

11236

2/
Ley



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

OTITIS MEDIA CRONICA:
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. MARIA CRISTINA ESTRADA CORREA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DR. J. GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA

ASESOR: DR. J. GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

278554 1999



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.

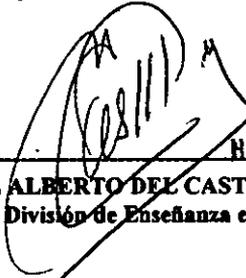
**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
OTORRINOLARINGOLOGIA**



DR. J. GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA
Profesor Titular Del Curso
DIVISION DE OTORRINOLARINGOLOGIA.



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO



DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA ENSEÑANZA
Jefe de la División de Enseñanza e Investigación



DR. J. GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA
Asesor de Tesis.

*Gracias a ti DIOS
por el soplo de la vida
y por permitirme, a través del
conocimiento, realizar estas mis metas.*

*Gracias a mis padres Pilar y Cándido; a mis hermanos: Cándido,
Ramón, Héctor, Pilar, Dolores, Leonor, Elisa
y Jorge, por su apoyo incondicional, y por
creer en mí.*

*Gracias a mis maestros doctores del Hospital
Juárez de México, por brindarme el conocimiento
y, especialmente, a aquéllos que me brindaron la mano
amiga en los momentos de desesperación y angustia,
a ellos sólo puedo decirles: "Gracias por su confianza,
espero no defraudarla".*

*Gracias a mis amigas (Bere, Bety, Chela y Martha)
por compartir no sólo nuestros problemas profesionales,
sino también los de la vida.*

*Gracias a mis compañeros residentes, a Conchita,
Ofelia y Malena, porque siempre recibí sus
estímulos para continuar adelante.*

Gracias a tí, M.Á., por acordarte siempre de mí... ..

*Y qué puedo decir de tí, Hospital Juárez de México
si me abriste tus puertas y me ofreciste los medios
para iniciar este camino. GRACIAS.*

INDICE

	<i>Pág.</i>
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	01
OBJETIVO	17
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
TIPO DE ESTUDIO	21
MATERIAL Y METODOS	23
RESULTADOS	26
GRAFICAS	30
DISCUSION	48
BIBLIOGRAFIA	51

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La **Otitis Media Crónica** supurada ocurre como una complicación de **Otitis Media Aguda**, tratada inadecuadamente o sin tratamiento. Es una condición activa con oído húmedo.

Shambaugh clasifica a la **Otitis Media Crónica** en 4 tipos:

- a) supurativa;
- b) alérgica;
- c) tuberculosa; y
- d) con colesteatoma.

Proctor en 1978 refiere las siguientes causas predisponentes de **Otitis Media Crónica**: paladar hendido, tumores en nasofaringe, hipertrofia adenoidea, infecciones en adenoides y senos paranasales con estasis linfática, inflamaciones alérgicas de la mucosa tubárica y diafragma timpánico, trastornos metabólicos como hipotiroidismo, enfermedades de la colágena con endurecimiento de ligamentos tubáricos y cartílagos, y parálisis ciliar de la mucosa tubárica en fumadores (8)

Los microorganismos encontrados son usualmente bacilos gram-negativos y en menor escala gram-positivos. *Friedman* en 1957, encontró en 1700 pacientes la siguiente bacteriología por orden de frecuencia: *Staphylococcus aureus*, *Bacillus Proteus*, *Staphylococcus aureus resistente a la penicilina*, *Pseudomonas pyocyanea*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pyogenes hemolytico*, *Streptococcus viridans* y *Streptococcus pneumoniae*.

Cody y Taylor 1978, identificaron como organismos más frecuentes a *Pseudomona aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y *Proteus*. (8)

Kenna en 1988, en 57 oídos de niños encontró: *Pseudomona aeruginosa*, *Diphtheroides*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumonia*, *Haemophilus influenza*, *Escherichia coli*, *Candida albicans*, *Candida parapsilosis* y otras. (6)

Las estadísticas nacionales de 144 pacientes, muestran los siguientes gérmenes más frecuentes en Otitis Media Crónica: *Pseudomona aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Bacteroides sp*, *Candida albicans* y *E. coli* (11).

Se consideran a las *bacterias anaerobias*, factor importante en la falla durante la fase aguda de la Otitis media. *Jokipi* las ha encontrado en sus estudios de aspirados en niños.

Sugita R. et all, examinó 760 casos de Otitis Media Crónica encontrando en 81 casos las siguientes bacterias anaerobias: *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Veillonella*, *Streptococcus microaerofilico*, *Propionibacterium*, *Lactobacillus*, *Clostridium*(9).

Brook I., reporta que en Otitis media supurada y mastoiditis las siguientes bacterias anaerobias más frecuentes: *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* y *Fusobacterium* (10).

Los aspectos anatomopatológicos y funcionales de Otitis Media Crónica, no colesteatomatosa, que se toman en consideración en la valoración preoperatoria son los siguientes:

- ◆ Grado y tipo de pérdida auditiva.
- ◆ Presencia de perforación.
- ◆ Localización de la perforación.
- ◆ Tamaño de la perforación.
- ◆ Estado de la cadena oscicular.

- ◆ Estado actual de la mucosa del oído medio.
- ◆ Función de la Trompa de Eustaquio.
- ◆ Presencia de adherencias.
- ◆ Infección bacteriana.
- ◆ Neumatización de la mastoides.
- ◆ Presencia de Timpanoesclerosis.
- ◆ Otitis externa concomitante.

Las siguientes condiciones de Otitis Media Crónica, no colesteatomatosa, requieren tratamiento quirúrgico:

- 1.- Otitis Media Crónica supurada.
- 2.- Secuelas de Otitis Media Crónica en oídos secos, o húmedos, perforación, con o sin patología en cadena oscicular.
- 3.- Timpanoesclerosis del oído medio con fijación en la cadena oscicular.
- 4.- Fijación ósea del Martillo y Yunque.

- 5.- Otitis obliterativa con membrana timpánica engrosada sin retracción, donde la cavidad timpánica esta ocupada con tejido fibroso y el orificio timpánico de la trompa de Eustaquio está bloqueado (Tos en 1979).
- 6.- Revisiones por varias razones: reperforación, pérdida auditiva, fijación oscicular, adherencias, retracciones, otorrea, etc.
- 7.- Reconstrucciones en cavidades radicales.
- 8.- Varias patologías en el conducto auditivo externo, tales como: exostosis, atresia adquirida y estenosis local o difusa secundaria al proceso infeccioso crónico.

COLESTEATOMA: Johannes Muller acuñó el término en 1838. El patólogo francés Cruveilhier lo llamó "tumor perlino" para denotar el aspecto nacarado de la masa. Otros autores como Schucknecht lo llamaron queratoma.

Se trata, sin duda, de una masa de queratina y no de grasa, y los cristales de colesterol, aunque a veces están en su interior, no constituyen su elemento principal ni distintivo.

Los colesteatomas, por su origen, se dividen en 2 categorías:

1. Congénitos.
2. Adquiridos.

En 1965, *Derlacki y Clemis* definieron colesteatoma congénito como un resto embrionario de tejido epitelial en el oído, sin perforación de la membrana timpánica en un sujeto sin antecedentes de infección otológica. (12).

En 1986, *Michaels L.* refirió que el colesteatoma intratimpánico congénito nace de una formación epidermoide persistente, que deriva del primer surco branquial. Esta masa de células epiteliales está en la unión de la trompa de Eustaquio y el oído medio y muestra involución normal hacia las 33 semanas de gestación. (12)

TEORIAS QUE TRATAN DE EXPLICAR LA FISIOPATOLOGIA DEL COLESTEATOMA ADQUIRIDO:

Teoría de Implantación e Invasión.- Dentro de ésta se considera el traumatismo con implantación de epitelio escamoso en porciones neumatizadas del hueso temporal, como resultado de una lesión penetrante o

por estallido. El colesteatoma por implantación puede ser también resultado yatrogénico de cirugía otológica, después de desplazamiento interno del epitelio, por parte del cirujano. Otra causa rara son los tubos de ventilación.

Teoría de Inmigración Invasión.- Sugiere que el colesteatoma nace de epitelio que ha migrado a través de una perforación de la membrana del tímpano.

Teoría de la Metaplasia.- Algunos investigadores sugieren la posibilidad de que el colesteatoma se origine de metaplasia del epitelio cúbico bajo, que por lo común está en el oído medio y su transformación en un epitelio escamoso estratificado y queratinizado, en sujetos con Otitis Media Crónica y recurrente.

OTRAS TEORIAS:

Por hiperplasia invasora de las capas basales de la piel del conducto auditivo externo junto al borde superior de la membrana del tímpano.

Asimismo, existe la idea de que el llamado colesteatoma adquirido primario, es decir, el del ático representa un resto embrionario de tejido epitelial en epitímpano, y por lo tanto es una lesión congénita y no adquirida.

Disfunción de la trompa de Eustaquio y saco de retracción en la patogenia del colesteatoma.

Los sitios más comunes, de los que surge el colesteatoma son: *la porción posterior del epítimpano y mesotímpano y la zona anterior del epítimpano.*

James L. Sheehy, del grupo Otológico de los Angeles, indica que la meta fundamental en la cirugía del colesteatoma auditivo es eliminar la enfermedad, para que el oído esté seco y estable. La segunda meta es restaurar y conservar la capacidad funcional del oído, la audición. El tercer objetivo es conservar el aspecto anatómico normal del oído, es decir, evitar una cavidad en la mastoides abierta. (12)

EVOLUCION EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA OTITIS MEDIA CRONICA:

1649 RIOLANDO, describió la primera operación de mastoides para aliviar la obstrucción de la trompa de Eustaquio y el acúfeno.

1736 JEAN PETIT, en París, hizo la primera operación de mastoides para mastoiditis aguda.

1776 **JASSER**, cirujano militar, operó con éxito la mastoides de un soldado con otomastoiditis.

1853 **WILLIAM WILDE**, en Dublín, introdujo la incisión retroauricular para la supuración del oído.

1863 **TURNBULL**, hizo la primera mastoidectomía en los Estados Unidos; **HINTON** en Inglaterra.

1873 **SCHWARTZE**, describió las indicaciones y la técnica para la cirugía de la mastoides. En el mismo año, **VON TROLTSCH** sugirió una modificación a la mastoidectomía simple de Schwartz, por observar fallas en la curación de la enfermedad y colesteatoma residual en el ático.

1889 **VON BERGMANN**, acuñó el término radical, cuando eran removidas paredes óseas posterior y superior del conducto auditivo externo.

1890 **ZAUFAL**, describió en detalle la técnica de la mastoidectomía radical que garantizaba el acceso y el dejar abiertas las áreas de enfermedad crónica, incluyendo la cavidad timpánica

1891 **STACKE**, describió la rotación de un colgajo de piel a la cavidad.

1878 **EMIL BERTHOLD**, realizó la primera miringoplastia en la Universidad de Konigsberg.

1899 **KORNER**, sugirió en algunos casos de Otitis Media Crónica, dejar íntegros los oscículos y membrana timpánica durante la cirugía, preservando la audición.

1910 **BONDY**, describió la técnica y las indicaciones para la cirugía radical modificada, en pacientes en los cuales había perforación de pars flácida y con pars tensa intacta, colesteatoma lateral pequeño y con cadena íntegra. 1951, la mastoidectomía perdía popularidad, a medida que se presentaban técnicas menos agresivas, tales como las descritas por **ZOLLNER** y **WULLSTEIN** de timpanoplastias, cuyo objetivo era mejorar la audición.

1958 **JANSEN**, reportó las timpanomastoidectomías con pared del canal intacto para remoción del colesteatoma, también fue el primero que describió la técnica de la timpanotomía posterior.

1973 **WRIGHT** y **GRIMALDI**. 1984 **BROWNING** 1987 **LUDMAN**, recomiendan como tratamiento estándar para las complicaciones intracraneales de origen otógeno a la mastoidectomía radical, exista o no colesteatoma.

EN 1965 SE PUBLICA LA TERMINOLOGIA PARA CIRUGIA DE OTITIS MEDIA CRONICA (1). LAS QUE INVOLUCRAN A LA MASTOIDES:

Timpanoplastia con mastoidectomía.- Es para erradicar la enfermedad en la cavidad del oído medio y mastoides y reconstruir el mecanismo de conducción del oído medio. Hay tres variaciones de la técnica: las primeras dos son con técnica de canal bajo:

- ◆ *Técnica de cavidad abierta, creación de una cavidad mastoidea permanente.*
- ◆ *Técnica de obliteración, creación de una cavidad mastoidea seguida por una obliteración.*
- ◆ *Técnica con canal intacto.*

Mastoidectomía Radical (Kuster en 1889).- Es realizada para erradicar la enfermedad del oído medio y mastoides, en la cual, cavidad mastoidea, caja timpánica y canal auditivo externo se transforman en una cavidad común (ésta no incluye utilización de injertos o procedimientos reconstructivos, y son removidos cadena oscicular y membrana timpánica con excepción del estribo).

Mastoidectomía Radical Modificada (Jansen 1873).- Es una cirugía realizada para erradicar enfermedad mastoidea en la cual la cavidad mastoidea, caja timpánica y canal auditivo externo son transformados en una sola cavidad (esta difiere de la radical en que la membrana timpánica, o remanentes de la misma y remanentes osculares son retenidos para preservar la audición sin injertos o procedimientos de reconstrucción).

Mastoidectomía Con Obliteración.- Es un procedimiento para erradicar la enfermedad con obliteración mastoidea.

Como se cita previamente, **Wullstein Y Zollner** fueron los que introdujeron los principios de la timpanoplastia, desde entonces la cirugía otológica se ha orientado a restaurar la función auditiva. La clasificación para reconstrucción de oído medio de Wullstein sigue siendo la mas sencilla, se divide en cinco tipos que son los siguientes:

Reconstrucción de Wullstein Tipo I.- Reconstrucción exclusiva de la membrana del tímpano recuperando el oído medio, ambas funciones que son protección sonora de la ventana redonda y transformación de la presión sonora en la ventana oval. Cadena de huesecillos íntegra.

Reconstrucción de Wullstein Tipo II.- Reconstrucciones timpanoplásticas como la transposición del Yunque, en que están intactos el Martillo y el Estribo.

Reconstrucción de Wullstein Tipo III.- Martillo y Yunque, ausentes por erosión ósea. La membrana timpánica hace contacto directo con la cabeza del estribo.

Reconstrucción de Wullstein Tipo IV.- No se cuenta con supraestructura del estribo, y la base de ese huesecillo está expuesta directamente a las vibraciones sonoras, el injerto timpánico se coloca directamente sobre la platina.

Reconstrucción de Wullstein Tipo V.- En ella, la ventana oval está obliterada por otoesclerosis o timpanoesclerosis, y la presión sonora penetra a través de una fenestración en el conducto semicircular horizontal, el injerto protege a la ventana redonda.

Los abordajes al oído medio son:

- ◆ **Endomeatal.**
- ◆ **Endaural.**
- ◆ **Retroauricular.**

Variantes: + **Superior.**
+ **Anterior.**

El abordaje endaural se utiliza para realizar miringoplastia o timpanoplastia, y la necesidad de abrir ático, antro o proceso mastoideo, existen variedades de incisiones como la de Heermann, Shambaugh, Lempert y Farrior.

El abordaje retroauricular da la exposición más amplia, se puede utilizar en las mastoidectomías de canal intacto, canal bajo, en la mayoría de las técnicas de cavidad obliterada, reconstrucciones del canal del oído. Actualmente se utiliza para cirugía del oído interno, cirugía del Nervio Facial y cirugía para Neurinoma del Acústico Translaberíntica.

Sabina Wullstein desarrolló el abordaje superior para epitimpanotomía osteoplástica. Este da una rápida exposición del sistema neumático del oído medio, del orificio de la Trompa de Eustaquio, mesotímpano, el ático y aditus. Nos da además, la oportunidad para extender la disección anteroinferior y posteroinferiormente al apex del proceso mastoideo. Nos ayuda a preservar la pared del canal del oído y la piel del meato auditivo.

El abordaje anterior fue introducido por Popper 1935, es utilizado únicamente para Timpanoplastia. (7)

PARA CIERRE DE LA PERFORACIÓN LOS INJERTOS MÁS UTILIZADOS SON:

- ◆ Fascia de músculo temporal. *Ortegren (1958-59)*.
- ◆ Pericondrio tragal. *Goodhill (1964)*.
- ◆ Pericondrio conchal.
- ◆ Cartilago conchal.
- ◆ Periostio. *Bocca (1958)*.
- ◆ Vena. *Shea (1958)*.
- ◆ Tejido adiposo. *Ringenberg (1962)*.
- ◆ Tejido subcutáneo. *Heermann (1963)*.
- ◆ Fascia lata.
- ◆ Piel del oído externo.

Siendo actualmente, *la fascia del músculo temporal* la más universalmente utilizada, por su fácil accesibilidad para su obtención (dentro del mismo campo quirúrgico) y lo abundante de la misma

OBJETIVO

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es: revisar los datos importantes pre-quirúrgicos, el tratamiento quirúrgico y los resultados post-quirúrgicos para erradicación de la enfermedad y resultado funcional final en pacientes con Otitis Media Crónica en el Hospital Juárez de México.

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Otitis Media Crónica, es una de las causas de demanda de atención más frecuentes en el *Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México* y, siendo una entidad que incide en la función auditiva y en no pocas ocasiones, ser origen de complicaciones que ponen en riesgo la vida al paciente, debe ser manejada lo más adecuada y oportunamente posible.

TIPO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de 150 pacientes con Otitis Media Crónica, en el período comprendido entre 1991 a 1994 que fueron tratados en el Hospital Juárez de México.

Se analizan:

- ◆ Edad y sexo de los pacientes.
- ◆ Tiempo de evolución .
- ◆ Oído seco o húmedo.
- ◆ Audiometría prequirúrgica (tipo de hipoacusia).
- ◆ Estudios radiológicos.
- ◆ Síntomas asociados como: vértigo, cefalea y acúfeno.
- ◆ Enfermedad unilateral o bilateral.
- ◆ Cirugía otológica previa.
- ◆ Localización de la perforación en la membrana timpánica.
- ◆ Tipo de colesteatoma (lateral o medial).
- ◆ Abordaje quirúrgico.
- ◆ Estado de la cadena oscicular durante la cirugía.

- ◆ **Colocación medial o lateral de la fascia de músculo temporal.**
- ◆ **Mastoidectomía con técnica abierta o cerrada.**
- ◆ **Integración de los injertos.**
- ◆ **Áudiometría postquirúrgica.**

RESULTADOS

RESULTADOS

Se excluyeron 48 pacientes por expediente incompleto, o no existir el mismo.

Sexo: 58 femeninos y 44 masculinos.

Edad: de 5 a 70 años.

El tiempo de evolución de la enfermedad varió desde 45 días hasta 35 años, con remisiones y exacerbaciones, con una media de 17 años.

El oído seco se encontró en 66 pacientes (64.7%), de los cuales el 80.3% cursaban con más de 3 meses con oído seco, el resto tenían un tiempo menor. El oído húmedo se encontró en 36 pacientes (35.3%), teniendo sólo 22 (61.1%) colesteatoma y, 14 pacientes (38.9%) sin colesteatoma.

La audición prequirúrgica: Conductiva en 49 pacientes (48.1%); Sensorial en 9 pacientes (8.8%); Mixta en 44 pacientes (43.1%).

El acúfeno lo encontramos en 43 pacientes (42.1%); el vértigo en 25 pacientes (24.5%); y la cefalea en 7 pacientes (6.8%).

Sesenta y seis pacientes con Otitis Media Crónica Unilateral (64.7%).
Treinta y seis pacientes con Otitis Media Crónica Bilateral (35.3%).

De los estudios radiológicos a los pacientes con timpanoplastia y oído seco, se realizó Rx simples, y en pacientes con oído húmedo Tomografía computarizada.

Cirugía otológica previa en 21 pacientes (20.5%) del total. Timpano-mastoidectomía en 7, y timpanoplastia en 14.

A la exploración física: en 93 pacientes (91.2%) perforación timpánica, y 9 pacientes (8.8%) con membrana timpánica íntegra; de los cuales 2 con tímpano azul, 1 con cirugía previa más colesteatoma, 3 con cirugía previa sin colesteatoma, 2 pacientes con Otitis Media Crónica serosa, y 1 con colesteatoma más vértigo.

El abordaje retroauricular se realizó en 80 pacientes (78.5%). Endomeatal 21 pacientes (20.6%). Endaural 1 (0.9%).

Los Hallazgos Quirúrgicos:

De los 22 pacientes con colesteatoma , 21 fueron mediales, y uno lateral.

Respecto a la cadena oscicular, en 67 pacientes (65.7%) íntegra; en 35 Incompleta: 9 de estos sólo tenían platina (25.7%); y 26 parcial (74.3%).

Las cirugías que envuelven mastoides se realizaron en 50 pacientes(49.1%), siendo mastoidectomías con muro bajo o técnica abierta en 29 pacientes(58%), y con técnica cerrada en 21 pacientes (42%).

Los injertos más utilizados fueron los de fascia temporal autólogos. Y la disposición medial en 29 cirugías (33.6%), y lateral en 48 cirugías (62.4%).

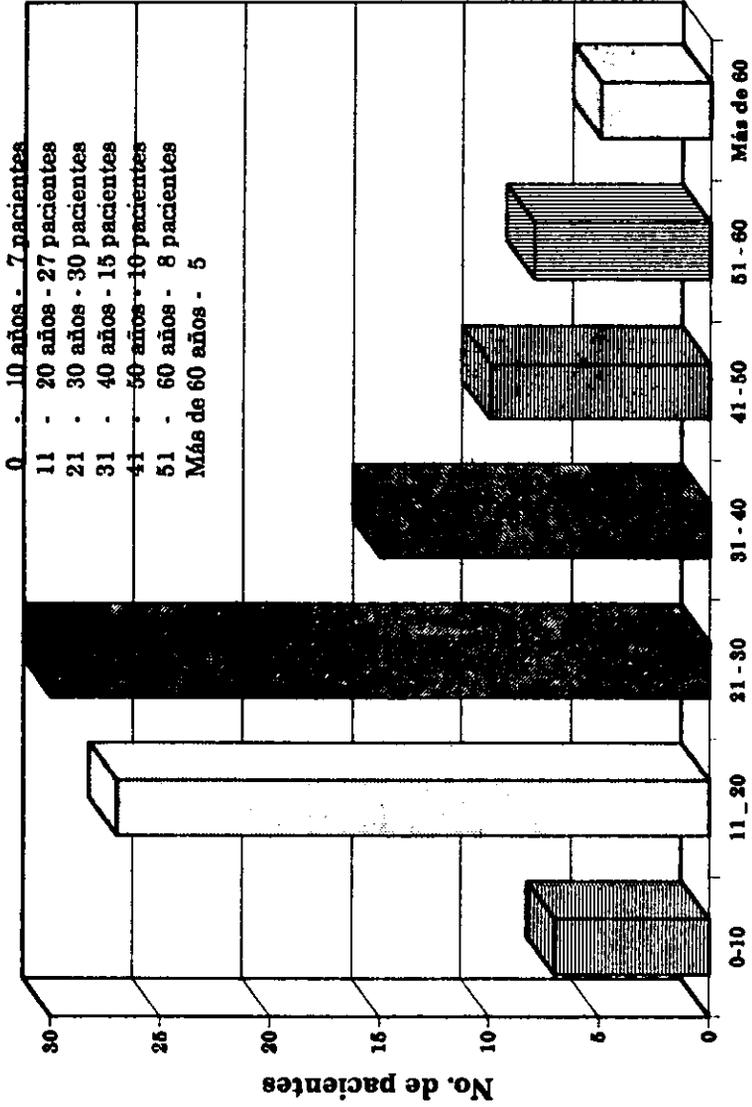
Se realizaron timpanoplastías en 52 pacientes (50.9%). Mastoidectomía con timpanoplastia en 21 pacientes (20.6%). Mastoidectomía radical en 25 pacientes (24.6%). Y mastoidectomía radical modificada en 4 pacientes (3.9%).

De los 77 oídos a los que se colocó fascia: en 51 se integraron (66.2%); y en 26 no se integraron (33.8%). De los oídos secos en 50 se integraron, y en los húmedos 1.

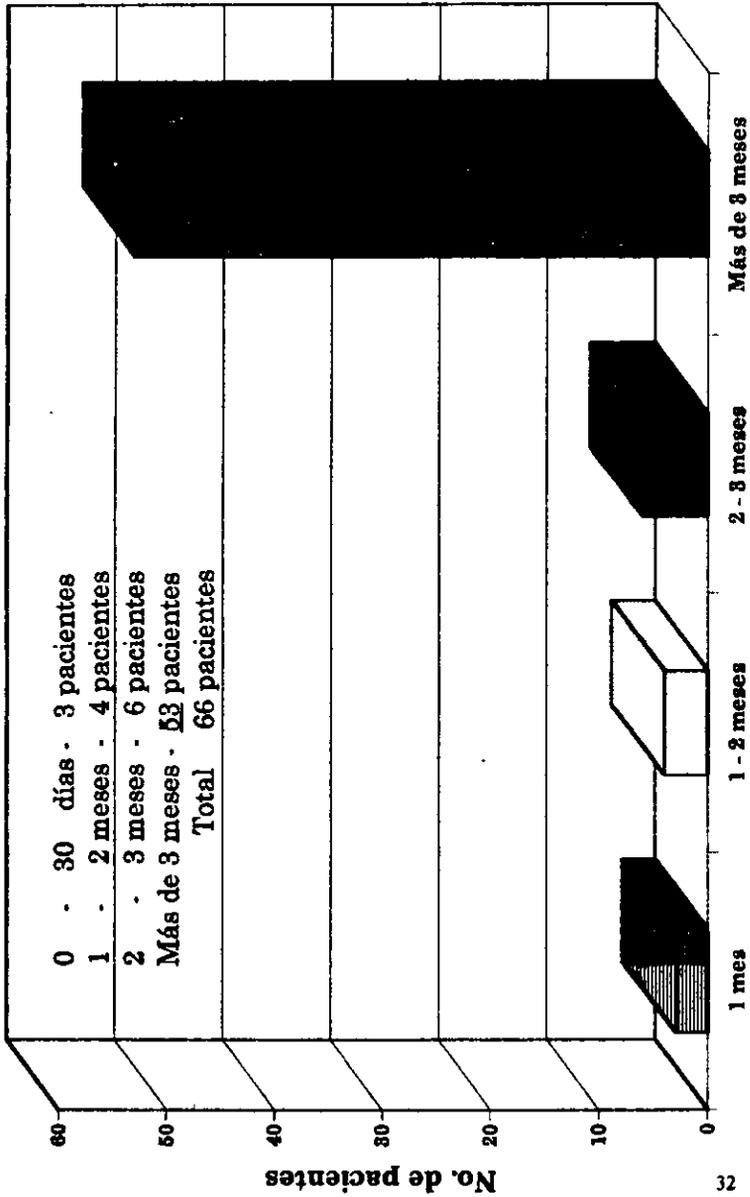
Audición postquirúrgica: en 26 pacientes (25.5%) la audición permaneció igual; en 27 pacientes (26.5%) ganancia auditiva; en 15 (14.7%) peor; y 34 pacientes (33.3%) no contaban con audiometría postquirúrgica.

GRAFICAS

EDAD DE LOS PACIENTES N-102

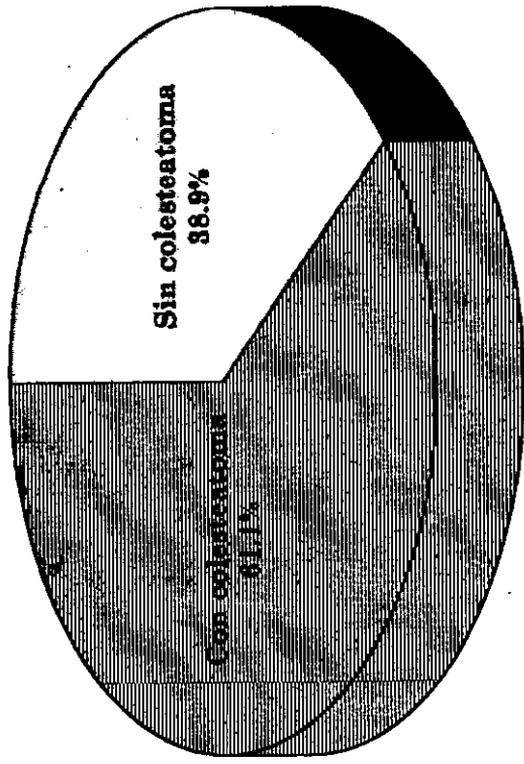


OIDO SECO N-102



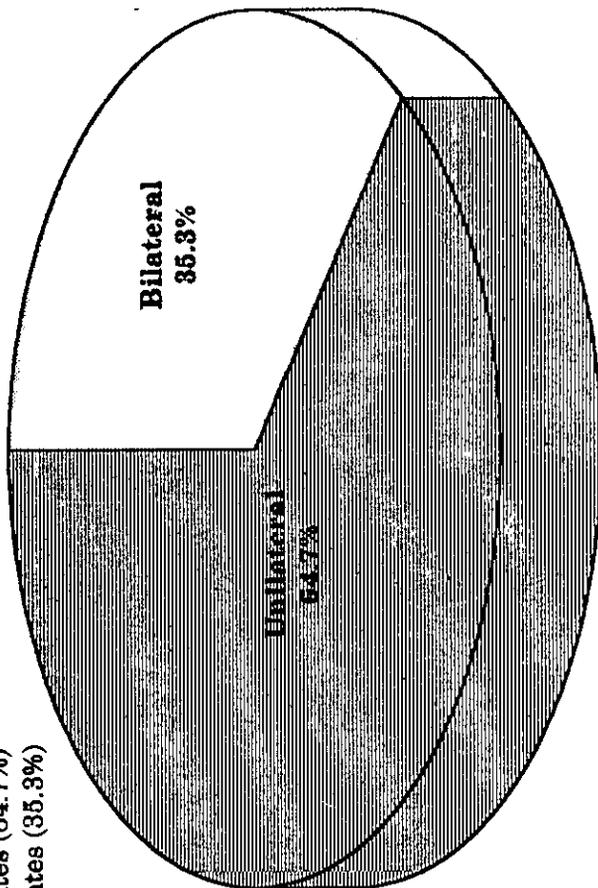
OIDO HUMEDO N-102

Con Colesteatoma 22 pacientes
Sin Colesteatoma 14 pacientes
Total 36 pacientes



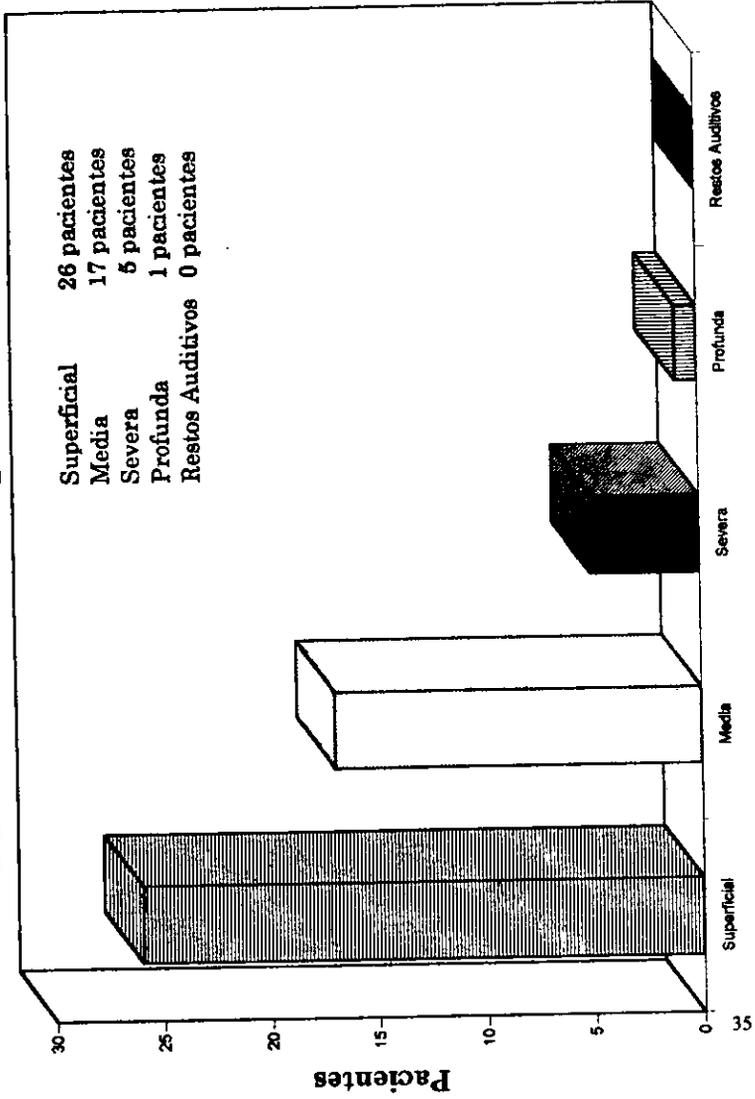
OTTIS MEDIA CRONICA N-102

Unilateral: 66 Pacientes (64.7%)
Bilateral: 36 Pacientes (35.3%)



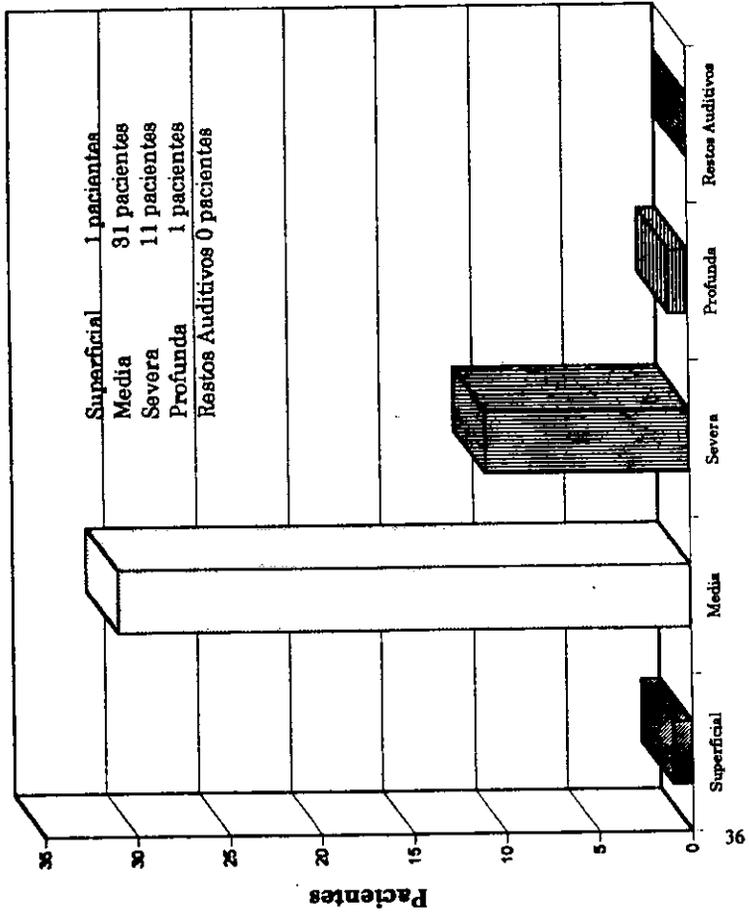
AUDICION PREQUIRURGICA N-102

Conductiva 49 pacientes (48.1%)



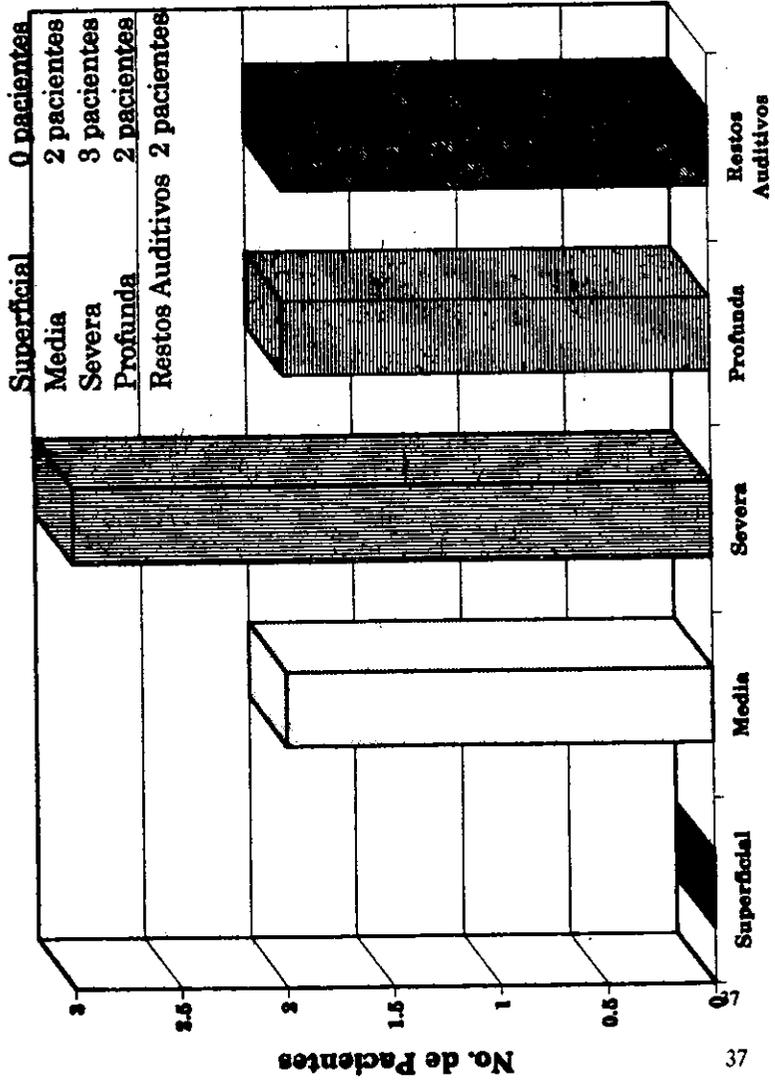
AUDICION PREQUIRURGICA N-102

Mixta 44 pacientes (43.1%)



AUDICION PREQUIRURGICA N-102

Sensorial 9 pacientes 8.8%



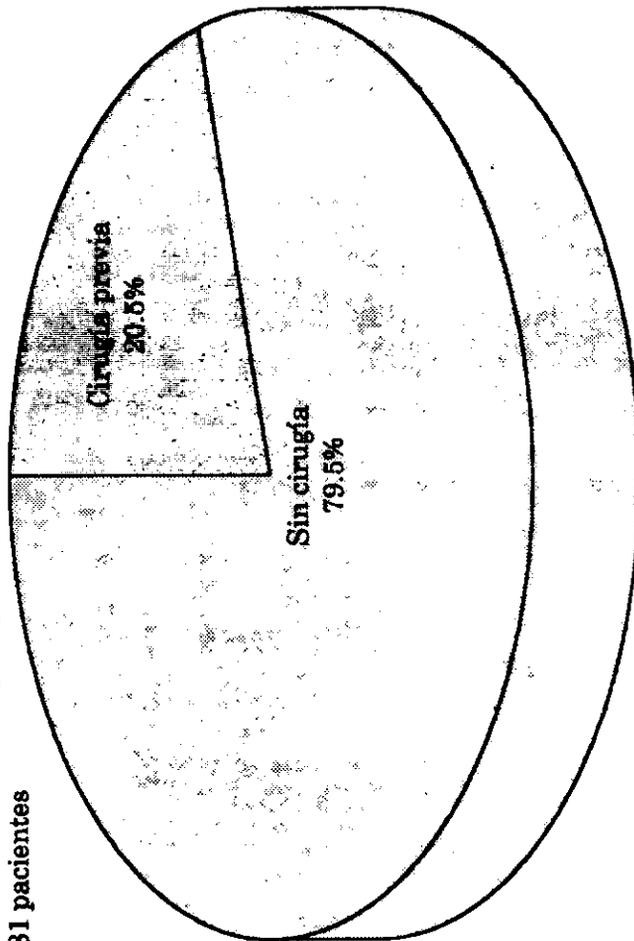
ANTECEDENTES CIRUGIA OTOLOGICA PREVIA N-102

Timpanomastoidectomía 7

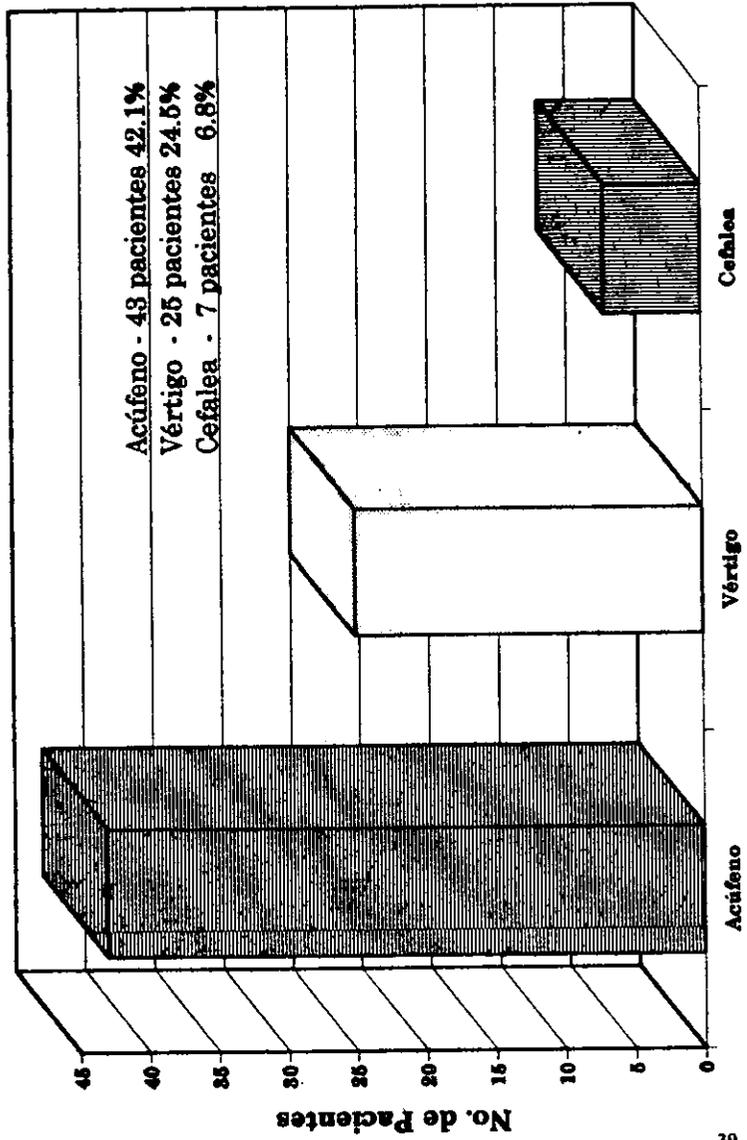
Cirugía previa 21 pacientes

Timpanoplastía 14

Sin cirugía previa 81 pacientes

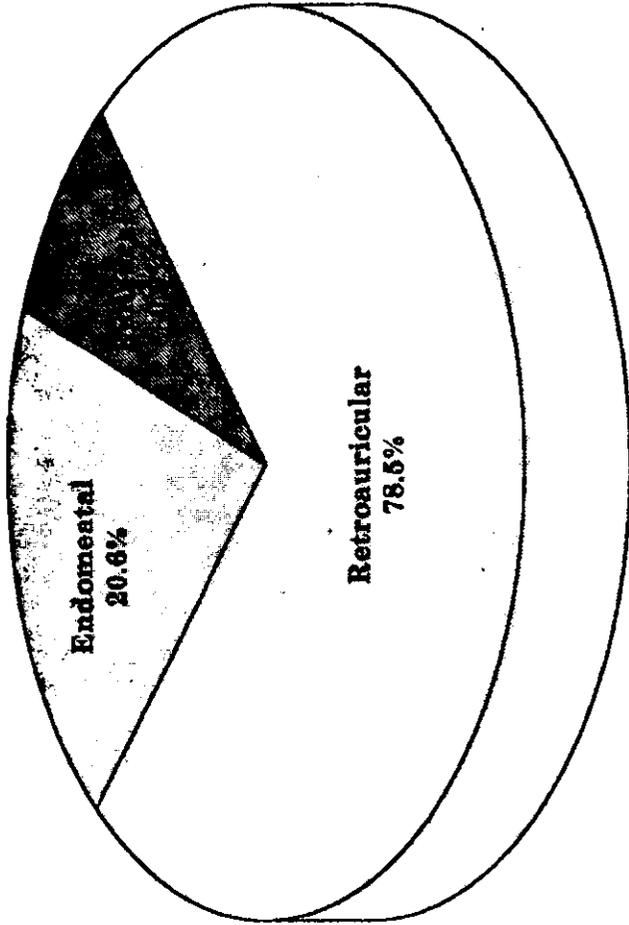


SINTOMAS AGREGADOS N-102



ABORDAJE QUIRURGICO N-102

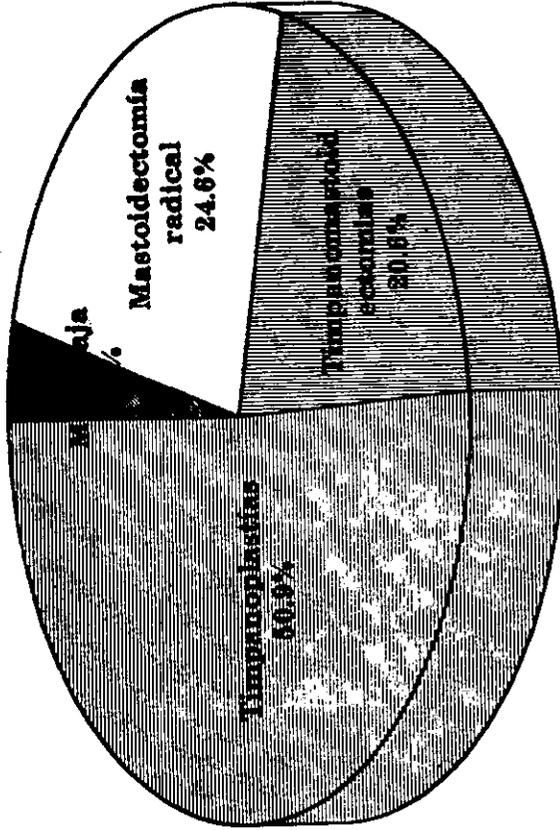
Retroauricular 80 pacientes 78.5%
Endomeatal 21 pacientes 20.6%
Endaural 1 pacientes 0.9%



PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

N-102

Timpanoplastias 52 pacientes 50.9%
Timpanomastoidectomías 21 pacientes 20.6%
Mastoidectomias radical 21 pacientes 24.6%
Microcaja 4 pacientes 3.9%

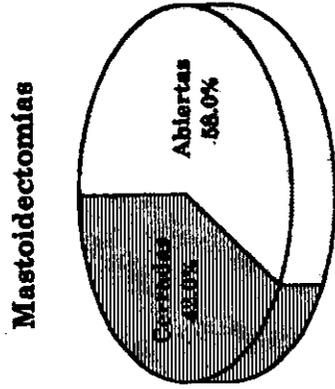
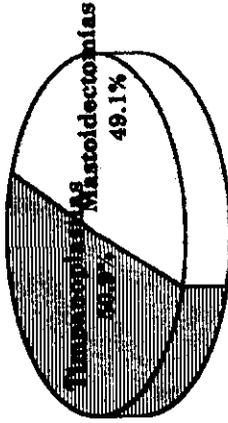


CIRUGIAS EN OTITIS MEDIA CRONICA N-102

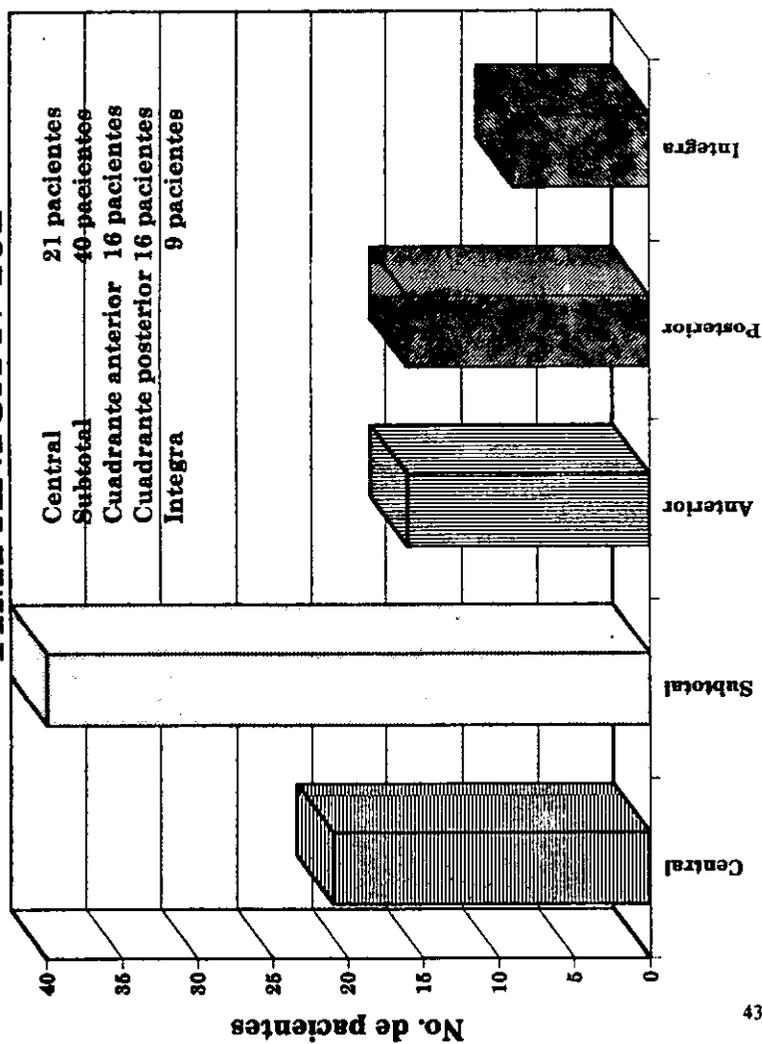
Abiertas	29 pacientes	58.0%
Radical	25 pacientes	
Microcaja	4 pacientes	
Cerradas	21 pacientes	42.0%
Timpanomastoideomías	19	
Mastoidectomia Simple +		
Tubo de ventilación	2	

Mastoideomías 50 pacientes 49.1%

Timpanoplastias 52 pacientes 50.9%



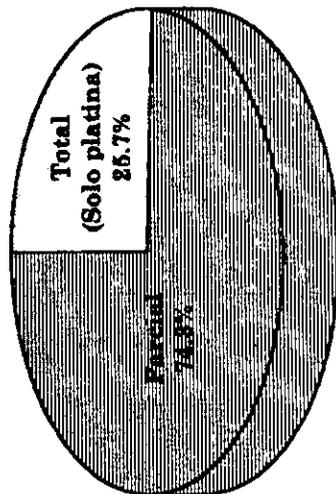
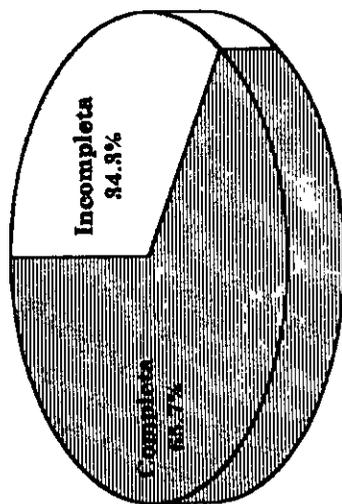
LOCALIZACION DE LA PERFORACION TIMPANICA N-102



HALLAZGOS QUIRURGICOS DE LA CADENA

Cadena completa 67 pacientes
Cadena incompleta 35 pacientes

65.70%
34.30%



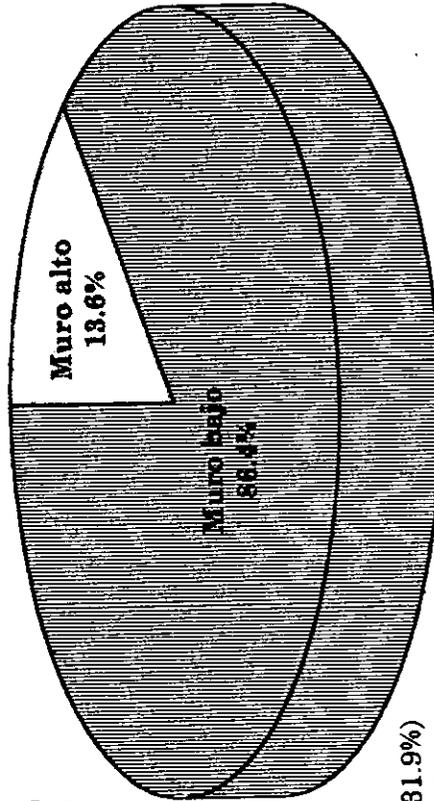
CIRUGIA: COLESTEATOMA N-102

(22)

Mastoidectomías:

Muro alto: 3 Pacientes. (13.6%)

Muro bajo: 19 Pacientes (86.4%)



A 7 se colocó injerto (31.9%)

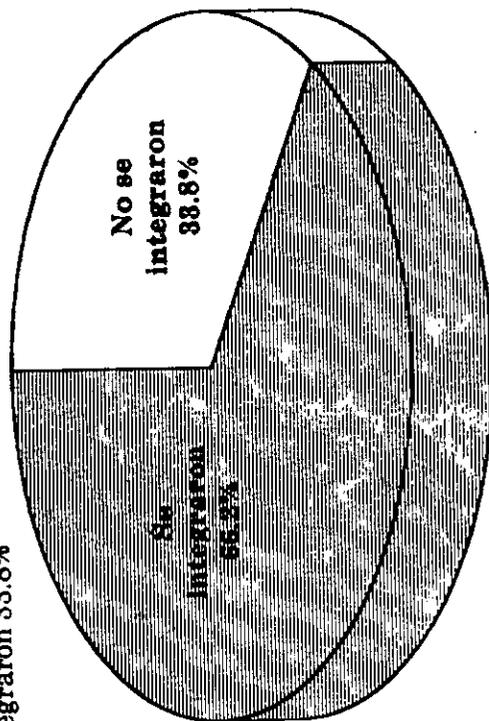
A 15 no se colocó injerto (68.1%)

RESULTADOS POST-QUIRURGICOS

Procedimientos donde se coloco injerto 77

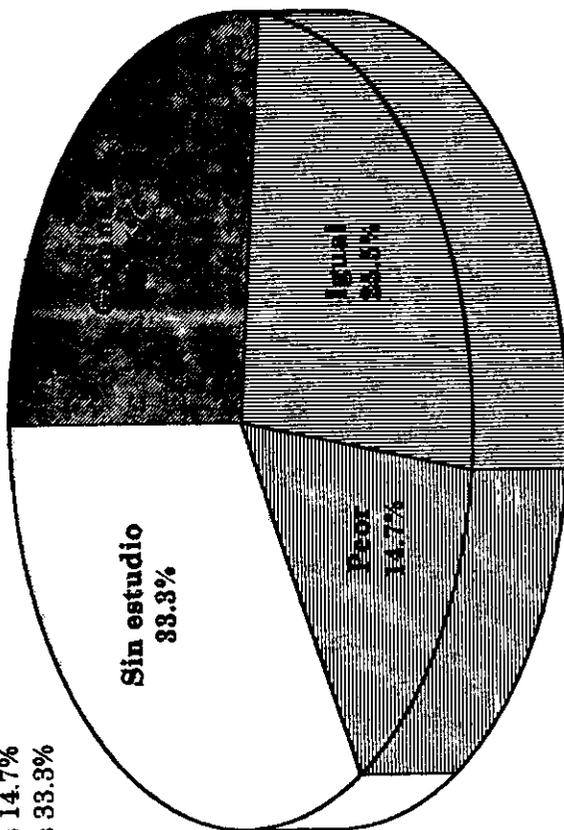
En 51 pacientes se integraron 66.2%

En 26 pacientes no se integraron 33.8%



RESULTADOS AUDIOLÓGICOS N-102

Ganancia 27 pacientes 26.5%
Igual 26 pacientes 25.5%
Peor 15 pacientes 14.7%
Sin estudio 34 pacientes 33.3%



DISCUSSION

DISCUSION

La **Otitis Media Crónica** es un padecimiento frecuente en nuestro país, que afecta a la población productiva (el predominio en nuestro estudio es la 3a. década de la vida).

Por su forma de manifestarse con otorrea y disminución de la audición, ocasiona que el paciente acuda, en no pocas veces, cuando el padecimiento ya está en etapa avanzada (en nuestro estudio hasta 35 años).

Además de que en un alto porcentaje es unilateral (64.7%) y que recurren al médico cuando es ya bilateral, o existen datos de complicación como: vértigo, hipoacusia sensorial, cefalea, etc.

La repercusión de la enfermedad en la función auditiva puede variar, desde pérdida conductiva, sensorial o mixta, es importante enfatizar que existe una repercusión en el oído interno en forma importante (44 pacientes mixta y 9 pacientes sensorial). El manejo quirúrgico puede ser con método abierto o cerrado, que dependerá básicamente de la presencia de actividad del padecimiento y la presencia o no de colesteatoma.

De acuerdo con *Sheehy J. (1988)1*, el método abierto deberá emplearse en colesteatoma de tipo invasivo. *Algarra M. et all. (1991)4*, emplean las técnicas abiertas cuando hay enfermedad extensa. *Edelstein D et all (1988)5*, refiere utilizar procedimientos abiertos en colesteatoma, para tener una mejor exposición de la enfermedad y eliminarla. En nuestro estudio de 22 pacientes con colesteatoma, a 19 se realizó muro bajo (86.4%).

El abordaje universalmente utilizado es el retroauricular para cirugía de oído crónicamente infectado. Algunos autores como *Lindros R. (1991)3* utilizan el abordaje endaural en la mayoría de las cirugías con cavidades abiertas. Nosotros consideramos que en este abordaje, la exenteración de las celdillas de la punta mastoidea es difícil por lo limitado del campo

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

quirúrgico; sin embargo, en mastoides esclerosas o con microantro, el abordaje puede ser adecuado.

De acuerdo con la audición pre-quirúrgica el tipo conductivo superficial la encontramos en un mayor número de pacientes (26), hecho que se corrobora con los hallazgos transoperatorios de cadena íntegra en el 65.7% (67 pacientes).

De los 77 pacientes a los que se colocó injerto, se integraron en 66.2% (en 51 pacientes) contrastando con los datos de la literatura mundial, *Zakzouk et al (1992)*¹³ reporta integración de la fascia temporal en 86.6% de sus casos.

Considerando los resultados quirúrgicos en el Hospital Juárez de México, tanto de médicos de base como de residentes.

En cuanto a la mejoría auditiva post-quirúrgica, se excluyeron a 34 pacientes (33.3%) por estudio incompleto. La mejoría la observamos en 27 pacientes (26.5%), y peor, en 15 pacientes (14.7%).

Las complicaciones encontradas en relación a los procedimientos quirúrgicos, fueron parálisis facial transitoria en 2 pacientes (1.9%).

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Sheehy J- Cholesteatoma Surgery: canal wall down procedures. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1988; 97: 30- 37.
2. Laercio O.Takeuti M, Caldas S. Miniti A. Clinical and Surgical Aspects of Cholesteatomas in Children. *Ear, Nose and Throat Journal.* 1990; 69: 530- 536.
3. Lindroos R. Surgery for chronic ear disease in a non University Hospital: open cavity, obliteration and intact canal wall techniques. *Clin. Otolaryngol.* 1991. 16: 252- 256.
4. Algarra M, Gimenez F, Mallea I, Armengot M, De la Fuente L. Cholesteatoma in children: results in open versus closed techniques. *The Journal of Laryngology and Otology.* 1991; 105: 820- 824.
5. Edelstein D, Parisier S, Ahuja G et all. Cholesteatoma in the pediatric age group. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1988; 97:23- 29.
6. Bluestone Ch. and Kenna M. Workshop on chronic suppurative media: Etiology and management. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology.* Supplement 131. 1988 Vol: 97, número 2, Part 2: 8-10.
7. Tos Mirko. *Approaches Myringoplasty, Ossiculoplasty, Tympanoplasty. Manual of Middle Ear Surgery.* Vol: 1. Edit. Thieme Medical Publishers, Inc. New York. 1993. Parte 1. *Approaches.* Pág: 1 - 6 .
8. Proctor B. Chronic Otitis Media and Mastoiditis. *Otolaryngology.* Paparella M. 1349-1380 Volumen II *Otology and Neuro-Otology.* Edit.W.S. Saunders Company. USA. 1991. *Capitulos:* 28, 29
9. Sugita R. Kawamura S. et all. Studies on anaerobic Bacteria in chronic media. *The Laryngoscope.* 91:1981. Pág: 816-821
10. Brook I. Diagnosis and management of anaerobic infections of the head and neck- *Ann Otol Rhinol Laryngol* 101.1992. Pág: 9-15.

11. Jurado S. et all. Evaluación comparativa de tres medicamentos tópicos en Otitis Media Crónica: ciprofloxacina, ceftazidina y fluocinolona/neomicina/polimixina. Anales de Otorrinolaringología Mexicana. junio, julio y agosto de 1993 .Vol XXXVIII. número 3 Pág: 137-144.
12. Jahn A. Colesteatoma: definición, mecanismo de presentación y técnicas quirúrgicas para su erradicación. Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. Colesteatomas. Parisier S. and Edelstein D. 813-821. 1989.
13. Zakzouk S and Attallah M. Transcanal Tympanoplasty: Dura Versus Temporalis Fascia. ENT Journal. 71:1992. Pag: 590-592.