

MESA REDONDA:

Nuevas Dimensiones en Estapedectomía

XIII Congreso Mundial de Otorrinolaringología

Miami Beach, Florida, E.E.U.U. -1985

Presidentes: J.Causse, Sr. (FRANCIA), T.Palva (FINLANDIA)

Moderadores: J.Sheajr. (EEUU)

Panelista 3: E. Aguilar-Paz (HONDURAS)

Técnicas de Estapedectomía

1. Antecedentes

Desde hace más de un siglo, las primeras tentativas para cirugía directa sobre el estribo, en casos de otoesclerosis, fueron realizadas: Kessel (1876), Boucheron (1888), Miot (1889) y Faracci (1889). Holgren (1923) escribió acerca de un caso de otoesclerosis el cual trató exitosamente con una simple movilización del estribo. Sin embargo, por más de un cuarto de este siglo, la cirugía de otoesclerosis sería inspirada por la técnica de fenestración laberíntica, basada en las observaciones previas de Passow (1897), Barany (1910), Jenkins (1913) y Holmgren (1916).

Los profesores Sourdille, Fowler, Lempert, Shambaug, Linsay, Tato, Ruedi, Wulstein y Zollner, entre otros, contribuyeron al desarrollo de la cirugía microscópica de la otoesclerosis.

Rosen (1952) de nuevo dirigió su atención hacia la cirugía directa del estribo, y ofreció su técnica de 'movilización del estribo'.

Fowler Jr. (1955) propuso una técnica de estapedectomía parcial, eliminando solamente la crura anterior del estribo y el foco de otoesclerosis en la parte anterior de la platina.

Rambo (1956) describió una técnica de estapedectomía con timpanoplexia. Una técnica similar ha sido descrita por Guillon, Portmann y Claverie. Pero en la realidad, la timpanoplexia sobre la ventana oval constituye una modalidad de fenestración clásica.

Shea Jr. (1956) describió una nueva técnica en la cual extrae la superestructura del estribo y posteriormente practica la resección de la platina, protegiendo la ventana oval con un injerto de vena y estableciendo la transmisión sonora desde el incus a la cóclea, con un tubo de polietileno.

Schuknecht (1956) publicó su propia técnica de estapedectomía usando interposición de la vena y utilizando prótesis metálicas de alambre (tantalum o acero inoxidable). Posteriormente añade al extremo distal del alambre un fragmento de gelfoam para cubrir la ventana oval.

Portmann y Claverie (1957) introdujeron la llamada 'interposición de vena' entre el estribo (el cual no es removido, solo dislocado temporalmente) y la ventana oval. Más tarde, una variación de la misma técnica fue publicada dislocando solamente la parte posterior del estribo, para usar la crura posterior en la transmisión funcional del sonido.

En 1959, House, House, Lichtum y Sheehy publicaron sus experiencias en estapedectomía, utilizando prótesis sencillas de acero inoxidable y protegiendo la ventana oval con un fragmento aplanado de gelfoam.

Juers (1960) se refirió a casos en los cuales usó la transposición de la crura posterior del estribo sobre la platina, la cual había sido previamente fragmentada o fenestrada en su centro.

Hall y Ritzner presentaron una técnica de estapedectomía en 1958 en la cual ellos utilizaron el incus como un medio de transmisión directa entre la membrana timpánica y la platina, la cual había sido removida o fenestrada.

En 1961 Shea Jr. publicó sus resultados personales después de cinco años de experiencia prolífica en estapedectomías, usando su propia técnica, con resultados positivos en el 90% de los casos con ganancia auditiva estable. Su técnica fue usada internacionalmente en este tiempo.

Resultados similares fueron publicados más tarde por otros distinguidos otólogos: Guilford, Myers y Schlosser.

En 1961 García Ibanez publicó conceptos de la llamada 'Sonoinversión' como un nuevo sistema de audiocirugía.

Shea Jr. y Sanabria publicaron un estudio crítico de estapedectomía en 1962, y recomendaron en casos de otosclerosis masiva en la ventana oval la práctica de fenestración limitada de la platina, usando un microtorno y colocando un pistón de teflón dentro del orificio creado.

Meurman y Palva introdujeron fascia temporal para proteger la fenestra ovalis.

Goodhill usó la interposición de cartílago.

Plester usó prótesis de acero inoxidable, fijando el extremo distal de la prótesis con un fragmento de tejido conectivo, tomándolo del paciente en el momento de la cirugía. Actualmente, múltiples variedades de prótesis han sido creadas en la evolución de la técnica de la estapedectomía, de acuerdo a la imaginación de diferentes otólogos.

Los siguientes, entre otros, han utilizado sus propias prótesis: Causse (FRANCIA), Cawthorne (INGLATERRA), Shea Jr. (EEUU), Armstrong (EEUU), Schuknecht (EEUU), Campo Mercandino (ARGENTINA), Ehmke (BRAZIL), Robinson (EEUU), Smith (IRLANDA DEL NORTE), Prades (ESPAÑA) y Fish (SUIZA).

Actualmente, hay una preferencia en proteger más las estructuras laberínticas internas. Es una tendencia evidente para los otólogos modernos de usar la pequeña fenestra en vez de la grande,

para prevenir la migración de la prótesis y evitar la eversión de la membrana covertora del vestíbulo (Shea, Bailey, Pappas, Graham).

//. Nuestra Propia Experiencia

Considerando la enorme casuística de los maestros en este campo, en realidad mi propia experiencia en el tema es bien modesta. Pero como estamos en un Congreso Mundial, creo que podría ser de interés en esta Mesa Redonda de conocer el criterio de un otólogo del Tercer Mundo quien ha tenido que vivir a través de toda la evolución de la cirugía de la otosclerosis, durante un período de 27 años, empezando desde la técnica de la fenestración hasta la técnica de la microfenestra.

En Centro América tenemos algunas ventajas: podemos escoger una técnica o crear una técnica mixta de lo mejor de muchas de ellas. Desde otro punto de vista podemos juzgar esta cirugía y sus diferentes técnicas sin la pasión y vehemencia de sus creadores.

Más de 500 casos han sido operados en Centro América desde 1960. Los primeros cirujanos en este campo son los siguientes otólogos: Quevedo y castellano (GUATEMALA), Alfaro (EL SALVADOR), Aguilar-Paz (HONDURAS), Camacho (NICARAGUA), Berrocal y Chartier (COSTA RICA), Alonso Roy (PANAMÁ).

En mi país, Honduras, en un estudio de 25,000 pacientes con problemas audiológicos, 232 casos de otosclerosis han sido detectados. El treinta por ciento de la población de Honduras son Indios Americanos puros (descendientes de los Mayas, Lencas, Cares, Xicaques y Payas). No encontramos ningún caso de otosclerosis en estos Indios Americanos. Mi experiencia personal en la cirugía de la otosclerosis empezó en 1957 con la técnica clásica de fenestración. En 1959 cambié a la técnica de movilización de Rosen. Después de 1962, inicié con la técnica de la estapedectomía.

En una serie personal de 1,084 casos de cirugía del oído, he operado 115 casos de otosclerosis con la técnica de estapedectomía. Utilizo la técnica clásica descrita por Shea Jr., añadiendo algunas modificaciones tomadas de observaciones personales de la cirugía de los grandes maestros: Tato, Portmann, Plester, Wullstein, Nauman, Guilford, Antol i-Candela, García Ibanez, Prades Pía, H. House, Schobel.

Desde 1969 he utilizado la neuroleptoanalgesia como la anestesia local (utilizo dihydroperidol y fentanyl). Desde 1978, he estado usando pericondrio del trago para proteger la fenestra ovalis, y he observado que los síntomas vestibulares postoperatorios son menores que cuando utilizaba vena. En mi serie personal de 115 casos, he tenido 8 fracasos. En todos esos 8 casos utilicé gelfoam directamente sobre la neofenestra realizada.

Después de la experiencia presentada por Bailey, Pappas y Graham en noviembre de 1982 en el XVIII Congreso Panamericano en San Juan, Puerto Rico, empecé a realizar microfenestra en el centro de la platina en 1983, evitando la extracción total de ésta. En estos últimos casos, siempre he utilizado la prótesis de platino-teflón de Shea.

Conclusiones

1. Las experiencias de un otólogo de Centro América son presentadas. El ha observado la evolución de la cirugía de la otosclerosis en su práctica durante 27 años.
2. No ha encontrado ningún caso de otosclerosis en los Indios Americanos autóctonos de Honduras.
3. En un análisis de más de 25,000 pacientes con problemas audiológicos, solamente ha encontrado 232 casos de otosclerosis.
4. En una serie personal de 1,084 casos de cirugía del oído, ha operado 115 casos de otosclerosis utilizando la técnica de la estapedectomía.
5. Ha estado usando neuroleptoanalgesia (dihydroperidol y fentanyl) desde 1969.
6. Prefiere usar pericondrio para proteger la fenestra ovalis.
7. No recomienda el uso de gelfoam directamente sobre la fenestra ovalis.

Nota: El autor, hasta la fecha (1998), tiene ya una casuística personal de 180 casos operados por otosclerosis.



Técnica del Dr. Aguilar Paz de proteger la ventana oval con pericondrio de trago.

Miembros integrantes de la Mesa Redonda sobre "Nuevas Dimensiones en Estapedectomía" realizada en el XIII Congreso Mundial de Otorrinolaringología en mayo de 1985 en Miami Beach, Florida, Estado Unidos.



De pié: Dr. SHEA Dr. (U.S.A.)
SMITH Dr. (IRLANDA DEL NORTE)
McGEE Dr. (U.S.A.)
AGUILAR PAZ (HONDURAS)

Sentados: Dr. CAUSSE Dr. (FRANCIA)
LETORT Dr. (ECUADOR)
KOHUT Dr. (USA)
BELUCCI Dr. (U.S.A.)
HUNGRÍA (BRASIL)