

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® (lidocaína 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*)

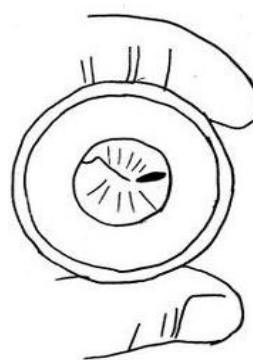


Figura 1: Otoscopio en oído derecho con incisión radial en el cuadrante anteroinferior

- 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*)

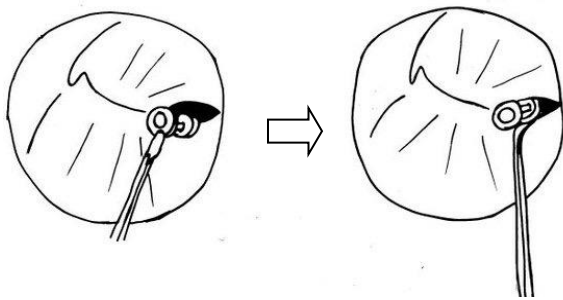


Figura 4: Colocación del DTT sobre membrana de oído derecho (A) y avance del mismo con gancho (B)

- 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*)

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.^{2,3}



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 extraños⁴
- 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

realizar vigilancia regular mediante otomicroscopio ⁴

- 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. 2nd Ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003

Traductores

Iballa Romero Sánchez & Débora Díaz Rodríguez

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas, España

iballaromero@gmail.com

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

Autores

Tashneem Harris MBChB, FCORL, MMED (Otol), *Fisch Instrument Microsurgical Fellow*
ENT Specialist
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
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

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

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

