

Timpanoplastia: cinco años de experiencia en un hospital de enseñanza

José Vicente Solórzano Barrón,* Jesús Reynoso Othón**

Resumen

OBJETIVO

Realizar una revisión de los resultados quirúrgicos de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de otitis media crónica simple no colestomatosa, a quienes se realizó timpanoplastia en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, Sonora, México.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de 56 casos con diagnóstico de otitis media crónica simple, a quienes se realizó timpanoplastia según la clasificación de Wullstein Zollner, de junio de 2002 a junio de 2007. Se obtuvo información respecto de la edad, el sexo, el porcentaje de perforación timpánica, el tipo de timpanoplastia practicada, lateralidad, neotímpano integrado o re-perforado, evaluados 12 meses después de la cirugía.

RESULTADOS

Se comparó el éxito obtenido en la integración del injerto timpánico que resultó de 85.7%, contra 89-90% reportado en la bibliografía. El intervalo de confianza encontrado fue $-0.127 < \text{diferencia entre estudios} < 0.0416$, como la diferencia de cero está incluida en el intervalo de confianza, esto indica que no hay evidencia para afirmar que existan diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los resultados de este estudio y lo reportado por otros autores ($\alpha = 0.05$).

CONCLUSIONES

Con los porcentajes obtenidos por estudios previos reportados en la bibliografía en la integración del injerto, en la cirugía de timpanoplastia en los pacientes con otitis media crónica simple, se concluyó que 85.7% de los 56 pacientes de este estudio evolucionaron con un neotímpano íntegro a los 12 meses, por lo que se considera que las técnicas quirúrgicas utilizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Estado de Sonora tienen un buen pronóstico en relación con la curación. La cirugía de timpanoplastia es un procedimiento que todo residente debe realizar durante su adiestramiento, pero no por ello con resultados inferiores a los esperados por los médicos adscritos.

Abstract

OBJECTIVE

To review surgical records of patients with diagnosis of non-cholesteatomatous simple chronic otitis media, who were submitted to tympanoplasty in the Otorhinolaryngology Service of the General Hospital of the State, Sonora, Mexico.

MATERIAL AND METHOD

A retrospective, transverse and descriptive study of 56 cases diagnosed with of non-cholesteatomatous simple chronic otitis media with tympanoplasty according to the classification of Wullstein Zollner, from June 2002 to June 2007. It was obtained information regarding age, sex, percentage of perforated eardrum, type of tympanoplasty practiced, laterality, graft integrated or re-perforated, or both, evaluated 12 months after surgery.

RESULTS

The integration of the graft tympanum was 85.7% in this study, against 89-90% reported in the literature. The confidence interval found was -0.127 between the results of our study and what has been reported by other authors ($\alpha = 0.05$).

CONCLUSIONS

With the low percentages obtained by previous studies reported in the literature in the integration of the graft in tympanoplasty surgery in patients with non-cholesteatomatous simple chronic otitis media, we concluded that 85.71% of the 56 patients of this study evolved with an integrated graft to 12 months, thus, it is considered that the surgical techniques used in the Otorhinolaryngology Service of the General Hospital of the State, in Sonora, have a good prognosis in relation to the surgical success (cure). This confirms that tympanoplasty surgery is a procedure that all residents must conduct during their training with good results, similar to the results obtained by appointed surgeons.

Palabras clave:

otitis media crónica simple,
timpanoplastia.

Key words:

chronic otitis media, simple
tympanoplasty.

Introducción

La otitis media crónica simple es la forma más común de presentación de la otitis media crónica, los enfermos refieren hipoacusia y, en algunas circunstancias, otorrea. Los cuadros clínicos suelen empezar en la niñez y tienen periodos de remisión espontánea, rara vez causan dolor, otorrea de mal olor, vértigo o acúfenos; en general estos síntomas ocurren cuando la inflamación e infección crónica del oído se complica con destrucción de otras estructuras vecinas al oído medio. Es frecuente que el enfermo refiera reagudización de los episodios de supuración, en relación con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores o con el ingreso de agua en la cavidad timpánica.

A la exploración física, se encuentra siempre afectada la membrana timpánica (perforación timpánica con tendencia a persistir o crecer), más otorrea purulenta que se hace mucosa y transparente en fases de mejoría; pueden observarse diferentes grados de inflamación de la mucosa del oído medio y del remanente timpánico luego de aspirar el contenido purulento. A veces son evidentes las lesiones de la cadena osicular; las lesiones más frecuentes son la amputación del mango del martillo o la ausencia de la rama larga del yunque.

Para realizar timpanoplastias puede seguirse la clasificación de Wullstein Zollner, como se hizo en este estudio. La bibliografía reporta éxito en la integración del injerto timpánico de 89 a 90%.

Las bacterias causantes de la otitis media crónica simple más frecuentes son: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus* y *Escherichia coli*. Los anaerobios se encuentran relacionados en 30% de las infecciones.

Se clasifican en agudas si duran menos de tres meses o crónicas cuando duran más de tres meses.

Las perforaciones crónicas ocurren cuando el proceso de cicatrización no logra reparar la membrana timpánica después de tres meses. Las perforaciones crónicas no necesariamente están vinculadas con un proceso infeccioso crónico del oído medio, aunque sí puede haberlo. El tratamiento de las perforaciones crónicas es indiscutiblemente quirúrgico, exceptuando algunos casos particulares. Dicho tratamiento debe efectuarse de preferencia sin infecciones del oído me-

dio, cuando esto es posible. Si hay otorrea, debe iniciarse el tratamiento antibiótico tópico, insistir en evitar el contacto con la humedad y esperar el completo alivio de la infección antes de intervenir quirúrgicamente al paciente.

La fascia temporal, por lo accesible de su obtención y sus características de elasticidad y de grosor, es el material idóneo para reconstruir la membrana timpánica; el porcentaje de éxito es de 90%,² e incluso mayor en perforaciones pequeñas (menores de 25%). Esto se debe a que la fascia temporal tiene una nula o baja actividad metabólica, aunada a una baja viabilidad que facilita el crecimiento de la capa fibrosa media de la membrana timpánica y resulta en la formación de neotimpanos muy fuertes.

Fisch reportó que en un estudio de 373 pacientes con otitis media crónica con perforación central, el porcentaje acumulado de cierre de perforación fue de 89% (232/261) al final del primer año posoperatorio y de 86% (46/53) después de 5 a 15 años.

Material y método

Se revisaron los expedientes de junio de 2002 a junio de 2007, en el archivo clínico del Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, en Sonora. Se encontraron 71 casos de pacientes sometidos a timpanoplastia, de los cuales 15 tenían otitis crónica colesteatomatosa, por lo que se excluyeron del estudio. Se obtuvieron 56 casos con diagnóstico de otitis crónica simple, sometidos a timpanoplastia según la clasificación de Wullstein y Zollner.

Resultados

Los pacientes estudiados (56) fueron en su mayoría del sexo femenino (34, 60.7%) y el oído más afectado fue el izquierdo (29, 51.8%) sin significancia estadística; la mayoría era unilateral (44, 78.6%). El GAP aéreo-óseo de la mayoría correspondía entre 10 y 12 decibeles (figura 1).

Se encontró perforación mayor a 80% en casi la mitad de los pacientes (figura 2); la mayoría mostraba la cadena oscilar íntegra y móvil (51, 91.1%) y más de la mitad sufrió hipoacusia leve prequirúrgica (figura 3).

En todos los procedimientos el abordaje utilizado fue el retroauricular. En ninguno de los oídos operados se encon-

* Ex residente de cuarto año de otorrinolaringología.

** Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología. Profesor titular de otorrinolaringología, Universidad de Sonora. Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, Sonora, Son.

Correspondencia: Dr. Jesús Reynoso Othón. Santos Degollado 4, entre Boulevard Morelos y Juárez, colonia Constitución, CP 83150, Hermosillo, Sonora. Correo electrónico: dr.reynoso@gmail.com
Recibido: junio, 2009. Aceptado: agosto, 2009.

Este artículo debe citarse como: Solórzano BJV, Reynoso OJ. Timpanoplastia: cinco años de experiencia en un hospital de enseñanza. An Orl Mex 2009;54(4):125-8.

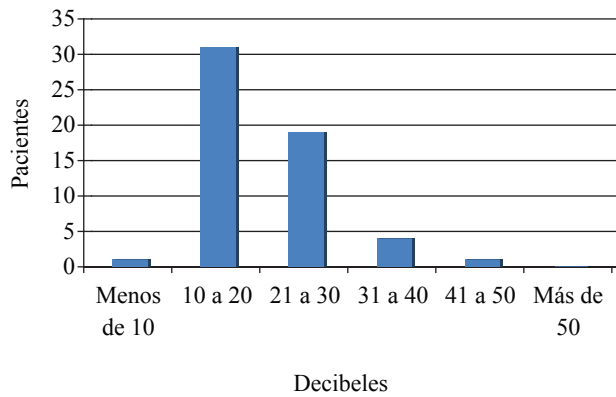


Figura 1. En el GAP aéreo-óseo se encontró que 55.4% de la muestra respondió entre 10 y 20 decibeles, 33.9% entre 21 y 30 decibeles y 7.1% entre 31 y 40 decibeles. Total: 56.

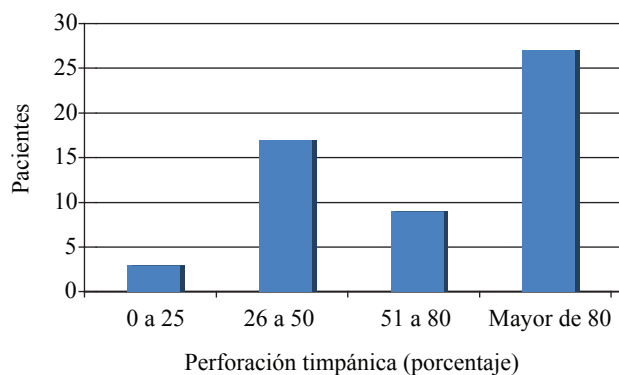


Figura 2. Se encontró perforación de tímpano mayor a 80% en casi la mitad de la muestra (48.2%) y 30.4% de la muestra tuvo perforación entre 26 y 50%. Total: 56.

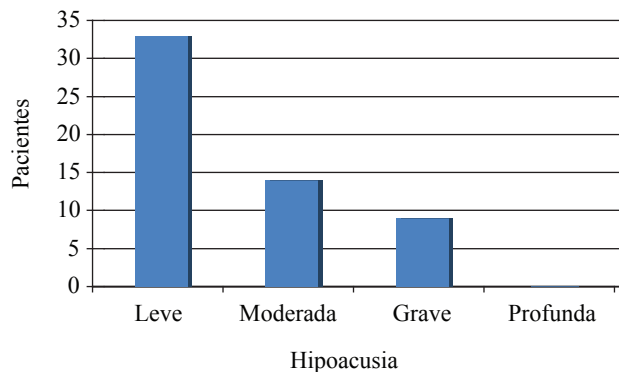


Figura 3. El 58.9% de la muestra padeció hipoacusia leve, 25% moderada y 16.1% grave (audición prequirúrgica). Total: 56.

tró otorrea en el prequirúrgico ni en el transquirúrgico. La experiencia obtenida en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours para llevar los oídos con otitis media crónica simple al momento de la cirugía a un estado sin inflamación, es decir, sin otorrea, avala los resultados obtenidos en estudios previos

realizados en el mismo servicio por otros médicos residentes, de administrar ciprofloxacina tópica o solución de Burrow⁵ para controlar los procesos crónicos de supuración.

Se comparó el éxito obtenido en la integración del injerto timpánico de este estudio, que resultó de 85.7% a los 12 meses, contra 89-90% reportado en la bibliografía^{2,6} y el intervalo de confianza encontrado fue de $-0.127 < \text{diferencia entre estudios} < 0.0416$; debido a que la diferencia de cero está incluida en el intervalo de confianza, esto indica que no tenemos evidencia para afirmar que existan diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los resultados de nuestro estudio y lo reportado por otros autores ($\alpha = 0.05$).

No se consideraron los resultados audiológicos posquirúrgicos por no estar contemplados en los objetivos de este estudio.

Conclusiones

Según los porcentajes obtenidos por estudios previos reportados en la bibliografía en la integración del injerto en la cirugía de timpanoplastia, en los pacientes con otitis media crónica simple no colesteatomatosa, se concluye que 85.7% de los 56 pacientes evolucionaron con un neotímpano íntegro a los 12 meses, por lo que se considera que las técnicas quirúrgicas utilizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, en Sonora, tienen un buen pronóstico en relación con el éxito quirúrgico (curación). Esto confirma que la cirugía de timpanoplastia es un procedimiento que todo médico residente de otorrinolaringología debe realizar durante su adiestramiento con resultados similares a los esperados por los médicos adscritos.

Agradecimientos

Al M. en C. Prof. Miguel Norzagaray, asesor estadístico.

Bibliografía

1. Lee, KJ. Essential otolaryngology. Medical examination publishing, 2002.
2. Adkins W, White B. Type I tympanoplasty: influencing factors. Laryngoscope 1984;94:916-8.
3. Rizer F. Tympanoplasty: a historical review and a comparison of technique. Laryngoscope 1997;107:1-36.
4. Cummings C, Freidrickson J, Harker L, et al, editors. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 3rd ed. St Louis: Mosby, 1998;pp:3027-43, 3051-73.
5. Narváez E, Reynoso-Othón J. Eficacia de la solución de Burrow vs ciprofloxacino ótico en el tratamiento de la otorrea. Acta Médica de Sonora 2007;p:24.
6. Fisch U. Timpanoplastia, mastoidectomía y cirugía del estribo, 1994;p:39.
7. Brackman D. Otolologic surgery. Saunders, 1994.
8. Mishiro Y, Sakagami M, Takahashi Y, Kitahara T, et al. Tympanoplasty with and without mastoidectomy for

- non-cholesteatomatous chronic otitis media. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258(1):13-15.
9. Albu S, Babighian G, Trabalzini F. Prognostic factors in tympanoplasty. *Am J Otol* 1998;19(2):136-40.
 10. Díaz A, Chiossone J, Mattei R, Caibe G. Complicaciones de la otitis media crónica: experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 1996;24(3):167-73.
 11. Nadol JB Jr. Causes of failure of mastoidectomy for chronic otitis media. *Laryngoscope* 1985;95:410-3.
 12. Podoshin L, Fradis M, Ben-David J, Malatskey S. Results of surgery for chronic otitis media: a 5-year study. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 1995;116(2):109-13.