#### CONCLUSIÓN

El 90% de los oídos tuvo ganancia auditiva, cuyo promedio de cierre del GAP fue de 26 dB.

### Abstract

#### BACKGROUND

Stapedectomy is a technique used to correct conductive hypoacusia due to otosclerosis.

#### OBJECTIVE

To evaluate the functional results in patients operated with hypoacusia.

#### MATERIAL AND METHODS

A retrospective and longitudinal study was done, we reviewed 42 clinical files of patients with otosclerosis to evaluate the auditory gain by means of the closing of GAP in the frequencies of 500, 1,000 and, 2,000 Hertz.

#### RESULTS

There were a total of 42 patients with 51 operated ears. The average age of 34.6 years and time of evolution from the time of consultation of 10.4 years. Stapedotomies were performed in 90% of the patients, and the rest of the patients had stapedectomy's done to them.

#### CONCLUSIONS

90% of the ears showed auditory gain, with an average closing of GAP by 26 db.

#### Palabras clave:

oído, estapedectomía, ganancia auditiva.

#### Key words:

ear, stapedectomy, auditory gain.

• Este trabajo fue presentado en el LIV congreso nacional de la SMORL y CCC el 1 de mayo de 2004 en Veracruz, Veracruz.

\* Médico otorrinolaringólogo adscrito al departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona número 2, Hermosillo, Sonora.

\*\* Médico adscrito al Departamento de otorrinolaringología. Profesor titular de la cátedra de otorrinolaringología. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesor titular de la residencia en Otorrinolaringología. Centro Médico Nacional de Torreón, Hospital de Especialidades número 71.

**Correspondencia:** Dr. Rómulo Josué Fonseca Najar. Bacum 1191, colonia Misión, Hermosillo, Sonora.

E-mail: fonsecanajar@hotmail.com.

Recibido: marzo, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Fonseca NRJ, Lazo SJG. Ganancia auditiva por estapedectomía. *An Orl Mex* 2008;53(3):115-7.

## Introducción

En 1800 Kesel hizo las primeras intervenciones para corregir la hipoacusia causada por otosclerosis. Durante el siglo XIX surgió información relacionada con la fijación del estribo, intervención quirúrgica del mastoides, mejoría con cornetas acústicas y progreso inicial del microscopio.<sup>1</sup>

En 1893 Politzer describió la otosclerosis. La estapedectomía se refiere a la intervención quirúrgica encargada de corregir la hipoacusia conductiva causada por otosclerosis, la cual consiste en remover la platina o parte de ella. En la actualidad se utiliza un pistón de diámetro pequeño insertado en el oído interno mediante una fenestración.<sup>2</sup>

La estapedectomía se realiza con anestesia local y es un procedimiento ambulatorio. Este tipo de anestesia se prefiere porque: 1) el paciente despierto puede informar al cirujano si tiene vértigo y 2) la operación, usualmente, es corta, produce mínimas molestias y no hay riesgo ni costo elevados, en comparación con la anestesia general.

La eficacia y la inocuidad de la intervención quirúrgica del estribo y de la estapedectomía total o una pequeña estapedotomía con láser o taladro, dependen de la experiencia del cirujano.<sup>3</sup>

En el Centro Médico Nacional de Torreón, Servicio de otorrinolaringología, se realizan más de 50 intervenciones quirúrgicas de oídos al año, por lo que es importante conocer sus resultados funcionales.

## Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal, en el que se revisaron 42 expedientes clínicos de pacientes con otosclerosis y control audiométrico pre y posquirúrgico, intervenidos en el Servicio de Otorrinolaringología de Centro Médico Nacional de Torreón, México, Hospital de Especialidades No. 71, durante el año 2002. Se evaluó la ganancia auditiva mediante el cierre de GAP en frecuencias de 500, 1,000 y 2,000 Hz. Se registró el sexo, la edad, procedencia, tiempo de evolución, tipo de abordaje y operación, localización del foco otosclerótico, tipo de prótesis utilizada y complicaciones.

## Resultados

De los 42 expedientes, 29 correspondieron a pacientes del sexo femenino y 13 del masculino.

Se registraron 51 intervenciones quirúrgicas de oídos: 27 del derecho y 24 del izquierdo. El límite de edad fue de 13 a 51 años (promedio de 34.6 años; figura 1) y el tiempo de evolución al momento de acudir a consulta de 10.4 años.

La mayoría de los pacientes procedía de Chihuahua (n=15), Coahuila (n=12), Durango (n=8) y Zacatecas (n=7) (figura 2). Nueve pacientes se intervinieron en forma bilateral.

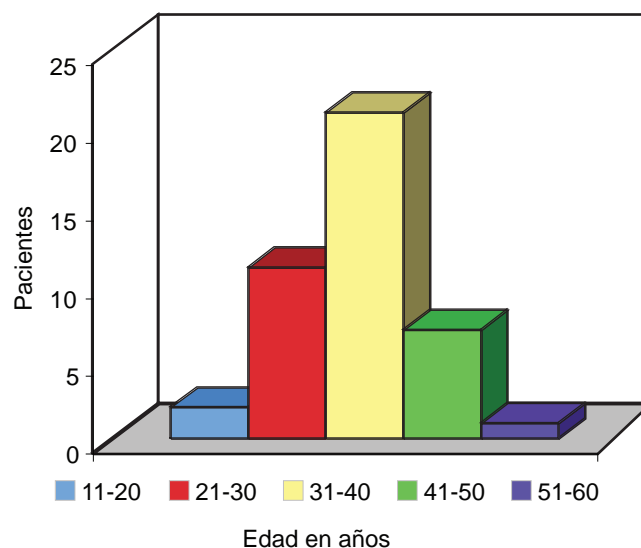


Figura 1. Distribución por edad.

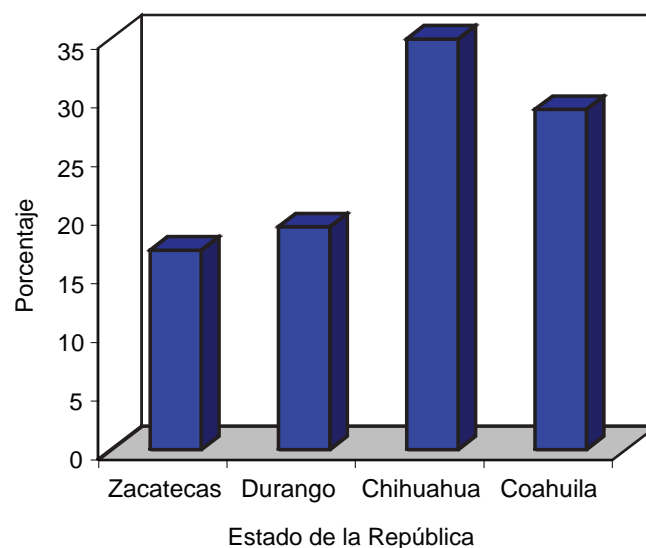


Figura 2. Procedencia de los pacientes.

El abordaje efectuado con mayor frecuencia fue el endaural (31), seguido del endomeatal (19) y sólo en un paciente se realizó el retroauricular debido a una malformación congénita del conducto auditivo externo (figura 3).

Los focos otoscleróticos más frecuentes fueron el periplatinar (42), posfenestra (6), antefenestra (2) y obliterate (1) (figura 4).

Se aplicaron 36 prótesis de Schuknecht (pistón y alambre) y 15 de fluoroplastic. Las complicaciones más frecuentes fueron el granuloma reparativo (3) y el desgarro del colgajo timpanomeatal (2).

En 90% de los oídos se realizó estapedotomía y en el resto estapedectomía. El mismo porcentaje de pacientes tuvo

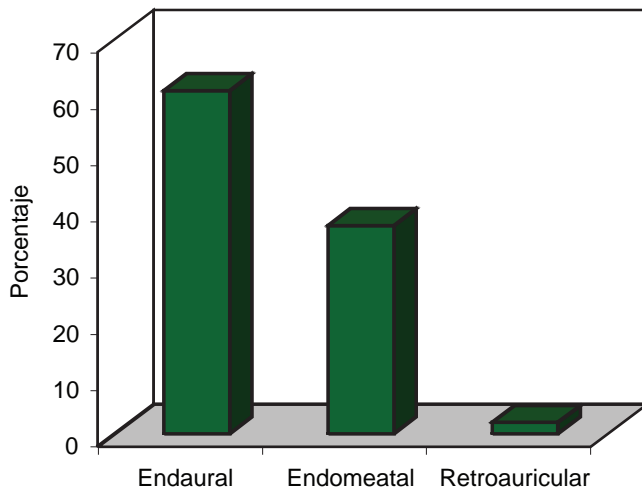


Figura 3. Tipo de abordaje durante la intervención quirúrgica.

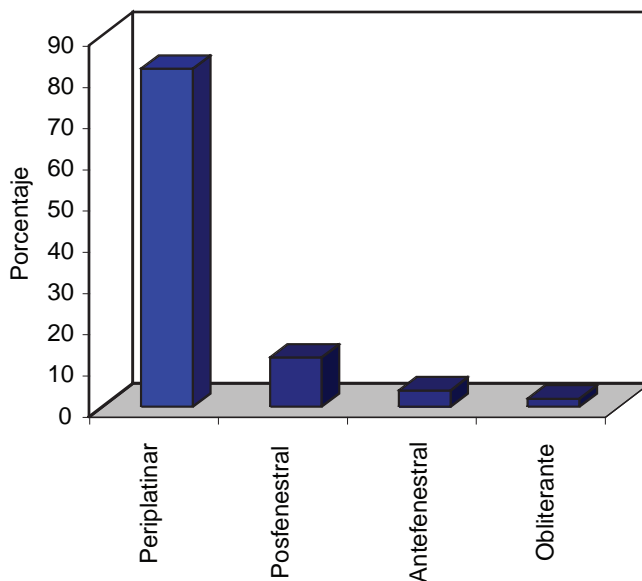


Figura 4. Foco otosclerótico.

ganancia auditiva, cuyo promedio del cierre GAP fue de 26 dB (figura 5).

## Discusión

La estapedectomía es un procedimiento que da excelentes resultados, ya que disminuye la hipoacusia originada por otosclerosis y el riesgo de hipoacusia sensorial.<sup>4</sup>

La mayoría de los pacientes con hipoacusia por otosclerosis procede de servicios médicos de segundo nivel de atención (IMSS) y algunos se diagnostican, en forma aislada, con otra alteración en la consulta externa.



Figura 5. Ganancia y pérdida auditiva.

El otorrinolaringólogo debe tener un conocimiento anatómico preciso de la región afectada, además de recursos técnicos para solucionar los problemas trans y posoperatorios que puedan originarse, según su experiencia. El cirujano debe tener una técnica quirúrgica depurada para evitar este tipo de contratiempos. Es importante el seguimiento del paciente para prevenir y detectar las complicaciones de manera oportuna. Las complicaciones descritas en este estudio se encuentran dentro de las cifras normales descritas por otros autores.<sup>2</sup>

La mayoría de los pacientes (90%) mostraron ganancia auditiva, lo que coincide con lo señalado por House y su grupo, y Kos y colaboradores.<sup>2,3</sup>

## Conclusión

En el Centro Médico Nacional de Torreón, Servicio de Otorrinolaringología, se opera un gran número de pacientes con hipoacusia producida por otosclerosis, cuyos resultados son satisfactorios y coinciden con lo referido en la bibliografía. Los resultados dependen de la experiencia y de una técnica quirúrgica depurada.

## Referencias

1. House HP. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1993;pp:329-38.
2. Koss MA, Montandon PB, Guyot JP. Short and long term results of stapedotomy and stapedectomy with a teflon-wire piston prosthesis. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001;110:907-11.
3. House HP, Hansen MR, Al-Dakhil AA, House JW. Stapedectomy *versus* stapedotomy: comparison of results with long-term follow-up. Laryngoscope 2002;112:2046-50.
4. Lippy WH, Wingate J, Burkey JM, Rizer FM, Schuring AG. Stapedectomy revision in elderly patients. Laryngoscope 2002;112:1100-3.