

III. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE OTOPATIAS SECRETORAS

Dr. Washington H. Peluc, Profesor Titular Cátedra ORL.

Dr. Rafael N. Molina, Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra ORL.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

La enfermedad que se comenta aquí es conocida hace muchos años.

La etiología real es desconocida, pero es atribuible a un disturbo de la trompa de Eustaquio.

La mucosa de la caja timpánica presenta modificaciones.

La metaplasia contribuye con células secretoras causando un contenido aséptico de la cavidad.

Es una patología crónica.

El síntoma predominante es la hipoacusia de conducción.

Ocupa un 25 % de la patología otológica infantil.

Como tratamiento fundamental se practica la evacuación del contenido y colocación de un tubo trans-timpánico.

SUMMARY

A middle ear illness known for years is commented here. Its real etiology is unknown, but it is imputed to an Eustachian tube disturbance. Mucous membrane impairment of the tympanic cavity is present. The metaplasia contributes with secretory cells causing the aseptic stuffing of the cavity. Chronic Pathology.

Conduction deafness is the distinctive symptom. It renders a 25 per cent of childhood deafness.

Treatment:

Emptying and installation of a tube across the tympanic membrane.

MOTIVO DEL TRABAJO

Ha motivado la realización de este trabajo el número cada vez mayor de pacientes con disminución crónica de su agudeza auditiva.

En los niños se ha podido verificar un retraso en el aprendizaje, con repercusión en su conducta escolar, y en los adultos alteraciones que van desde una dificultad mínima en su oído hasta hipoacusias severas, más común del tipo conductiva.

En los antecedentes de la enfermedad actual no siempre es preciso el comienzo. A veces se lo atribuye a un cuadro infeccioso, a una crisis alérgica, una inmersión en pileta, una sinusitis aguda, etc.

Los cuadros presentados, en número de 13, han sido seleccionados, tanto de la población hospitalaria como de la práctica privada.

El examen de la especialidad ha sido el de rutina, con el uso de otomicroscopio.

Los senos paranasales han sido investigados por estudios radiológicos.

Como tratamiento para todos los enfermos se ha tratado de mejorar el terreno rinosinusofaríngeo, por tratamiento médico con antibióticos, antihistamínicos, antialérgicos, vitaminas, etc., o con actitud quirúrgica como septoplastias, adeno y amigdalectomías.

Ante el tímpano se ha practicado una paracentesis ampliada y se ha explorado el contenido de la caja. Si se ha considerado oportuno, se ha colocado un tubo transtimpánico (T.T.T.).

Debemos decir que nuestra posición ante una otitis secretora comienza por el tratamiento ge-

neral y rinosinusal durante un tiempo prudencial, y si no se resuelve colocamos el T.T.T.

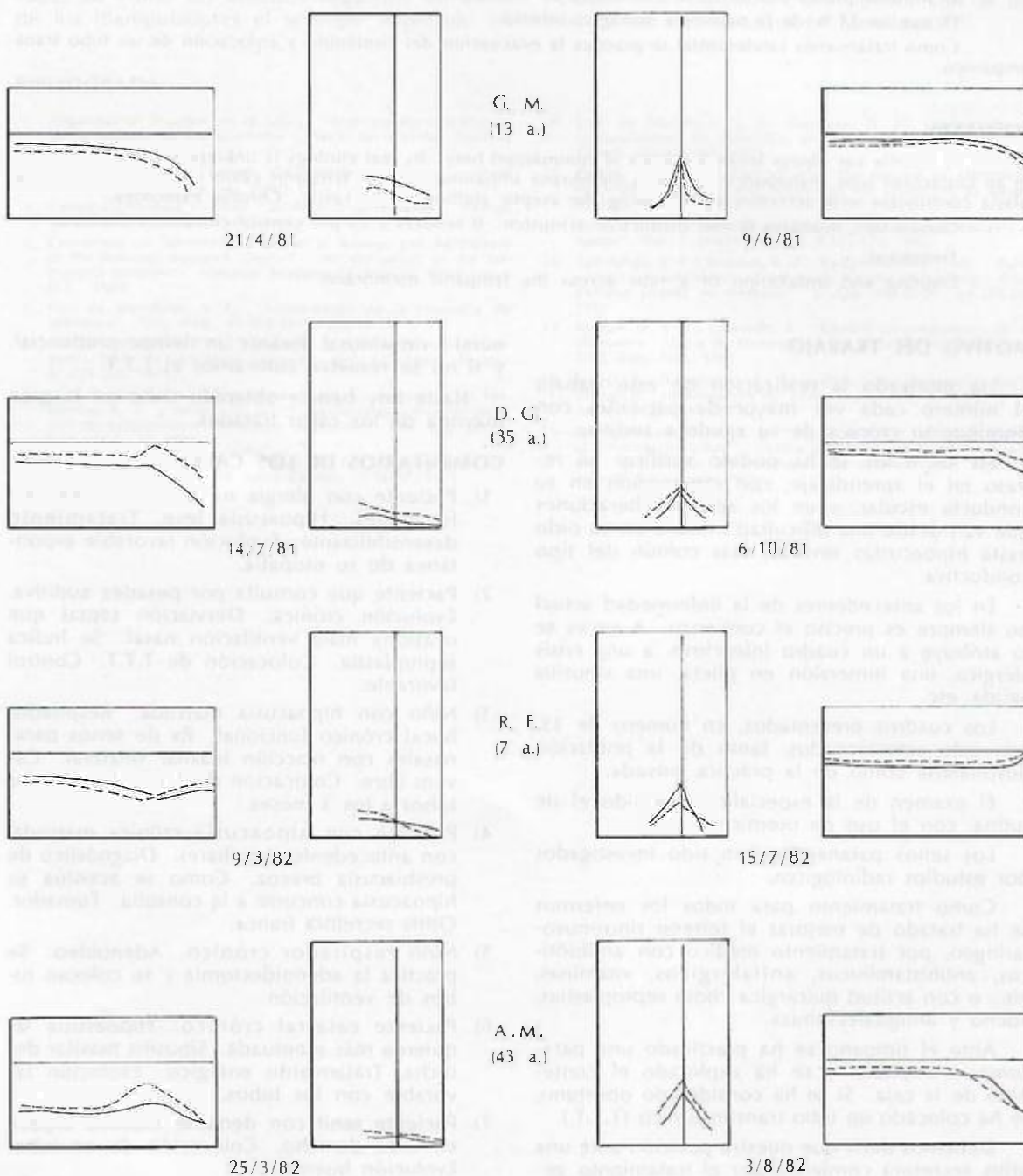
Hasta hoy hemos obtenido éxito en la gran mayoría de los casos tratados.

COMENTARIOS DE LOS CASOS

- 1) Paciente con alergia nasosinusal. Resfriados frecuentes. Hipoacusia leve. Tratamiento desensibilizante. Evolución favorable espontánea de su otopatía.
- 2) Paciente que consulta por pesadez auditiva. Evolución crónica. Desviación septal que ocasiona mala ventilación nasal. Se indica septoplastia. Colocación de T.T.T. Control favorable.
- 3) Niño con hipoacusia marcada. Respirador bucal crónico funcional. Rx de senos paranasales con reacción maxilar bilateral. Cavum libre. Colocación de T.T.T. Expulsó los tubos a los 3 meses.
- 4) Paciente con hipoacusia crónica marcada, con antecedentes familiares. Diagnóstico de presbiacusia precoz. Como se acentúa su hipoacusia concurre a la consulta. Fumador. Otitis secretora franca.
- 5) Niño respirador crónico. Adenoideo. Se practica la adenoidectomía y se colocan tubos de ventilación.
- 6) Paciente catarral crónico. Hipoacusia izquierda más acentuada. Sinusitis maxilar derecha. Tratamiento enérgico. Evolución favorable con los tubos.
- 7) Paciente senil con derrame mucoso espeso en oído derecho. Colocación de un tubo. Evolución buena.

- 8) Paciente con antecedentes floridos en la especialidad, resfriados, catarros y sinusitis repetidos. Terapia controlada de orden general y aplicación de tubos. Buena evolución. Actualmente en manos del alergista.
- 9) Niño adenoideo. Otopatía secretora franca, bilateral. Sometido a la adenoidectomía y aplicación de tubos. Evolución excelente.
- 10) Caso similar al anterior.
- 11) Hipoacusia derecha crónica. Sensación de plenitud. Se modifica con cambios posturales. Derrame mucoso. Evolución favorable con el T.T.T.
- 12) Niño de seis años, similar en síntomas y tratamiento a los casos 9 y 10.
- 13) Paciente con antecedentes de adenotonsilitis crónica con *poussés* agudos frecuentes. Respirador bucal. Hipoacusia crónica. Problemas de escolaridad. Fue sometido a adenotonsilectomía y colocación de T.T.T. Evolución favorable.

En los trazados siguientes, audiogramas y timpanogramas, se describen los estados pre y post-tratamiento de los casos enunciados.





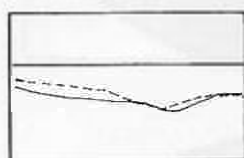
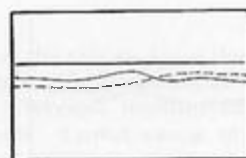
7/4/82



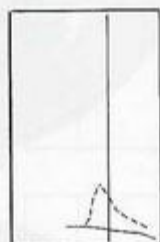
P. B.
(5 a.)



12/8/82



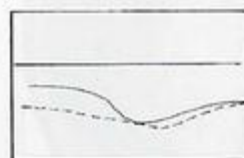
11/8/82



L. P.
(69 a.)



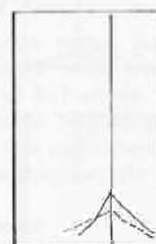
7/2/83



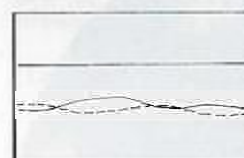
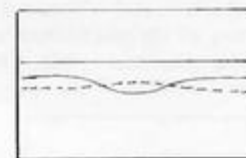
4/2/83



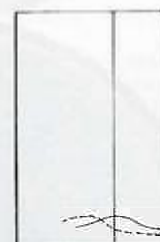
J. C. P.
(63 a.)



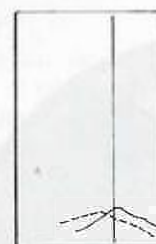
5/4/83



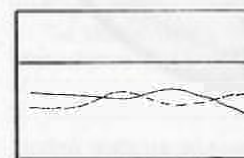
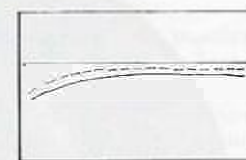
21/7/82



F. R.
(4 a.)



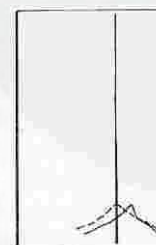
14/3/83



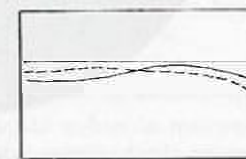
6/11/82



P. B.
(4 a.)



4/1/83



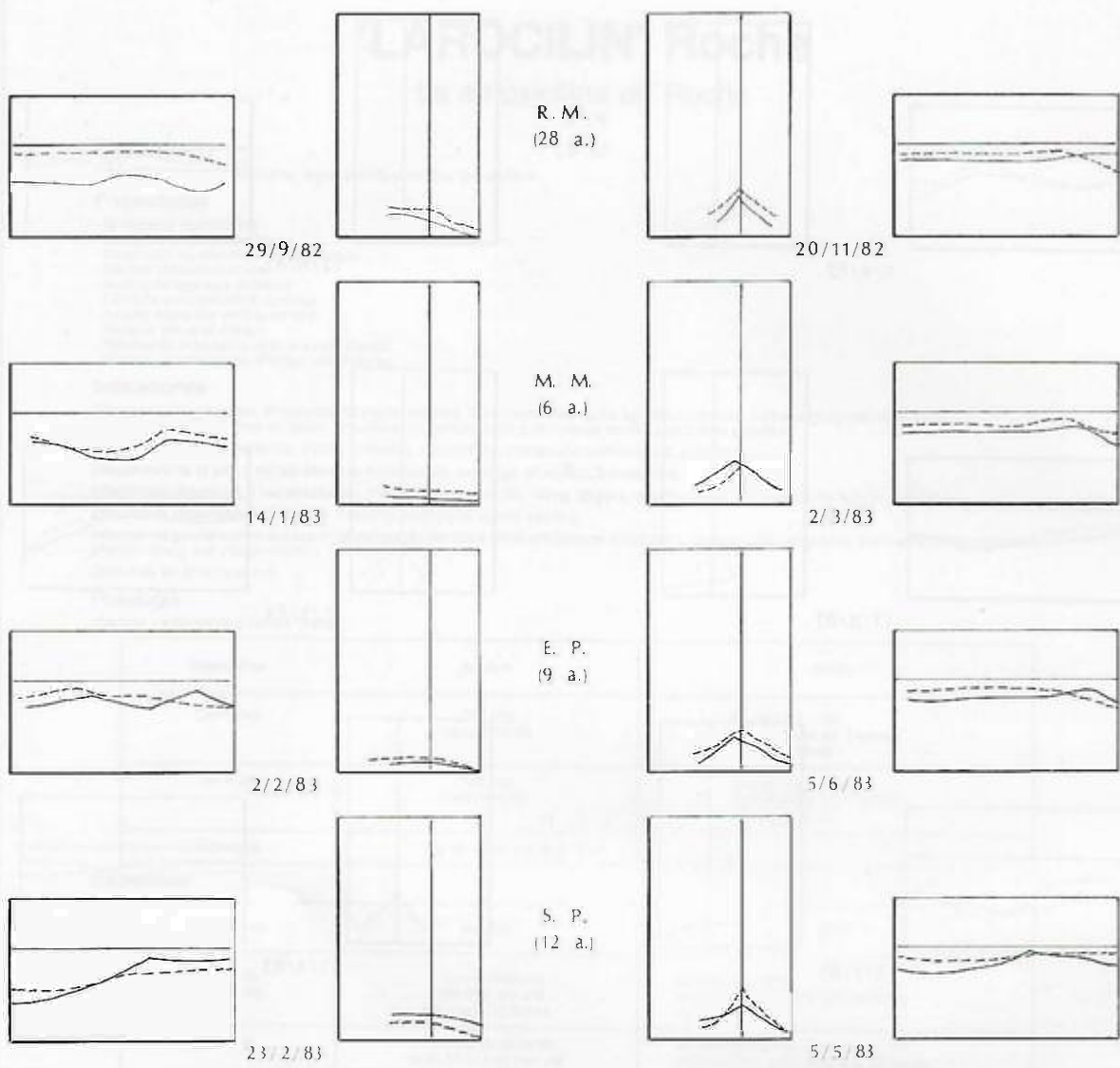


Figura 1



Figura 2. Visión bajo otomicroscopio de caja timpánica con burbujas hidroaéreas y niveles líquidos.



Figura 3



Figura 4. Vision bajo otomicroscopio de caja timpánica con derrame seroso. Nivel líquido. Tubo trans-timpánico (T.T.T.) ubicado en cuadrante inferior.

CONCEPTO

Se denomina otitis serosa crónica, seromucosa, secretora, exudativa, recurrente, etc., y consiste en la formación de líquido en el oído medio, de variada característica, de manera crónica, no infecciosa.

Esta patología se conoce hace muchos años, pero recién en 1940 comienzan los estudios serios, sobre todo en los Estados Unidos.

Es la causa más común de hipoacusia. En la infancia ocupa 25 %.

Su diagnóstico y tratamiento correcto es muy importante para evitar complicaciones como un colestomatoma o una otitis adhesiva, actualmente sin solución esta última.

Se comprende que la frecuencia aumentada en la infancia está ligada al mayor número de

cuadros rinofaríngeos, especialmente adenoiditis agudas, subagudas y crónicas.

I. CAUSAS

Son causales además las afecciones sinusales, alérgicas, infecciosas, mixtas, hipometabólicas y resistencia disminuida a la infección, manifestada por hipogammaglobulinemias. Como causa importante, además, se incluye al tratamiento inadecuado de la otitis media, aguda, tal sería la antibioticoterapia por 24 a 48 horas sin hacer una evacuación de la caja por miringotomía. De no ser así, tal vez este proceso hubiese llegado a la supuración y al drenaje espontáneo.

El paciente con función tubaria alterada a la que se agrega un estado catarral de tipo agudo o subagudo, no puede equilibrar el juego de presiones por medio de la deglución.

Si en esas condiciones efectúa un vuelo o practica buceo, aparece el barotrauma que puede acentuarse si repite la acción.

Vegetaciones adenoideas

La causa más común es la inflamación aguda y crónica y la hipertrofia de las vegetaciones adenoideas, con su bloqueo tubárico, respiración bucal, sinusitis, etc., y su repercusión general.

Estos niños hacen procesos catarrales rino-sinusales muy frecuentes, con secreciones, que crea el hábito de "sorber la nariz". Esta Valsalva invertida origina una mayor reducción de la presión del oído medio, ocasionando, casi siempre, la producción de líquido.

Tumores

En el adulto, esta patología puede estar originada y mantenida por un carcinoma del nasofárinx, y se debe sospechar, con más razón, cuando el proceso es unilateral.

Otras

Es un factor predisponente el paladar hendido o un paladar hendido submucoso.

Otro grupo de niños que fácilmente pueden presentar esta patología son los que padecen una mucopolisacaridosis o mongólicos con una secreción aumentada y repercusión ótica. Son retrasados mentales más hipoacúsicos ocasionales.

II. ETIOPATOGENIA

Se admite como factor principal el de la disfunción u obstrucción tubárica, vinculada en la mayoría de los casos a procesos inflamatorios rinofaríngeos, con especial referencia a tapizado adenoideo. Entonces habría alteraciones de tipo mecánico, más manifestaciones catarrales.

A veces puede cambiar el cuadro al desaparecer la patología tubaria y persistir la exudación.

El estímulo infeccioso actúa sobre la mucosa del oído medio, modificación comprobada experimentalmente en el cobayo.

Por eso se atribuye el gran incremento de esta patología en la actualidad, a la falta de una paracentesis oportuna y a una terapia antibiótica inadecuada.

También su comienzo puede ser insidioso y pasar inadvertido. Estando relacionado con procesos respiratorios altos con otitis subclínicas.

En general se inicia de manera rápida, tras un proceso inflamatorio, infeccioso o tumoral de las vías respiratorias superiores, o un barotrauma sobre este terreno.

El proceso avanza a través de la trompa de Eustaquio y afecta a la mucosa de la caja. Se cierra la tuba. El aire queda atrapado en la caja. Al ser reabsorbido el oxígeno, la presión en el oído descende. La mucosa se congestiona y aparece un líquido por transudado proveniente de estos vasos dilatados, rico en proteínas. Este líquido es estéril, pero puede convertirse en un caldo de cultivo óptimo.

Pasado el tiempo, aparece una metaplasia de la mucosa con la presencia de células mucosecretoras que volcarán su contenido mucoso, denso, en la caja que dará el cuadro de *glue ear* u oído cola.

El gran número de células epiteliales secretoras y glándulas intra y subepiteliales es una de las características del derrame.

Como vemos, el contenido puede ser entonces muy variable en su calidad y cantidad, de ahí las distintas denominaciones que tiene esta patología. Además hay variación, de acuerdo con los distintos autores, de cuándo se trataría de un exudado y cuándo de un transudado.

Este líquido puede permanecer en el oído durante semanas o meses, sin reabsorberse.

En estudios recientes se han encontrado *Hemophilus influenzae* y estafilococo epidermis, con otras bacterias no tan frecuentes. En el conducto auditivo se encontraron elementos similares. Micoplasma en 5 % de las secreciones espesas. Pueden haber, además, virus demostrables por la elevación de títulos aéricos en 20 % de los casos.

Se ha demostrado también que los derrames son del tipo secretor por estudios inmunoquímicos. Esta secreción contenía por lo menos un ácido y una glicoproteína que no se observan en el suero normal. La mucosa del oído segrega varias enzimas inmunoglobulinas, inclusive IgA. Son mecanismos de defensa serológicos. En el derrame espeso hay linfocitos, neutrófilos y monocitos. La cantidad de linfocitos T y B no difiere del número relativo que hay en sangre.

Alergia

La otitis secretora a veces es alérgica. Se cree así porque el exudado seroso que la caracteriza es común a muchos procesos inespecíficos, inflamatorios o no.

Se pueden encontrar en enfermedades generales como el sarampión, coqueluche, escarlatina, etc.

En trastornos dismetabólicos. Irregularidades higiénico-dietéticas, especialmente en los lactantes distróficos.

La alergia se puede demostrar con profundas alteraciones en sus fosas nasales, con trastornos tubarios secundarios, intermitentes o permanentes que ocasionan la falta de circulación aérea en caja, con la reabsorción del aire residual y la consiguiente depresión tensional. Esta otitis no es más que una complicación agregada en un terreno especial o una secuela del mismo.

Aquí aparecen formas subagudas prolongadas y rebeldes de otitis, componentes laberínticos, cefaleas, etc.

Tenemos entonces terreno y herencia. Al confirmar la patogenia alérgica se explican la repetición de procesos óticos muy parecidos entre sí, unilaterales, y la gran fragilidad del sistema vasomotor auricular.

En cuanto a la histopatología, la alergia sería la respuesta inflamatoria de la caja, con un número anormalmente grande de elementos ciliares y secretorios, que son la acentuación de una respuesta normal, asociados a signos comunes de inflamación. Presencia de eosinófilos. Proceso reaccional. En los alérgicos las formas solapadas y monosintomáticas son más frecuentes que las floridas.

El vértigo es otra manifestación no supurativa de la otitis secretora.

La base del tratamiento sería en estos casos el desensibilizante.

III. SINTOMAS

Son variables. Los más importantes son la hipoacusia, autofonía, acúfenos, sensación de plenitud ótica y cierta sensación de inestabilidad.

Otras veces la sintomatología subjetiva es tan poco llamativa que pasa inadvertida a los padres e incluso al mismo enfermo.

La hipoacusia es de transmisión. Puede ser intermitente con períodos de mejoría y peoría, lo que no hace sino demorar la consulta esperando que aparezca una resolución espontánea del problema.

- Puede presentarse la sensación de cabeza pesada de un lado.
- Otras veces puede haber distorsión de ciertos sonidos.
- En otras, la hipoacusia es francamente positiva.
- En los niños esta pérdida auditiva puede manifestarse como trastornos de conducta o dificultades en el aprendizaje, y en los más pequeños, causar retardos en el lenguaje y en la habilidad verbal.
- En el audiograma hay una caída aérea y en los agudos es más o menos evidente, pero constante (20 a 30 decibeles, vía ósea normal).
- Proceso de duración prolongada.
- Sensación de plenitud en el oído. Al tragar el paciente siente a veces crujidos.

- Los acúfenos y la autofonía pueden estar presentes.
- La presencia de un contenido líquido en caja agrega el componente masa.

Por timpanometría se comprueba la disminución o la falta de elasticidad timpánica. Se trata de una curva totalmente plana. Con menor frecuencia hay una curva abombada con su ápice desplazado a las presiones negativas. No hay reflejo estapedial. Este examen es el más demostrativo en que se apoya el diagnóstico.

IV. EXAMEN

A la otoscopia el tímpano puede presentar diversos estados:

- Aspecto normal. Retracción timpánica mínima.
- El brillo normal está sustituido por un tinte deslustrado.
- Tímpano abombado. Tímpano engrosado que no permite ver las estructuras habituales. A veces niveles aire-líquido (otitis serosa).
- Aspecto aceitoso, deprimido (otitis mucosa). Cambios de color.

Con el espéculo neumático de Siegle se puede ver que la membrana se mueve lentamente.

No hay signos de infección ni dolor.

La maniobra de Valsalva a veces es negativa. Otras, efectuadas a mucha presión, consiguen hacer pasar aire a la caja.

Con la pera de Politzer ocurre lo mismo.

Si los procesos rinosinuales presentan brotes de reagudización, también pueden aparecer cierto número de vasos radiados y algunos secundarios en el tímpano, formando una red congestiva poco pronunciada.

V. TRATAMIENTO

Es fundamental el tratamiento de los factores rinosinusofaríngeos, alérgicos, de orden general, etc., y luego abordaje de la caja y eliminación del contenido. Es decir, tratamiento causal más sintomático.

En la gran mayoría de los casos la aplicación de los drenajes transtimpánicos, introducidos por Armstrong en 1957, de manera permanente, resuelven el problema.

La recuperación auditiva es inmediata. Todo depende de los factores causales y del tiempo de evolución.

En todas las estadísticas el mayor porcentaje ocurre en niños con edades entre 4 y 9 años, donde la patología rinosinusofaríngea es la habitual.

Puede ser uni o bilateral.

En los niños, en que prácticamente todo comienza en la rinofarinx, el drenaje timpánico se acompaña de la ectomía de las vegetaciones adenoides y algunos autores aconsejan también el

masaje de la trompa sobre las tonsilas de Gerlach o peritubarias.

Mayoux atribuye a esta maniobra una acción aerodinámica sobre la caja y una acción refleja sobre el ganglio ótico, punto de control de la innervación y vascularización del oído medio.

VI. ANESTESIA

En algunos adultos puede hacerse la miringotomía y colocación de T.T.T. sin anestesia.

En la mayoría, en niños muy dóciles, se usa anestesia tópica como licor de Bonain o Xylocaina al 4 %.

En adultos pusilánimes y en la gran mayoría de los niños se practica la anestesia general con intubación o sin ella, de acuerdo con que haya que hacerse o no la ectomía adenoidea.

La limpieza del conducto auditivo debe ser de rigor y cuidadosa, con aspiración y micro-pinzas, tratando de no erosionar la piel, por la hemorragia que se ocasiona. Pueden aplicarse desinfectantes comunes.

La incisión timpánica se practica en dirección radial, en la parte más anterior de los cuadrantes inferiores.

De inmediato sale un líquido seroso amarillento o bien un líquido viscoso que se resiste al aspirador. Ocasiones hay en que este contenido se debe extraer con pinzas. De todas maneras, procurar que la caja quede limpia. A continuación se coloca el T.T.T.

Algunos dejan una gasa en el conducto 1 ó 2 días para que absorba el contenido de la caja y para que no se mueva el tubo. El tiempo de permanencia del tubo varía ampliamente desde 3 a 12 meses o más.

Si el tubo no fue expulsado espontáneamente pasado un tiempo mínimo, puede plantearse el tener que hacerlo el médico. Se debe valorar fundamentalmente la función tubárica y auditiva.

Puede ocurrir que haya que extraerlo ante la posibilidad de inmersiones en natatorios o en el mar. Tener en cuenta que el tubo se comporta como una perforación común del tímpano.

El control debe hacerse mensualmente, tanto la permeabilidad como la función auditiva, esta última puede ser la respuesta del enfermo, de los padres si es un niño, o con la audiometría.

La función del tubo se limita a una función de ventilación y equilibrio de presiones, como sería una trompa de Eustaquio normal.

La buena audición está condicionada a la buena permeabilidad del tubo.

Aristegui llama al tubo trompa contra natura.

Este tubo no ocasiona ninguna molestia al enfermo. Su permanencia está supeditada a la recuperación de la tuba, a la que sustituye de manera temporal. La mejoría puede estimarse en inmediata y se prolonga en tanto y en cuanto el tubo cumpla su misión. El resultado a distan-

cia empieza a valorarse cuando el tubo se elimina solo o es extraído.

Se debe mantener el tubo en forma indefinida mientras la tuba no sea permeable y si la recuperación auditiva se mantiene.

VII. PARADOJA

Hay casos en que persiste el trastorno tubario, el tubo se eliminó, la paracentesis se ha cerrado y hay una buena audición subjetiva y audiométrica. Tendría que continuar una hipoacusia. Podría explicarse este hecho en que el espacio aéreo del antro y otras células mastoideas actúen como un muelle aéreo que absorbe y amortigüe los cambios de presiones leves en el oído medio (acción como un buffer).

VIII. TRATAMIENTO COMBINADO

La reintubación no es aconsejable, pero puede hacerse ante la presencia de lesiones cicatriciales timpánicas que pueden verse a simple vista; lo mejor es no insistir.

El tratamiento combinado, sobre todo en los niños, es fundamental. Consiste en:

- Limpieza de cávum. Adenoidectomía o una reoperación si el niño fue operado a muy temprana edad.
- Masaje o no de las márgenes del orificio tubario.
- Protectores de la mucosa respiratoria.
- Antihistamínicos.
- Descongestionantes locales y generales.
- Antialérgicos.
- Vacunoterapia específica e inespecífica.
- Estimulantes inmunitarios.
- Tratar toda patología de nariz, senos paranasales, rino y orofaringe.

Muchas veces con un buen tratamiento médico se ha logrado la regresión del cuadro ótico. Todo depende de la precocidad del diagnóstico, premisa válida también para el T.T.T.

Mientras más tardío sea el comienzo de estas terapias, más incierta será la evolución del oído, ya que en esta modalidad comienza a perfilarse la otitis adhesiva.

Algunos autores sostienen las ventajas de la betaterapia de los orificios tubáricos faríngeos. Crowe lo inició en 1939 y el sondaje tubárico.

IX. OTITIS ADHESIVA

Hemos dicho que puede llegarse a esta desgraciada entidad como una complicación de otopatías secretoras.

Después de un lapso variable de trastornos tubarios, comienzan a producirse lesiones de tipo mecánico, como son las distensiones constantes de los sistemas capsuloauriculares y ligamentosos de caja, más inflamaciones crónicas por infección hipovirulentas y tendencia reaccional de la mucosa hiperplástica, sumados a la acción irritante de las presiones alteradas en la caja. Hay entonces una mala función tubaria más manifestaciones catarrales.

A veces puede mejorar la tuba y persistir el estado exudativo.

Estos procesos crónicos van trayendo alteraciones subepiteliales que van hacia la fibrosis con atrofia o con hiperplasia del tejido preexistente.

La mucosa de las ventanas se engrosa y puede incluir la platina y las ramas del estribo, llegando a conformar una anquilosis estapedio-vestibular.

El tímpano también muestra señales de este proceso con zonas fibrosas y otras atróficas y placas calcáreas. Coexisten a veces secuelas de otros procesos.

Estos estados conforman los procesos adhesivos o timpanoescleróticos.

A todo esto se suma la presencia, en ocasiones, de contenido líquido.

X. CONCLUSION

Ante una otitis secretora hay que tener en cuenta la existencia de:

- 1) Alteración de la función tubaria.
- 2) Alteración del tapizado del oído medio, presencia de un contenido líquido.
- 3) El examen timpánico puede presentar numerosas variantes.
- 4) El examen de cávum es fundamental.
- 5) El examen debe completarse con audiograma y timpanograma.
- 6) El tratamiento se orienta al factor causal y a la colocación de un tubo de ventilación.
- 7) El resultado depende del tiempo de evolución y de la prontitud diagnóstica.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso, Justo M.: "Tratado de ORL y BE". Edit. Paz Montalvo, 1964, tomo I, 349.
2. Bertelli, José y Thompson, Valentín: "Clínica ORL". Edit. El Ateneo, 1963.
3. De Weese, David, y Saunders, Williams: "Tratado de ORL". Edit. Interamericana, 1974, 351.
4. Ferguson, Charles E.: "ORL pediátrica". Edit. Salvat, 1977, tomo II, 919.
5. Marañ, A. G., y Stell, P. M.: "ORL clínica". Edit. Espax, 1981, 631.
6. Medicina: "Enfermedades ORL". Nº 44, 1ª serie, setiembre 1981.
7. Poch Viriáls, R.: "Progresos en ORL". Edit. Salvat, tomo II, 65.
8. X Congreso Argentino de ORL, 1968, 37, 182.