

Mastoidectomía en el esquema terapéutico de la Otitis Media Secretora

DRS: HERNÁNDEZ F, MONJE E, REYES R, ORTIZ M, PÉREZ A, POZUELO MJ, FRANCO J, ZARAGOZA L Y EL PROF. GONZÁLEZ M.

SERVICIO DE O.R.L. H. U. CARLOS HAYA DE MÁLAGA.

Resumen:

Con el objetivo de analizar la utilidad de la mastoidectomía en pacientes con otitis media secretora (OMS) recidivante, se han examinado 1436 episodios clínicos correspondientes a 1302 niños ingresados para tratamiento quirúrgico por OMS en el periodo de enero de 1997 a diciembre de 2002. En 10 pacientes se realizó una mastoidectomía por recidiva después de dos intervenciones con Drenaje Transtimpánico (DTT), otorrea persistente después de este proceder y en ambos casos TAC con signos de afectación mastoidea crónica. El control evolutivo se realizó mediante otoscopia y audiometría.

Los resultados obtenidos muestran que la mastoidectomía en siete casos mejoró el proceso de aireación espontánea del oído medio y de la hipoacusia. En un caso persistió una otitis media con perforación central pero con escasas repercusiones de la función auditiva. Y en dos casos se obtuvo un resultado insatisfactorio por la tendencia a un proceso atelectásico.

Se puede considerar que la mastoidectomía es un procedimiento útil en el esquema terapéutico de la OMS que recidiva al tratamiento con DTT y que su uso es poco frecuente pero determinante en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Otitis media secretoria. Mastoiditis crónica. Mastoidectomía.

Summary:

With the objective to analyze the utility of the mastoidectomy in patients with secretory otitis media, 1436 clinical episodes corresponding to 1302 children entered for surgical treatment by the secretory otitis media in the period of January of 1997 have been examined to December of 2002. In 10 patients a mastoidectomy

by recidiva was made after two interventions with ventilation tube insertion, persistent otorrea after this behavior and in both cases TAC with signs of chronic mastoiditis affectation. The evolutionary control was made by means of otoscopy and hearing levels.

The obtained results show that the mastoidectomy in seven cases I improve the process of spontaneous ventilation of the average ear and hearing loos. In a case an average otitis with central perforation but with little repercussions of the auditory function persisted. And in two cases an unsatisfactory result by the tendency to a retraction of the tympanic membrane was obtained.

It is possible to be considered that the mastoidectomy is a useful procedure in the therapeutic scheme of the secretory otitis media that recidiva to the treatment with ventilation tube insertion and which its use is little frequent but determining in this type of patients.

Key words: Secretory otitis secretoria. Chronic Mastoiditis. Mastoidectomy.

Introducción:

La otitis media secretora es un proceso patológico muy frecuente en la infancia y su tratamiento quirúrgico supone el 50 % de toda la cirugía infantil (1). En la etiología de ésta enfermedad intervienen factores como infecciones respiratorias, la patología del tejido adenoideo, fenómenos alérgicos, inmunitarios, etc. Su etiología multifactorial determina un amplio abanico de tratamientos en un principio conservadores, entre los que se incluyen la administración de antibióticos, mucolíticos, antihistamínicos, corticoides, descongestivos nasales entre otros. Cuando fracasan éstas terapias es necesario aplicar técnicas quirúrgicas, habitualmente miringocentesis, colocación de drenajes transtimpánicos y la adenoidectomía (2). En ocasiones, la OMS evoluciona y pasa desapercibida debido a la escasez de síntomas e incluso adopta un carácter crónico a pesar de los tratamientos habituales mencionados. La clave para determinar éste tipo de respuesta se piensa que debe estar relacionada con hallazgos como: modificación crónica de la presión del oído medio por anomalías en el funcionamiento de la trompa de Eustaquio y la escasa neumatización de la mastoides (3,4,5) y sobretodo, las evidencias más objetivas que son los signos histológicos. Los pacientes con OMS mucosa en un 10% presentan una mastoiditis latente con: metaplasia mucosa secretora, engrosamiento mucoso por hiperplasia, aislamiento de celdas mastoideas, reabsorción ósea, bloqueo atical, retención de exudados y formación de granulomas (6,7,8). Este tipo de cambios puede tener manifestaciones clínicas concretas: recidiva de colección mucosa en oído medio después de haberse desprendido el drenaje transtimpánico, otorrea persistente después de haberse insertado éste o una inexorable evolución hacia un proceso fibro-adhesivo (9). Afortunadamente éste curso aparece sólo en un 1% de los niños con OMS (10), sin embargo la elevada prevalencia en nues-

tro medio hace que éste problema nos aparezca con mucha asiduidad en la clínica diaria.

Es obvia la necesidad de adoptar una actitud terapéutica que pueda ser eficaz en la OMS refractaria a tratamientos convencionales, sobretodo si tenemos en cuenta los hallazgos histológicos de la mastoides y su evolución hacia un proceso adhesivo de difícil solución (11). En ésta línea se sitúa éste estudio cuya finalidad es mostrar los resultados obtenidos mediante mastoidectomía simple en éste tipo de pacientes.

Material y Métodos:

Para detectar los casos en que se ha realizado mastoidectomía simple como tratamiento en OMS, se ha realizado un estudio retrospectivo a 1302 niños de ambos sexos y edades comprendidas entre 1 y 14 años que se ingresaron en el Hospital Materno infantil de Málaga en los últimos 6 años, para tratamiento quirúrgico por OMS.

A los pacientes a los que se había realizado mastoidectomía, se le determinaron los criterios para la indicación quirúrgica, los detalles del procedimiento, las posibles complicaciones y el seguimiento. Los resultados obtenidos se valoraron después de un año desde la intervención mediante otoscopia y audiometría.

Resultados:

De los 1302 niños estudiados, 134 episodios de ingreso fueron reintervenciones: 124 fueron reinsertaciones de DTT y 10 mastoidectomía simple. Estos últimos de edades comprendidas entre 6 y 11 años y en todos los casos la intervención fue unilateral.

- Los criterios de referencias para establecer la indicación de mastoidectomía fueron:
- Diagnóstico inicial de OMS en estadio avanzado y otoscopia con signos de atelectasia timpánica (dos casos), segunda recidiva a tratamiento con DTT y otoscopia con contenido mucoso en oído medio (siete casos), otorrea persistente a través del DTT (un caso).
- Audiometría con hipoacusia de transmisión con un gradiente de vía aérea y ósea mayor de 20 dB en todos los casos y sin signos de alteración de la vía ósea en ningún caso.

- TAC con signos de mastoiditis crónica con imágenes muy similares en todos los casos: mastoides poco neumatizadas, cavidades mastoideas con contenido de densidad de tejidos blandos y trabéculas óseas mal definidas (Figura).

La mastoidectomía se realizó con acceso retroauricular, evitando dejar celdas aisladas y se practicó áticotomía posterior en caso de aditus estrecho. Los hallazgos en la cirugía también son similares, básicamente: mucosa hiperplásica que oblitera las celdas mastoideas, formación de granulomas inflamatorios, colecciones aisladas de exudado y estructura ósea trabecular debilitada.

En ningún caso se presentaron complicaciones relacionadas con la cirugía.

El seguimiento se realizó mediante otoscopia y audiometría, durante un periodo mínimo de un año. La evolución fue satisfactoria en ocho casos, se recuperó la aireación de oído medio y la audición en siete y en un caso quedó como secuela una perforación timpánica pequeña y una pérdida auditiva de 20 dB. En dos casos la evolución no fue satisfactoria con persistencia de hipoacusia mayor de 20 dB y atelectasia timpánica.

Discusión:

La OMS es un proceso larvado, de carácter progresivo, con una patogenia multifactorial que en ocasiones determina una falta de respuesta a los tratamientos médicos y quirúrgicos más conservadores. La alternativa de tratamiento con inserción reiterada de DTT o el uso de drenajes de larga duración puede no ser una solución adecuada debido a que merma la calidad de vida del niño y con frecuencia determina un proceso de tímpano-esclerosis extensa (12).

Parece razonable contemplar la mastoidectomía en el esquema terapéutico de la OMS por varios motivos: 1º. Los hallazgos quirúrgicos de la estructura mastoidea no parece que puedan tener una regresión espontánea, ya que parecen entrar en un círculo vicioso de inflamación, hiperplasia mucosa, granulomas, bloqueo de cavidades y retención de exudados. 2º La mastoidectomía restaura la calidad de la mucosa de oído medio y estabiliza la función tubárica (13). 3º Los resultados son satisfactorios ya que el 80 % tuvieron evolución satisfactoria en nuestra serie y ello es concordante con otros autores (13,14) . 4º La mastoidectomía es un procedimiento agresivo, pero no suele provocar complicaciones ni alteraciones de la audición por sí misma.

En lo que respecta a los criterios para establecer la indicación de mastoidectomía, se deben basar en especial en el curso clínico de los síntomas y en la otoscopia. Las pruebas de función auditiva son un valor más en la decisión terapéutica y debe ser un referente siempre por una eventual pérdida sensorial. Se debe realizar un TAC siempre que aparezca una otorrea persistente después de haber insertado un DTT y en los casos de recidiva a éste procedimiento (15). Con todos éstos

datos se debe considerar además que es unánime reservar la indicación de mastoidectomía a los casos refractarios a tratamientos más conservadores (2,16), aunque hay quién preconiza su uso en estadios tempranos basándose en que puede disminuir la incidencia de aparición de un colesteatoma (17).

En los casos de nuestra serie en los que no se han obtenido resultados satisfactorios, se puede destacar que en uno de ellos el proceso fibroadhesivo parecía ya iniciado, de manera que para la mastoidectomía quizás era ya tarde. En el otro caso se trataba de un Síndrome de Turner con anomalías constitucionales rinofaringeas asociadas. Estos casos deben ayudar a considerar de nuevo que el momento en el que se debe realizar la mastoidectomía es determinante y que en los casos en los que se encuentra una situación predisponente anatómica o fisiológica que no pueda ser corregida, ocasionará un fracaso en éste tipo de cirugía. La mastoidectomía no debe en ningún caso convertirse en una opción última, sin evidencias y objetivos bien determinados que justifiquen su indicación.

Conclusiones:

La mastoidectomía en el esquema terapéutico de la OMS:

- 1º. Resulta un procedimiento necesario para la OMS recidivante.
- 2º. Su indicación está en torno al 0.7% de los procedimientos quirúrgicos para OMS.
- 3º. Su eficacia puede ser del 80 % en éstos casos.
- 4º. Es un procedimiento agresivo pero con escasas complicaciones y no suele dejar secuelas.

Bibliografía:

1. Lacosta JL, Zabaleta M, Erdozain I. Evolución de la otitis media secretora tratada con drenajes transtimpánicos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1996; 47(5): 349-353.
2. Paparella MM, Froymovich. Surgical advances in treating otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1994 May;163:49-53
3. Sade J, Fuchs C. Secretory otitis media in adults: II. The role of mastoid pneumatization as a prognostic factor. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997 Jan;106(1):37-40.
4. Bayramoglu I, Ardic FN, Kara CO, Ozuer MZ, Katircioglu O, Topuz B. Importance of mastoid pneumatization on secretory otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997 May 4;40(1):61-6.
5. Sade J, Hadas E. Prognostic evaluation of secretory otitis media as a function of mastoidal pneumatisation. *Arch Otorhinolaryngol* 1979;225(1):39-44.
6. Palva T, Virtanen H, Makinen J. Acute and latent mastoiditis in children. *J Laryngol Otol* 1985 Feb;99(2):127-36.
7. Paparella MM, Schachern PS, Sano S. A histopathological study of the relationship between otitis media and mastoiditis. *Laryngoscope* 1991; 101:1050-1055.
8. Newberg LB, Ling V, Shamsuddin AM. Microscopic analysis of the mastoid bone in chronic serous otitis media. *Laryngoscope* 1985 Aug; 95(8):921-3.
9. Valtonen H, Qvarnberg Y, Nuutinen J. Tympanostomy in young children with recurrent otitis media. A long-term follow-up study. *J Laryngol Otol* 1999 Mar;113(3):207-11.
10. Yoon TH, Scharn PA, Paparella MM. Morphometric studies of the continuum of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99(suppl 148): 23-27.
11. Vartiainen E, Harma R, Karjalainen. Surgery of chronic adhesive otitis media. *Clin Otolaryngol* 1985 Jun;10(3):163-4
12. Riley DN, Herberger S, McBride G, Law K. Myringotomy and ventilation tube insertion: a ten-year follow-up. *J Laryngol Otol* 1997 Mar;111(3):257-6.
13. Narcy P, Lachiver X, Francois M, Contencin P, Polonovski JM. Mastoidectomy and seromucous otitis. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1989;106(4):263-7.

14. Newberg LB. Mastoidectomy for chronic serous otitis media. *J Laryngol Otol* 1981 Apr;95(4):333-9.
15. Patterson M. Otitis media con derrame y secuelas tempranas. *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica* 1999; 3: 351-360.
16. Niho M. Treatment of otitis media with effusion. *Auris Nasus Larynx* 1985;12 Suppl 1:S252-4.
17. Palva T, Kokko E. Middle ear effusions — complications of disease and treatment. *J Otolaryngol* 1976; 5(6):459-62.

Dirección para correspondencia:

Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.
Secretaría de O.R.L.
Avenida Carlos Haya s/n.
Teléfono: 651030137.
E-mail: francisco.hernández.sspa@juntadeandalucia.es

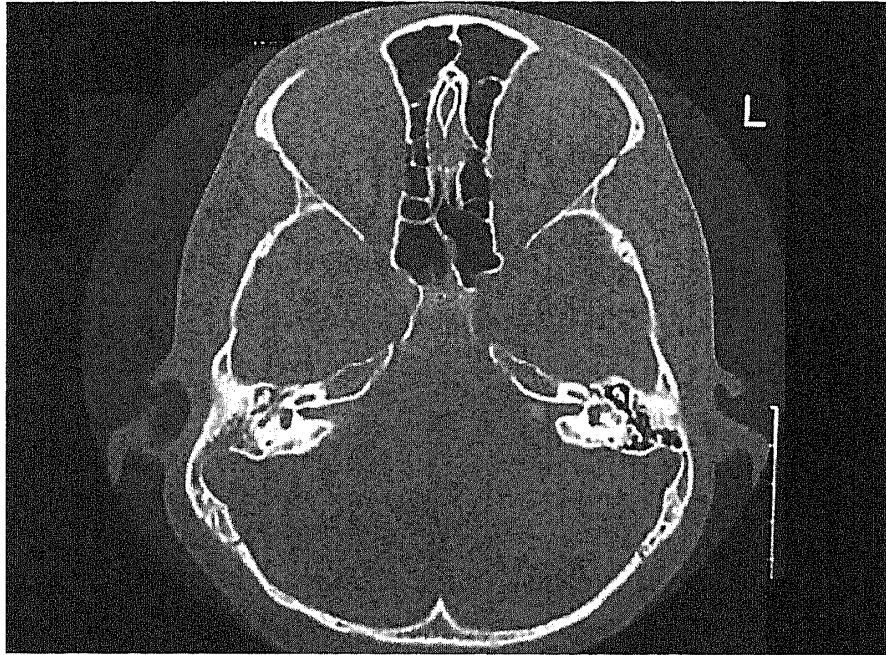


Figura: TAC de oído de un varón de 11 años de edad, con un proceso de OMS y participación de una mastoiditis silente derecha. Obsérvese la indefinición de las trabéculas óseas y la ocupación por densidad de tejidos blandos.