

Síndrome Otálgico por hiperflacidez timpánica (SOHITIM)*

Dr. Enrique Aguilar-Paz

ABSTRACTO.

Se describe un síndrome otálgico causado por hiperflacidez de la membrana timpánica, al someterse a cambios barométricos. La hiperflacidez timpánica, la cual carece en cierta parte de la capa de tejido fibroso, el cual establece la apropiada tensión del tímpano, y al no estar presente, permite la distensión súbita de la membrana timpánica, provocando molestias dolorosas al paciente, cuando éste realiza vuelos en avión, al viajar por tierra ascendiendo montañas, o bajando a valles; igualmente al hacer natación sumergiéndose a cierta profundidad; también puede causarse el dolor cuando el paciente realiza la prueba de Valsalva.

ANTECEDENTES .

El autor examinó a un paciente en septiembre de 1959, de 28 años de edad, ingeniero, originario de El Corpus, Choíuteca, Honduras. Un año anterior había padecido de una otitis izquierda supurada. La perforación que tuvo le había cicatrizado espontáneamente, pero dejando una amplia zona hipotrófica de la membrana timpánica, paracentral, la cual se distendía fácilmente con la prueba de Valsalva o con el otoscopio neumático, causando dolor. En 1965 el autor visitó al profesor Diester Plester, en la Academia Médica de Dusseldorf, Alemania, y discutió con el distinguido otocirujano este tipo de patología timpánica. El Prof. Plester aconsejó restituir el tejido fibroso por medio de un procedimiento timpanoplástico.

El paciente se volvió a presentar quejándose de otalgia al viajar en avión, en 1966. Puesto que no podía operarse en ese tiempo, se le resolvió temporalmente su problema colocándole un tubo de ventilación. Pudo realizar dos largos viajes aéreos, sin presentar problemas. No obstante, puesto que los tubos de ventilación se desprenden espontáneamente, el problema de otalgias a cambios barométricos volvía. Para entonces, el Ingeniero estaba trabajando en unos proyectos de construcción de carreteras en el interior del país (Honduras es un país muy montañoso), y sus movilizaciones, ascendiendo a altas montañas, y bajando a valles le causaba dolores agudos, muy desagradables en su oído izquierdo. Se le practicó una timpanoplastía en su oído izquierdo el 2 de junio de 1982, usando un injerto de pericondrio, para reforzar la zona hipotrófica de su membrana timpánica. Desde entonces, no volvió a tener otalgias, a pesar de seguir viajando. Ha permanecido hasta ahora, 12 años sin otalgias.

Se observó este mismo síndrome en una joven de sexo femenino, de 26 años de edad, vecinada en Tegucigalpa, la cual por sus ocupaciones tenía que viajar con cierta frecuencia a Miami,

Presentado en el XVI Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología, Tegucigalpa, Honduras, febrero 1994.

Cada vez que el avión descendía en aquel aeropuerto internacional, sufría de intensas otalgias. Igualmente cuando hacía natación y se sumergía. Tenía hiperflacidez timpánica en ambos lados. Se le hizo la reparación timpanoplástica en su oído derecho el 1 ° de septiembre de 1990, usando siempre un injerto de pericondrio, material que consideramos más consistente que la fascia temporal. Las otalgias desaparecieron completamente de dicho oído. El 20 de enero de 1996 se le intervino el oído izquierdo con el mismo procedimiento timpanoplástico. A pesar de continuar viajando en transporte aéreo, no ha vuelto a tener más otalgias.

Un nuevo caso lo hemos observado en 1995, se trata de una joven estudiante universitaria (Administración Industrial), de 21 años de edad, vecinada en Tegucigalpa. Había presentado antecedentes de infecciones tonsilares y de sus oídos en la infancia. Al examinarla comprobamos hiperflacidez en la membrana timpánica derecha (esto se confirma también con estudios timpanométricos, evidenciando una típica curva "D" de Jerger). Se le corrigió su hipotrofia timpánica, por medio de una timpanoplastia derecha el 8 de octubre de 1998, habiendo obtenido un excelente resultado.

En resumen, se han intervenido cuatro oídos con hiperflacidez del tímpano que causaban otalgias a cambios barométricos.

ETIOLOGÍA.

Las hipotrofias de la membrana timpánica son secuelas de otitis medias supuradas, las cuales han causado necrosis del tímpano. La reparación cicatrizal subsecuente es incompleta, y solo se reparan las capas dérmica y mucosa de la membrana timpánica, pero queda una deficiencia de la capa fibrosa, la cual da la tensión normal al tímpano.

También esta hipotrofia puede ser causada por lesiones traumáticas que producen roturas del tímpano, a veces muy amplias, y cuya reparación espontánea ulterior será también incompleta.

SINTOMATOLOGIA.

En los casos observados, los pacientes han presentado umbrales audiométricos normales, puesto que el cierre de la perforación del tímpano, permite el "juego" normal de las dos ventanas. Una paciente refirió tinnitus ocasional, leve. Esa misma paciente refería "mareos" ortostáticos. El síntoma predominante es el dolor agudo, a veces muy intenso, provocado por cambios súbitos de la presión barométrica ambiental, al viajar en avión, particularmente en unidades mal presurizadas, al descender súbitamente en los aterrizajes; igualmente cuando en vehículos terrestres se viaja en lugares montañosos que obligan a subir o bajar montañas, causando cambios barométricos; igualmente al hacer natación y sumergirse a cierta profundidad. El dolor desaparece con analgésicos, y cuando se restablece la isometría de la cámara del oído medio con la barometría ambiental.

PATOGENIA.

Tal como se ha explicado son anterioridad, al perder la membrana timpánica su normal tensión, y tener condiciones de una hiperflacidez patológica, está expuesta a que la zona hipotrófica del

tímpano, se distiende súbitamente, cuando las condiciones barométricas lo provocan. Esta distensión súbita de la membrana timpánica, produce estímulos nerviosos álgidos. La causa de este dolor obedece pues, a leyes simples de física, por cambios barométricos súbitos.

EXAMEN FÍSICO.

La otoscopia es muy evidente. Se determina fácilmente con el microscopio la zona hipotrófica del tímpano, la cual se distiende, al invitar al paciente a realizar la prueba de Valsalva. Igualmente se puede provocar la distensión del tímpano hipotrófico con el otoscopio neumático.

EXAMEN AUDIOLOGICO.

En los cuatro oídos presentados en este trabajo, todos tenían su umbral audiométrico dentro de límites normales. Ninguno de los pacientes se quejaba de hipoacusia.

Todos los pacientes presentaron en el estudio impedanciométrico la típica curva "D" de Jerger, que refleja una flacidez timpánica aumentada. Todos los casos tenían respuesta normal a los reflejos estapediales.

La discriminación fonémica era normal a 40 dB y todos tenían una buena utilidad social en su audición.

TRATAMIENTO.

Es eminentemente quirúrgico. Un procedimiento provisorio consiste en colocarle al paciente un tubo de ventilación de su oído medio, para prevenir la expansión súbita del tímpano, y consecuentemente evitar el dolor al paciente. Sin embargo, esta es una medida temporal de alivio pasajero. Lo apropiado es realizar la reparación de la capa fibrosa del tímpano, a efecto de obtener una curación radical de las otalgias. Personalmente el autor recomienda usar pericondrio, por ser un material fibroso suficientemente grueso, para fortalecer la tensión de la membrana timpánica.

RESUMEN.

Se presenta una etiología de otalgia por cambios barométricos, debida a una alteración histológica de la membrana del tímpano, al carecer en cierta sección de la misma, de la necesaria capa fibrosa para mantener una tensión normal.

Este síndrome debe de ser conocido por el Médico General, considerando que no se le da importancia en los tratados clásicos de patología del oído, en algunos de los cuales ni se le menciona.

Se determina el procedimiento quirúrgico relativamente sencillo, para corregir el tímpano hipotrofiado, y prevenir para un futuro, las molestas otalgias a los pacientes.

ABSTRACT.

The otalgic syndrome caused by hiperflaccity of the tympanic membrane when exposed to barometric changes is described. The tympanic hiperflaccity is produced by hipotrophy of the tympanic membrane, which is lacking a layer of fibrotic tissue in a certain zone of the membrane. This layer establishes the appropriate tensión the tympanic membrane must have, and if it is not present, permits the sudden distensión of the membrane, provoking painful symptoms to the patient when he flies on airplanes, when climbing mountains by land, o descending to valleys; equally when swimming a certain depth. The pain can also be produced when doing the Valsalva Maneuvre.

BIBLIOGRAFÍA.

Austin, David F. "Transcanal Tympanoplasty" Otolaryngologic Clinics of North America, Vol. 5, N° 1, Feb. 1972.

Goodhill, V. "El Oído", Salvat Editores 1986.

Lee, K.J. "Lo Esencial en Otorrinolaringología", Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, 1995.

Leyy-Pinto "Diccionario Clínico Terapéutico de Otorrinolaringología" Edit. Científica PLM, México, 1985.

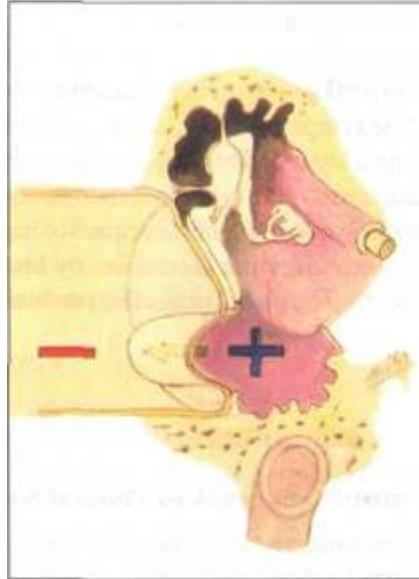
Mancini, F; Russo, A; Sanna M." Grafting Techniques for Tympanoplasty", Grupo Otológica, W.B. Saunders Company, Piacenza, Italy, 1996.

Paparella, M.M.; Shumrick, D,A. "Otorrinolaringología", Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1982.

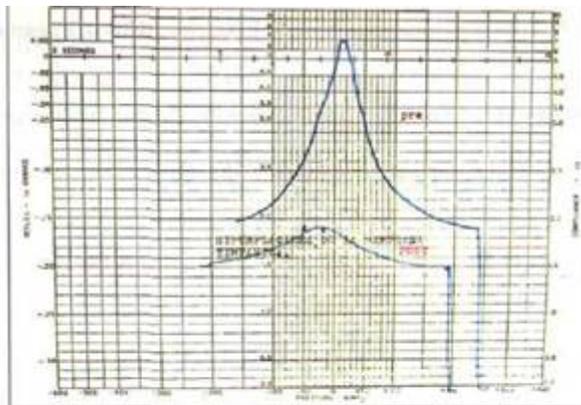
Schuknecht, Harold F. "Pathology of the Ear", Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1974.

Tos, M. y Lau, T. "Estabilidad de Timpanoplastías en niños", Clínicas Otorrinolaringológicas de Norte América, Vol.1, 1989.

Wolferman, Adolph "Reconstructive Surgery if the Middle Ear", Gruñe & Stratton, New York, 1970.



En este dibujo, el autor explica los mecanismos que causan la distensión de la porción hipotrófica del tímpano.



Timpanometrías en el oído izquierdo del primer caso intervenido: La curva superior, tipo D es previa a la operación. La inferior, que es normal, se realizó en el post-operatorio.