

OTOSCLEROSIS

Su pérdida de audición se debe presumiblemente a la otosclerosis, una enfermedad del hueso del oído interno. Es una causa frecuente de pérdida auditiva y es hereditaria. Es probable que alguno de sus antecesores sufriera la enfermedad; igualmente, es posible que sus descendientes la padezcan, aunque la pérdida auditiva puede no manifestarse durante una o dos generaciones. Al ser una enfermedad hereditaria, procesos como la escarlatina, infecciones, paperas y gripe no tienen relación con la otosclerosis.

¿Como se produce la enfermedad?

Funcionamiento normal del oído. El oído se divide en tres partes: oído externo, oído medio y oído interno. El oído externo recoge el sonido, los mecanismos de oído medio lo transforman y el oído interno lo transmite hacia el cerebro. Las vibraciones sonoras entran por el conducto auditivo y hacen vibrar a la membrana timpánica. Los movimientos del tímpano se transmiten por el oído medio hasta los fluidos del oído interno a través de tres huesecillos. Estos huesecillos (martillo, yunque y estribo) actúan como un transformador, cambiando las vibraciones sonoras en el aire por ondas en el fluido del oído interno. Estas ondas estimulan las delicadas terminaciones nerviosas, generando impulsos eléctricos que se transmiten por el nervio auditivo hacia el cerebro, que las interpreta como sonido.

Tipos de pérdida auditiva. El oído externo y el oído medio transmiten el sonido; el oído interno lo recibe. Si existe algún problema en el oído externo o medio, se produce una pérdida auditiva de transmisión. Si el problema está en el oído interno, se produce una pérdida auditiva de percepción o neurosensorial. Cuando existe patología en ambos, la pérdida se llama mixta. La pérdida auditiva mixta es la habitual de la otosclerosis.

Pérdida auditiva por otosclerosis. Si fuera posible examinar su oído interno con un microscopio antes de que se desarrollara la pérdida auditiva, observaríamos pequeñas áreas en las cuales el hueso se reblandece y se endurece. Este proceso puede extenderse al estribo, oído interno o a ambos. La otosclerosis coclear se produce por la extensión del proceso al oído interno, produciéndose una pérdida auditiva neurosensorial por interferencia con la función nerviosa; esta pérdida no es recuperable. En casos seleccionados puede intentarse un tratamiento con fármacos para limitar su progresión. Habitualmente la otosclerosis se extiende hacia el estribo (otosclerosis estapedial) que es el eslabón que une el oído medio con el oído interno. El estribo descansa en un pequeño nicho, la ventana oval, en íntimo contacto con los fluidos del oído interno. Cualquier proceso que interfiera con su movilidad normal produce una pérdida auditiva de transmisión. Este tipo de pérdida habitualmente puede corregirse quirúrgicamente. La cantidad de pérdida auditiva debida a la afectación del estribo y a la otosclerosis coclear puede determinarse solamente mediante cuidadosos estudios auditivos.

Tratamiento de la otosclerosis

No existe ningún tratamiento local en el oído o farmacológico que pueda mejorar la pérdida auditiva en personas con otosclerosis. En algunos casos la medicación puede ser útil para prevenir el empeoramiento. La operación de la otosclerosis (estapedectomía) se recomienda en pacientes con otosclerosis que sean candidatos a cirugía. Esta operación se realiza bajo anestesia local o general y requiere un corto periodo de convalecencia. Más del 90% de las operaciones tienen éxito en la restauración de la audición de manera permanente.

La estapedectomía se realiza a través del conducto auditivo externo. Ocasionalmente se realizan pequeñas incisiones alrededor del oído para obtener injertos. Bajo visión con microscopio se levanta la membrana timpánica y se retira parcial o completamente el estribo. El estribo puede extirparse con distintos instrumentos, mediante fresado, y ocasionalmente con laser. Se coloca una prótesis para sustituirlo. Después el tímpano se coloca en su posición normal. La prótesis permite que las vibraciones sonoras vuelvan a transmitirse desde la membrana timpánica hasta el oído interno. Habitualmente la mejora auditiva es permanente. El paciente retornar a sus actividades habituales en tres o cuatro días, dependiendo del tipo de éstas. El paciente operado no debe conducir al salir del hospital. Se permite volar pasadas 48 horas.

Resultados

Mejoría de la audición tras la operación. La mejora auditiva puede notarse en la misma intervención o demorarse. En caso de ser inmediata, suele empeorar en unas horas por la inflamación. La mejoría permanente suele notarse en tres semanas, sin embargo el nivel máximo se obtiene en unos cuatro meses. El grado de mejoría depende de cómo cicatriza el oído. En la mayoría de los pacientes el oído sana correctamente y la mejora es la esperada. En algunos casos la mejora es parcial o temporal. En ellos puede habitualmente re-operarse con buenas posibilidades de éxito. En el 2% de los casos puede empeorar por el desarrollo de cicatrices anómalas, infección, espasmo vascular, irritación o fistulas en el oído interno. En menos de un 1% de los casos las complicaciones pueden ser tan importantes que se produzca una pérdida auditiva grave en el oído operado de manera que no exista ni siquiera la posibilidad de utilizar una prótesis auditiva (audífono). Estas es la razón por la cual se opera primero el oído peor. En estos casos desfavorables los ruidos pueden también empeorar y la inestabilidad puede persistir cierto tiempo.

Acúfenos. Muchos pacientes con otosclerosis tienen acúfenos (ruidos de oído). La severidad de los acúfenos no se relaciona necesariamente con la severidad o el tipo de pérdida auditiva. El acúfeno se desarrolla por irritación de las delicadas terminaciones nerviosas del oído interno, que se manifiesta como pitidos, timbres, zumbidos, etc. Suele empeorar con el cansancio, estados de nerviosismo o ansiedad o ambientes silenciosos (por la noche). Tras una estapedectomía exitosa, el acúfeno habitualmente disminuye, aunque no existe manera de predecir los resultados en este sentido.

Riesgos y complicaciones de la estapedectomía. El mareo es normal en las primeras horas tras la intervención, y puede llegar a producir náuseas y vómitos. Suele haber una cierta inestabilidad en los primeros días, e incluso persistir algunas semanas, aunque es muy raro que se prolongue. Es también frecuente la alteración del gusto y cierta sequedad de boca durante unas semanas. En el 5% de los casos esto puede ser duradero. En el 2% de los pacientes la audición empeora debido a complicaciones en el proceso de curación. En menos del 1% este empeoramiento es grave y puede impedir incluso el uso de un audífono. Si la audición empeora, los acúfenos pueden hacerlo también. La perforación de la membrana timpánica es una complicación muy poco frecuente. Aparece en menos del 1% de los casos y suele deberse a infección. Afortunadamente suele cerrarse de manera espontánea. En caso de no ser así puede precisarse una reparación quirúrgica (miringoplastia).

Prótesis auditivas (audífonos). Si usted es un buen candidato para la intervención quirúrgica, también lo es para la adaptación de una prótesis auditiva. Si usted padece otosclerosis y no es candidato a cirugía, es posible también que pueda beneficiarse de una prótesis auditiva. Afortunadamente, los pacientes con otosclerosis no suelen quedarse "completamente sordos", sino que casi siempre pueden utilizar un audífono. En los pacientes de más edad, la pérdida suele ser más lenta.

Mayo, 2024