

IMPRESIONES DE MI VIAJE A ALEMANIA. ESTADO ACTUAL DE LA TIMPANOPLASTIA EN WURZBURG

Dr. G. CAPELLÁ BUJOSA

CUANDO se hace un viaje al extranjero se experimentan un sin fin de sensaciones de toda índole que aquí no vamos a explicar y que van desde las ocasionadas por las peripecias que empiezan en la aduana hasta las que se pasan en el restaurante al tener que escoger una comida completamente desconocida en naturaleza y sabor, pasando por las pintorescas compras de los juguetes para los hijos o del regalo para la esposa. A mí personalmente me gusta recordarlas pero nos vamos a ocupar aquí solamente de las impresiones que hemos recibido de Alemania en conjunto, de la que me han causado las clínicas de Heidelberg y Würzburg que hemos visitado y del estado de la timpanoplastia en el servicio del Profesor WULLSTEIN uno de los creadores de esta maravillosa técnica, que como parte integrante de la cofocirugía (fenestración, movilización) tan apasionante resulta a los que la realizamos.

Nuestro primer contacto con territorio alemán fué en Heidelberg. Habíamos entrado por Kehl al otro lado del Rhin frente a la ciudad francesa de Strasbourg.

Habíamos llegado allí después de atravesar una carretera que permite contemplar de lejos la Selva Negra y que nos condujo a la autopista que va de Baden Baden a Frankfür. No puedo silenciar aquí la impresión que produjeron en nuestro espíritu las magníficas autopistas. Habíamos oído hablar de las autopistas alemanas pero la realidad sobrepasaba en mucho, nuestras referencias. Con una gran tranquilidad y sin peligro se corre, por lo menos, a 100 kilómetros hora. Los aparcamientos para los coches, con mesas y bancos en los márgenes de la carretera para descanso de sus ocupantes, la carencia absoluta de cruces, los teléfonos para casos de urgencia por accidente o avería, eran, para mí, detalles desconocidos.

Heidelberg es una ciudad de gran abolengo universitario. Esta característica que comprobé inmediatamente al llegar y parar el coche frente a la Universidad, no me sorprendió. En cambio, lo que me sorprendió grandemente fué su belleza. Se trata de una ciudad que se extiende a lo largo del Neckar y digo a lo largo porque en su mayor parte está situada en las már-

genes del río. Se trata de una ciudad larga y estrecha como estos pueblos españoles que vemos se extienden alrededor de un gran techo de la carretera principal. No puede extenderse a lo ancho porque unas empinadas montañas lo impiden. Estas montañas están pobladas de abetos. El verdor de estas montañas dan al paisaje de los alrededores de Heidelberg un sello inconfundible. Esta gran belleza de la ciudad hace que sea un centro turístico de primer orden, factor con el que yo no contaba.

Las clínicas universitarias están esparcidas a uno y otro lado del Río Neckar en una magnífica forma de ensanche. Esto hace que estén en calles diversas ocupando edificios independientes. La clínica de otorrinolaringología de Heidelberg es un edificio de tres plantas y sótanos de estructura antigua pero remozado en algunas partes de su interior. Consta de todas las secciones que pueda tener una clínica independiente y completa. Está compuesta de amplio dispensario, sala de hombres, sala de mujeres y sala de niños, un importante departamento de rayos X, otro para audiometría y foniatría, una magnífica biblioteca, un laboratorio de análisis clínicos y de histología. Señoritas laboratóricas cuidan de los departamentos auxiliares. Señoritas dibujantes hacen los grabados que después figurarán en las publicaciones de la clínica. Varias máquinas fotográficas están

montadas y dispuestas para la fotografía de piezas anatómicas. Un auditorium muy amplio está en el mismo edificio.

Al frente de la clínica de Heidelberg estaba, desde hace años, el Prof. SEIFFERT personalidad eminente en el campo de la otorrinolaringología mundial. Actualmente lo está el Prof. KINDLER hombre de gran bondad de corazón y de extrema simpatía que rige con gran delicadeza a sus subordinados.

El Prof. SEIFFERT después de la toma de posesión de la cátedra por el Prof. KINDLER, continúa asistiendo a la clínica y este detalle enaltece a ambos Profesores. Esto me ha permitido ver operar un divertículo de Zenker a este tan eminente como antiguo profesor.

Todos los asistentes del profesor KINDLER se mostraron conmigo con gran amabilidad, que les agradezco profundamente. Esta amabilidad es tanto más de agradecer cuanto que tiene lugar en un ambiente de intenso trabajo que impulsa el Oberarzt Schwab, hombre de gran actividad. En la clínica de O. R. L., de Heidelberg, vi una serie de operaciones interesantísimas, llevadas a cabo todas ellas en un quirófano con dos mesas que funcionaban continuamente con muy pocos descansos. El gran contingente de enfermos que acuden a los dispensarios proporcionan este número considerable de intervenciones interesantes. En la clínica de Heidelberg permanecí una se-

mana y vi desde tímpanoplastias hasta laringuectomías practicadas con anestesia general, pasando por trepanaciones de senos, tirotomías, mastoidectomías, antrotomías, etc.

Las sesiones operatorias eran de gran densidad. Por ejemplo, en una sola mañana se practicaron una tímpanoplastia afecta de la operación de una atresia de coanas, una extirpación del pabellón de la oreja por cáncer y una resección de submucosa de tabique y en otra ocasión vi la inyección intraparenquimatosa por vía endobronquial de sales de oro, recién llegadas de Londres, a un tumor de bronquio, una laringuectomía total con anestesia general y una electroagulación de un tumor de cavum con colocación inmediatamente después de perlas de cobalto y una laringoscopia directa, y en otra ocasión, amigdalectomía por disección bajo anestesia general practicada a un niño efectuada según técnica inglesa, es decir, con la cabeza colgante usando un abrebocas-aspirador. La amigdalectomía efectuada de este modo es completamente distinta de como aquí la efectuamos de ordinario, pues el polo superior de la amígdala se hace inferior. La broncoscopia efectuada bajo anestesia general por vía intravenosa con broncoscopio de Brunings, una laringoscopia con el laringoscopio de Seiffert, aparato que nosotros teníamos en nuestro Servicio hospitalario como pieza de museo.

Por las tardes había sesión de

ambulatorio y de quirófano de 4 a 6. Antes de la 4 me pasaba una buena horita en la biblioteca, muy bien surtida. Todo el personal de la clínica de Heidelberg respiraba simpatía y amabilidad. El carácter bondadoso y amable de su jefe, el profesor KINDLER, modelo de caballerosidad y laboriosidad, es el que imponía este sello de amabilidad a toda su clínica, por lo que me encontraba tan bien que, debo confesarlo, me causó gran pena tener que abandonarla. Pero mi objeto no era Heidelberg, y no podía en manera alguna deshacer un viaje que había preparado con un plan previsto y que debía seguir.

Así, pues, sin abandonar el camino trazado, me dirigí a Würzburg, donde llegué a última hora de la tarde de un sábado de verano, lo que equivale a decir que llegué a una ciudad descansada y con poco movimiento.

El bullicio de Heidelberg, exaltado si más cabe las vísperas y días festivos, contrastaba con la paz de pequeña ciudad provinciana que me pareció era Würzburg. Un paseo por las calles poco animadas de la ciudad me permitieron darme cuenta que estaba en un lugar en donde el monstruo de la guerra había dado grandes zarpazos. Solares sin edificar circundaban edificaciones de una o solo dos plantas en la parte más céntrica de la ciudad, como para justificar solamente el comercio y el trazado de la calle. Junto a mi hotel una amplia

zona de solares de guerra estaban salpicados por edificaciones modernas y, por lo tanto, levantadas en otras porciones de terreno que poco antes eran también solar. La tentación de preguntar cómo había quedado Würzburg después de la guerra era inevitable. La contestación, escalofriante: Habían quedado en pie un 20 % de los edificios. Por la mañana siguiente, domingo, fuí a misa a una gran iglesia cuya capacidad quedaba reducida a menos de la mitad por una tapia levantada en la parte próxima al altar. El campanario y la puerta principal debían estar apuntalados por un gran andamiaje. El recuerdo de Heidelberg, ciudad intocada por la guerra, ciudad de bullicio y alegría, ciudad de turismo intenso y pintoresco, contrastaba con la presencia de esta ciudad que más parecía un pueblo grande en el que se había cebado la desgracia de la guerra. Y llegó el lunes, y visité el hospital.

Levantado al estilo de nuestro Hospital de San Pablo, es decir, en recinto completamente cercado, está constituido en conjunto por edificaciones que se suceden sin solución de continuidad, formando una gran herradura, para interrumpirse en el semicírculo posterior del terreno. Ocupan todo el centro grandes pabellones, de los cuales uno es quizás tan grande como todo nuestro Hospital Clínico y está rodeado de amplias calles con arbolado y espacios verdes; está des-

tinado a Medicina y Cirugía General; otro pabellón, a Aparato Respiratorio.

El Servicio del Prof. WULSTEIN ocupa una parte de la edificación circundante del recinto hospitalario. Está constituida por un piso destinado a sala de hombres, otro a sala de mujeres y un tercero para la clínica privada del profesor. Un total de 110 camas dan idea de la importancia del Servicio, que está encabezado por un departamento de quirófano montado con los últimos adelantos y está constituido por tres salas de operaciones, de las cuales dos están destinadas a gran cirugía y otra tercera para cirugía menos importante de la especialidad: tabique, amígdalas, punciones. La construcción es modernísima y el utillaje mejor todavía que la construcción. Un orden de trabajo perfecto hace que la incesante actividad que allí se registra sea extraordinariamente agradable, y esto no sólo en el quirófano, sino en los laboratorios, en los departamentos de rayos X y en el ambulatorio.

El primer día de mi visita al Hospital Luitpold, que así se llama este gran hospital, entré a las 8 de la mañana, y ya estaban operando una tímpanoplastia. Por la tarde había otra anunciada para el profesor. En la pizarra había dos más para el día siguiente. El trabajo siguió a ritmo ininterrumpido durante el tiempo que permanecemos en el Servicio. Cada día nos pare-

cía que tan extraordinario número de intervenciones no podía durar y que el día siguiente debería ser de forzoso asueto, pero la realidad nos demostró que la actividad seguía al mismo ritmo que el día anterior. Würzburg, que me había ocasionado una impresión de paz y de sosiego, corregía mi errónea impresión primera, que me daba a entender que no vería tantas cosas tan interesantes como en Heidelberg. Y es que Würzburg no es una ciudad cosmopolita como Heidelberg, pero es un formidable nudo de comunicaciones y, por lo tanto, un centro donde concurren gran número de carreteras que le hacen el núcleo de una gran actividad laboral. El gran prestigio del profesor WULLSTEIN lleva a su Servicio gran número de pacientes de distintas procedencias.

En la clínica de Würzburg pudimos ver la técnica depurada de WULLSTEIN y su escuela con NAUMANN y SCHICKERS. Todos me dejaban examinar cada uno de los tiempos operatorios de las tímpanoplastias que iban efectuando a través del microscopio Zeiss, que permite una maravillosa visión del campo operatorio, y cuya adquisición me procuré inmediatamente.

Pero no se crea que allá vimos únicamente tímpanoplastias, sino también laringuectomías totales y punciones de senos frontales de Beck, broncoscopias, etc. Es decir, y eso es lo que más nos impresionó de las clínicas alemanas: El O.R.L.

es un especialista completo. No se ocupa sólo de un tipo de operación, sino que ejecuta una tímpanoplastia correctamente, y a los pocos minutos de acabada empieza una laringuectomía, para más tarde llevar a cabo una broncoscopia. Este concepto, que pudiéramos llamar pantiátrico de la especialidad en contraposición al espíritu de superespecialización de patrón norteamericano y cuyo valor no discutimos y que puede ser de gran eficacia, se adapta más a nuestro concepto europeo de la especialidad y a nuestra organización de trabajo.

Y dicho esto veamos a grandes rasgos y seguidamente lo que se entiende por tímpanoplastias, y los resultados que hemos visto obtener con esta moderna técnica.

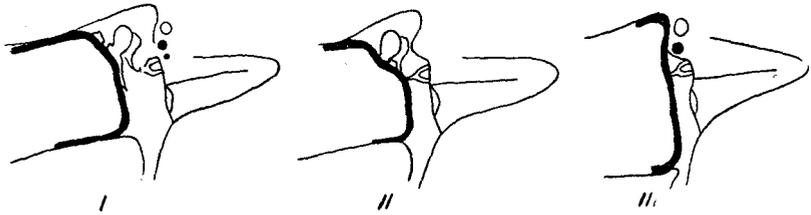
¿Qué es la tímpanoplastia? Por el nombre parece que quiera indicarse con este vocablo las plastias de tímpano, es decir, aquellas intervenciones que ya de antiguo venían haciéndose para cubrir las pérdidas de substancia de la membrana timpánica. El concepto actual es más amplio, y comprende no sólo esta intervención, que modernamente no se concibe sin la revisión de la supuración latente de caja y antro e incluso mastoides y sin una comprobación de la movilidad de las ventanas, sino la que sustituye le membrana timpánica en los casos en que es totalmente inexistente, con un injerto de piel. Podríamos, pues, definir la tímpanoplastia diciendo que com-

prende los distintos tipos de operaciones que se han ideado para curar las supuraciones del oído medio con recuperación de la audición, y también las que están destinadas a reparar las perforaciones timpánicas sin supuración.

Desde hace años venía trabajándose en otocirugía para llegar a curar las supuraciones de oído sin pérdida de audición. El concepto

pero las que han llamado más poderosamente la atención han sido las descritas por ZOLLNER y WULLSTEIN, que fueron presentadas por sus autores al Congreso Internacional de Otorrinolaringología celebrado en Amsterdam el año 1953. Estos autores alemanes son los padres de la tímpanoplastia.

WULLSTEIN describe cinco tipos de tímpanoplastia, según el grado



TIPOS DE TIMPANOPLASTIAS



antiguo, según el cual la único que importaba en el tratamiento de las supuraciones de oído medio era alcanzar una cavidad seca sin parar mientes en la audición, se ha abandonado. La conservación de la audición no debe ser un regalo de la operación, sino un objetivo tan esencial como la misma curación de la supuración.

Se han ideado un sinnúmero de técnicas para lograr esta finalidad,

de destrucción y, por lo tanto, según el tipo de intervención a practicar. Véase figura adjunta.

En el tipo I la lesión reside en ático y quizás también en antro. La cadena de huesecillos es normal y la mucosa de la caja también. Las ventanas redonda y oval funcionan, por lo tanto, normalmente.

En el tipo II pueden aprovecharse todavía la cabeza del martillo

y el yunque. Las lesiones obligan a tener que eliminar el puente óseo que queda entre la cavidad operatoria practicada para alcanzar el antro y la caja timpánica.

En el tipo III las lesiones se extienden por todo el ático y cadena de huesecillos. En el acto operatorio debe extraerse este huesecillo, pero puede respetarse todavía el estribo, al que se aplica el injerto para así obtenerse un «efecto columela».

En el tipo IV no existe ningún elemento de la cadena. El injerto recubre toda la pared de la caja, excepto la ventana redonda, a los efectos de que las ondas sonoras penetren directamente por esta ventana.

En el tipo V el estribo está totalmente anquilosado. La ventana oval es totalmente inservible; las lesiones han invadido toda la caja y ático. Se debe sustituir la ventana oval por otra nueva ventana en el conducto semicircular horizontal. Se asocia, pues, la cirugía para curar la supuración a la cirugía de la fenestración.

Técnica

1.º El abordaje de la caja timpánica y del antro se hace según hemos visto en Würzburg por vía retroauricular. Se practica una amplia incisión en óvalo, que comprende la mastoides y casi la mitad de la pared interna del pabellón. Así se obtiene un injerto de piel

que permitirá después recubrir la cavidad operatoria. La obtención del injerto en esta zona tiene la ventaja de estar constituido por piel sin pelos y con poco tejido elástico, por lo que podemos adelgazarlo en la medida que deseamos sin retraerse y servir la misma herida para obtener el injerto y para el vaciamiento ático timpánico.

2.º Se profundiza la incisión, una vez separado el injerto, hasta alcanzar el plano óseo de la mastoides en el punto en el que aparece el conducto auditivo. Se desprende la pared posterior cartilaginosa y membranosa del conducto. Se practica una incisión vertical en la parte más profunda de la pared blanda del conducto. Se practican dos incisiones horizontales y, por lo tanto, paralelas en parte de los extremos de aquella incisión vertical. Se obtiene de este modo un colgajo de la pared del conducto que se rebate hacia adelante una vez adelgazado. Se sujeta con dos puntos de catgut.

3.º Con la fresa de acero se pone al descubierto el antro y después el ático. Esto permite observar el grado de lesiones que existen en estas zonas y proceder en consecuencia, hasta obtener una limpieza completa. Se extirpará, pues, si procede la cabeza del martillo, el yunque y la mucosa enferma. Se respeta el puente óseo.

4.º Se comprueban las lesiones de caja a través de la membrana de Schrapnell, que se rechaza hacia abajo. Para comprobar el estado de las ventanas pueden seguirse dos procedimientos, o bien ranversar la mitad posterior del tímpano hacia adelante o practicar un pequeño agujero en el macizo del facial, entre el facial y el anulus óseus, en el punto que queda entre la cuerda del tímpano y el nervio facial. WULLSTEIN insiste en este último proceder, que permite conservar al máximo la integridad del reborde de la membrana timpánica, detalle de gran importancia para la posterior conservación de la audición.

5.º Se extirpa la capa epitelial del tímpano, a los efectos de que el injerto pueda prender fácilmente. Este tiempo se efectuará antes del anterior si se opta por desinsertar la porción posterior del tímpano para llevar a efecto el control de las ventanas. De esta forma se trabaja en una membrana tensa, lo que facilita las maniobras de desepitelización.

6.º Se comprueba el funcionamiento de la trompa. Un ayudante practicará un cateterismo de trompa y hará la inyección de aire. En alguna ocasión se pasa a través de la sonda hueca de Itard, introducida por fosas nasales, una larga sonda maciza y muy delgada. Puede utilizarse este cateterismo para

sujetar al extremo de esta sonda un fino tubo de polietileno, que pondrá en comunicación la cavidad timpánica con el exterior a través de la nariz, lo que permitirá posteriormente la introducción de aire o bien la de líquidos en el interior de la caja.

7.º Se extraerá la mucosa enferma de la caja timpánica, respetando al máximo la que recubre el promontorio, a los efectos de evitar adherencias entre el injerto y la pared interna de la caja. En caso de que deba extirparse toda la mucosa se sustituirá por un pequeño trozo de mucosa de la parte interna del labio inferior, que carece de glándulas mucosas.

Para obtener una cavidad de aire que proteja la ventana redonda, se rellenará de esponja de gelatina.

8.º Se aplicará el injerto, que recubrirá la cavidad operatoria que comprenderá el ático, antro y porción de mastoides vaciada por las necesidades de las lesiones y que se habrá procurado sea lo más reducida posible.

9.º Se aplica un pequeño trozo de esponja de gelatina encima del injerto. Se deja un pequeño taponamiento de gasa, que saldrá por conducto auditivo externo. Se cierra convenientemente la herida operatoria. A los 5-8 días se quita la venda y los puntos. No se intro-

duce ningún nuevo taponamiento en el conducto.

Con la técnica de la tímpanoplastia se pretende alcanzar los siguientes objetivos: 1.º, curar la supuración; 2.º, respetar o construir un oído medio suficientemente útil: a) procurando un funcionamiento hidrodinámico del caracol por el control de ambas ventanas laberínticas; b) por la comprobación del buen funcionamiento de la trompa.

Los resultados de conservación de audición obtenidos por WULLSTEIN oscilan entre el 73 y 85 % de los casos operados. Los peores resultados se obtienen en los casos pertenecientes a los tipos II y IV; los mejores, a los tipos I y V.

Estos porcentajes están valorados con gran pulcritud y honestidad profesionales. La libertad de examen de historias clínicas y de pacientes que tuve en la visita y la clínica del profesor WULLSTEIN, me permiten hacer este aserto.

Con la tímpanoplastia se obtiene: 1.º, una mejor comodidad de las curas del paciente; 2.º, un porcentaje mayor de curaciones de la supuración; 3.º, un porcentaje extraordinariamente más elevado de recuperación de audición.

No puede darse idea exacta antes de la operación del nivel de audición, que se conseguirá por las siguientes razones:

1.º *Por no saber exactamente el*

grado de lesiones que se encontrarán: a) en cadena de huesecillos; b) en la ventana oval; c) en la ventana redonda. Es en el transcurso de la operación que se comprueba si el brazo del yunque está intacto o no. Si hay lesiones en este punto, ya no es necesario intentar una tímpanoplastia tipo I o II y el puente óseo debe extirparse. El estado de la ventana oval tiene también mucha importancia. Si hay anquilosis del estribo, debe hacerse una tímpanoplastia tipo V. En los casos con ventana redonda liberada, WULLSTEIN da un porcentaje de resultados óptimos del 50 %; en los casos con ventana redonda con nueva mucosa, se alcanza el 27 % de estos resultados.

2.º Por no poder determinar de antemano los azares de la cicatrización de la caja timpánica.

3.º Por haber siempre una lesión coclear por contigüidad de la supuración, aunque ésta pueda determinarse por la medición de la conducción ósea.

Alrededor de las cuatro semanas se obtiene una cavidad seca. La recuperación de la audición no se da antes de las cuatro semanas, pero puede retrasarse hasta 3 ó 4 meses.

Resumiendo. Con la técnica de la tímpanoplastia podemos obtener mejoras de audición en enfermos con supuración de oído. Con esta

técnica se permite obtener cavidades secas de supuraciones óticas que antes no se lograban. Pero, sobre todo, se obtiene la recuperación social de gran número de sordos por supuración bilateral de oído,

que les hacía unos seres aislados del mundo sonoro externo por haber perdido uno de los sentidos más importantes del ser humano, que es el que le permite elevar el espíritu a su Creador.

