

# ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



## MIRINGOTOMÍA E INCERSIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO

Tashneem Harris & Thomas Linder

Generalmente se utilizan drenajes trans timpánicos (DTT) en otitis medias serosas refractarias que presentan hipoacusia transmisiva superior a 25 dB y con una duración mínima de 3 meses. También pueden ser colocados como un procedimiento adjunto en la mastoiditis aguda secundaria a la otitis media aguda supurada.

### Evaluación preoperatoria

- Otoscopia neumática para confirmar el diagnóstico
- Audiometría tonal, o la prueba auditiva apropiada según la edad del paciente, y timpanometría, dentro de los 3 meses previos
- Una otitis media serosa puede ser causada por patología (benigna o maligna) en la nasofaringe que produzca disfunción tubárica. Por lo tanto, sobretodo en pacientes adultos, debe realizarse una exploración de la nasofaringe y palpación del cuello para descartar metástasis de una neoformación nasofaríngea maligna
- Una fístula de LCR puede presentarse como un derrame del oído medio. Por lo tanto, sería necesario un alto índice de sospecha ante un líquido claro seroso o acuoso, o cuando la historia sugiere una fuga de LCR

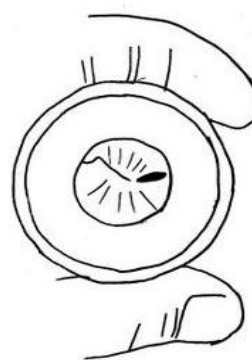
### Técnica quirúrgica

#### *Tubo de ventilación temporal*

- La anestesia general es utilizada en niños
- La anestesia local se puede emplear en adultos. Se puede aplicar un spray de anestesia tópica (por ejemplo xilocaína) 10 minutos antes del procedimiento. Otras opciones son Emla crema® (lido-caína 2.5% y prilocaína 2.5%), que

puede ser aplicada sobre la membrana timpánica 30 minutos antes del procedimiento, o infiltrar en la profundidad del conducto auditivo con una aguja dental

- Se introduce un otoscopio en el conducto y se mantiene con la mano izquierda (cirujanos diestros) (*Figura 1*)



*Figura 1: Otoscopio en oído derecho con incisión radial en el cuadrante anteroinferior*

- Utilizando un microscopio se realiza una incisión radial en el cuadrante anteroinferior alrededor de la región del reflejo luminoso con un bisturí de miringotomía (*Figuras 1 & 2*). Deben evitarse las incisiones en el cuadrante posteroinferior porque podrían dañar la cadena oscilar o la cuerda del tímpano. La miringotomía debe ser lo suficientemente grande como para introducir el DTT sin forzar



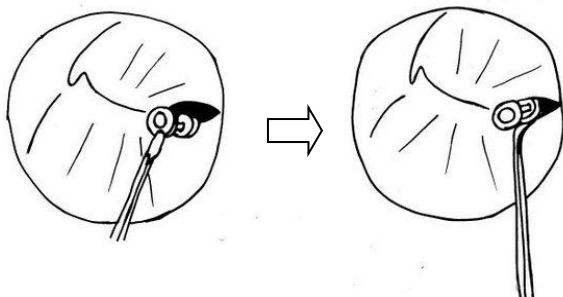
*Figura 2: Bisturí de miringotomía*

- Las secreciones del oído medio se deben aspirar antes de insertar el DTT
- El DTT se recoge con una pinza de cocodrilo y se introduce en el conducto con la mano derecha (*Figura 3*)



*Figura 3: Ejemplos de DTT temporales*

- El DTT se coloca sobre la membrana timpánica cercano a la miringotomía (*Figura 4 A*)
- Utilizando un gancho de 1,5 mm y 45 °, el reborde interno se hace girar a través de la incisión de miringotomía para que el tubo se extienda a lo largo de la membrana timpánica (*Figura 4B*)



*Figura 4: Colocación del DTT sobre membrana de oído derecho (A) y avance del mismo con gancho (B)*

### **DTT de larga duración**

Para la ventilación a largo plazo del oído medio se utiliza un tubo en T de ventilación (*Figura 5*). Puede permanecer en el lugar hasta 3 años. Después de la extrusión o extracción, se produce una perforación crónica de la membrana timpánica en aproximadamente 16-19% de los casos.<sup>2,3</sup>



*Figure 5: Ejemplo de un tubo en T*

- Se agarran las pestañas del tubo en T con pinzas de cocodrilo
- Las pestañas se recortan de modo que los extremos queden puntiagudos; Esto facilita la inserción del tubo a través de la abertura de miringotomía (*Figura 6*)



*Figura 6: Las pestañas son recortadas*

- Se realiza una miringotomía en el cuadrante anteroinferior de la membrana timpánica (*Figura 1*)
- Se agarra el tubo en T con las pinzas de cocodrilo y se insertan los extremos puntiagudos a través de la miringotomía

### **Complicaciones: Caída del DTT en el oído medio**

- Aunque los tubos son inertes y no son susceptibles de causar daño cuando se dejan en el oído medio, se debe intentar la extracción debido a la posible reacción a cuerpos extraños<sup>4</sup>
- Si el drenaje se encuentra cerca y se puede ver a través de la miringotomía, podemos intentar recuperarlo usando una pinza pequeña de cocodrilo y luego volver a insertarla correctamente
- Si por el contrario el tubo se encuentra más allá del mesotímpano y no se puede ver, una opción es dejarlo *in situ* y reali-

zar vigilancia regular mediante otomicroscopio<sup>4</sup>

- La extracción quirúrgica cuando se tiene una membrana timpánica cicatrizada requiere una miringotomía amplia para la retirada del drenaje
- Muy raramente se requiere una timpanotomía exploradora

## Referencias

1. Fisch U, May J. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery. New York: Thieme; 1994
2. Van Heerbeek N, De Saar GM, Mulder JJ. Long term ventilation tubes: results of 726 insertions. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2002;27(5): 378-83
3. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124(4):374-80
4. Rosenfeld RM, Bluestone CD. Evidence Based Otitis Media. 2<sup>nd</sup> Ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003

## Cómo citar este capítulo

Harris T, Linder T. (2012). Myringotomy and ventilation tube insertion. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Myringotomy%20and%20ventilation%20tube%20insertion.pdf>

## Traductores

Iballa Romero Sánchez & Débora Díaz Rodríguez  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas, España  
[iballaromero@gmail.com](mailto:iballaromero@gmail.com)  
[deboral80@hotmail.com](mailto:deboral80@hotmail.com)

## Coordinador de las traducciones al castellano

Dr J. Alexander Sistiaga Suárez MD  
FEBEORL-HNS, GOLF IFHNOS Unidad de Oncología de Cabeza y Cuello – Servicio de Otorrinolaringología Hospital Universitario Donostia San Sebastian, España  
[jasistiaga@osakidetza.eus](mailto:jasistiaga@osakidetza.eus)

## Autores

Tashneem Harris MBChB, FCORL, MMED (Otol), *Fisch Instrument Microsurgical Fellow*  
Associate Professor and ENT Specialist  
Division of Otolaryngology  
University of Cape Town  
Cape Town, South Africa  
[harristasneem@yahoo.com](mailto:harristasneem@yahoo.com)

Thomas Linder, M.D.  
Professor, Chairman and Head of Department of Otorhinolaryngology, Head, Neck and Facial Plastic Surgery  
Lucerne Canton Hospital, Switzerland  
[thomas.linder@ksl.ch](mailto:thomas.linder@ksl.ch)

## Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed  
Emeritus Professor and Past Chair  
Division of Otolaryngology  
University of Cape Town  
Cape Town, South Africa  
[johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za)

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF  
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &  
NECK OPERATIVE SURGERY**

[www.entdev.uct.ac.za](http://www.entdev.uct.ac.za)



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\) johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

