

Caso clínico

Timpanocele secundario a barotrauma

María Isabel Pérez López Burkle,* León Felipe García Lara*

Resumen

El barotrauma ótico o barotitis es poco común en el oído externo; cuando ocurre suele originarse por algún tapón que causa una diferencia de presión con la caja timpánica, y provocar rotura maleolar o del timpano. Se comunica el caso de un paciente con hipoacusia súbita y otalgia derechas posterior a sonarse la nariz.

Abstract

Otic barotrauma o barotitis is little frequent in external ear, and when it happens is due to some plug in this place causing a difference of pressure with the tympanic box, causing maleolar or tympanic rupture. It is reported the case of a male patient with right sudden hypoacusia and otalgia after blowing his nose.

Palabras clave:

timpanocele, barotrauma.

Key words:

tympanocele, barotrauma.

Introducción

Todos los espacios del cuerpo son susceptibles a variación de volumen cuando se someten a cambios de presión.¹ Dentro del oído medio puede originarse por vía externa, cuya causa más común es el buceo, seguido de los vuelos aéreos y explosiones; o por vía interna, a través de la trompa de Eustaquio, mediante maniobras de Valsalva o estornudos.²

El barotrauma ótico o barotitis es poco común en el oído externo. Cuando aparece se origina por algún tapón que causa una diferencia de presión con la caja timpánica, lo que provoca rotura maleolar o del timpano. La barotitis media es la alteración más común y puede acompañarse de derrame, hemotímpano, hipoacusia conductiva, dolor, vértigo o ambos. El barotrauma de oído interno se debe al aumento en el gradiente de presión entre la perilinfa y la caja timpánica, a través de las ventanas oval y redonda, que se rompen y producen fistula, acúfeno e hipoacusia sensorineural.¹

Objetivo

Comunicar un caso de barotrauma hacia el oído medio con manifestación atípica, en forma de timpanocele.

Caso clínico

Hombre de 56 años de edad, con antecedente de traumatismo nasal y rinoseptoplastia diez años antes.

Inició su padecimiento actual seis meses previos a la revisión, que se caracterizaba por obstrucción nasal bilateral en balanza, rinorrea anterior hialina y estornudos; posterior a sonarse la nariz tuvo hipoacusia súbita y otalgia derecha. Negó vértigo y acúfeno. En la exploración física se encontró el oído derecho con un tumor de coloración marrón-rojizo, específicamente en el tercio externo del conducto auditivo externo, de superficie lisa, blanda, depresible y dolorosa a la palpación. Con el diapasón de 512 Hz se encontró prueba de Weber derecho, Rinne negativo derecho y positivo izquierdo.

* FALTA.

Correspondencia: FALTA.

Recibido: abril, 2009. Aceptado: abril, 2009.

Este artículo debe citarse como: Pérez LBM, García LLF. Timpanocele secundario a barotrauma. An Orl Mex 2009;54(3):119-20

La otoscopia izquierda y el resto de la exploración otorrinolaringológica fueron normales (figura 1).



Figura 1. Otoscopia del oído derecho en la primera revisión.

La audiometría tonal demostró hipoacusia conductiva derecha, con reserva coclear en 10 dB y umbral con promedio de 50 dB para frecuencias medias, con caída en agudos.

Se realizó una tomografía computada en cortes axiales y coronales, donde se observó una imagen compatible con lateralización timpánica, cadena osicular íntegra, cabeza de martillo separada de la membrana timpánica, sin datos de ocupación en la caja timpánica ni alteraciones en el oído interno (figura 2).



Figura 2. Tomografía computada de oído en corte coronal. Se observa lateralización de la membrana timpánica, e integridad de la cadena osicular y el resto de las estructuras.

Al realizarle la exploración quirúrgica del oído medio, por vía endaural, se encontró una laceración del piso del conducto auditivo externo, que se extendía hasta la membra-

na timpánica, la cual se encontraba lateralizada, engrosada e hiperémica. La mucosa de la caja estaba engrosada. Se enmarcó nuevamente el timpano y se colocó *gelfoam* en el conducto.

Se envió una muestra del tejido a estudio histopatológico, cuyo reporte del fragmento de piel del conducto auditivo externo fue inflamación aguda y crónica con fibrosis del estroma.

La evolución del paciente fue satisfactoria, tuvo ganancia auditiva en la audiometría de control. Un mes después, la otoscopia mostró la zona monomérica retraída (20%) en los cuadrantes posteriores.

Discusión

La bibliografía de todo el mundo reporta pocos casos de barotrauma hacia el oído medio asociado con estornudos. Éste es el primer caso reportado de lateralización timpánica producida por “sonarse la nariz”. Se encontró, además, cadena osicular y membrana timpánica íntegras, no así hemotímpano, que es la manifestación más frecuente en este tipo de alteración.

La distensibilidad de la membrana timpánica es un evento conocido, cuya evaluación por timpanograma muestra diferentes grados de desplazamiento; sin embargo, nunca de tal magnitud como en el caso expuesto en este estudio, al que puede llamarse “timpanocele”.

Los estudios audiológicos y de imagen permitieron completar la evaluación del paciente para sospechar el diagnóstico y proceder a su reposición quirúrgica con resultados adecuados.

Conclusión

El barotrauma hacia el oído medio a través de la trompa de Eustaquio puede provocar distensión amplia de la membrana timpánica, sin causar su rotura, y originar timpanocele.

Referencias

1. Moon R. Treatment of diving emergencies. Crit Care Clin 1999;15(2).
2. Kozuka M. Inner ear disorders due to pressure change. Clin Otolaryngol 1997;22(2):106-10.