

Tratamiento Médico de la Infección Mastoidea

Por J. BERINI

(*An. de l'Hosp. de la Santa Creu i sant Pan*, 15 de enero de 1935.)
—"Trepanad una mastoides en el curso de una supuración del oído medio y encontraréis siempre pus" (Laurens). ¿Quiere esto decir que debemos trepanar todos los oídos que supuran? En otros términos, (cuándo debe trepanarse una mastoides?

Desde que en la segunda mitad del siglo XIX, Schwartz regló la técnica de la trepanación mastoidea y dejó al criterio clínico de cada otólogo el cuidado de fijar el momento operatorio, éstos se han dividido en dos grupos. Unos, partidarios de la intervención precoz, no temen o no aceptan que ésta pueda ofrecer peligro alguno y su conducta se adapta al lema "ir delante de las complicaciones en lugar de correr detrás de ellas." Los otros no creen esta conducta la más prudente y fían más en las fuerzas curativas de la naturaleza, dando un margen de confianza al tratamiento médico que cada uno preconiza.

Así, en 1908, Moure no duda en afirmar que "nunca nos arrepentiremos de haber abierto demasiado pronto las células mastoideas." G. de Panel tampoco teme una intervención precoz, preventiva de todo accidente intracraneal.

En el "Tratado" de Claoué y Vaudenbosche la decisión operatoria ya no es tan tajante,

pues aconsejan estudiar los caracteres del pus, del dolor y el estado general, y aunque partidarios de la operación precoz, admiten, con Luc, que la supuración puede desaparecer aun después de persistir cuatro semanas, por el solo tratamiento médico. En 1899, Castex daba como norma para la abertura de la mastoides, la persistencia de la fiebre y del dolor, sin fijar el tiempo, haciendo hincapié en el concepto de mastoiditis latente que más tarde estudiaron Le Mee en el lactáneo y Tapias en el adulto.

Moulouguet aconseja vigilar atentamente toda otitis media supurada para diagnosticar lo antes posible cualquier complicación que haga necesaria la intervención. Laurens dice, refiriéndose a la mastoides probable, que debe ensayarse un tratamiento conservador prudente que no deberá prolongarse más allá de tres o cuatro días.

La discusión, sin embargo, podría calificarse de bizantina si la intervención precoz no tuviera un tanto por ciento de peligros superior al de la operación realizada días después de comenzada la infección. Para el mejor estudio de este aspecto del problema conviene, con Neumann, comparar los resultados obtenidos en intervenciones en el curso de la primera, segunda, tercera semana después del comienzo de la otitis. Esta comparación enseña

que el mayor número de complicaciones surge en la primera y más allá de la séptima semana, y se mantiene en cifras iguales y sensiblemente más bajas entre la segunda y la sexta semana,

Norval Pierce dice que si es peligroso operar demasiado tarde una mastoiditis por las numerosas complicaciones posibles, tío lo es menos intervenir antes de que haya terminado el proceso de delimitación del foco séptico, o sea en plena decalcificación. Apoya su opinión en una estadística de 200 mastoiditis operadas precozmente con una mortalidad del 11 por 100. cifra realmente elevada. Para Hybasek las complicaciones operatorias llegan al mínimo en las mastoiditis operadas en la segunda y tercera semana.

Aun cuando opera en general en la primera y segunda semana, Urbantschitsch reconoce que la intervención precoz expone a menudo a reintervenciones. Heiman sostiene que si la operación está excepcionalmente indicada antes de los quince días del comienzo de la otitis, no lo está nunca en los primeros días.

Situado entre las escuelas de Neumann y de Alexander, Erdelyi plantea, pero no resuelve, el problema, pues si bien, dice, siempre se puede encontrar alguna razón para intervenir, si luego sobreviene alguna complicación cabrá pensar si la abertura de las vías linfáticas y sanguíneas ha influido en forma perjudicial. Refiriéndose

a la experiencia adquirida en una epidemia de gripes Schlittler se muestra contrario a la intervención precoz, citando al efecto una estadística blanca de unos 50 casos operados después de la tercera semana.

Las opiniones antes expuestas discrepan de las de Strandberg y Plum, partidarios de la operación precoz, de la de Coulet, que cree que la tendencia actual es a intervenir en los primeros días, lo que no obsta para que de los cuatro casos que presenta, uno de ellos, con una reacción meníngea, curase sin intervención. Para Barrand no hay dilema; toda modificación ósea de la mastoides, que llama mastoiditis sin distingos, es tributaria de la intervención.

Barwich y Haardt no le reconocen a la operación precoz más dificultad, que la derivada de la necesidad de abrir todos los grupos celulares, en la duda de cuál de ellos pueda producir complicaciones. Por ello abren toda la mastoides, contornean el seno lateral, exploran las células perilaberínticas, el grupo intersinuoso-facial, las cigornáticas, etc. Basan su radicalismo en el hecho de haber observado complicaciones en el tercer día de una mastoiditis. Es preciso hacer resaltar que en las estadísticas de 266 casos que presentan, la mortalidad es de 13,6 por 100 en las operaciones antes del décimo día y sólo del 8,8 por 100 en los operados después de la tercera semana.

Ni aun los exámenes histológicos han podido resolver el problema, pues Krainz, que ha

examinado los trozos de mastoides extirpados durante la intervención, es partidario de temporizar, y Mayer, aun confirmando los hallazgos anatómicos de Krainz, es partidario de la operación precoz, lo que no le impide afirmar que "la mayoría de las otitis medias agudas supuradas en las que, por los síntomas clínicos, tenemos el derecho de suponer que existe una supuración en las células de la apófisis mastoides, curan sin intervención." Acaba diciendo que es cuestión de sentido clínico el denunciar los casos difíciles.

Moulouquet, contestando a Coulet, recuerda la gravedad de las supuraciones óticas producidas por los proyectiles, atribuyendo esta evolución desfavorable a la falta de defensa del hueso, que, dice, "no estaba protegido por la evolución microbiológica de defensa natural."

Casi todos los otólogos partidarios de la intervención precoz comparan la infección mastoidea con la apendicular y quieren, como norma de actuación en los otólogos, la unani-

midad de pareceres que reina entre los cirujanos respecto al tratamiento del ataque apendicular. Pues bien, a juicio del autor, esta comparación no es exacta e induce a una conducta errónea. En efecto, si toda apendicitis va acompañada de una peritonitis localizada o generalizada, que da la gravedad al cuadro clínico, la mastoiditis no va acompañada más que excepcionalmente de reacción meníngea, que sería la equivalente de la infección peritoneal. Además, el apéndice está todo él rodeado de peritoneo, por lo cual, el peligro cerca al apéndice; la mastoides, en cambio, ofrece grandes zonas por las que la fluxión del pus, lejos de constituir una complicación, es un modo natural de curación, la fistulización al exterior, como es frecuente ver en otro tiempo. Se trata, pues, de discernir el grado en que están afectas las células mastoideas, de saber si la congestión de la mucosa que cubre todo el complejo celular llegará o no a supurar y si esta supuración, suponiéndola y establecida, será capaz de

salir por vía natural o deberá trepanarse y en qué momento, o dicho en más breves palabras, *en qué síntomas nos basaremos para sentar una indicación operatoria.*

Chatelier, buscando síntomas clínicos que permitan justipreciar el valor de la participación mastoidea, nota que la desaparición del dolor a la presión de la apófisis tras limpieza del conducto se observa sólo en otitis de evolución favorable.

Abundando en el concepto de mastoidismo que creó Alexander, Fischer, que buscó su substratum anatómico, describe una hiperemia difusa de la mucosa, sin retención en el antro, y por consiguiente sin descenso de la pared superior del conducto ni caída del pabellón. Fischer hace notar que una intervención precoz en este período es peligrosa e ineficaz.

Como Chatelier, Dutcheillet de Lamothe describe una modificación del ángulo diedro, que en su conjunción forman las paredes superior y posterior del conducto con el tímpano, consistente en su conversión en un plano, con lo cual, conducto y tímpano forman una línea continua, siendo difícil deslindar uno de otro órgano. Cuando existe esta modificación, dice, la mastoidea supura y la intervención se impone.

Robertson atribuye un valor preponderante a la elevación de la cifra de polinucleares: por encima del 70 por 100 es argumento poderoso en favor de la intervención.

Para Beck, una temperatura elevada no basta para afirmar que una otitis se complica, ya por reconocer origen extraótico (y cita casos de errores grosseiros), ya porque aun siendo ótica evoluciona favorablemente sin requerir tratamiento operatorio. Pero Beck, apoyado en una experiencia de veinticinco años, niega también valor patognomónico a la mayoría de los síntomas, a los que clásicamente se les asigna valor considerable, pues dice haber visto curar sin intervención otitis con caída del conducto, con hernia timpánica, con sordera acentuada, con dolor espontáneo y provocado. Aun cuando sea casi toda ella referente a niños, la casuística del autor confirma las ideas de Beck.

Con Scheibe, la escuela alemana denomina empiema mastoideo a las mastoiditis con pus a presión y granulaciones, que se diagnostica por los latidos nocturnos isócronos con el pulso y por los signos externos de supuración mastoidea (caída del conducto, deformaciones timpánicas, etc.). Pero tampoco empiema es sinónimo de operación, pues un tercio de casos curan sin intervención, y, según Laurens (*loc. cit.*), es tributario de la paracentesis.

Pouchkine, refiriéndose a la actuación del cirujano frente a una infección mastoidea, dice: "para el bien del enfermo y en su propio interés, todo médico consciente debe, antes de

decidir la operación de su enfermo, no sólo pesar todos los pro y contra en favor de la operación, sino agotar todos los tratamientos conservadores y no decidirse a una operación más que cuando todos los medios habrán sido agotados hasta el fin." Y expone su tratamiento conservador, fundado esencialmente en la amplia abertura timpánica, aspiración del pus y desecación por alcohol.

Gemach preconiza el tratamiento fototerápico, que reserva para los casos de mastoiditis, es decir sin empiema.

Tretrop dice que una larga experiencia le ha demostrado que muy a menudo cuidados apropiados pueden detener los síntomas graves y hacer inútil una intervención quirúrgica. Expone su tratamiento, que se reduce a desinfección del oído y del rinofárinx, administración de compuestos salicilados, etc.

El tratamiento que ha reunido más sufragios es el basado en la administración de antígenos, ya en forma de proteinoterapia, ya de vacunoterapia (au-

to y stock). Madritsch emplea las inyecciones de leche aséptica en las inflamaciones agudas de la caja. Bonain recomienda la inyección intramuscular de plata coloidal. Caliceti expone ocho casos de otitis agudas con mastoiditis inicial, de los que en cinco se evitó la intervención y en los otros tres permitió operar sobre un campo delimitado y en buenas condiciones con el empleo de la proteinoterapia en forma de leche aséptica. Dos años antes no se mostró tan satisfecho de los resultados obtenidos con la vacunoterapia, lamentando no poder distinguir el grado de infección mastoidea, pues creó que al paso que las mastoiditis aun no supuradas son susceptibles de mejorar por este tratamiento, el empiema mastoideo contraindica toda terapéutica no quirúrgica. En el caso particular de la otitis neumocócica, Le Mee, siguiendo el consejo de Calmette, emplea el suero específico por vía bucal.

Brindel, por el contrario, afirma haber obtenido en las otitis

agudas resultados más bien nefastos. Opinión parecida sostuvieron Baldenweck, Jacob y Moulonguet, ponentes del X Congreso Internacional de Otolología, 1922, quienes vieron sobrevenir un 30 por 100 de complicaciones en los casos tratados por la autovacunoterapia, mientras esta cifra baja al 6 o 10 por 100 en las otitis tratadas por otros procedimientos.

Estudiando el índice opsónico, Di Donato demostró que la proteinoterapia elevaba el valor de este índice a cifras superiores de lo que produce la autovacunoterapia, lo que podría ser una razón en favor del mejor resultado terapéutico señalado por Caliceti y de los fracasos que a la autovacunoterapia atribuyen Baldenweck, Jacod y Moulonguet,

Ha sostenido entre nosotros la posibilidad de curar muchas infecciones mastoideas sin intervención quirúrgica, Suñé, quien en la Real Academia de Medicina de Barcelona expuso una estadística de 290 mastoiditis, de las que el 72 por 100 curaron sin trepanación.

A continuación, el autor expone ocho casos de su práctica, que trata con éxito con instilaciones de glicerina fenicada, proteinoterapia no específica, fomentos, paracentesis del tímpano en algunos casos, vacunoterapia en otros, y se resume del siguiente modo su opinión:

"En toda supuración de oído es menester ejercer una vigilancia cuidadosa y practicar, si el caso lo requiere, la inter-

vención adecuada fantrotomía, mastoidectomía, radical o radical-conservadora, abertura del seno lateral, etc.)

"En los casos en los que una cuidadosa exploración permita creer que no existe complicación ni sintomatología que haga indispensable el tratamiento quirúrgico, deberá establecerse un tratamiento conservador, del que podrá esperarse la resolución del proceso.

"No existe criterio clínico que sirva de norma segura para distinguir las mastoides que requieren ser operadas de las susceptibles de curar médicamente.

"Los diversos tratamientos conservadores pueden ser empleados según la experiencia personal de cada cual; únicamente la autovacunoterapia parece ser netamente inferior a las demás.

"Al calor local, agente terapéutico de primer orden, hemos añadido la acción de la proteinoterapia o de la vacunoterapia polivalente, sin que podamos señalar diferencia evidente entre la acción de una y otra.

"La revulsión mastoidea, y la desinfección rinofaríngea, deberán aplicarse siempre. La paracentesis, cuando exista retención en la caja, sin confiar demasiado en sus resultados."

Advierte que se ha referido siempre, en el transcurso de este trabajo, a mastoiditis agudas, no a mastoiditis recalentadas, siempre más peligrosas y con las cuales es menester redoblar la vigilancia.

—De Revista Española—