

Otoesclerosis en el adulto mayor: la indicación más allá de la edad cronológica

Graciela L. Tiberti

Área de Otolología, Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

La cirugía del estribo continúa ocupando un lugar central en el tratamiento de la otoesclerosis cuando existe un componente conductivo significativo y una reserva coclear que permita esperar beneficio auditivo. Las recomendaciones basadas en evidencia de la Brazilian Society of Otolology incluyen, dentro del abordaje terapéutico, la cirugía estapedial, los audífonos y los dispositivos implantables, con selección individual según las características audiológicas y clínicas. En este marco, la edad cronológica ha sido objeto de análisis específico porque en los adultos mayores puede coexistir un componente neurosensorial y puede ser necesaria rehabilitación auditiva aun después de una cirugía técnicamente exitosa^{1,2}.

El trabajo de Redivo, Fernández Long y Pérez Raffo aporta una serie institucional de 20 años sobre 63 pacientes y 72 oídos con otoesclerosis y seguimiento posoperatorio mayor de un año. La cohorte fue definida por pacientes que tenían 65 años o más al 1 de enero de 2025: 41 fueron operados antes de los 65 años y 22 a los 65 años o más. El 98,6% presentaba hipoacusia mixta. El cierre del gap aéreo-óseo (ABG) a ≤ 10 dB se alcanzó, en promedio, en el 85,4% de los oídos, y la variación de la conducción ósea se mantuvo ≤ 10 dB en el 85%. El seguimiento medio fue de 7,9 años; el 22% requirió audífonos después de la cirugía y se registraron complicaciones en el 9,52% de los pacientes. Estos datos deben interpretarse junto con la composición etaria de la cohorte y con las limitaciones que los propios autores señalan: diseño retrospectivo y descriptivo, selección de pacientes quirúrgicos y ausencia de un grupo comparador más joven¹.

La literatura específica sobre cirugía estapedial en pacientes de edad avanzada es consistente en un punto: los resultados auditivos pueden ser comparables a los obtenidos en pacientes más jóvenes cuidadosamente seleccionados. Vartiainen comparó 46 oídos operados en pacientes mayores de 60 años con 330 oídos de pacientes menores y observó

resultados similares en el ABG, sin mayor frecuencia de hipoacusia neurosensorial posoperatoria en el grupo de mayor edad. Ayache y cols. estudiaron 16 pacientes mayores de 65 años: todos alcanzaron un ABG < 20 dB, el 87,5 % logró un ABG < 10 dB al mes y el 81,8% mantuvo ese resultado en la última evaluación. En una serie prospectiva de 3050 estapedectomías, Vincent y cols. informaron cierre del ABG a ≤ 10 dB en el 94,5% del subgrupo de pacientes mayores de 65 años y no identificaron un aumento del riesgo de complicaciones atribuible a la edad³⁻⁵.

Los estudios más recientes tampoco demuestran que la edad, por sí sola, determine el resultado quirúrgico. Dhooze y cols., en una serie con seguimiento prolongado, obtuvieron un ABG ≤ 10 dB en el 70,7% de los casos en la evaluación tardía y no hallaron a la edad como predictor independiente del éxito a largo plazo. Zhang y cols. evaluaron 188 oídos y observaron mejoras significativas de la vía aérea y del ABG en todos los grupos etarios; aunque la ganancia de conducción aérea mostró una correlación negativa modesta con la edad, no hubo diferencias significativas entre grupos jóvenes y mayores en los cambios de conducción aérea, conducción ósea o cierre del ABG. Los autores concluyeron que la edad no debería considerarse una contraindicación cuando se cumplen los criterios audiológicos^{6,7}.

El seguimiento prolongado es especialmente relevante en la otoesclerosis porque el éxito en la corrección del componente conductivo no elimina la posibilidad de progresión neurosensorial. Ishai y cols., en 357 oídos con una media de 14 años de seguimiento, observaron que el 34 % presentó progresión clínicamente significativa de la hipoacusia neurosensorial por encima de la esperada para la edad. Este hallazgo ofrece un contexto importante para la serie del Hospital Italiano: un ABG cerrado y una conducción ósea preservada en el posoperatorio no excluyen la necesidad futura de amplificación^{1,8}.

Autor para correspondencia: ltiberti@hospitalitaliano.org.ar, Tiberti GL.

Recibido: 13/09/2026 | Aceptado: 21/09/2026 | Publicado: 25/09/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i3.1373>

Cómicitar: Tiberti GL. Otoesclerosis en el adulto mayor: la indicación más allá de la edad cronológica. *Rev Hosp Ital B. Aires.* 2026;46(3):e0001373

La relación entre cirugía y audífonos, por lo tanto, no debe plantearse necesariamente como una elección excluyente. Wardenga y cols. analizaron 374 cirugías en pacientes con hipoacusia mixta: el 44,9 % dejó de necesitar audífono después de la cirugía y, entre quienes continuaron requiriéndolo, un audífono de potencia podía satisfacer los requerimientos audiológicos en las cuatro frecuencias estudiadas en el 81,6 % de los casos. En la serie de Fernández Long y cols., 14 pacientes (22 %) requirieron audífonos luego de la intervención, con una media de 3,9 años entre cirugía y adaptación. Estos resultados sostienen la utilidad de considerar la cirugía y la rehabilitación auditiva como etapas potencialmente complementarias del tratamiento^{1,9}.

La seguridad también forma parte central de la indicación. En el registro sueco analizado por Pauli y cols., que incluyó 832 pacientes sometidos a estapedectomías, las complicaciones fueron poco frecuentes y el 91 % refirió una audición mejor o mucho mejor al año. En el estudio del Hospital Italiano no se informaron secuelas auditivas graves entre las complicaciones descriptas; se registraron perforación timpánica residual, granuloma, extrusión protésica, reagudización transitoria del acúfeno y un síndrome de Ramsay Hunt, con mantenimiento de resultados audiológicos favorables^{1,10}.

El aporte principal de esta experiencia institucional es sumar seguimiento prolongado en una población de adultos mayores, un grupo menos representado en muchas series quirúrgicas. Al mismo tiempo, la lectura del estudio exige distinguir entre la edad del paciente durante el seguimiento y la edad al momento de la intervención, dado que el 65,1 % de la cohorte fue operado antes de los 65 años. La evidencia publicada que incluye comparaciones por edad y subgrupos específicamente operados después de los 60-65 años coincide en que la edad cronológica aislada no predice un peor cierre del ABC ni un aumento consistente de las complicaciones. La indicación debe sostenerse en la evaluación audiológica, la reserva coclear y la expectativa de rehabilitación posterior, incluyendo audífonos cuando sean necesarios. En ese contexto, la

serie presentada refuerza una conducta respaldada por varias décadas de evidencia: en pacientes seleccionados: alcanzar una edad avanzada no constituye por sí mismo un motivo para excluir la cirugía estapedial^{1,3-7,9,10}.

Conflictos de intereses: la autora declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: la autora declara que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Redivo M, Fernández Long F, Pérez Raffo G. Cirugía estapediovestibular en pacientes con otosclerosis de 65 años o más: resultados auditivos posoperatorios. Experiencia de 20 años. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(3). <https://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i3.1326>
2. Silva VAR, Pauna HF, Lavinsky J, et al. Brazilian Society of Otolaryngology task force - Otosclerosis: evaluation and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2023;89(5):101303. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2023.101303>
3. Vartiainen E. Surgery in elderly patients with otosclerosis. *Am J Otol.* 1995;16(4):536-8.
4. Ayache D, Corre A, Van Prooyen S, et al. Surgical treatment of otosclerosis in elderly patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;129(6):674-7. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2003.08.013>
5. Vincent R, Sperling NM, Oates J, et al. Surgical findings and long-term hearing results in 3,050 stapedotomies for primary otosclerosis: a prospective study with the otology-neurotology database. *Otol Neurotol.* 2006;27(8 Suppl 2). <https://doi.org/10.1097/O1.mao.0000235311.80066.df>
6. Dhooge I, Desmedt S, Maly T, et al. Long-term hearing results of stapedotomy: analysis of factors affecting outcome. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018;275(5):1111-1119. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-4899-2>
7. Zhang N, Ma X, Wang D, et al. Impact of age on hearing outcomes following stapes surgery for otosclerosis: a retrospective study. *Acta Otolaryngol.* 2025;145(8):682-686. <https://doi.org/10.1080/00016489.2025.2504040>
8. Ishai R, Halpin CF, Shin JJ, et al. Long-term incidence and degree of sensorineural hearing loss in otosclerosis. *Otol Neurotol.* 2016;37(10):1489-1496. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000001234>
9. Wardenga N, Diedrich V, Waldmann B, et al. Hearing aid treatment in patients with mixed hearing loss. Part I: expected benefit and limitations after stapes surgery. *Audiol Neurotol.* 2020;25(3):125-132. <https://doi.org/10.1159/000502994>
10. Pauli N, Strömbäck K, Lundman L, et al. Surgical technique in stapedotomy hearing outcome and complications. *Laryngoscope.* 2020;130(3):790-796. <https://doi.org/10.1002/lary.28072>