

## Indicaciones y técnicas operatorias en la Otitis Media Supurada Crónica

*Por el Dr. Justo M. Alonso.*

(Montevideo)

Las operaciones que se efectúan a los enfermos atacados de supuración crónica del oído medio, tienen por objeto, si ellas son de tipo paliativo, asegurar un fácil drenaje que, impidiendo la retención purulenta o epitelial haga posible la obtención de la cura de las lesiones por medios, en realidad conservadores. Si son de tipo llamado radical esas operaciones se proponen llevar a la cura mediante la ablación de todas las partes enfermas, y evitar las recidivas produciendo, mediante un vaciamiento óseo suficiente, una cavidad regular y fácilmente explorable desde el exterior, lo que permitirá su vigilancia por el cirujano hasta la completa cicatrización de la misma, e impedirá la retención de sustancias purulentas o epitelioideas reduciendo así a un mínimo las probabilidades de una recidiva inmediata o alejada.

Desde que las operaciones de "Ipo más o menos radical, nacieron con Küster y Bergmann (de Berlín) en el año 1888, dos opiniones se han dibujado entre los otólogos: una intervencionista y otra conservadora. Naturalmente que ambas tienen su campo común, en los casos de indicación clara e in-

discutible, pero se separan en **los** casos dudosos, divergiendo en un sentido o en otro, según la modalidad personal o de la escuela a que pertenezca el cirujano.

Esa divergencia de orientación se explica fácilmente, no sólo porque hay otitis crónicas que se curan prácticamente solas o por medios médicos: tópicos locales, lavajes con cánula de Hartmann, ionización, etc., sino porque muchas otitis crónicas, no secadas, permanecen así en una supuración permanente o más a menudo intermitente, sin producir otro trastorno al enfermo, que una hipoacusia y una otorrea.

Si agregamos a esto que algunas veces la operación radical no lo es tanto como lo indicaría su **nombre**, que la curación a veces demora largos meses, que necesita después de obtenida una vigilancia intermitente de la cavidad, cada 4 o 6 meses, que a veces se producen retenciones parciales y aun recidivas, se explica que algunos maestros pesimistas hayan llegado a decir frases verdaderamente decepcionantes como esta: 'teniendo en cuenta que hay casos que abandonados a sí mismos se curan solos, y que el cirujano que ha indicado en ellos una intervención queda desautorizado, es preferible, salvo indicación apremiante, ha-

cer una intervención de menos que una intervención de más."

Frente a ese raciocinio decepcionante y un poco Sanchezco, se ha hecho esta constatación alentadora para el temperamento quirúrgico: "Una otitis media crónica supurada, aun cuando esa supuración sea poco abundante y sin olor muy marcado, aun mismo cuando presente largos períodos de remisión puede causar complicaciones graves y especialmente el absceso cerebral, la meningitis y la trombo flebitis; mientras que después de la operación radical no aparecen esas complicaciones sino en los casos en que ya estaban de antemano manifiestas, o había la presunción de su inminencia por una cefalea temporal, un cambio de carácter u otro cuadro sintomático más o menos larvado."

Esto nos hace fijar el concepto sobre este tipo de intervenciones que son principalmente profilácticas, cuyo fin esencial es poner al enfermo al amparo de las graves complicaciones de una afección que, por si misma, no darce presentar importancia.

Esas dos corrientes, conservadora y radical, en la manera de encarar el tratamiento de las otitis crónicas gozan de fama diversas en los diferentes países: así en Francia predominan los otólogos a tendencia conservadora, mientras que del otro lado del Rhin la tendencia radical cuenta con mayor cantidad de adeptos.

Nosotros, libres del yugo de las escuelas somos ecléticos, y, aceptando las indicaciones clásicas e indiscutidas, no nos embarcamos en ninguna corriente extrema que nos lleve a un intervencionismo a *outrance* ni a un conservadorismo peligroso.

Uno de los inconvenientes apuntados en contra de las operaciones es que la sordera aumenta después de la intervención.

Esta visión, que está lejos de ser siempre exacta, ha producido en la nueva era una tendencia a recurrir en los casos en que ella es posible a intervenciones parciales siguiendo vías que podríamos decir derivadas de la operación primitiva de Küster y Bergmann.

Efectivamente, las operaciones parciales en boga hasta hace poco, eran la osculectomía y la resección del muro de la logia, operaciones hechas sobre la caja, para facilitar el drenaje y extirpar lesiones reputadas como circunscriptas. Pero la nueva corriente, tomando una vía inversa, trata de curar las lesiones mediante una trepanación de las mastoides y del aditus con o sin abertura epitimpanal de la logia de los huesecillos. Este tipo de intervenciones, que encontraría su indicación en los casos en que la caja esté muy poco tocada por la lesión ha tomado incremento principalmente en los países del norte y en los países sajones, contrariamente a lo que pasaba con las operaciones clásicas, aquí, vemos que la tendencia conservadora ha hecho más camino del otro lado del Rhin, mientras que de este lado se está en general por la in-

tervención completa y aun una tendencia a ensancharla en algunos casos (tendencia que se marca también en Norte América, en Alemania y en Suecia) se evidencia por las publicaciones recientes de varios autores franceses, entre las que citaremos una tesis de Henry Guillón, discípulo de Romadier, titulada "Levidement Petro-Mastoi-dien elargi" y un reciente artículo de Romadier. Esta orientación quirúrgica ha sido, sin embargo, impulsada primero en Norte América al empuje de las ideas de *Morisset Smith, de Ea-gleton* y de *Kopetzky*,

Los tipos de operación que se ejecutan pueden agruparse bajo cinco rótulos:

1. Osiculectomía.
  2. Resección del muro de la logia.
  3. Vaciamiento petro mastoi-deo total.
  4. Vaciamiento petro mastoi-deo parcial.
  5. Vaciamiento petro mastoi-deo ensanchado.
1. Osciculectomía.-La osciculectomía que tuvo como principa-

les propulsores a Schwartz y a Sexton, tuvo su período de gran boga en todos los países, en Francia y aun entre nosotros. Consiste en quitar el martillo, para favorecer el drenaje del ática y quitar el yunque, que quedaría colgando sin el apoyo del martillo, lo que permite también favorecer el drenaje del aditus y del antro por la desaparición del apófisis horizontal de ese hueso. Pero se quitan también los huesecillos considerándolos, causa única de la supuración, por su carie.

Cuando los huesecillos son la causa única de la supuración, lo que pasa raramente, la carie ósea se encuentra en el martillo o en el yunque, es por eso, y por la delicada posición del estribo que éste se respeta, y aquéllos se extirpan.

La lesión del mango del martillo o del apófisis descendente del yunque puede verse a simple vista o con lente de aumento, si hay una perforación timpánica suficientemente amplia, pero las lesiones de la cabeza del martillo y del cuerpo del

unque, que son las más comunes, no se aprecian sin el auxilio del pequeño espejo intra-aural. del que hay varios modelos, uno de ellos, el de Botey. Cuando pasa así, que los huesecillos son la causa única de que la supuración se mantenga, su extirpación la cura.

Cuando la lesión de los huesecillos no es la única causa del mantenimiento de la supuración, se indica aún la usiculectomía si hay una perforación pequeña del Schrapnell que no permite tratar debidamente el foco de osteítis, o si hay retención de masas colesteatomas en el ático.

Pero como las lesiones de osteítis lo mismo que el proceso; colesteatomatoso, sólo muy raramente están localizados a las paredes de la logia de los huesecillos, y por el contrario se extienden generalmente al aditus y al antro, esta operación no cura en general estos procesos, y ello explica el desuso relativo en que ha caído, siendo sin embargo un precioso auxiliar nuestro en los casos en que está indicada.

No podría plantearse con probabilidad de éxito esta intervención en caso de colesteatomatosis o carie ático-antral, que es el caso corriente, ni en caso de que el laberinto demuestre por su inercia estar profundamente atacado.

La audición, según muchas estadísticas, mejora en el 50 % de los casos, queda estacionaria en un 30 % y empeora en un 20 %, pero en general esas cifras se refieren a enfermos con una audición ya muy disminu-

da. Cuando la audición es buena suele haber pérdidas muy grandes de la audición después de la usiculectomía.

2. *Resección del muro de la logia.*—Esta operación no llegó a entrar en la práctica corriente, porque en general escolla donde escolla la extirpación simple de los huesecillos.

Ella estaría indicada en las otorreas epitimpánicas, cuando la causa radica en la osteítis aguda de las paredes del ático.

Se practica después de usiculectomía abatiendo el muro de la logia por la vía conducto y mediante una gubia a extremo cortante ligeramente curvado hacia afuera.

3. *Vaciamiento petro-mastoi-deo total.*—Es una operación lógica, bien reglada y completa.

¿Cuándo debe realizarse?

Cuando una supuración tratada por medios médicos no cura puede estar todavía limitada a la parte mucosa de la caja y no presentar tendencia a la producción de complicaciones endocraneanas. En ese caso la perforación timpánica, grande o chica, no ataca el marco timpanal ni la membrana de Schrapnell. la supuración es continua o intermitente, pero tiene un aspecto algo mucoso, los Rayos X no indican la existencia de carie ósea, no presenta exacerbaciones agudas, ni verdaderas granulaciones sino a veces alguna formación poliposa, la bacteriología indica en general la presencia del estafilococo, y no se presentan ni dolores temporales persistentes, ni sordera laberinticia, ni signo de fistu-

la, ni parálisis facial.

Pero cuando la membrana es destruida *en* su parte postero superior, y el anillo timpanal desperiostado, recubierto de granulaciones, a veces carioso, e; escollo de ur tratamiento médico hecho por un término prudencial, indica la necesidad de un vaciamiento aun cuando no haya síntoma de amenaza de complicación. Estas lesiones pueden presentarse ya con una otorrea continua, ya con una pequeña otorrea amarilla oscura que indica lesión ósea, ya con empujes' de otorrea acompañados de otros síntomas; dolores temporales, dolores mastoideos, fiebre, vértigos, empujes de paresía facial o aun parálisis persistente.

Otras veces la naturaleza se esfuerza por realizar una operación radical, pero si este tipo de lesión, produce no la destrucción amplia de la membrana y del muro de la logia, sino destrucciones hacia el antro, hacia el endocráneo, o hacia el laberinto, el corrimiento continúa, generalmente abundante, fétido agrio y el lavado retira a menudo laminillas nacaradas de col esteatoma. En este caso

los Rayos X pueden indicar la existencia de una cavidad ósea insospechada. La bacteriología del pus quitado por el conducto demuestra la presencia del estafilococo (microbio agregado) pero en los focos profundos y en las complicaciones se encuentra casi siempre un estreptococo.

En suma, las indicaciones generalmente aceptadas para la operación radical son: Las supuraciones con osteítis que tengan empujes ofensivos; cuando aparecen síntomas más o menos alarmantes a raíz de un cese de la supuración; cuando se presentan paresias faciales temporarias; cuando hay en una otorrea vieja una fistula espontánea o quedada después de una trepanación; cuando exista dolor tensivo en la región temporal (generalmente acompañado de ineptitud al trabajo, de tristeza, de pesadez de cabeza) ; cuando el laberinto esté tocado, ya por anestesia ya por exitabilidad exagerada, o que exista el síntoma de fistula sin audición muy conservada. En el coles-teatoma se debe operar casi siempre, especialmente cuantío éste ha respetado las barreras

externo.s y se produce retención. Cuando la carie ósea es evidente y la supuración persiste después de un tratamiento médico adecuado, la intervención se impone, no así en los casos en que el diagnóstico de la otitis ósea es incierto, para esos casos creemos con Korner que la operación se justifica: cuando se presentan durante la otorrea crónica, dolores de oído y de la mitad de la cabeza; cuando hay síntomas de localización como la invasión del laberinto o la lesión del facial, que pueden favorecer el desarrollo de complicaciones endocraneanas; en presencia de síntomas de complicación **endocraneana**, y especialmente de una hipertermia inexplicada.

Es un hecho, de antiguo conocido, que las operaciones de este tipo se hacen mucho más frecuente en la clientela hospitalaria que en la privada. Ello se debe especialmente a la falta de cuidados médicos en el primer grupo de enfermos. Por tanto una de las causas que conducen a la intervención es la falta anterior de terapéutica médica adecuada. Otros factores accesorios que es necesario tener en cuenta son también la edad, la clase social del enfermo, su estado general y hasta su temperamento.

Una caries ósea evidente, aunque no presente síntomas de otorrea ofensiva será una indicación de vaciamiento en una persona sana de 25 años de edad, pero no lo será en una persona que ha pasado los 50 y estará contraindicada, salvo apremio

en toda persona cuyo estado general esté muy alterado. En los niños se hace generalmente por encima de los 7 años.

Una lesión con que puede contemporizarse en una persona cuya concurrencia al consultorio privado u hospitalario puede ser asidua, tendrá que tratarse quirúrgicamente en otra persona que por su trabajo, por su falta de comprensión de los cuidados necesarios, o por el lugar en que habite, no podamos contar que se haga vigilar eficazmente.

Hay por fin personas que por su indocilidad, o su nerviosismo, no permiten hacer las curaciones ordenadamente. no deben ser operadas sino en caso de gran necesidad. Ellas exponen, como en el caso de una joven rusa, operada recientemente en la clínica, a perturbaciones enormes durante la operación, causadas por su propia indocilidad.

1° El método de atrás adelante.

3° El método de delante atrás.

3° El método transespino meático.

4° El método endo-aural.

1° *El método de atrás a delante (Schwartz-Zaufal).* —

Consiste en descubrir el antro mastoideo en el lugar clásico de elección, dirigiéndose hacia la caja de atrás adelante suprimiendo la pared posterior del conducto, exponiendo así, ampliamente el aditus ad antrum (hasta aquí igual que lo hacían Küster y Bergmann en su primitiva técnica), pero completándola por la trepanación de

la pared externa del muro de la logia la extirpación del martillo y del yunque y el rebajado del macizo del facial, todo esto con incisión retro-auricular, y plastia del conducto que permita el cierre inmediato de la herida retro-auricular a la inversa de lo que se hacia en los primeros tiempos, hacia el año 1891 en que se comenzó a emplear.

29 *El método de delante atrás (Stake)*. — Este procedimiento consistía en un principio (1890) en la extirpación de husecillos. resección del muro de la logia y de la pared externa del áditus, hecha mediante una incisión retro-auricular. Luego se agregó la extensión del antro, la plastia del conducto y el cierre primario de la herida externa.

39 *El método trans-espino-meático {Wolf}*, que consistía en trepanar como si se quisiera agrandar el conducto atrás y arriba, en el sitio de la espina de Henle. Esta trepanación conduce al aditus y es actualmente muy empleada en sus diversas variantes (Hautant p. ej.). Descubierto el aditus se trepana el antro, el muro de la logia, se hace al rebajado del

muro, facial, plastia del conducto y cierre de la herida retro-auricular de abordaje.

41? *El método endo-aural (Carlos y Federico Thier)*.—Este método ideado por los hermanos Thier de Leipzig, que hicieron sus primeras publicaciones sobre el tema en los *Archiv für Ohrenheilkunde* año 1912. y luego en el congreso de médicos de cuello y oído de Sajonia y Turinga el 25 de noviembre de 1912, en que presentaron 26 historias de operados, algunos hasta cinco años antes; pasó largo tiempo sin llamar mayormente la atención de los otólogos hasta que, a partir del año 1927 y 28 Von Eicken en Alemania, Guns y Van deu Wildenberg en Bélgica y Lempert en Norte América le dieron un gran impulso perfeccionando detalles de técnica y de instrumental.

Hemos visto practicar este procedimiento hace 2 años a un número crecido de enfermos, de todas las edades, en la clínica de La Charité, del Profesor Von Eicken, de Berlín y después, siguiendo su manual operatorio, aunque simplificado, la hemos practicado unas 20 veces en nuestra ciudad.

Con o sin resección previa de los huesecillos, se hace, mediante un gubia algo curvada hacia afuera, guiándose con el gancho explorador, el abatimiento de todo el muro de la logia, y luego, siguiendo el aditus. de la pared externa de éste, de *ir* del antro y células que existieren.

El tiempo primero y previo par?, el bordaje es la extirpación hasta el hueso de un lambo cutáneo que comprenda toda la mitad posterior o algo más. de la pared superior de la posterior.

El instrumental que emplea Von Eicken es muy completo, y está muy bien presentado por la casa Pfau de Berlín., pero nosotros empleamos solamente un foco frontal, un bisturí común, una pinza de Lucee, un áesperioestador de Killiann para tabique, un separador auricular de mango, una gubia de Von Eicken (la mayor), un gancho explorador (de Von Eicken).

Los inconvenientes técnicos que se anotan en su contra pueden valer con conductos muy estrechos, pero ni el descenso de la dura madre, ni la procedencia del seno lateral presentan peligros mayores dado el ángulo de ataque. Conviene, sin embargo, guiarse por una radiografía previa.

Creemos que cuando la cavidad mastoidea no es muy extensa y cuando no existen complicaciones evidentes del lado del seno o de las meninges, este procedimiento presenta la ventaja de ser más fácilmente aceptado por el enfermo; de ser un menor traumatismo; de per-

mitir al enfermo restituirse en menor tiempo a sus ocupaciones, de dar un mayor porcentaje de mejorías de la audición; de operar por la misma vía de las curaciones posteriores. En nuestros casos los enfermos operados por este proceder se han curado en general en igual o menor tiempo que por la técnica de Zaufal, y en caso en que debimos hacer una segunda operación clásica, tenemos al enfermo aun sin cicatrizar, después de largos meses de curaciones.

En suma, podrá preferirse para los casos de antro relativamente desarrollado el procedimiento de Zaufal o de Schwartz, para los casos de antro muy pequeño como es frecuente se presentan en la otitis crónica, el de Stake o mejor el transespino meático. pero en ambos casos puede usarse sin ningún inconveniente el procedimiento endoaural. fuera de los casos de complicación endocraneana.

Sin embargo, Von Eicken y otros operan por procedimiento hasta casos complicados, y en realidad con pleno dominio de las lesiones, como hemos podido comprobarlo directamente, y Lempert ataca por esta vía los estados agudos de la mastoides. Pero creo que en estos dos últimos casos la vía retro-auricular debe preferirse.

4? *Vaciavientos petromastoides parciales.* — Desde los comienzos de la cirugía radical de la otitis crónica se hicieron tentativas para modificar la técnica en el sentido de tocar menos la arquitectura de la caja, especialmente en los case; en

que ella misma no estaba muy atacada.

Las operaciones primitivas de Küster y Bergman por una parte y de Stake por otra, si bien eran en realidad avivamientos parciales, y aun teniendo la primera los caracteres fundamentales que se buscan en estos, no debemos tomarlas como técnicas de vaciamiento parcial, sino como tentativas incompletas de un vaciamiento total.

Algunos ensayos fueron hechos buscando la menor modificación posible de la caja, para conservar mejor la audición, pero un estudio serio lo encontramos recién en 1909, en que Bondy y Barany hicieron conocer su técnica de trepanación ensanchada o radical parcial, abriendo por vía retro-auricular el antro y el aditus y abatiendo la pared lateral del ática.

Después de esa época se sucedieron publicaciones y presentaciones de técnicas hasta 1915 en que Sourdille publicó una buena monografía sobre

técnicas e indicaciones de la radical conservadora.

Luego viene una larga pausa en que apenas espaciadamente algún otólogo se ocupaba de este asunto hasta que Barany publicó en el tomo G del Acta oto-laryngológica (año 1923) su artículo titulado: "Operación radical sin plastía del conducto." En realidad, no es el hecho de no efectuar la plastea lo más importante en esta técnica, sino el tratar de obtener el cierre de la herida retro-auricular por primera intención;

La plastía, según Beck, no es imprescindible, pero ella es, en general, útil. Sólo cuando el conducto es amplio y la piel de éste delgada o atrófica, es en realidad preferible no hacer plastía.

Frente a la operación de Barany, Neumann ha publicado su técnica de radical parcial, con abordaje retro-auricular pero con plastía del conducto. Cié-

rra en el acto, operatorio la herida retro-aupfesiár como en la radical clásica, haciendo la vigilancia posterior de la cavidad operatoria por el conducto. Por este procedimiento Neumann varía el tamaño de la intervención ósea y aun de la intervención sobre la membrana, según las lesiones, tratando de hacer las menos maniobras posibles por la cara interna de la membrana, a fin de evitar la formación de tejido fibroso que luego perturba la audición.

Una modificación importante de técnica ha sido propuesta por Beyer en el Congreso de la Sociedad de Oto-rino-laringólogos alemanes, efectuado en Hamburgo en 1926. Consiste en la trepanación del antro, y la trepanación del muro de la loggia por la parte externa, conservando el reborde de la inserción timpanal. Por esta vía que han seguido luego Voss y Sourdille se puede ver y quitar todo lo enfermo que existe en el epitímpano.

Beyer, por su parte, ha hecho variar mucho su técnica, como puede verse en su reciente obra "Las operaciones sobre el oído medio."

La radical parcial, también llamada ático-antrotomía, está indicada principalmente cuando es posible por ella quitar todo lo enfermo, y la audición está al mismo tiempo bastante conservada. Fronnuing dice debe preferirse cuando la voz cuchicheada se oye a más de

iy<sub>2</sub> metros, la cadena de huesecillos está móvil, y el Gelle no es positivo.

Beyer, por su parte, ha hecho variar mucho su técnica, como puede verse en su reciente obra "Las operaciones sobre el oído medio."

En caso de complicación presente o amenazante creo deba preferirse la radical total. En cambio, cuando hay síntomas de fistula, con buena audición y al mismo tiempo las lesiones de la parte baja de la caja aparezcan pocas, este proceder está particularmente indicado por cuanto es en estos casos que la baja post-operatoria de la audición se marca más. En cuanto a la elección entre los procedimientos, preferiríamos en general el de Neumann, que nos ha dado muy buenos resultados en dos casos.

Pero todos estos procedimientos pueden ser efectuados por vía endo-aural, como ya lo establecían en 1912 los hermanos Thier en la comunicación a la reunión de médicos otorino-laringólogos de Sajonia y Turingia al dividir su material en la siguiente forma:

*Grupo I.*—Siete casos con conservación de la membrana y los huesecillos.

*Grupo II.*—Siete casos con extirpación de los huesecillos careados.

*Grupo III.*—Ocho casos con carie en el antro y extirpación de los huesillos careados.

*Grupo IV.*—Cuatro casos, de colesteatoma, tomando el antro.

Nosotros mismos en los veinte casos que hemos operado por la vía ando-aural, siguiendo la técnica aprendida durante nuestras visitas al servicio del Profesor Von Eicken en "La Chanté" (Berlín), nos hemos esforzado por conservar los huesecillos si no estaban enfermos, y tocar lo menos posible la cavidad de la caja, lo que nos ha permitido obtener mejoría en la audición de algunos enfermos y ningún empeoramiento de ésta, hasta la fecha..

5° *Vaciamiento petro-mastoido ensanchado.*—Este tipo de operaciones tiende a agrandar la brecha hacia delante y abajo, ha tomado su impulso en Norte América, hace de esto algunos años, por los trabajos de Eaglaton, Kopetzky y Morisset Smith.

Después de esto en Alemania, Suecia y Francia se han hecho publicaciones al respecto, y úl-

timamente Guillan, discípulo de Ramadier, publicó una tesis titulada "L'évidement Pátro-mastoidien élargi (tecrinque J. Bamodier." y Ramadier mismo, el año pasado publicó otro artículo sobre el particular en "Annales d'oto-laryngologie."

La indicación de estos procedimientos es principalmente el tratamiento de las osteítis profundas de la roca, buscando, por la liberación del labio anterior de la gotera timpanal y de la parte posterior de la articulación témp oro-maxilar, una buena visibilidad de la pared interna de la caja., y en particular de la región sub-promontorial, tubocarotidea y de las ventanas, a fin de poder buscar el orificio externo de fístulas que se hunden más o menos profundamente en la pirámide petrosa y tratar de avanzar hacia la punta de la roca por la vía del canal carotideo o por la vía que la misma lesión aconseja.

(De la Revista *Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica*, Buenos Aires, Diciembre de 1934).