

***Resultados a largo plazo del
tratamiento de las perforaciones
timpánicas con hialuronidato
sódico.***

*P Juiz,
JP Rubio,
M Carbayeda,
J Rossi*

Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo

SUMARIO

Hacemos un estudio en pacientes con perforaciones timpánicas analizando los resultados obtenidos tras un tratamiento con hialuronidato sódico, el cual parece jugar un papel en el estímulo de la reepitelización.

PALABRAS CLAVE

Perforación timpánica. Hialuronidato.

INTRODUCCION

La perforación de la membrana timpánica es una patología frecuente, de etiología variada, pudiendo ser traumática (manipulaciones, cuerpos extraños, barotrauma), infecciosas, residuales a drenajes transtimpánicos. Muchos han sido los procedimientos y materiales utilizados para intentar el cierre de las perforaciones (1), siendo la cirugía en la actualidad el más aceptado.

El ácido hialurónico es un glucosaminoglicano ampliamente distribuido en la matriz extracelular del tejido conjuntivo del hombre y otros animales, que se halla comercializado como sal sódica, utilizándose en cirugía oftalmológica en el transplante corneal para estimular la reepitelización. En base a unos estudios de experimentación animal (3), se pensó que podría ser de utilidad para conseguir la curación de perforaciones de la membrana timpánica, realizándose posteriormente ensayos clínicos en humanos que aportaron buenos resultados.

Dado que tras la realización de miringoplastias se aprecia que el porcentaje de éxito inicial disminuye con un seguimiento prolongado sobre todo en los primeros años (8), y que hay autores que recomiendan que el mismo debe prolongarse durante años (11), nosotros pretendimos valorar la eficacia del uso de ácido hialurónico en nuestros pacientes, y su evolución a largo plazo.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra serie se compone de 15 oídos de 14 pacientes, 11 mujeres y 3 varones, de edades comprendidas entre 14 y 65 años con una media de 36,6 años. De las perforaciones, 8 eran de oído derecho y 7 del izquierdo. Para incluirlas en el estudio tenían que permanecer secas al menos los dos últimos meses. Establecimos un protocolo valorando los siguientes parámetros: etiología, localización de la perforación, tamaño de la misma, antigüedad, complicaciones y efectos secundarios.

El hialuronidato sódico era preparado por nuestro servicio de farmacia al 1% tamponado con fosfatos a un pH 7,9 y se conservaba en nevera entre 4-8°C en pequeños frascos estériles. La instilación bajo control microscópico se realizaba con jeringa, procediéndose en la primera sesión a reavivar los bordes de la perforación. Tras la aplicación, el paciente permanecía inmóvil durante 10 minutos. Se repetía el procedimiento 2 a 3 veces por semana. Inicialmente se hizo un control a los 3 meses, pero posteriormente se realizó otro a largo plazo, entre 15-27 meses.

RESULTADOS

Obtuvimos un cierre de la perforación en 11 casos (73,3%), y reducción en 3 (19,9%), siendo uno de estos 3 una perforación puntiforme que pensamos cerraría, pero el paciente abandonó el tratamiento por motivos personales. No varió de tamaño 1 perforación. El número de sesiones fue de 1 a 33 con una media de 10.

En cuanto a la etiología, 6 casos (40%) eran secundarios a otitis media crónica (OMC), de las que 4 cerraron, 1 se redujo de tamaño y 1 permaneció invariable. Residuales a otitis media aguda (OMA) teníamos 6, de las que 5 cerraron y 1 se redujo. Secuelas de traumatismos teníamos 2, cerró 1 y la otra permaneció puntiforme. Por drenajes transtimpánicos 1 caso, con resultado satisfactorio.

Topográficamente 2 eran pósterosuperiores, cicatrizando ambas. Pósteroinferiores 6, de las que 5 cerraron y 1 permaneció puntiforme. Anteroinferiores 6, 4 curaron, 1 se redujo y 1 no varió. La que abarcaba ambos cuadrantes inferiores simplemente redujo su tamaño.

El tamaño en 1 paciente era mayor de un cuadrante y sólo se redujo. Inferiores a medio cuadrante había 3, de las que 2 curaron y 1 permaneció puntiforme. Alcanzaban medio cuadrante 9, de las que 8 cerraron y 1 no varió. Las dimensiones de un cuadrante se observaban en 2 casos, 1 cerró y otro se redujo.

Antigüedad inferior a un año en 1 perforación, que se resolvía. 7 entre 1 y 5 años, 6 cerraron y 1 redujo su tamaño. Más de 5 años en otras 7, 4 de las cuales se resolvieron, 1 disminuyó y 1 no varió.

En 3 (20%) pacientes hubo complicaciones del tipo de otorrea, que cedió con el tratamiento. No tuvimos en ningún caso efectos secundarios del tipo de hipoacusia, vértigo o acufeno.

Posteriormente hicimos un nuevo control a largo plazo, entre 15-27 meses, y vimos que de las 11 perforaciones que se habían resuelto, 8 permanecían con tímpano íntegro con buen aspecto, aunque en 2 el neotímpano era monomérico, y en las otras 3 se había producido una nueva perforación, puntiforme en 2 casos, y en el otro era una perforación localizada en distinto lugar de la original, y los pacientes se encontraban clínicamente bien. Observamos que estos 3 nuevos fracasos ocurrían en perforaciones de más de 5 años, secundarias a OMC en 2 y a OMA en el otro, 2 eran anteroinferiores y 1 pósterosuperior.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en trabajos experimentales utilizando hialuronidato sódico han demostrado que este acelera la curación de perforaciones timpánicas (3), lo cual fue corroborado posteriormente en ensayos clínicos en que se comparaba con un grupo placebo, en el cual únicamente se obtenía un cierre de la perforación en 16,6% de los casos (2). El mecanismo de acción por el cual se estimula esta cicatrización no es bien conocido (5). En nuestra serie obtuvimos un cierre anatómico en el 73,3% de los pacientes, y una reducción del tamaño de la perforación en el 19,9%, resultados comparables a los registrados en otras series (1,5). La edad son consideradas unánimemente como intrascendentes, de igual manera que la antigüedad de la perforación, aunque este último punto en nuestro ensayo resultaba con un peor pronóstico para las perforaciones superiores a 5 años. La etiología parece tener un factor pronóstico, observando una mejor evolución en las secundarias a OMA y traumáticas, que en las debidas a OMC (1,2,7). De igual manera que en los trabajos de Stenfors y col, la localización en los cuadrantes posteriores parece tener un mayor porcentaje de éxitos, los cuales se ven reducidos en las que superan las dimensiones de un cuadrante timpánico (1,2,4,5,7).

Una revisión a largo plazo, 15-27 meses, de los pacientes en los que habíamos conseguido el cierre anatómico de su membrana timpánica, nos permite comprobar que de igual manera que en los pacientes tratados con técnicas de miringoplastia, tenemos una serie de perforaciones tardías (8), las cuales nos modifican el porcentaje de éxito del tratamiento, reduciéndolo a un 53,3%, valor similar al obtenido por Rivas Lacarte y col (2) y que se encuentra lejos de aquellos logrados con técnicas quirúrgicas (9,10). Podemos considerarlo seguro ya que no tuvimos en ningún paciente efectos secundarios del tipo vértigo, acufeno o hipoacusia, aunque sí algún episodio de otorrea durante las sesiones, que se resolvía sin problemas con un tratamiento médico. La calidad de la membrana era buena, aunque en algún caso el neotímpano era atrófico. Como conclusión creemos que aunque no se alcancen unos resultados tan buenos como los de las miringoplastias, el tratamiento con hialuronidato sódico se podría tener en cuenta en determinadas perforaciones ya que es un método fácil de realizar, cómodo pues se hace en el consultorio, rápido, no causa estrés al paciente, y carece de efectos secundarios.

CONCLUSIONES

El hialuronidato sódico tiene un efecto estimulante de la cicatrización de las perforaciones timpánicas.

La etiología, localización y tamaño de las perforaciones parecen ser factores pronósticos.

Es una alternativa a cirugía en casos seleccionados.

Es un método fácil, cómodo, rápido y no causa estrés al paciente. Además carece de efectos secundarios.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Sánchez-Alcón, A Alamar, H Pérez, P Sancho Miñana, S Sánchez, C Moreira. Tratamiento de las perforaciones timpánicas con hialuronidato sódico. *ORL Dips* 1994;3: 132-134.
- 2- MP Rivas Lacarte, T Casasin, F Pumareda and A Alonso: An alternativetreatment for the reduction of tympanic membrane perforations: sodium hyaluronate. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1987; 110-114
- 3- Sten Hellström and Claude Laurent: Hyaluronan and healing of tympanic membrane perforations. An experimental study. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1987; suppl 442:54-61
- 4- Lars-Eric Stenfors: repair of tympanic membrane perforations using hyaluronic acid: An alternative to myringoplasty. *The journal of laaryngology and otology*. January 1989; vol 103:39-40
- 5- Lars-Eric Stenfors: treatment of tympanic membrane perforations with hyaluronan in a open pilot study of unselected patients. *Acta Otolaryngol (Stockh)*1987; suppl 442:81-87
- 6- DRE Reeve: repair of large experimental perforations of the tympanic membrane. *J Laryngol Otol* 1977; 91:767-778
- 7- MD Sánchez-Alcón, A Alamar, H Pérez, P Sancho Miñana, S Sánchez, C Morena. La hialuronidasa como alternativa a las perforaciones timpánicas. *Acta Otorrinolaringológica Esp* 1995; 46:427-429
- 8- M Landa Aranzábal, L Rodríguez García, A Rivas Salas, JJ Navarro Sampedro, JJ Camacho Arrioaga y J Algaba Guimera. Miringoplastia: Onlay versus underlay. Revisión de 460 casos. *Acta Otorrinolaringológica Esp* 1996;47-1: 21-25
- 9- Ordóñez Martínez, Ballivian Yáñez, Santos Santos, Hernández García, Ruíz Escudero y Olaizola Gorbea. Cirugía reconstructivo-funcional del oído medio. Revisión de 276 casos. *Acta Otorrinolaringológica Esp* 1995;46-1: 7-10
- 10- Gladstone HB, Jackler RK, Varav K: . Tympanic membrane wound healing. An overview. *Otolaryngol Clin North Am* 1995 Oct. 29 (5): 913-32
- 11- Vartiainen E, Virtaniemi J, Vartiainen J. Long-term postoperative follow-up of patients with chronic otitis media. Does it make sense?. *Clin Otolaryngol* 1995. Aug 20(4): 352-354