

Timpanoplastías: revisión de 4 años

Tympanoplasties: revision of 4 years

Viviana Vergara T¹, Margarita Arancibia S¹, Juan Maass O²,
Lorena Tapia F², Miguel Cumsille³.

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue evaluar los resultados anatómicos y audiológicos de las timpanoplastías realizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios entre 1996 y 1999. Para ello se revisó las fichas clínicas de pacientes operados por primera vez y que tuvieran control médico y audiometría postoperatoria. Se trabajó con un total de 113 oídos operados. El promedio de edad fue 27,5 años. No hubo diferencia según género. La miringoplastía aparece como la cirugía más realizada. El éxito anatómico alcanzó el 90,3 % y la mejoría auditiva fue significativa en miringoplastías y timpanoplastías tipo I. El 86,7% de nuestros pacientes no tuvo complicaciones.

Palabras claves: miringoplastía, timpanoplastía.

SUMMARY

The purpose of the study is to evaluate the anatomic and audiological results of tympanoplasties carried out at the ENT department of the Hospital San Juan de Dios, between 1996 and 1999. The clinical records of patients that undergo tympanoplasties for the first time, and that present postoperative medical control and audiometry are reviewed for this purpose. A total of 113 ears operated are analyzed. The average age is 27.5 years, with no difference according to gender. Myringoplasty is the surgery performed most often. The anatomic success reaches 90.3% and the auditory improvement is significant in myringo and tympanoplasties type I. 86.7% of the patients don't present complications.

Key words: myringoplasty, tympanoplasty.

Presentado en Reunión de Sociedad Chilena de Otorrinolaringología. Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello. Abril de 2001. Santiago, Chile.

1 Médico Servicio Otorrinolaringología Hospital San Juan de Dios.

2 Interno 7° año carrera de Medicina Universidad de Chile.

3 Estadístico Escuela de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

Al iniciar esta revisión, quisimos saber cuándo comenzaron las técnicas microquirúrgicas del tipo timpanoplastías. El concepto de miringoplastia fue introducido por Berthold en Viena en 1878, quien inició la práctica del cierre de la membrana timpánica aplicando un parche de tela adhesiva al tímpano por varios días y que al ser retirado originaba una desepitelización sobre la cual apoyaba un injerto de piel¹.

Posteriormente, Wullstein en 1952, creó la técnica de timpanoplastia conocida hasta hoy día, confeccionando una serie de instrumentos y materiales para ello¹.

Los injertos que se han usado para reparar perforaciones han sido muy variados, desde piel obtenida de diversos sitios, vena tomada principalmente del dorso de la mano, o vena de banco, peritoneo, grasa, amnios, periostio, fascia, pericondrio o injertos combinados de cartilago pericondrio².

En nuestro país en 1956 se publicó en nuestra revista la primera revisión sobre indicaciones y técnica de timpanoplastia, dando cuenta principalmente de resultados funcionales más que anatómicos, ya que fue en esa época cuando se produjo un cambio en la intención de la reparación quirúrgica de la otitis media crónica. Previo a esto la mayoría de los casos llegaban complicados o con colesteatomas³.

Los primeros trabajos realizados en nuestro medio fueron publicados por Barroilhet, Emhart y Otte Gabler. Los éxitos anatómicos reportados son variables, ya que se realizaba cirugía radical y en un segundo tiempo, la timpanoplastia⁴⁻⁶.

Los éxitos anatómicos publicados en los años 1978-1980-1983-1987, corresponden a cifras que varían entre 50 y 72%⁷⁻¹¹. Posteriormente, trabajos realizados en niños mostraron mejores resultados¹². En 1990 se reportó un 96% de éxito anatómico y 77% de éxito funcional, en un grupo de adultos utilizando exclusivamente técnica retroauricular con injerto periostio mastoide¹³.

La prevalencia actual de la otitis media crónica ha disminuido desde un 2,12% en 1973, a un 0,3% en 1999^{14,15}. Se desconoce la prevalencia

actual de las complicaciones meningoencefálicas o la presencia de colesteatoma, pero aparentemente también han disminuido, lo que nos permite dedicarnos a la cirugía funcional o preventiva.

Hemos querido revisar los resultados de las timpanoplastias realizadas en nuestro servicio desde el año 1996, ya que, en ese año se produjo un recambio del equipo médico, creándose un comité al que se presentan todos los pacientes candidatos a cirugía, entregándosele una recomendación al cirujano. Así, prácticamente todos los miembros del equipo realizan esta cirugía, acompañando o ayudados por residentes. Antiguamente, éstas eran realizadas sólo por un grupo médico reducido.

El propósito del trabajo fue evaluar resultados anatómicos, audiológicos y la presencia de complicaciones, específicamente integridad timpánica, posición del neotímpano, promedios tonales pre y postoperatorio, presencia de reperfusión, de quistes de inclusión epidérmicos y presencia de colesteatoma de caja.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre 1996 y 1999 en el Hospital San Juan de Dios se operó aproximadamente 264 oídos portadores de otitis media crónica. Se excluyó del estudio las operaciones radicales de oído, los cierres de caja, las reoperaciones y las timpanotomías exploratorias. Se incluyó entonces, las miringoplastias y timpanoplastias efectuadas por primera vez, que tuvieran control postoperatorio completo, es decir, control médico y audiometría postoperatoria. Las perforaciones timpánicas de los oídos analizados correspondían a: otitis media crónica secundarias a punciones aspiradoras timpánicas y perforaciones traumáticas. Se trabajó finalmente con 113 oídos operados.

Se revisó las fichas clínicas de los pacientes, obteniéndose datos según protocolo diseñado para este fin. Se consideró el último control médico registrado en la ficha clínica y la última audiometría. Se definió buen resultado auditivo cuando hubo una mejoría de 10 o más dB en el promedio tonal puro (PTP) aéreo post operatorio, respecto al preoperatorio y se habla de resultado

satisfactorio cuando la variación del PTP postoperatorio fue menor a 10 dB o no hubo diferencia entre PTP aéreo pre y postoperatorio o cuando disminuyó en menos de 10 dB. Decimos que el paciente empeoró cuando tuvo una caída mayor a 10 dB en el PTP aéreo postoperatorio.

Los datos fueron procesados y analizados en los programas estadístico Epi Info y Stata, utilizando pruebas de significancia estadística, como test de Wilcoxon, test exacto de Fisher, test de Chi cuadrado.

RESULTADOS

El 65% del grupo en estudio estuvo constituido por mujeres (Figura 1). El promedio de edad fue de 27,5 años, con un mínimo de 7 años y un máximo de 68 años. El grupo de edad predominante estuvo en el rango de 10-19 años con un 36,3%.

Un 73% de los pacientes inició su cuadro en la infancia. La otorrea fue el signo clínico más prevalente (96%). El tiempo de oído seco previo a la cirugía fue en promedio 20,8 meses.

No hubo diferencia con respecto al oído operado (Figura 2).

La miringoplastia fue la cirugía más frecuentemente realizada (Figura 3). La vía de elección fue la retroauricular (90,3%) y el injerto fue mayoritariamente tomado de la fascia del músculo temporal (89,4%). El injerto fue colocado lateral al remanente en el 88,5% de los casos. En las timpanoplastias la evaluación de cadena reveló rigidez en un 46% y la causa de ello se muestra en la Tabla 1.

El tiempo de seguimiento anatómico fue en promedio 22 meses y el audiológico fue de 14 meses.

Se encontró neotímpano íntegro en el 85% de los oídos operados. De los 17 oídos reperforados, 6 cerraron espontá-

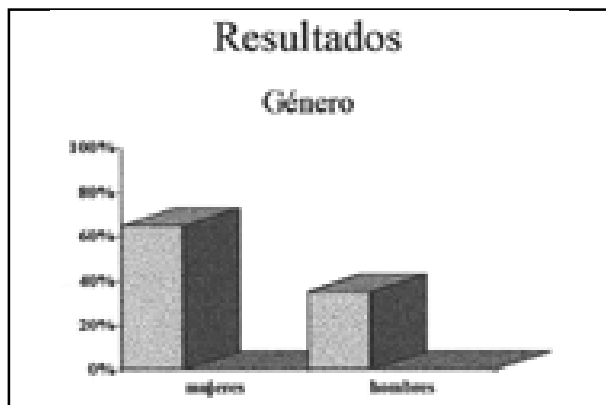


Figura 1.



Figura 2.

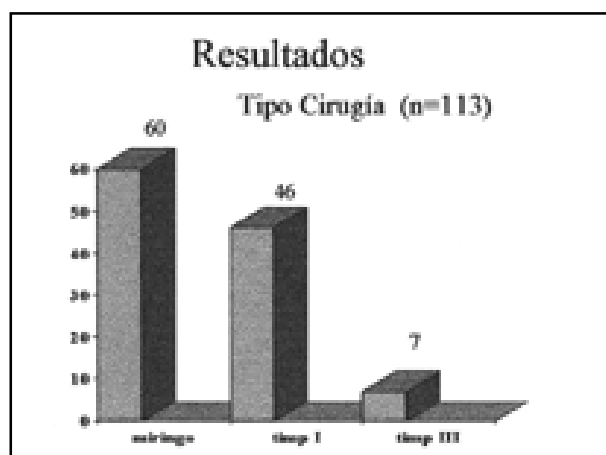


Figura 3.

neamente o con medidas como aplicación de papel de arroz o ácido tricloroacético. De los 11 fracasos restantes, 6 pacientes fueron reoperados y están con tímpanos intactos actualmente. El resto está en espera de cirugía. Por lo tanto, podemos hablar de un éxito anatómico de 90,3% con una primera cirugía.

De los pacientes que se reoperaron, el 53% lo hizo dentro de los primeros cuatro meses postcirugía. El grupo de pacientes con edades entre 0 y 49 años tuvo tasas de reoperación que variaron entre 0 y 20%, el grupo constituido por pacientes entre 50 y 59 años tuvo una tasa de reoperación de 50% (se reoperaron 3 de 6 pacientes). Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

El neotímpano se encontró en buena posición en el 76% de los casos. En el porcentaje restante, el injerto se observó retraído y lateralizado en igual proporción (12%).

Respecto a los resultados auditivos, en forma global, hubo mejoría significativa en el PTP aéreo de los pacientes operados. En el 56% de los oídos operados la mejoría auditiva fue igual o superior a 10 dB. El 29% de los pacientes quedó igual o mejoró menos de 10 dB. Según la edad, la mejoría auditiva fue significativa antes de los 35 años ($p=0,000$), no así después de esta edad.

Las miringoplastías y timpanoplastía I tuvieron mejor resultado auditivo (Tabla 2). En ambos tipos de cirugía la mejoría fue significativa ($p=0,000$), no así en la timpanoplastía III.

El 86,7% de los pacientes no tuvo complicaciones, el resto presentó quistes de inclusión epidérmicos (13 casos), luxación traumática de estribo (1 caso). No hubo colesteatoma de caja.

COMENTARIO

Se puede proyectar para nuestra población un éxito anatómico de 90% con una primera cirugía de oído.

Existe diferencia significativa entre edad y tasa de reoperación, siendo esta mayor en el grupo de pacientes cuyas edades fluctúan entre 50 y 59 años.

Tabla 1. Causas de fijación de cadenas

Causa	%
Bridas	39
Timpanoesclerosis	33
Interrupción	28

Tabla 2. Resultado auditivo según cirugía

Tipo cirugía	Mejor %	Igual %	Peor %
Miringoplastía	54	37	9
Timpanoplastía I	62	8	20
Timpanoplastía III	43	29	28

Un 56% de los pacientes tiene un buen resultado auditivo y en un 29% de ellos tuvo resultado satisfactorio.

Los pacientes menores de 35 años tienen mejoría significativa en PTP aéreo; al igual que aquellos operados con miringoplastías y timpanoplastías tipo I.

La mayoría de nuestros pacientes no tienen complicaciones derivadas de la cirugía de oído.

BIBLIOGRAFÍA

- EMHART O. Miringoplastías. *Rev otorrinolaringol*; 1967; 27: 38-56.
- CANTARUTTI R. Transplante de tejidos en el oído medio. *Rev otorrinolaringol*; 1971; 31: 111-5
- MASPETIOL R. Indicações y técnica de la timpanoplastía (RR). *Rev otorrinolaringol*; 1956; 16: 17,
- BARROILHET J. Nuestra experiencia en microcirugía del oído medio. *Rev otorrinolaringol*; 1958; 27: 38.
- EMHART O. Contribución al estudio de las timpanoplastías. *Rev otorrinolaringol*; 1959; 19:109.

6. OTTE GABLER J, EMHART O, COHN M. Timpanoplastías. Otitis media crónica supurada y su tratamiento quirúrgico. *Rev otorrinolaringol*; 1959;19: 20.
7. DARRITCHON E. Evaluación de Timpanoplastías. *Rev otorrinolaringol*; 1978; 38:72-4.
8. PLAZA E, OTTE-GARCÍA J. Análisis crítico de las timpanoplastías. *Rev otorrinolaringol cir cab-cue*; 1980;40:11-6.
9. PLAZA E, KRIMAN J. Evaluación de timpanoplastías por vía endoaural y con injerto de pericondrio. *Rev otorrinolaringol*; 1980; 40: 95-8.
10. CARO J, GLASINOVIC A, DUEÑAS R, ELISSALDE L. Análisis de 168 timpanoplastías. *Rev otorrinolaringol cir cab-cue*; 1983;40:17-23.
11. SANTAMARÍA A, CONTRERAS J, CABEZAS L. Resultados de timpanoplastía en niños con tímpano contralateral alterado. *Rev otorrinolaringol cir cab-cue*; 1987; 47:111-5.
12. CARO J, MATALÓN C. Timpanoplastía en niños. *Rev otorrinolaringol cir cab cue*; 1988; 58: 22-5.
13. HESS J, ROSENBLUT A. Timpanoplastías. Evaluación de resultados a mediano plazo. *Rev otorrinolaringol cir cab-cue*; 1990; 50: 9-12.
14. ROSENBLUT B, CÁRCAMO G, CARVAJAL T. Encuesta sobre otitis media crónica en escuelas de educación básica. Aspectos socioeconómicos involucrados en la producción de la enfermedad. *Rev otorrinolaringol*; 1973; 33: 22-4.
15. NIKLITSCHK E, SEGOVIA R. Prevalencia de otitis media crónica en población escolar, sector occidente de Santiago,1999. *Rev otorrinolaringol cir cab-cue*; 1999; 59: 65-71.

Dirección: Dra. Viviana Vergara T.
Servicio Otorrinolaringología
Hospital San Juan de Dios