Estapedectomías y CONTROL DE CALIDAD

DRES. GARCÍA GIRALDA M, ARJONA MONTILLA C, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

La estapedectomía y la estapedotomía consisten en la extirpación de un fragmento, mayor o menor, de la platina del estribo para que a su través (con o sin algún material interpuesto) pueda actuar una prótesis de material biocompatible que sustituye al estribo o a su supraestructura.

Se indican en los pacientes que sufren una pérdida de audición por la fijación de la platina del estribo sobre la ventana oval, que en la inmensa mayoría de los casos se produce por otosclerosis.

La otosclerosis es una distrofia ósea primaria de la cápsula laberíntica hereditaria, que ocasiona reabsorción ósea en puntos localizados de la misma, seguidos de neoformación ósea que fijan el hueso estapedial y/o lesionan el caracol, ocasionando una pérdida auditiva estable o progresiva.

La estapedectomía de revisión está indicada en los siguientes casos:

- Estapedectomía previa con vértigo reciente e hipoacusia progresiva o fluctuante en el oído operado.
- Estapedectomía previa con hipoacusia de conducción no mejorada, de aparición temprana o tardía, tras la intervención.

La forma típica del proceso otoscleroso evoluciona en 4 estadios clínicos, todos ellos relacionados con la progresión de la pérdida auditiva:

Estadio I: hipoacusia de transmisión pura.
Estadio II: hipoacusia mixta de predominio transmisivo.
Estadio III: hipoacusia mixta de predominio neurosensorial
Estadio IV: hipoacusia neurosensorial.

Según el libro del SAS sobre "Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento en ORL", en lo relativo a las posibles complicaciones, textualmente refiere: "en general, se estima que 9 de cada 10 pacientes recuperan su audición de forma satisfactoria. Por término habitual, la mejoría de la audición se consigue en un 90% de los pacientes. No obstante, hay un 10% que, por circunstancias impredecibles o imprevisibles, puede notar que no mejora su audición o que hasta llega a empeorar, incluso en las series de los mejores cirujanos de oído.

Excepcionalmente puede ocurrir lo que se denomina "laberintización", con la pérdida total de la audición en ese oído.

En algunos pacientes puede aparecer un ruido en el oído tras la cirugía. Lo habitual es su desaparición en los días siguientes. Sin embargo, es posible que haya pacientes en los que el ruido persista varias semanas o incluso meses. Por distintas circunstancias se puede producir posteriormente a la intervención una pérdida auditiva producida por un desplazamiento de la prótesis, lo que obligaría a repetir el procedimiento.

En raras ocasiones es posible que durante la cicatrización no se integre el tímpano en su totalidad, quedando una perforación timpánica residual. Si se produce esta eventualidad, es posible que requiera una posterior intervención para solucionar el defecto timpánico.

EL PROPÓSITO DEL ARTÍCULO ES VALORAR LA EFECTIVIDAD DE LA ESTAPEDECTOMÍA EN LAS OTOSCLEROSIS Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.

Al actuarse sobre los líquidos del oído, muchos pacientes pueden notar un molesto mareo o vómitos después de la intervención. Su médico les prescribirá la medicación oportuna. Lo habitual es su progresiva desaparición. Sin embargo, es posible que haya pacientes en los que los mareos, la inestabilidad o una cierta sensación de desequilibrio persistan varias semanas o incluso meses. El paciente puede notar en los días o semanas posteriores a la intervención una alteración en el gusto, un sabor metálico o unas molestias en la lengua, debido a la rotura del nervio corda timpani, que lleva la sensación gustativa a la mitad de la lengua. Solo son duraderas en casos excepcionales".

Material y métodos

El propósito del artículo es valorar la efectividad de la estapedectomía en las otosclerosis y sus posibles complicaciones. Se realiza un estudio retrospectivo de 54 operaciones, realizadas en el Hospital de Baza durante 10 años, valorando las audiometrías antes y después de operar.

INDICADORES DE CALIDAD ESPECÍFICOS

Mejora de la sordera La estapedectomía mejora la audición del paciente	Umbrales medios medidos en dB de la vía aérea - umbrales medios medidos en dB de la vía ósea tras la intervención	La separación observada entre la vía aérea y la vía ósea, inferior a 15 dB.
	nº de pacientes que mejoran la audición x 100 nº de pacientes operados	> 85%
Complicaciones La intervención respeta el oído interno	nº de pacientes que pierden totalmente la audición x 100 nº de pacientes operados	Cofosis < 2%
	nº de pacientes que con mareos o vértigos tras la cirugía x 100 nº de pacientes operados	< 50%
	nº de perforaciones timpánicas postestapedectomía x 100 nº de oídos operados	< 0,5%

Si quiere participar enviando casos clínicos, imágenes clínicas comentadas o formación médica, solicite información o consulte en la web la normativa editorial en **gaesmedica@cpp-proyectos.com**

Se realizaron 33 intervenciones con anestesia local vigilada, 14 pacientes tenían pérdida de audición solo en un oído, en 19 la vía ósea estaba afectada moderadamente y muy afectada en 10 pacientes, 10 eran reintervenciones, aunque 5 provenían de otros centros sanitarios.

El OD fue más frecuente con 31 y en mujeres 36, la edad promedio estaba entre 40-50 años. Seis pacientes se intervinieron en ambos oídos. Los resultados fueron buenos en 27 pacientes, con disminución de la separación entre la vía ósea y aérea y mejora del umbral auditivo más de 20 dB.

En unos 12 pacientes el resultado fue moderado, con mejora del umbral auditivo entre 10-15 dB, y en 15 pacientes los resultados fueron malos.

En la revisión de la escasa bibliografía en España vemos mejores resultados, pero hay que valorar que trabajan con un gran número de pacientes y los mismos equipos quirúrgicos. Actualmente, se realiza con más frecuencia la estapedectomía, más que la estapedotomía. En las cirugías de revisión de oídos operados anteriormente, según Pons Rocher F *et al.*

En 23 pacientes reintervenidos, los principales hallazgos quirúrgicos son: prótesis corta en posición correcta (13,04%), prótesis desplazada (60,87%), bridas sobre la ventana oval (65,22%), necrosis de rama larga del yunque (26,2%) y platina reobliterada (26,09%). En cuanto a los resultados audiométricos, obtuvieron un cierre completo del UDA en 2 tercios de los pacientes.

Discusión

En realidad esta intervención quirúrgica es muy delicada, puesto que se realiza en un campo quirúrgico muy pequeño y hay que estar bien familiarizado. Por otra parte, la indicación quirúrgica también cuenta, pues no es lo mismo una hipoacusia de trasmisión pura que una hipoacusia mixta, donde está afectada la cóclea y la vía ósea puede bajar con el tiempo, para finalmente tener que usar un audífono.

El problema no es reconstruir la cadena osicular, como en las timpanoplastias, sino que al tener que entrar en el oído interno rompiendo la platina del estribo, puede haber unos mareos más o menos duraderos, que en ocasiones pueden llevar al paciente a la incapacidad laboral durante muchos meses o, incluso, la pérdida total de la audición (laberintización).

Es una operación que deberían hacerla los profesionales del servicio más habituados a ella, como otólogos superespecializados, incluso centralizadas en un centro hospitalario de referencia. A todos los otorrinolaringólogos, como cirujanos que somos, nos gustaría realizar todas las operaciones, pero este tipo de operación necesita un periodo de entrenamiento, durante el cual se pueden ver afectados los pacientes.

Además, como no es una operación obligatoriamente curativa, sino que es una intervención para mejorar la función, como por ejemplo una operación de miopía, la Sanidad Pública tendría que valorar el coste total de este tipo de operación. Por ejemplo, la prótesis de pistón para la estapedectomía en 2002 valía 600 euros, a esto hay que añadir el gasto de consultas, quirófano, estancia hospitalaria. Es más, sería mucho más rentable para la administración dar lo que vale la prótesis de pistón al paciente como ayuda para un audífono, con esto, más de uno se pensaría no tentar la suerte al meterse en una operación.

Finalmente, el paciente debería tener el derecho de obtener información sobre los resultados de cada hospital obtenidos por auditorías internas, para poder elegir o abstenerse de la operación.

Las auditorías para la mejora de la Sanidad se establecen ya en el II Plan de Calidad 2005-2008 del SAS y en La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La Acreditación por la Agencia de Calidad del SAS, está basada en el Modelo Europeo de Acreditación de la Calidad: European Foundation for Quality Management (EFQM), para organizaciones y empresas, que buscan un funcionamiento y unos resultados de carácter excelente y a largo plazo. Esta recomienda adoptar el proceso de autoevaluación como estrategia para mejorar el rendimiento de una organización y trabajar de un modo más eficaz y eficiente. Permite a la organización diferenciar claramente sus puntos fuertes de las áreas donde pueden introducirse mejoras. ✖

BIBLIOGRAFÍA

1- Pérez-Carro A, *et al*. Estapedectomía: Nuestros resultados. Acta Otorrinolaringol Esp 2005;56:400-402.

2- Cajade Frías J, Labella Caballero T, Ordosgoitia Osorio H, Castro Vilas C, Frade González C. Otosclerosis surgery: hearing results and complications. Acta Otorrinolaringol Esp 2000;51:199-206.

3- Henríquez Alarcón M, *et al*. Estapedectomía como cirugía ambulatoria. Acta Otorrinolaringol Esp 2004;55:218-22.

4- Pérez Obon J, Marín García J, Gil Paraiso P, Hernández Martín A, de Miguel García F, Martínez-Berganza, *et al*. Results of 769 stapedectomies performed between 1975 and 1993. Acta Otorrinolaringol Esp 1996;7:281-6.

5- Merán Gil JL, *et al*. Resultados de la estapedotomía en el tratamiento de la otosclerosis: Nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59(9):448-54.

6- García-Iza L, Navarro JJ, Goiburu Miren, Pérez N, Altuna X. Evaluación del cambio en el umbral de la vía ósea en pacientes operados de estapedectomía. Acta Otorrinolaringol Esp 2016;67:268-74.

7- Hernández Montero E, *et al*. Resultado a largo plazo de las estapedectomías. Acta Otorrinolaringol Esp 2002;53:237-242.

8- Paz Cordovés A, *et al*. Resultados audioquirúrgicos en pacientes operados de otosclerosis. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58(3):79-82.

9- Pons Rocher F, Dalmau Galofre J, Murcia Puchades V, López Molla C y Guallart Doménech. Cirugía de revisión de las estapedectomías. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58(2):48-51.

10- Antolí-Candela F,Gil-Carcedo E, Gil-Carcedo LM, Vallejo LA. Estapedotomía, estapedectomía y cirugía de revisión realizados con técnica láser. Análisis de la evolución de los sistemas. Acta Otorrinolaringol Esp 2003;54:286-294.

11- Galindo J, Lassaletta L, Casas P, Sánchez Carrión S, Melcón E, Gavilán J. Implicación clínica de la lesión iatrogénica de la cuerda del tímpano en la cirugía de la otosclerosis. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(2):104-8.

12- Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento en Otorrinolaringología. 2ª Revisión. 2004. Servicio Andaluz de Salud.

13- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

14- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

15- Modelos Europeos de Gestión de Calidad (EFQM).

16- II Plan de Calidad 2005-2008.

17- Programa de Acreditación de Competencias del Sistema Sanitario de Andalucía.

18- Manual de Competencias del Otorrinolaringólogo.