

Los cuerpos extraños del conducto auditivo

DR. CARLOS TAPIA A.

*Trabajo de ingreso a la Sociedad Mexicana de Oftalmología
y Oto-rino-laringología.*

*(Dedicado al distinguido'pediatra Sr.
Dr. Jorge Muñoz Turnoull).*

Tanto el otólogo como el pediatra han tropezado .sin duda con ^-grandes dificultades para lograr extraer un cuerpo extraño del conducto auditivo en alguna ocasión de su práctica diaria.

"Todo cuerpo extraño del oído debe ser extraído desde que su presencia es diagnosticada. No hay en esta regla ninguna excepción..." Tal es el principio anunciado por Moure 1) y que, por otra parte, ha sido sujeto a consideraciones en modo tan explícito, que de ellas, surge un nuevo: "La frecuente inocuidad de la presencia de los cuerpos extraños del conducto auditivo 'Contrasta con la nocividad que los intentos de extracción ocasionan, cuando estos sujetos caen en manos profanas o inexpertas" (2). "Peligroso es tener un cuerpo extraño en las vías aéreas y digestivas, mas los cuerpos extraños en el conducto auditivo son completamente inofensivos" (3),.

En efecto, las estadísticas demuestran que la tolerancia de los cuerpos extraños del oído, cuando son inertes, libres, sin estar en contacto con la membrana y sin producir bloqueo es tal, que en numerosas ocasiones pasan desapercibidos por años, hasta cincuenta como en el caso de Politzer, cuarenta y cosí en el caso de Luccae, cuarenta en el de Reim (4).

Por otra parte, refiere el mismo Politzer, el 10 por ciento de los enfermos no es tocado, el resto es víctima de los profanos e imprudentes.

Aun cuando no tengo la pretensión de hacer una monografía integral, sí es mi deseo redondear el tema tomando en parte los hechos sobresalientes como datos de recopilación, incluyendo sin

embargo algo de lo personal que debe ser conceptualizado como un ensayo, conforme al título de este trabajo, cabe pues proponer eN, siguiente

P R O G R A M A :

- I.—CLASIFICACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO. II—SEMIOLOGÍA.—Los síntomas habituales y leves. Los grandes síntomas. Diagnóstico clínico y radiológico. III.—TRATAMIENTO INOCUO (Instrumentación y maniobras). IV.—CONCLUSIONES. V.—BIBLIOGRAFÍA.

I.—LA CLASIFICACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO

Para el especialista no tiene importancia el hecho que un cuerpo extraño del conducto haya sido introducido accidental o intencionalmente, si que le interesa saber:

- 1)—Si el cuerpo extraño existe realmente.
- 2)—Si es inerte o animado.
- 3)—Su situación y tamaño.
- 4)—Su forma y consistencia.
- 5) —Si es libre o enclavado; lesionando la membrana, el conducto, o ambos a la vez.
- 6)—En fin, las condiciones del enfermo permiten o exigen su extracción inmediata, por las vías naturales o requiriendo ampliación por medios quirúrgicos.

Formuladas estas cuestiones, cabe proceder al estudio de la clasificación que a mi modo de ver tiene directa aplicación en la práctica, orientando al especialista, quien naturalmente se adapta a cada caso, pero quien puede observar ciertas normas considerando en esta división sus distintos aspectos a saber:

LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

ETIO-PATOGENICO	A) —Cuerpos extraños endógenos	f) —Cerolito. b) —Concreciones y coágulos sanguíneos
	B) —Cuerpos extraños exógenos	c).—Tapón epidémico. d) —Secuestros (5) € a) —Animados ! b) —Inertes.
ASPECTO		

ASPECTO CLINICO	A).—Cuerpos extraños en relación a su situación y dependencia con las paredes y membranas:	A).—Istmicos. B).—Paratimpanales. (Con frecuente alojamiento en el seno timpanoparietal)	a).—Cuerpos extraños libres:
		A).—Lesionando las paredes. B).—Lesionando la membrana. C).—Lesionando unas y otras.	b).—Cuerpos extraños fijos o enclavados:
	B).—Cuerpos extraños en relación a su forma:	a).—Esferoidales. b).—Angulares.	
	C).—Cuerpos extraños en relación a su consistencia:	a).—Duros. b).—Blandos. c).—Deleznales.	
EVOLUTIVO ASPECTO		A).—De volumen variable (semillas) B).—De volumen NO variable (pedrecitas)	

II.—SEMIOLÓGIA

A).—Los SINTOMAS HABITUALES Y LEVES.—on es producidos por cuerpos extraños que no han. dañado sensiblemente al conducto o membrana, aun cuando exigía pleno contacto con uno y otra, pudiendo ocasionar lo siguiente:

a).—Hipoacusia.—Síntoma las más de las veces inconsciente para el enfermo por la suplencia del oído opuesto y por haber ordinariamente un medio de reflectividad de vibraciones, como ocurre en el hogar, oficinas y lugares públicos, circunstancia a la que dan enorme interés D'Hautant & Caussé (6), como factor que hace ocultar las sorderas incipientes.

b).—Acusia. Es impresionante síntoma en el tema que nos ocupa debida principalmente a cerosis y poliposis en etl adulto y a la presencia de cuerpos exógenos en el niño, quien da poca o ninguna importancia a su sordera hasta que es descubierto ocasionalmente.

c).—Zumbidos.—Cuyo mecanismo es de todos bien conocido, siendo la cerosis y los cuerpos variables en volumen los habituales.

d).—Dolor.—Fuera de heridas de la membrana y conducto, es con cierta frecuencia desesperante, y cuyos principales agentes son los cuerpos animados como lo es la garrapata, que hace cie la membrana, una plataforma de baile.

e).—El prurito. Se presenta por irritación leve del conducto las más de las veces, ocasionado por algas marinas o yerbajes que emplean algunos para "mitigar" su odontalgia u otalgia, casos que he tenido la oportunidad de observar y tratar y que ocasionan con mucha frecuencia eczema del conducto.

f).—Sialorrea.—Síntoma poco frecuente, quizá porque es revelado tan sólo por los enfermos observadores, o bien porque no suponen la existencia de una relación de causa a efecto, lo que parece más probable. Itard (67) señala una caso de sialorrea "de más de dos y medio pintas" es decir de más de dos litros en las veinticuatro horas.

g).—Tos. Este síntoma reflejo es de relativa frecuencia puesto que en muchas enfermas, y señalado el sexo débil como el que más lo acusa, basta introducir el especulumauri, para desencadenar , y, coincidencia rara, he observado en seis casos que dichas pacientes atraviesan por la edad crítica, entre los cuarenta y cincuenta años; cabe asentar, que anestesiando la membrana casi desaparece el reflejo. Más aún, algunos autores como Arnold, citado por Moos (8), refieren casos de ttos por cuerpo extraño en el oído, asociado a vómitos; otros casos como el de Hilden (8 bis) citado por Poditzer en el que la tos se asociaba a crisis epilépticas, hemianestesia izquierda y atrofia del miembro superior izquierdo, revelan el alcance de estos fenómenos reflejos.

B).—LOS GRANDES SÍNTOMAS:

a).—Los vómitos. Que pueden llegar a ser incontenibles, desencadenados naturalmente por irritación de los nervios del conducto y caja (X par, Jacobson, gran simpático, facial).

b).—Los vértigos, cuyo mecanismo es bien conocido.

c).—Los estados convulsivos, propios de los niños.

d).—Las crisis epilépticas, ya mencionadas más arriba.

e).—Las parálisis extensas, referidas por Le Dentu & Delbet (9).

f).—Otro anco puede decirse de las atrofas musculares.

Naturalmente que en esta relación de semiología no están incluidas las manifestaciones propias de los casos complicados, pero, pensando tan solo en las posibilidades de daño que pueden ocasionar una manipulación sin control otoscópico y sin tener nociones anatómicas ni de sentido común, se tiene toda la gama del drama de destrucción de los elementos notables a saber: membrana, laberinto, VII par, meninges y aun lesiones vasculares directos, que hacen del cuerpo extraño una bomba, sin que sea motivo, de preocupación su casquillo, empero llena nuestra atención el tratar de remediar los estragos por ella ocasionados, quedando el médico frecuentemente con carácter de simple expectador ante la imposibilidad de hacer algo por un condenado a muerte.

C) .—DIAGNOSTICO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO / Es obvio decir que para formular un diagnóstico precisa ante *iodo* pensar en la existencia de la enfermedad, pero considerando lo dicho más arriba, existen diagnósticos de cuerpos extraños del conducto auditivo, encontrados al azar, siendo la exploración con ;otro objetivo indicada.

Es la otoscopía previa, no armada, el primer paso para llegar al diagnóstico. Los casos de edematización del conducto causante estrechamiento, ameritan esperarse hasta la resolución del proceso, a menos de existir manifestaciones álgidas o de alarma; es pues un caso de edema del conducto ante el que nos encontramos, pensando posteriormente en el cuerpo extraño. Frecuentemente se balla el cuerpo del delito sumergido en medio di cerumen u oculto en el seno timpano-parietal. El estilete, prudentemente conducido, puede orientar al diagnóstico.

Los rayos X son empleados con fines diagnósticos en casos verdaderamente excepcionales, no conociendo por mi parte uno sólo de éstos. Las condiciones deberán ser materialmente peculiares; casi podríamos asentar, que tan sólo por complacencia del enfermo o familiares y para satisfacción propia, cuando se trata de los casos no complicados, por supuesto.

III.—TRATAMIENTO INOCUO

No cabe aquí hacer una comunicación de los procedimientos habituales para extraer cuerpos extraños del oído como son los llevados a cabo por irrigaciones, por medio de pinzas com las de Duplay, el elevado articulado de Mahu o de Zaufal y los diversos ganchos, así como algunos instrumentos de dentistería muy útiles en tantos casos, si que deseo hacer mención de tres procedimientos más, que me parecen bien justificados en casos tan especiales como loa que voy a relatar.

Historia número UNO.—Un padre de familia se me presenta a

en el niño que en el adulto, por lo que su estudio interesa por igual al pediatra como al otólogo.

2°—Las más de las veces es inocua su presencia, siendo muy nocivos los intentos de extracción por manos¹ inexpertas.

3°—Cabe la división de cuerpos extraños en exógenos y endógenos considerando que éstos se comportan como aquéllos, es decir, masas que disminuyen la luz del conducto, con independencia franca de éste en cuanto a su nutrición.

4°—Existen casos difíciles en los cuales una adaptación sen-feilla puede solucionar tales dificultades, surgiendo como una de Vías mejores por su inocuidad, aceptación y eficacia, el procedimiento del Dr. Tapia Fernández, o de la **SUCCIÓN A LA SONDA BISELADA**.

5°—Las complicaciones de los cuerpos extraños por intentos de extracción, ameritan las más de las veces intervención de urgencia en atención a los reflejos que se desencadenan y al peligro **no** ya de la pérdida del órgano de la audición, si que de la vida misma. No en pocas ocasiones se tiene que luchar contra el abatimiento producido por estas complicaciones, para convencer al enfermo y familiares la necesidad de intervenir prontamente.

Es de tal importancia este hecho, que vale la pena inculcar al vulgo como parte de su cultura médica, la prohibición estricta de **no** intervención, de modo absoluto, siendo el especialista el único capacitado para atender al enfermo.

V.—BIBLIOGRAFÍA

- (1)—Moure E. J. Liebault & Canuyt. "TECHNIQUE CHIRURGICALE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE" (1922) p. 120.
- (2)—Conclusión personal.
- (3) Botey "TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA" (1925), p. 66.
- (4)—Poltzer Adam. "DISEASES OF TH EAR" (1907), p. 218.
- (5)—Dos casos personales, ambos en otomastoiditis crónica tratados mediante mezcla de Calot exclusivamente, siendo su origen claramente mastoideo. (6)—D'Hautant & Caussé. "L'HYGIENE DU SOURD" (1938).
- (7)—Le Dentu-Delbet. "NOUVEAU TRAITE DE CHIRURGIE OTO-RHINO-LARINGOLOGIQUE" (1909), p. 307.
- (8)—(8 bis) .—Poltzer (4), p. 218.
- (9)—Le Dentu & Delbet (7) p. 307. (10)—Procedimiento del Dr. Tapia Fernández. (11)—Me parece más apropiado el nombre de tímpano-parietal y no hipo-timpánico, porque puede confundirse con el del piso de la caja que en realidad debe llevar tal nombre.

—De *Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-Rinolaringología*. — México.