

11236
2es.
1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado**

**Curso de Especialización en Otorrinolaringología
C.H. "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.**

**UTILIDAD DE LA SEPTUMPLASTIA EN
PACIENTES CON OTITIS MEDIA CRONICA
SUPURATIVA NO COLESTEATOMATOSA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

Médico Especialista en Otorrinolaringología

P r e s e n t a

Dr. Miguel Oscar Aguilar Gaxiola

Asesor: Dr. Héctor Ramírez Ojeda

México, D. F.

Enero de 1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE :

I)	INTRODUCCION	.....1
1)	OBJETIVOS	.....3
11)	GENERALIDADES	.....4
A-	DEFINICION	.....4
B-	ETIOLOGIA	.....4
C-	BACTERIOLOGIA	.....6
D-	PATOLOGIA	.....6
E-	CUADRO CLINICO	.....7
F-	DIAGNOSTICO	.....8
G-	TRATAMIENTO	.....10
II)	MATERIAL Y METODOS	.....13
III)	RESULTADOS	.....17
IV)	COMENTARIO	.....24
V)	CONCLUSIONES	.....27
VI)	BIBLIOGRAFIA	.....28

I. INTRODUCCION

El presente trabajo trata sobre aquellos pacientes que cursan con otitis media crónica supurativa no colesteatomatosa y, que además se encuentran asociados con desviación septal uni o bilateral -- del tipo semiobstructivo u obstructivo. Esta enfermedad es de gran interés para el otorrinolaringólogo y para el médico general; siendo ésta para el primero una de sus principales causas de consulta --- (1,2,3).

El principal interés de la inflamación crónica del oído medio-- es que su comportamiento es muy diferente que el de las inflamaciones agudas; éstas últimas son de inicio rápido como de resolución y usualmente libre de significantes secuelas, su curso, es en las crónicas lento e insidioso y tiende a ser persistente y destructivo, la curación puede ocurrir espontáneamente, sin embargo casi siempre su curso es progresivo dejando secuelas irreversibles, pudiendo en ocasiones tener complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente (absceso cerebral, trombosis del seno lateral, etc...) (3, 22).

Dadas las características del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" en México D.F., en donde se concentran los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; en su departamento de otorrinolaringología se concentra también la patología otológica, donde se pudieron coleccionar los casos su

ficientes de este padecimiento y así tratar de resolver algunas dudas que presentó esta entidad.

Es un trabajo prospectivo, longitudinal, abierto experimental y comparativo, ya que se incluyeron los casos de otitis media crónica supurativa no colesteatomatosa asociados a desviación septal de los dos últimos años, que se presentaron posterior a la iniciación del estudio.

Por lo común del padecimiento se hace una revisión extensa de las publicaciones relacionadas hasta la fecha y se menciona la teoría en relación a su etiología características clínicas, métodos de diagnóstico y tratamientos propuestos hasta la fecha.

En estas inflamaciones crónicas y progresivas del oído medio, el otorrinolaringólogo debe suprimir la enfermedad lo antes posible e intentar restaurar el oído medio a su mejor función.

i OBJETIVOS :

- 1-) Valorar la utilidad de la práctica de la septumplastia en pacientes con otitis media crónica supurada no colesteatomatosa.
- 2-) Conocer las complicaciones de este procedimiento quirurgico.

ii) GENERALIDADES :

A- DEFINICION:

Otitis media crónica es una enfermedad en la cual hay una inflamación crónica del oído medio y mastoides con perforación de la membrana timpánica y descarga (otorrea).

La mastoiditis es invariablemente una parte del proceso patológico. Esta condición ha sido llamada simplemente otitis-media crónica, pero este término puede ser confundido con el de otitis media crónica con efusión, en el cual no hay perforación presente. También ha sido llamada otitis media crónica supurativa y mastoiditis, otitis media purulenta y otomastoiditis crónica. Cuando el colesteatoma está presente el término de otitis media crónica supurativa con colesteatoma es usado. Colesteatoma es una acumulación de epitelio escamosoqueratinizado estratificado descamado en el oído medio u otras porciones pneumatizadas del hueso temporal (2,7).

B- ETIOLOGIA:

Aunque la patogénesis de esta enfermedad no es completamente conocida, puede ser compleja y variar de un paciente a otro, se cree que la alteración en la aeración del oído medio

es uno de los factores principales que llevan a la supuración del mismo y a varios estados patológicos crónicos (1,3,10,13,20). Se considera que la mayoría de los casos el estado crónico es secundario a un ataque agudo de otitis media en el cual la perforación de la membrana timpánica se ha desarrollado seguido por una descarga (otorrea) (3,5,14).

Aunque la fisiología de la nariz y del oído no debe ser separada, cada cosa está conectada con cada cosa por lo que es importante conservar en mente el cuadro total, el oído y la nariz están los dos conectados y no son compartimientos separados. Las enfermedades del oído y de la nariz a menudo son bilaterales, los principales factores influenciadores de uno y otro usualmente actúan en alguna combinación uno con otro, siendo uno de ellos la alteración del flujo nasal y drenaje por desviación septal. Esta puede alterar la fisiología normal del tracto respiratorio superior y de esta manera ser uno de los factores que causan enfermedades de la nariz y oído, y debe ser corregido para restablecer el normal funcionamiento de la trompa de Eustaquio (1).

Las alteraciones de la trompa de Eustaquio representa el 47% de las causas de la patología crónica del oído medio y es un factor del aumento de exudado en el mismo (7,8,11).

C- BACTERIOLOGIA:

La flora bacteriana encontrada varía considerablemente, la mayoría de los investigadores han encontrado que los organismos predominantes son usualmente bacterias gram negativas, entre ellas la *Pseudomonas aeruginosa* es la más frecuente y el resto de los representantes aeróbicos es una flora mixta de organismos como *Proteus*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pyogenes*, etc. De los organismos anaeróbicos el *Bacillus fragilis* es el más frecuentemente encontrado (8,10, 11,22).

D- PATOLOGIA :

La membrana de la mucosa del oído medio puede estar engrosada por edema, además puede existir fibrosis de la submucosa e infiltración con células inflamatorias crónicas (linfocitos, fibroblastos). El edema de la mucosa puede progresar a la formación de pólipos o puede ulcerarse y la infección extenderse e involucrar el hueso temporal y formar tejido de granulación, trabeculaciones óseas y la progresión puede producir esteatitis de los huesecillos del oído medio y de la cápsula ótica; esta actividad puede llevar a la fistulización,--

invasión y destrucción del oído interno, de la dura madre, del canal del facial y extenderse mas lejos de los límites del hueso temporal (8,10).

E- CUADRO CLINICO :

Entre los signos y síntomas mas importantes de la otitis media crónica, es la otorrea. La otorrea y la supuración crónica del oído medio pueden indicar ya desde la primera exploración, la naturaleza del proceso patológico en cuestión. En general la otorrea de la otitis media crónica puede ser purulenta (material blanquecino espeso) o mucosoide (acuoso de menor consistencia) según la etapa de la inflamación. La expulsión de material acuoso se debe a la actividad de las glándulas secretoras del oído medio y la cavidad mastoidea asociado a material de degeneración (3,10).

Otro de los síntomas de importancia es la hipoacusia, la cual puede variar desde umbrales normales a total sordera dependiendo de la evolución del proceso patológico, aunque normalmente es de tipo conductivo.

El dolor es un síntoma raro en la supuración crónica del oído medio y cuando se presenta constituye un signo de gravedad. Puede significar una complicación debido a bloqueo de la salida de secreción, o que el proceso ha llegado a la dura madre, a la pared del seno venoso lateral o a la formación de un absceso cerebral.

El vértigo es otro síntoma grave que puede sugerir la presencia de otra complicación como la formación de fístula, la cual casi siempre se encuentra a nivel del conducto semi-circular horizontal.

Lo habitual es la presencia de la perforación de la membrana timpánica, la cual puede ser marginal, central o total, cuando la perforación es marginal o cerca de ático debe sospecharse de la presencia de colesteatoma (3,8,10).

F- DIAGNOSTICO:

Se lleva primero a efectuar una historia clínica completa, poniendo énfasis en los signos y síntomas anteriormente mencionados. Se efectúa un examen físico completo y se debe practicar una investigación sobre la causa (s) que estén ayudando a nuestro proceso patológico (3,5,10,19). Los cuales deben ser activamente tratados, porque la infección del oído me

dio puede no resolverse hasta que este (s) factor (s) predisponentes sean controlados (8).

Sin embargo una de las partes mas importantes de la evaluación es una completa examinación del conducto auditivo, membrana timpánica y si la perforación lo permite y si es suficientemente grande, hacer una revisión del oído medio a través de ella. Este examen es mejor llevado acabo con la ayuda de un otomicroscopio. Si una revisión adecuada no puede llevarse acabo, entonces se deberá hacer bajo anestesia general. Al mismo tiempo la otorrea debe ser aspirada y un cultivo de la cavidad media debe ser obtenido, además de una investigación sobre la posibilidad de la existencia de colesteatoma. La evaluación diagnóstica debe incluir frotis, cultivo para anaerobios y aerobios y sensibilidad a los antibióticos.

Debe hacerse limpieza total del conducto auditivo por aspiración y a través de la membrana timpánica (6,8,13).

Una audiometría debe ser llevada a cabo, para valorar la extensión de la hipoacusia conductiva y si ya existe componente neurosensorial. Deben tomarse radiografías de los huesos temporales los cuales son útiles en determinar la extensión del proceso patológico y descartar la posibilidad de la existencia de un colesteatoma o una neoplasia (3,6,8,10,13).

G- TRATAMIENTO :

El manejo médico de la otitis media crónica supurada que se emplea está dirigido hacia la eliminación de la infección del oído medio y mastoides. Ya que las bacterias mas frecuentes cultivadas de los oídos con secreción crónica no son los mismos responsables del episodio inicial de otitis media aguda; agentes antimicrobianos efectivos contra esos organismos son seleccionados (8).

Hoy, agentes ototópicos son elaborados para tratar enfermedades tales como la otitis media crónica supurativa con perforación timpánica (8,9).

El primer objetivo del tratamiento es hacer el medio ambiente menos hospitalario para el microorganismo; la aspiración remueve las secreciones y material de desecho que de no hacerlo serviría de medio de cultivo. Ya que la mayoría de los organismos crecen mejor en un medio alcalino, las soluciones irrigantes y medicamentos deben ser ligeramente ácidos. La mayoría de las preparaciones óticas contienen ácido bórico o ácido acético o algún otro tipo de ácido. Esto provee actividad antiséptica no específica contra bacterias y hongos (8,9).

Un número de preparaciones óticas contienen antibióticos:- La neomicina tiene un amplio espectro y es un agente simple en-

varios de ellos; su actividad antimicrobiana es de especial valor contra *Estafilococo aureus* (pero no contra otros organismos gram positivos) desafortunadamente la neomicina es uno de los aminoglucósidos viejos en contra de los cuales la *Pseudomona aeruginosa* ha llegado a ser resistente (8,9,10,22):

La polimixina es otro antibiótico ótico tóxico popular y su especial valor es su efectividad contra *Pseudomona aeruginosa*. Es también activa contra otros pocos bacillos gram negativos pero no contra *Estafilococo aureus* u otros organismos gram positivos y tampoco como contra anaerobios (8,9).

Como la mayoría de los investigadores han encontrado que *Pseudomona aeruginosa* es el organismo patógeno mas frecuentemente implicado en oídos crónicos supurativos (*Proteus*, *Estafilococo aureus* y *Escherichia coli* son también frecuentes) -- las preparaciones que contienen ambos antibióticos polimixina y neomicina son muy populares, porque la actividad del espectro antimicrobiano es muy amplio con esas combinaciones (8,9).

Por lo tanto para el tratamiento médico de la otitis media crónica supurativa, la combinación neomicina polimixina es una lógica elección de inicio asociado a procedimiento de limpieza (8).

Lo ideal seria que los pacientes acudieran diariamente pa

ra asóracón y limpieza del oído y la aplicación de las gotas óti-
cas bajo visión directa diariamente, pero po las características
de nuestro servicio y pacientes (gran porciento foráneos) las-
visitas y controles son mensualmente.

Lo mas aceptable o racional es que inicialmente se debe tra-
tar con uno o mas de los métodos no quirúrgicos y si la otorrea-
persiste, estar en periódica observación y entonces la interven-
ción quirúrgica debe ser considerada, estas últimas opiniones de-
ben basarse sobre los signos y síntomas presentes y consederarse
las potenciales complicaciones y secuelas de ambos (8,10,22).

Solo cuando la otorrea falla en responder a la terapéutica-
médica intensiva, debe llevarse la cirugía del oído medio y mas-
toides para erradicar la infección (8).

II. MATERIAL Y METODOS :

Se seleccionaron los candidatos apropiados para este estudio del servicio de otorrinolaringología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", los casos fueron durante el año de 1984 y 1985. Fueron aquellos casos que presentaron otitis media crónica supurativa no colesteatomatosa que además se encontraban asociados a desviación septal unilateral o bilateral del tipo semiobstruictiva u obstructiva. No fueron incluidos en el presente estudio aquellos pacientes que presentaron otitis media crónica colesteatomatosa, otomicosis, otitis adhesiva, timpanoesclerosis, otitis tuberculosa asociado al padecimiento otológico de base; además se excluyeron los pacientes menores de 14 años, los que presentaron adenoiditis crónica, rinitis alérgica, rinitis vasomotora, poliposis nasal u otro tipo de tumoración nasal, además de aquellos casos que no tuvieron un mínimo seguimiento de 4 meses.

Nos ayudamos del equipo de laboratorio de pruebas especiales, al cual se le mandó practicar pruebas de citología nasal y la búsqueda de eosinófilos en el moco nasal, para buscar o descartar la asociación de un proceso alérgico agregado; se hicieron también cultivos nasales y faríngeos y se dió tratamien

to de erradicación en los casos que existió un foco séptico--nasofaríngeo.

También nos ayudamos del departamento de radiología, pues en este tipo de patología es y fué necesaria la práctica y obtención de radiografías especiales del hueso temporal (placas en posición de Schuller y tomografía lineal de mastoides) lo cual nos ayuda para localizar y delimitar la extensión de la enfermedad y así descartar la presencia de la formación de colesteatoma o cualquier otra neoplásia ótica, todo ésto aunado al estudio clínico completo.

Una vez seleccionados los casos que reunieron las características anteriormente mencionadas, los pacientes fueron asignados al azar en dos grupos, dicha asignación estuvo dada por el orden de llegada de los pacientes al servicio. Uno de los grupos fué seleccionado para que se le aplicara únicamente el tratamiento médico; el segundo grupo seleccionado se le aplicó además la septumplastía, el tratamiento médico se inició al mismo tiempo que la septumplastía.

El manejo médico consistió, debido a las características de nuestro hospital y del servicio (saturación de la consulta y gran cantidad de pacientes foráneos) de una revisión otorrinolaringológica mensual, la cual consistió en que bajo visión directa del otomicroscopio se realizó aspiración y limpieza --

del conducto auditivo externo y del oído medio a través de la perforación timpánica cuando ésta lo permitía, valorándose al mismo tiempo las condiciones del mismo, si persistió la otorrea y las características de la misma, las condiciones de la mucosa y la presencia o ausencia de secreción colesteatomatosa.

Posteriormente de la limpieza total, se aplicaron las gotas óticas de polimixina y neomicina directamente, el paciente estuvo posteriormente aplicándose una dosis de las mismas gotas óticas, tres gotas cada ocho horas en el oído (s) afectados. Además se instruyó al paciente en recomendaciones higiénicas locales necesarias, como el evitar la entrada de agua al oído al bañarse, evitar las albercas, el mar, etc.

Se elaboraron unas hojas especiales para el seguimiento de los casos, donde se recopiló mensualmente la forma del seguimiento del tratamiento, la evolución del padecimiento y donde además de los antecedentes de importancia, cada mes se reportó el estado físico en que se encontró el oído al momento del examen.

El segundo grupo que además del tratamiento médico se le practicó septumplastia, llevó el mismo seguimiento anteriormente mencionado, se vigilaron las complicaciones de la misma en éste tipo de pacientes. La variable primaria de éste estudio fué la presencia o ausencia de otorrea (hialina, mucóide, puru

lenta) o sea que cualquier tipo de secreción en oído medio se consideró como un oído humedo o enfermo. El oído que se mantuvo sin cualquier tipo de otorrea se consideró como un oído seco o sano, debiendo permanecer por un período de 4 meses como promedio mínimo. Siendo éste ya un buen estado para la práctica de una cirugía reconstructiva de oído medio (timpanoplastia).

La técnica que se utilizó para la corrección de las desviaciones septales (septumplastía) fué la técnica ideada por Cottle con la vía de acceso maxilar y premaxilar al tabique nasal. Se practicó hemitransficción derecha tipo Cottle hasta llegar al pericondrio y levantarlo y llegando en la porción posterior al periostio y levantándolo, esto a ambos lados del tabique nasal, exponiendo la desviación y permitiendo las correcciones necesarias de las deformaciones del esqueleto intraseptal. Ya completado el acto quirúrgico se colocó taponamiento nasal anterior bilateral y vendaje externo que fueron retirados a los 8 días (23,24).

En relación a que contábamos con dos proporciones en muestras apareadas el análisis estadístico se llevó a cabo mediante la aplicación de la prueba de la X^2 .

III. RESULTADOS :

El presente estudio contó con dos grupos, cada uno compuesto por 35 enfermos, sumando un total de 70 pacientes los estudiados. Tanto en el grupo 1 (tratamiento médico solamente) como en el grupo 2 (tratamiento médico más septumplastia) los resultados fueron parecidos; ambos fueron comparativamente similares, la edad de los pacientes al inicio del padecimiento, y los resultados se registraron en la tabla I los datos se analizaron bajo el método estadístico de la χ^2 , que resultó con valor de 1.13 siendo no significativo, (N.S.) y por lo tanto ambos grupos son comparables. El inicio del padecimiento fué principalmente en los primeros 9 años de vida, en el grupo 1 hubo un total de 14 casos y en el 2 hubo 15, lo que indica que casi la mitad de los casos se iniciaron en la infancia. La incidencia fué importante también en los 10 años siguientes, que sumándose a los anteriores en el grupo 1 hubo 26 sujetos (74.29%) y en el 2 con 25 (71.43%) el resto se repartió en todas las edades restantes, teniendo casos que se iniciaron después de los 50 años.

Se analizó también el promedio de edad de los pacientes, ambos grupos presentaron características similares, el promedio total del grupo 1 fué de 35 años con 8 meses y el 2 fué de

Tabla # I Edad al inicio del padecimiento

Edad (años)	Grupo 1 Número	Grupo 2 Número	Total
0 - 9	14	15	29
10 - 19	12	10	22
20 - 29	5	3	8
30 - 39	1	2	3
40 - 49	2	3	5
50 o más	1	2	3
Total	35	35	70

$$\chi^2 = 1.13$$

N.S. (no significativo)

35 años con 3 meses.

En relación al sexo de los grupos presentados, el grupo 1 contó con 20 casos del sexo femenino y 15 del masculino, el grupo 2 contó con 14 del sexo femenino y 21 del masculino.

En cuanto a los antecedentes y sintomatología otorrinolaringológica de importancia se encontró: El antecedente quirúrgico de adenoamigdalectomía en el grupo 1, lo presentaron 15 de los pacientes y en el segundo grupo, 11. Como dato sintomatológico importante por los problemas septales se investigó la obstrucción nasal, la cual estuvo presente en 24 enfermos (68.57%) del grupo 1 en 26 (74.29%) del grupo 2.

En la tabla II se registró el tiempo promedio de evolución del padecimiento, aquí fué donde se encontró un poco de diferencia entre los datos de cada uno de los grupos, pero también fué llevado su análisis estadístico en base a la prueba de la χ^2 , teniendo como resultado un valor de 6.45 y con los 3 grados de libertad no fué significativa la diferencia (N.S.) de los grupos por lo que siguieron siendo comparables. El promedio de la evolución del total de pacientes del grupo 1 fué de 20 años con 2 meses y de 18 años con 6 meses del grupo número 2, pero hubo 8 casos en el primer grupo y 7 en el segundo de más de 30 años de evolución del padecimiento.

Tabla # II Tiempo promedio de evolución del padecimiento

Edad (años)	Grupo 1 Número	Grupo 2 Número	Total
0 - 9	5	5	10
10 - 19	9	15	24
20 - 29	13	8	21
30 - 39	8	7	15
Total	35	35	70

$\chi^2 = 6.45$ N.S.

Se buscó la relación que existió entre el lado de la desviación septal y el oído afectado, los resultados se registraron en la tabla III; se encontró que en más del 50% en ambos grupos (19 enfermos osea 54.29% en el grupo 1 y 21.60% en el 2) la desviación del tabique nasal fué ipsilateral con el oído afectado, en 8 sujetos en el grupo 1 y 4 en el segundo la desviación septal fué contralateral al oído afectado; y el padecimiento otológico fué bilateral en 8 casos del grupo 1 y 10 del grupo 2. El análisis de éstos resultados dió una χ^2 de 1.66 (N.S.) con dos grados de libertad no teniendo significancia.

☉

En la tabla IV se registró la respuesta al tratamiento, en el grupo 1 (de solamente tratamiento médico) se encontró que hubo un total de 15 pacientes con oído seco o curado dando un total del 42.86% y se mantuvieron 20 casos con persistencia de otorrea dando un total de 57.14% de fracasos o falta de respuesta al tratamiento. En el grupo 2 (que además del tratamiento médico se les practicó septumplastía) hubo 24 individuos con curación (68.57%) y 11 fracasos. El análisis estadístico dió una χ^2 de 3.71 una Z de 1.92 y una P de 0.027 (Una cola).

En ningún grupo se nos presentó alguna complicación como resultado del tratamiento aplicado.

Tabla # III Relación de la desviación septal y el oído -
afectado

	Grupo 1	Grupo 2	Total
	Número	Número	
Desviación septal ipsilateral al Oído afectado.	19	21	40
Desviación septal contralateral al- oído afectado.	8	4	12
Casos en que el pa- decimiento otológico era bilateral	8	10	18
Total	35	35	70

$$\chi^2 = 1.66 \quad \text{N.S.}$$

Tabla # IV Respuesta al tratamiento

	Grupo 1 Número	Grupo 2 Número	Total
Curación	15	24	39
Persistencia de otorrea	20	11	31
Total	35	35	70

$$\chi^2 = 3.71$$

$$Z = 1.92$$

$$P = 0.027 \text{ (Una cola)}$$

IV COMENTARIO :

El padecimiento otológico en cuestión es un proceso infeccioso crónico, que es causa de una incidencia en la consulta externa de otorrinolaringología bastante alta, por lo que su importancia y su difícil solución nos llevó a la práctica de este estudio, para buscar en cierta forma una mayor comprensión en su evolución, factores coadyuvantes y tratamiento para la mejor solución a este problema.

Dentro del presente estudio se encontró que el promedio de tiempo de evolución del padecimiento de el total de los pacientes, fué de 20 años 2 meses en un grupo y de 18 años 6 meses en el otro grupo y que además se presentaron en ambos grupos casos de casi 40 años de evolución y sin resolución aún a su problema; lo que da una idea de lo difícil que es la evolución y más aún la solución del mismo, teniendo un alto porcentaje de estos casos que llegar a un hospital de tercer nivel.

Se observa clínicamente que en muchos pacientes están asociados problemas que no son o están propiamente en el oído, como ejemplo de esto tenemos el mal funcionamiento nasal secundario a desviación del tabique nasal, por lo que se tomó este tipo de pacientes para el estudio, tratando de valorar si el pro

blema nasal influye en el pronóstico del padecimiento otológico.

Se observó que arriba del 50% de los casos la desviación septal estaba del mismo lado que el oído afectado y que en casi un 70 % de los casos se encontró asociado a síndrome de obstrucción nasal.

Dentro del presente trabajo se encontraron situaciones por el tipo de hospital y pacientes estudiados. En un gran porcentaje los enfermos fueron foráneos y que asociados al saturamiento de la consulta externa su seguimiento no pudo ser muy corto, se citaron cada mes, siendo éste el tiempo mínimo con que pudimos contar. Por lo que se demuestra que la historia natural de este padecimiento es su tendencia a persistir hacia la cronicidad, por lo que su seguimiento médico especializado debe llevarse a intervalos cortos y de cerca, además que la mayoría de los casos se iniciaron en la infancia siendo en estos años cuando debe tratarse de resolver el problema y no dejar llegar a tantos años de evolución donde ya existen cambios irreversibles y las complicaciones son mas frecuentes.

Siempre se debe practicar una investigación minuciosa para buscar la causa (s) que podrían estar ayudando al proceso-

otológico y que de no resolverse éstos, es muy difícil que se resuelva el primero.

En la revisión que se realizó de la literatura de los últimos años, coincidió con lo encontrado en nuestro trabajo con respecto a la edad de los pacientes al inicio del padecimiento.

Los resultados del presente trabajo mostraron una respuesta mejor del problema otológico cuando se les arregló también su problema nasal (septoplastia) de estos 35 enfermos 24 presentaron curación, siendo el 68.57%; cuando no se les arregló el problema nasal, de los 35 enfermos presentaron curación 15 de ellos siendo el 42.86%, practicando el método analítico la diferencia es significativa, lo que nos lleva como resultado que es mejor el logro cuando se les arregla el problema nasal que cuando solo nos encamamos a resolver el problema otológico.

V CONCLUSIONES

- I. La otitis media crónica supurativa no colesteatomatosa es un padecimiento frecuente y con tendencia a la persistencia y de difícil resolución, por lo que cada uno de estos pacientes debe ser valorado integralmente y buscar causas coadyuvantes asociadas.
- II. Cuando este padecimiento se asocia a desviación septal debe practicársele septoplastia, por que los resultados en la solución del padecimiento otológico son mejores cuando se les practica septoplastia asociado a tratamiento médico, que cuando solo se les dá tratamiento médico.
- III. El seguimiento de cerca de estos pacientes es una base del manejo por su tendencia a la gran recurrencia y cronicidad.
- IV. No hay contraindicaciones de la práctica de septoplastia en pacientes con este tipo de problema otológico.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Gray, L. Deviated nasal septum. It's influence on the physiology and disease of the nose and ear. J. Laryngol. 1967; 81: 953-986.
2. Olbrich, H. Septum deformity and chronic mucosal supuration of the middle ear. Laryngol. Rhinol. Otol. 1961;40: 71-72.
3. Haugeto ok, et al. Chronic secretory otitis media. Acta Otolaryngol. (Suppl) (Stockb). 1979; 360: 192-194.
4. Andersen, Ms. et al. The effect of adenoidectomy on secretory otitis media in children. Acts Otolaryngol (suppl) (Stockb). 1979; 360: 195-197.
5. Arroyo Hernandez, J. et al. Detection of concomitant rhinopharyngotonsillitis and otitis in clinic of Cuatro-Cienegas Coahuila. SPM. 1979; 21 (5) : 569-572.
6. Hernandez, Goribar M. et al. Management of the chronically infected ear. Gac Med Mex. 1980;116: 181-186.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD
SALUD DE LA FAMILIA

7. H. Virtaen and T. Palva. The patulous eustachiantube and chronic middle ear disease. Acta Otolaryngol.-- 1981; 93: 49-53.
8. Bluestone, CD et al. Chronic suppurative otitis media antimicrobial therapy or surgery?. Pediatr Ann. 1984; 13 (5): 417-421.
9. Fairbanks, DN. Antibiotic ear drops use in the nonintact tympanic membrane. Pediatr ANN. 13 (5): 411-415.
10. Gross, CW. Recurrent suppurative otitis media. J. Arkansas Med Soc. 1983; 80 (7): 283-292.
11. Charles D. Bluestone, MD. Antimicrobial Therapy for otitis media with effusion (secretory otitis media). Pediatric Annal. 1984; 13 (5): 405-410.
12. Fairbanks DNF. Otic topical agents. Otolaryngol --- Head Neck Surg, 1980; 88: 327-336.
13. Kraener MJ, et al. Risk factors for persistent --- middle ear effusions. Otitis catarrh, cigarette smoke exposure and atopy. JAMA. 1983;249(8): 1022-1025.

14. Smyth GD, et al. Aetiology and treatment of persistent-- middle ear effusion. *J Laryngol Otol.* 1983; 97 (12): --- 1085-1089.
15. Sederberg, Olsen JF, et al. The prognostic of the air--- volume in the middle ear for the tendency to recurrence of secretory middle ear condition. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1983; 5: 174-187.
16. Jerome Klein MD. Antimicrobial profilaxis for recurrent- acute otitis media. *Pediatric Annals.* 1984; 13 (5): --- 398-403.
17. Juarez Nieto, et al. Aetiological factors in chronic se- cretory otitis in relation to age. *Clin Otolaryngol.* --- 1983; 8 (3): 171-174.
18. Grote JT. Middle ear effusion and upper airway infection. *Acta Otorhinolaryngol.* 1983; 37 (1): 67-71.
19. Szocs A. et al. Repeated infections of the upper respira- tory tract as a determining factor in chronicization of- otitis in infants and young children etiopathogenesis -- and therapeutics aspects. *Rev Clinic Otorinolaryngol.* --- 1983; 28 (4): 283-287.

20. Carl Erik Mabeck. Prescriptions of antibacterial drugs--
for treatment of otitis media and upper respiratory ---
tract infections in general practice in Denmark. Acta--
Otolaryngol, 1981; 93: 69-71.
21. Anita Bylander, Upper respiratory tract infection and--
Eustachian tube function in children. Acta Otolaryngol.
1984; 97: 343-349.
22. Mirko Tos, Upon the relationship Between secretory ---
otitis in children and chronic otitis and it's sequelae
in adult, The J Laryngol Otol, 1981; 95: 1011-1022.
23. Cottle, M, et al. The maxilla - pmaxilla approach to ex-
tensive nasal septum surgery. Arch Otolaryngol. 1958;--
68: 301-313.
24. Cottle, M. Concepts of nasal physiology as related to--
corrective nasal surgery, Arch Otolaryngol. 1960; 72--
11-12,