



Granuloma piógeno postestapedectomía. Reporte de un caso.

Marisol Huante Guido*, Diana Elizabeth Muñoz Hernández **, José Flores Montoya***

*Médico residente de tercer año de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

** Médico residente de segundo año de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

*** Médico especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción

El granuloma de reparación, también llamado piógeno es una complicación poco frecuente de la estapedectomía, ocurriendo aproximadamente en el 0.1% de los pacientes¹. Se presenta el caso de un granuloma piógeno posterior al procedimiento quirúrgico que recidiva a pesar de tratamiento establecido por la literatura médica.

Caso clínico

Femenino de 44 años con antecedente familiar de otosclerosis en madre y 2 hermanas. El estudio audiométrico mostró hipoacusia mixta media derecha y severa izquierda (Fig.1). En julio del 2013 se realiza estapedectomía izquierda con técnica de agujero pequeño, colocándose prótesis de Smart 3.5 x 0.5 mm con prueba subjetiva de audición positiva, ocluyendo el sitio de platinotomía con coágulo, sin complicaciones transquirúrgicas.

Fig. 1 Audiometría tonal y logaudiometría preoperatorias

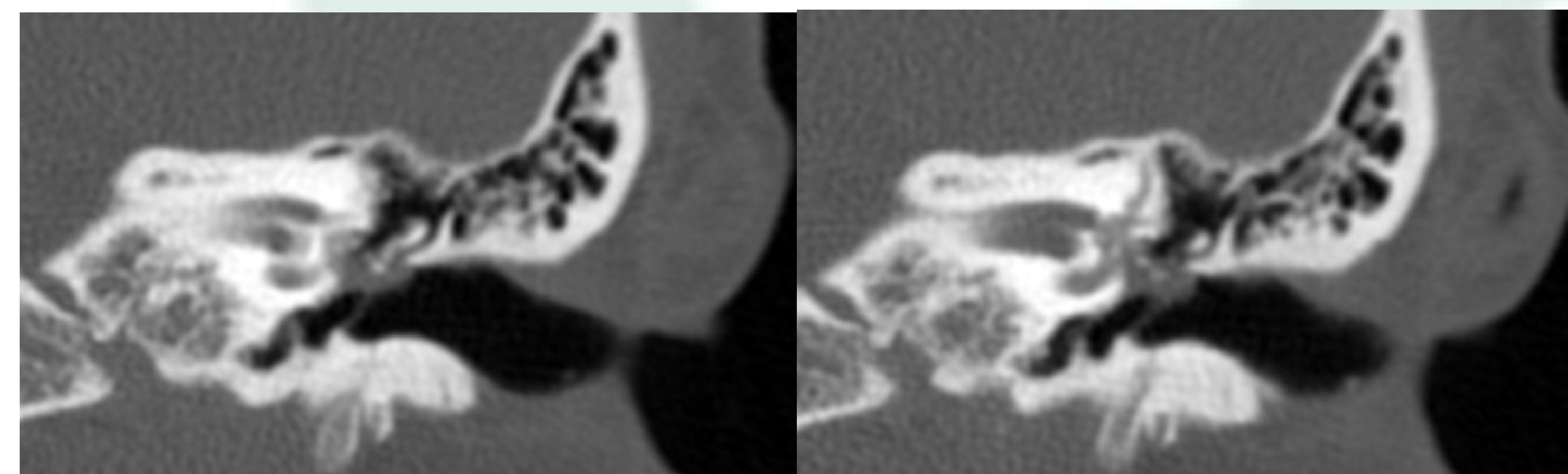
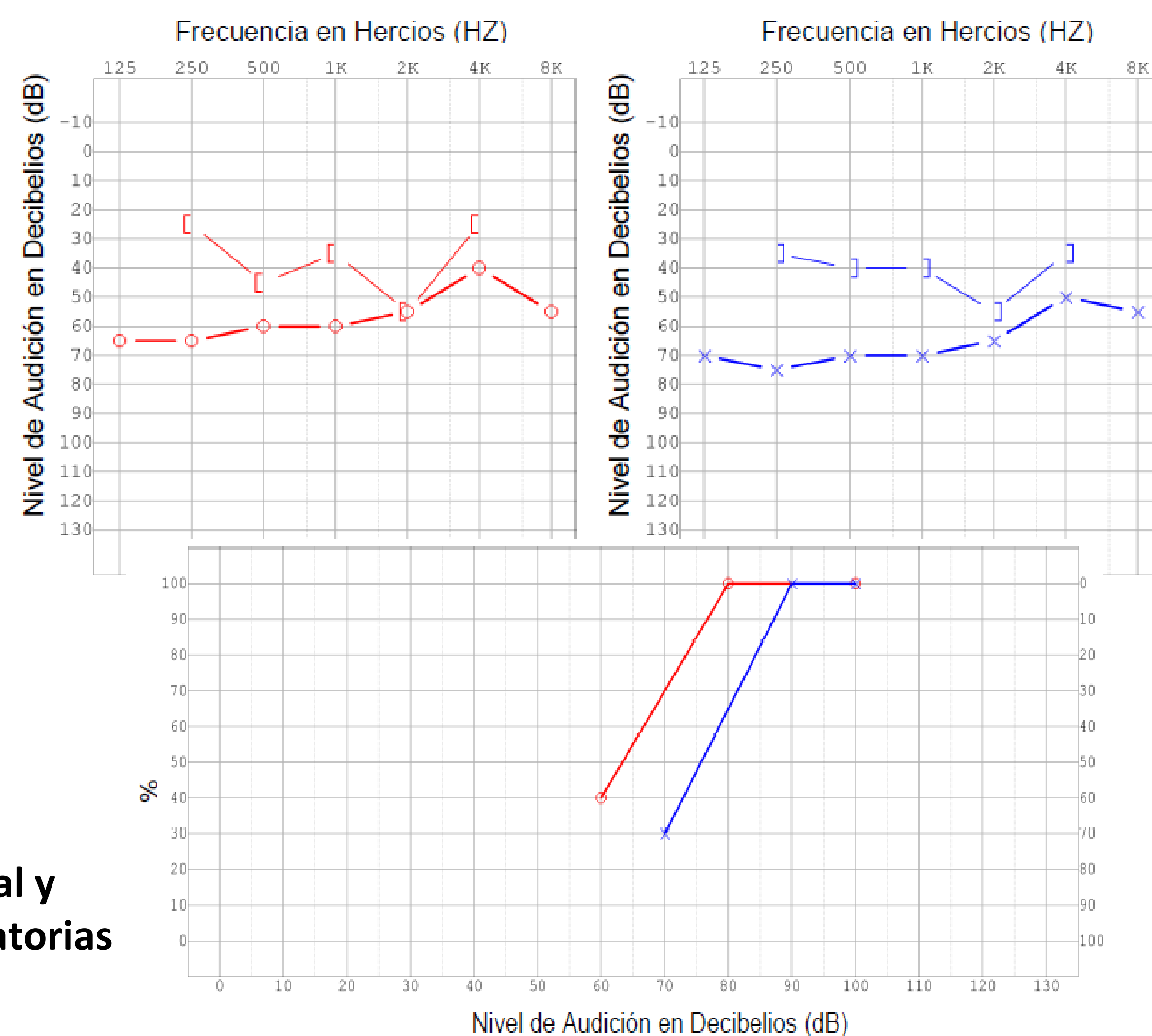


Fig. 3 Tomografía de hueso temporal

A los 2 meses del posoperatorio continúa con hipoacusia ipsilateral fluctuante por lo que se inicia terapia de infiltración intratimpánica con dexametasona 8mg/2ml cada 5 días suspendiéndose a la cuarta infiltración por incremento de la hipoacusia y plenitud aural, observando el tímpano engrosado, retraído y con datos de ocupación.

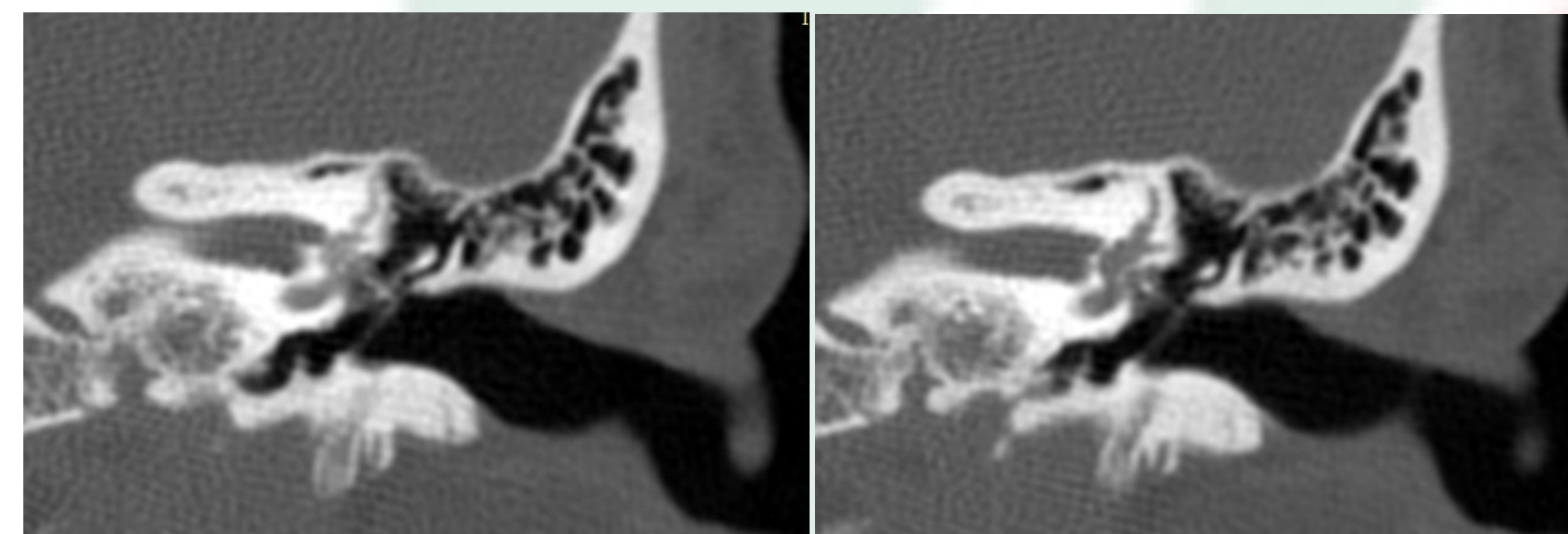


Fig. 4 Tomografía de hueso temporal postinfiltración de esteroide intratimpánico

Inicia padecimiento el 6to día posoperatorio con otorrea izquierda fétida, amarilla y escasa con manchado hemático, refiriendo mejoría subjetiva de la audición. A la exploración física se corrobora la otorrea, se retiran restos de gelfoam observando el colgajo timpanomeatal en proceso de cicatrización. Se maneja con gotas óticas y evitando exposición al agua. A los 18 días del posoperatorio presenta sensación de plenitud aural izquierda con hipoacusia ipsilateral fluctuante acompañada de mareo ocasional. A la exploración se observa el tímpano íntegro, opaco y engrosado con pérdida parcial de los relieves anatómicos. Se solicita estudio audiométrico (Fig.2) y TC de hueso temporal (Fig.3).

Se realiza revisión de estapedectomía izquierda encontrando abundante tejido fibroso entre el tímpano y la rama larga del yunque, prótesis Smart en sitio envuelta en fibrosis y sobre el promontorio y la ventana oval un tejido blando de coloración grisácea que se retira por completo. Se coloca nueva prótesis Smart de 3.75 x 0.6 mm con prueba subjetiva de audición positiva y 1ml (4mg) de dexametasona en caja timpánica. El resultado del estudio histopatológico reportó granuloma piógeno. A 18 meses de evolución persiste la hipoacusia mixta severa en el oído izquierdo por lo que se encuentra en protocolo para colocación de auxiliar auditivo osteointegrado.

Fig. 1 Audiometría tonal y logaudiometría posoperatorias



Discusión y conclusiones

El granuloma de reparación fue descrito por Harris y Weiss en 1962 como un tejido de granulación que involucra a la prótesis de estribo y la ventana oval². Las teorías de su etiología proponen inflamación piógena, reacción a cuerpo extraño, autoinmune o alérgica y procesos de reparación excesivos ante el material utilizado para sellar la ventana oval³ como el coágulo hemático y gelfoam². Los síntomas de presentación ocurren de 1 a 6 semanas postquirúrgicas e incluyen vértigo, acúfeno, hipoacusia súbita neurosensorial o mixta progresiva¹. En el caso de nuestra paciente se presentaron en la tercer semana postquirúrgica. Los diagnósticos diferenciales incluyen fístula perilinfática y síndrome de prótesis larga².

El manejo de esta entidad es controversial y no existe un consenso en la literatura médica, pero es aceptable iniciar con antibiótico y esteroide¹, y continuar con una timpanotomía exploradora para retiro del granuloma y recambio de prótesis². En este caso, a pesar de seguir el tratamiento descrito se observó recidiva del tejido. La incidencia de recidiva no se encuentra reportada en la literatura por lo que el pronóstico de esta complicación es incierto.

Bibliografía

1. Brackmann, Shelton, Arriaga. Cap. 26 Avoidance and Management of Complications of Otosclerosis Surgery. Otolitic Surgery 3rd Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia. 2010. Pág. 320.
2. Kaoru Yonamine. Kanabiro Segalla, Luiz Antunes. Post-stapedectomy granulomatous reaction. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Vol. 76 (1). Sao Paulo Federal University. 2010. Pág. 138.
3. Mahadevaiah, Parikh, Kumaraswamy. Reparative granuloma following stapes surgery. Indian Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery. Bangalore, India. October-December 2007. Págs. 346-348