

Nociones prácticas sobre el tratamiento quirúrgico de la otospongiosis (1)

DR. GILBERT SENECHAL*

DR. JOAQUÍN BERROCAL B.**

Entre los progresos recientes acaecidos en el dominio de la Oto-rino-laringología, nada de más espectacular que el tratamiento de la Otospongiosis. Es posible, en efecto, en gran número de casos restablecer la audición de éstos sordos bilaterales, dándoles la dicha de vivir, y la posibilidad de integrarse de nuevo a la vida social.

BREVE RESEÑA HISTORICA:

1) *La Fenestración*, estudiada por Holmgreen y Barany, perfeccionada por Sourdille, difundida y simplificada por Lempert, Schambaught, Aubry etc., ha caído en desuso. Esta intervención no ha sido sin embargo abandonada y gracias a ella numerosos sordos son todavía rehabilitados. Es por otro lado la mejor técnica en gran número de sorderas de tipo congénito por malformación, y el último recurso en ciertos fracasos de "movilización". Sin embargo hay que reconocer que las dificultades de ejecución, la duración de los cuidados post-operatorios, así como la calidad a veces mediocre de la percepción sonora hacen de ella una intervención gravosa, en todo caso fuera del alcance de la mayor parte de los otólogos. Los éxitos obtenidos por Rosen en 1952, vinieron a revolucionar la técnica y después de una corta lucha, los "franco-tiradores" rindieron las armas los unos después de los otros y los "movilizadores" enterraron la Fenestración, al menos provisionalmente ya que en cirugía ¿quién podría preveer el porvenir?

2) *La cirugía de la ventana oval*: más antigua que la precedente ya que intentada en 1870 por Boucheron y Miot, debe su éxito a Rosen quien en 1952 vuelve a ponerla en práctica (los resultados positivos obtenidos por Cawthorne, Cornelli y Taylor no tuvieron eco). Sin querer quitar méritos a este autor, notemos sin embargo el papel jugado por la aparición del Microscopio operatorio reemplazando la Lupa, la creación de instrumentos finos apropiados,

(1) Otosclerosis de los autores Anglo-sajones.

* O. R. L. de los Hospitales de París.

** Asistente extranjero, (Hospital Lariboisiere y Broussais, París).

en fin la aparición de los Antibióticos que eliminan los riesgos de infección en el post-operatorio.

De hecho ¿qué queda actualmente de la Movilización del Estribo tipo Rosen, sea la directa o la indirecta? Algunos la intentan todavía, nosotros la hemos abandonado completamente, después de haber fracturado decenas de ramas, y haber visto reaparecer la anquilosis en los casos dichosos en donde la habíamos logrado romper.

En el curso de los años las técnicas de ataque del Estribo y de la ventana, nacen y mueren, y del principio no queda más que la vía de acceso quirúrgico. Una literatura pletórica, lleva a las nubes tal o tal técnica, las estadísticas proclaman logros maravillosos cercanos a lo absoluto, de pronto brutalmente el procedimiento operatorio hasta ahora considerado como ideal es de golpe abandonado, criticado y desaconsejado por el autor mismo que le diera el día. Esto que podría parecer humorístico, invita a la reflexión. En efecto, o las estadísticas dadas son falsas, o el número y tiempo necesario de observación de los casos insuficiente, o estos autores con porcentajes impresionantes, creen en el éxito total, imposible al menos en cirugía.

Dejando la parte histórica, expondremos nuestra experiencia personal basada en unos mil casos, la de nuestro medio hospitalario, maestro, colaboradores y alumnos, enfocando tanto los buenos resultados como los fracasos, incluso las agravaciones y accidentes que muy frecuentemente son dejados en el silencio.

LAS TECNICAS OPERATORIAS:

Desechando la "Movilización simple", no empleamos actualmente más que las técnicas que atacan directamente la platina. La más simple es la llamada del "Timbre Poste" (Fig. 1) perforaciones múltiples con el punzón fino sobre el reborde de la platina, seguido de fractura de los puentes oseos intercalares. Preconizado por Clerc, este excelente procedimiento es inaplicable cuando el bloque de anquilosis es muy importante. Se le reemplaza entonces por el procedimiento de Fowler, que agrega a la fractura peri-platinaria, la ruptura de la rama anterior del Estribo, aislando así el foco Otospongioso anterior (Fig. II); el sistema de transmisión se hace por el yunque y la única rama posterior. Esta técnica que tiende a olvidarse, es una de las mejores y por nuestra parte tenemos pacientes operados desde hace 4, 5 y 6 años, cuya recuperación auditiva toca la curva normal y se mantiene a este nivel. Desgraciadamente su realización es delicada y sin entrar en detalles técnicos, su éxito reside en la movilidad perfecta del fragmento de platina que une a la rama posterior. Llevando esta idea al máximo hemos a veces guardado un mínimo fragmento de platina, incluso solo la rama posterior del estribo dirigida en el hueco abierto dejado por la platinectomía, con excelentes resultados (Figura III). (¿Trátase de un Cornelli mejorado, un Fowler ampliado, o una simple técnica personal descubierta involuntariamente?) Sea una cosa o la otra, el fin perseguido con esta técnica y su práctica merecen ser conservados; y esto sobre el hecho de resultados buenos y durables.

La tendencia actual es sin embargo hacia la "*platinectomía sistemática*", más simple evidentemente. Se reclinan las ramas del estribo, o más frecuente-

mente se quitan. La platina es extraída con micro-ganchos, permitiendo así el paso de las vibraciones sonoras (en este primer tiempo se realiza una "Fenestración electiva"). El segundo tiempo consiste en el restablecimiento de un sistema de transmisión lo más cercano posible a lo normal. Rara vez se pueden utilizar los restos del estribo (Figura IV), se recurre entonces a cuerpos extraños o prótesis: tubo de polietileno apoyado sobre un injerto de vena o de mucosa, obturando así la ventana (Shea) (Figura V), o hilo de plata cerrado alrededor del yunque y entrando en la ventana un pelotón de grasa o aponeurosis (Schuknecht) (Figura VI). Personalmente empleamos indiferentemente una u otra técnica. A la primera se le reprocha la dificultad de fijación a nivel del yunque, por lo tanto posibilidad de caída del tubo de polietileno; la segunda hace temer una necrosis ósea por cierre del alambre alrededor del yunque.

Los últimos esfuerzos de mejoramiento tienden hacia la simplificación operatoria, trátase de la prótesis de Mercandino o del "pistón de teflón" de Shea.

No creemos que una técnica sea superior a la otra, y una posición ecléctica debe ser de rigor, el operador debe escoger en cada caso, el procedimiento operatorio más adaptado a las condiciones anatómicas.

Procedemos siempre de la siguiente manera: desinserción del tímpano, resección ósea del marco posterior, previa separación de la cuerda del tímpano a fin de obtener una buena visión; examen minucioso con gran aumento de la ventana, del estribo y del bloque de anquilosis. Una vez este examen practicado y el balance de las lesiones establecido, realizamos un Fowler en los casos en que la anquilosis es limitada y la platina delgada. En los otros casos, platinectomía con injerto de vena y tubo de polietileno, si la ventana es amplia; hilo de plata si es estrecha y profunda.

Siendo esta intervención sumamente delicada, consideramos que el tiempo no debe contar y que la minuciosidad más escrupulosa debe ser siempre la regla.

El post-operatorio es simple y sin problemas, con ayuda de los antibióticos. Los vértigos de intensidad variable se atenúan poco a poco, pero a veces son tenaces persistiendo en los cambios de posición.

RESULTADOS POST-OPERATORIOS:

En general son satisfactorios. La recuperación auditiva es variable, a veces la curva aérea se une a la curva ósea y la rehabilitación puede ser total; a veces es menos buena pero socialmente satisfactoria si sobrepasa la línea de los 30 decibeles.

El porcentaje de éxitos varía más en relación con los autores que con las técnicas. Pensamos que sin hacer una selección de los casos, el porcentaje de buenos resultados se sitúa entre el 70 y el 75% (en cuanto a los resultados cercanos a 95% hay que admirarlos, pero también recordar las palabras de Disraeli: "Existen las mentiras, existen las grandes mentiras y las estadísticas").

Esta selección de casos merece que nos detengamos. La benignidad del acto operatorio, la posibilidad de hacer una anestesia local, hacen que no exista

prácticamente ninguna contraindicación de orden general. La edad avanzada tampoco es motivo válido para rehusar la intervención, siempre y cuando la reserva coclear sea suficiente, (se puede incluso notar que los resultados son a veces mejores y más durables en los sujetos con una edad vecina a los 50 años que en el joven, ya que la platina generalmente es atrófica y se trata seguramente de formas menos evolutivas y menos malignas).

En resumen la escogencia de los candidatos a la operación debe hacerse sobre el resultado del audiograma. La existencia de una diferencia apreciable entre la conducción aérea y la ósea, la ausencia o moderación en la caída de las frecuencias agudas es de buen pronóstico. Hay sin embargo que señalar que las indicaciones deben ser amplias y que no se comparan en nada a las categorías estrictas establecidas para la Fenestración. Numerosos otospongiosos presentando ya una franca caída sobre las frecuencias agudas son susceptibles de beneficiar de la cirugía de la ventana oval. Ciertos autores como Clerc piensan que siempre debe ser tentada incluso en los grandes sordos, en los que se puede a veces obtener una mejoría paradójica, o la posibilidad de llevar un aparato amplificador, hasta el momento imposible.

En caso de éxito, la operación será repetida del lado opuesto si el paciente lo solicita. En caso de fracaso, la intervención puede intentarse en el lado opuesto, ya que las condiciones anatómicas y por lo tanto quirúrgicas no tienen paralelismo de un lado al otro. En caso de agravación consecutiva a la movilización, hay por el contrario que tener una gran prudencia, saber abstenerse, incluso resistir a los deseos del enfermo, ya que la agravación bilateral si ella sobreviene, haría imposible cualquier prótesis. También hay que señalar que siempre debe operarse en primer término el oído más malo. De todas maneras el enfermo deberá ser puesto al corriente de las posibilidades de fracaso, incluso de las agravaciones y es entonces con conocimiento de causa y con su consentimiento que la decisión operatoria deberá ser tomada.

LAS COMPLICACIONES:

Estas en efecto no deben pasar en silencio, ya que si su frecuencia es relativa, su gravedad es a veces real.

- 1) Algunas son puramente mecánicas como el desgarramiento del tímpano (que cicatriza casi siempre) o el arrancamiento de la cuerda del tímpano que provoca trastornos del gusto. Mas grave sería una complicación sobre el facial, pero por lo general es transitoria, consecutiva a la tracción ejercida a través de la cuerda del tímpano. Completamente aparte de estos accidentes debemos señalar aquí el escurrimiento profuso de líquido céfalo-raquídeo, ya que al lado de las anomalías anatómicas de los acueductos del vestíbulo y del caracol, hay que hacer un lugar a las fracturas operatorias irradiadas al conducto auditivo interno.
- 2) Otras son infecciosas, con toda la gama desde la supuración de la caja del tímpano hasta la laberintitis aguda y la meningitis, que aunque no representan un peligro vital, al menos entran en el pronóstico auditivo. Hemos tenido sin embargo dos casos de otitis por bacilo piocianico, sin

complicación y con conservación del gane auditivo. Dichosamente la prescripción sistemática y prolongada de antibióticos hace que esta complicación sea poco frecuente.

- 3) Lesión del oído Interno: es de hecho el capítulo más interesante, pero al mismo tiempo el más difícil de circunscribir con precisión. En efecto, la lesión del laberinto puede ser inmediata por acción directa instrumental, o porque se ha empujado un fragmento de platina, provocando una sordera inmediata total e irremediable. La pérdida auditiva puede ser al contrario progresiva, y se evocan como causas la aspiración intempestiva, la caída de sangre, una fibrosis invasiva o la caída de un fragmento de platina. En ausencia de estos factores se evoca una laberintosis progresiva. Quedan por explicar las sorderas tardías y bruscas: la caída del tubo de polietileno, no explica más que un débil porcentaje de casos, y frecuentemente el origen de esta sordera brutal es misterioso.

CONCLUSIONES:

Esta larga lista de complicaciones, así como la inevitable posibilidad de los fracasos no deben de ninguna manera hacernos olvidar los éxitos notables de esta cirugía de la ventana oval, tanto desde el punto de vista del grado de recuperación auditiva, como de su calidad. Pero al mismo tiempo nos permite subrayar las dificultades de una cirugía, que conoce actualmente una extraordinaria difusión, y que es considerada sin razón como fácil.

Indudablemente que la calidad del microscopio y la fineza de los instrumentos son factores indispensables, pero el más importante de todos sigue siendo la experiencia del cirujano que debe estar hecho a todas las técnicas a fin de actuar mejor de acuerdo a las lesiones o los imponderables surgidos en el curso de intervención.

Trabajo de la cátedra de O. R. L. de París
(Prof. M. Aubry) y del Hospital Broussais
(Dr. Senechal).

R E S U M E N

Después de una breve reseña histórica sobre el tratamiento quirúrgico de la Otospongiosis, los autores refieren su experiencia personal en relación con las técnicas operatorias: Timbre Poste, Fowler, Técnica Personal, Shea, Schuknecht etc.

El porcentaje de buenos resultados operatorios se sitúa entre 70 y 75%.

Las complicaciones de esta cirugía muchas veces pasadas en silencio, son analizadas de una manera sistemática.

R E S U M É

Après un bref rappel historique sur le traitement chirurgical de l'Otospongiose, les auteurs rapportent leur expérience personnelle, sur les techniques opératoires: Timbre Poste, Fowler, Technique personnelle, shea, Schuknecht etc.

Le pourcentage des bons resultats se situe entre 70 et 75%.

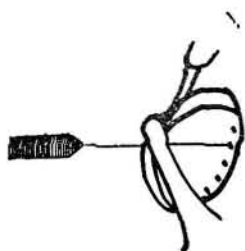
Les complications de cette chirurgie tres souvent passes sous silence, sont analysées d'une façon systematique.

S U M M A R Y

After a brief historical review of the surgical tretament of otospongiosis, the authors describe their personal experience with different surgical techniques: Timbre Poste, Fowler, their own, Shea, Schucknecht, etc.

Good results are obtained in 70-75 per cent of cases.

The complications of this kind of surgery are thoroughly reviewed.



"Timbre-Poste"
Fig I



"Fowler"
Fig II



"TECNICA-PERSONAL"
Fig III

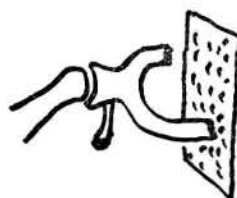
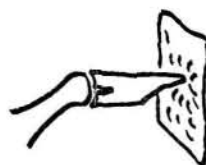
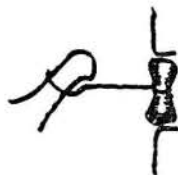


Fig IV



"SHEA"
Fig V



"SUCHOKNECHT"
Fig VI