

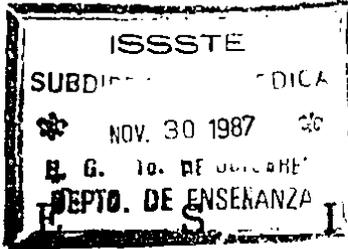
11236
2es
E-13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE

**RINOSEPTUMPLASTIA Y MANEJO
PERIOPERATORIO DE LA
INFLAMACION LOCAL**



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A

DR. JOSE LUIS HERNANDEZ BATISTA

MEXICO, D. F.

1987
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I	INTRODUCCION	Pag.	1
II	ANTECEDENTES	"	4
III	OBJETIVOS	"	14
IV	MATERIAL Y METODO	"	15
V	RESULTADOS	"	24
VI	CONCLUSIONES	"	28
VII	COMENTARIO	"	30
VIII	BIBLIOGRAFIA	"	31

INTRODUCCION.

La Cirugía RINOSEPTAL como método quirúrgico funcional principalmente, se ha constituido como un procedimiento dentro de la práctica del médico especialista en otorrinolaringología de gran importancia, por la gran frecuencia de lesiones encontradas en individuos en edad económicamente activa; lesiones que tienen un origen común: - traumatismo nasal, que se puede remontar desde la infancia y que se puede repetir en forma periódica, en etapas posteriores, por ser la nariz el órgano más prominente de la cara.

Inclusive el trauma obstétrico sobre el producto es capaz de producir luxaciones o fracturas de los elementos que constituyen el septum y la pirámide nasal, hecho perfectamente documentado, y que su tratamiento oportuno puede evitar secuelas posteriores. (1, 2, 8, 6, 11, 9,

Es tan bien conocido el hecho de que los niños en la etapa preescolar que aún no desarrollan óptimamente su función psicomotriz, son susceptibles de padecer traumatismos craneofaciales, capaces de producir severos cambios en la arquitectura nasal que repercutirán sobre su funcionamiento respiratorio, que añadido con la hipertrofia adenomigdalina, se relacionan con profundas hipoxias crónicas, pudiendo llegar al cor pulmonale crónico. (9, 12).

Lo anterior aunado al hecho de vivir una época de intenso movimiento, que se refleja por el número creciente de accidentes de tráfico, atropellamientos, lesiones criminales, etc., que inciden en forma agresiva sobre la vida de todo ser vivo y señalan específicamente las estadísticas que la mayoría de las veces las lesiones son mortales y en caso de no serlo, dejan deficiencias funcionales permanentes, con ejemplo de estas las deformaciones rinosép

tales.

Es por lo tanto, la deformidad rinoseptal un problema de salud Universal, capaz de repercutir sobre las diversas funciones del ser humano, ya que es una de las múltiples causas de insuficiencia respiratoria crónica, que no se le había dado la importancia debida, por desconocer las funciones del órgano respiratorio proximal, que ya en la actualidad suman alrededor de doce:

1. Difusión
2. Calentamiento e humidificación del aire.
3. Limpieza ciliar
4. Regulación de la dirección, forma, velocidad y volumen de la velocidad del aire.
5. Preservación y regulación de las presiones nasales.
6. Flujo aéreo.
7. Regulación flujo-presión .
8. Creación y regulación de la resistencia inspiratoria y espiratoria.
9. Ciclo nasal.
10. Regulación de la Temperatura corporal.
11. Resonancia de la voz, reflejos nasales.
12. Compliancia pulmonar y torácica.

Es importante mencionar que la deformidad Rinoseptal tiene como único tratamiento el quirúrgico y si bien las técnicas quirúrgicas actuales han mejorado mucho sobre todo los últimos treinta años, aún estas no son perfectas y la base para mejorar estas técnicas es un mejor y más profundo entendimiento de la fisiología nasal. (6, 11, 14, 12, 9, 4, 3, 13, 15, 16, 20, 21, 23, 25).

Es por todo lo anterior que se hace necesario seguir mejorando los procedimientos quirúrgicos neasales con bases científicas sólidas y tratando de que el trauma quirúrgico no añada otras secuelas al trauma ya existente.

ANTECEDENTES.

Los traumas nasales ocurren con tanta frecuencia que es muy raro que una persona que ha llegado a la edad madura no haya sufrido alguna lesión en la estructura más prominente de su cara. (11)

Porque una lesión menor en la infancia llega a producir una gran deformidad en la edad adulta?

Por qué los resultados de la cirugía para corregir estas deformidades son impredecibles?

Por qué la reacción de los tejidos al trauma o a correcciones quirúrgicas de deformidades nasales interfiere con los resultados quirúrgicos deseados y planeados?

Por qué estas reacciones cambian de paciente a paciente?

Básicamente, lesiones nasales y cirugía rinalógica plantean diferentes problemas.

Excepto en casos severos, las lesiones nasales producen un mínimo de deformidad en el alineamiento de los tejidos; el periostio y el pericondrio se mantienen todavía adheridos y los fragmentos o se encuentran sostenidos en buena posición. Con esto, hay poca distorsión de la irrigación y de la inervación. Hematomas de diferentes tamaños pueden causar daños al presionar los tejidos adyacentes y el traumatismo asociado con la remoción de los productos de la irritación y la inflamación pueden intensificar la reacción. El resultado más frecuente es la formación de tejido CICATRICIAL. El constante manejo del tejido cicatricial causa cambios progresivos en la relación del septum con otras estructuras nasales, disfunción nasal progresiva y dificultad para respirar que van en aumento. (11,6, 5).

La cirugía de la Pirámide nasal y del septum presentan problemas que son diferentes a los causados por el traumatismo. Los planos del tejido se encuentran separados, los tejidos óseos y cartilagineos están liberados y la relación entre cada uno ha cambiado. Todo esto produce distorsión en el riego y en la inervación. En virtud de que la nariz es un área potencialmente infectada, una tenasión severa toma lugar a la habilidad de poder controlar traumatismos extensos. La cantidad de sangre existente en los tejidos de la nariz, propicia una reacción inflamatoria que acaba en diferentes grados de cicatrización postoperatoria. (11, 6).

Todos estos factores - la frecuencia de lesión a la nariz, la deformidad resultante, la cirugía reparadora y sus resultados impredecibles - sugieren que estos tejidos y la reacción a estos episodios traumáticos pueden entenderse mejor.

Con este pensamiento en mente, la histología de los tejidos, la patología de los tejidos lesionados y los efectos de los resultados finales están siendo revisados.

Histológicamente la nariz se encuentra formada por quince (15) diferentes tipos de tejido y cada uno tiene un diferente potencial de cicatrización. Estos tejidos son:

PIEL; GRASA; TEJIDO CONECTIVO; TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO; MUSCULO; NERVIOS; VASOS SANGUINEOS; CARTILAGO; PERICONDRIO; TEJIDO SUBMUCOSO; HUESO; PERIOSTIO; MEMBRANAS MUCOSAS (glándulas y epitelio ciliado); UNION DE PIEL Y TEJIDO MUCOCUTANEO EN VESTIBULO NASAL (sujeto a contracción concéntrica y estenosis); FASCIA DE UNION CONDROSEA Y ARTICULACION DEL SEPTUM. (24, 11()).

La diversidad de estos tejidos y la falta de uniformidad en su cicatrización puede ser la clave que aclare infinidad de problemas. Los tejidos que cicatrizan rápidamente son la PIEL, TEJIDO CONECTIVO, MUSCULOS Y MUCOSA, dependiendo del trauma, de su contracción se revierten a su forma original en lugar de tejido cicatricial. El tejido cicatricial produce siempre una constante tracción desigual que disminuye lentamente el proceso de cicatrización de dichos tejidos como el hueso y el cartilago cuando se encuentran fuera de su lugar. Este proceso continúa por meses. (11) La reconstrucción de cualquier tejido específico depende de la habilidad de células de tejido para regenerarse. El tejido cicatricial es el común denominador de la reconstrucción del tejido cuya cicatrización es complicada.

Desde el advenimiento de procedimientos extensos para la nariz, se han creado nuevos problemas para los cirujanos rinólogos. La cirugía correctiva funcional debe efectuarse en presencia de deformidades causadas por tejido cicatricial que a pesar de pobre armonía del tejido, la piel gruesa y grasosa, la atrofia, la hipertrofia y la posibilidad de formación de cicatriz queloide. Este tipo de problema y la necesidad de mejorar la respiración y el beneficio a la salud general hace imposible escoger el caso ideal. La posibilidad de desarrollar efectos tardíos en cualquier caso es proporcional a las alteraciones patológicas preoperatorias.

Otros casos, en lugar de ser ideales, tienen predisposición para las infecciones. Es imposible identificar la vía de infección. Puede tratarse de autoinfección proveniente de la misma agreción nasal o de la superficie de la piel, o pudiera ser infección intrahospitalaria. (6, 11, 12, 10).

Agregando estos problemas y los asociados a las infecciones, otro factor que puede, y que probablemente lo hace no dando buenos resultados postoperatorios, es la ALERGIa. Una revisión de la literatura demuestra que la mayoría de los autores relaciona la alergia con la sinusitis o con las enfermedades de las senos paranasales y solamente muy pocas la comprometen con la cirugía funcional correctiva. Porque muchos casos de Rinitis Alérgica se desarrollan después de la cirugía nasal, algunos rinólogos piensan que cualquier procedimiento nasal puede ser de naturaleza alérgica.

Todas las heridas, ya sean traumáticas o por cirugía, siempre siguen el mismo patrón de evolución. El sangrado al interior de los tejidos siempre da como resultado la formación de CUAGULOS. La organización del coágulo y la fibrosis resultante proveen estabilidad en la zona de la herida, en la que había también vasodilatación probablemente por la liberación de histaminógenos. La vasodilatación permite la circulación de células, anticuerpos, oxígeno y sustancias nutritivas en el área de la herida. La actividad fagocítica y la actividad enzimática remueven detritus necróticos. La capilaridad endotelial aparece en el coágulo al segundo día. La trabécula fibrinosa en el coágulo nos forma el marco para la retención celular y fibrilar. Los FIBROBLASTOS se multiplican en la herida y emigran de la periferia para combinarse con células ENDOTELIALES y nuevas vasos sanguíneos y con tejido de granulación. (11, 14). También el estímulo a la fibroplasia es desconocido, pero se sabe que está relacionado a un grado específico de inflamación. Por muy pequeña que sea la inflamación siempre va seguida de un retraso en su re

construcción. La inflamación excesiva trae como consecuencia una cicatrización tormentosa y excesivo tejido cicatricial. (17, 21).

UNA BUENA CIRCULACION ES LO MAS IMPORTANTE para una BUENA CICATRIZACION; la infección es lo más perjudicial. (11).

Enseguida, se especifican a manera de clasificación los cambios locales en la herida a través de tres estadios que dan la pauta para un cuidado postoperatorio satisfactorio.

ESTADIO I: Duración del primero al cuarto día. El nuevo tejido conectivo debe también empezar con vasos sanguíneos nuevos y con células mesenquimatosas. La substancia que se forma alrededor de los vasos sanguíneos lleva la substancia nutritiva de los capilares a las células. No existe un contacto directo entre los capilares finos y las células. Si la substancia alrededor de los capilares y células o los productos de la inflamación son excesivos, la irrigación a esta zona estará bloqueada y la cicatrización se retardará. En esta fase la fuerza de tensión de la herida disminuye, lo mismo que su actividad metabólica y depende ya solamente de las suturas y de los moldes para preservar la integridad de los tejidos. (11, 14, 22).

El vendaje y los moldes son lo más importante de los dos factores anteriores. Existe como procedimiento extra, sin estar específicamente documentado, el uso de drenajes tipo PENROSE colocados perioperatoriamente en sitios claves de formación de tales productos de extravasación, por lesión directa de vasos mayores, que irrigan los tejidos de la pirámide nasal, como es la arteria angular, rama terminal de la arteria facial, que se puede lesionar si efec-

tuar las osteotomías laterales. Estos drenajes facilitan la salida del material durante los primeros días de este estudio, disminuyendo los productos mayores de la inflamación (sangre, detritus) que - incrementarían retardo en la cicatrización. (17).

Existe la alternativa de colocar drenajes en sitios de osteotomías laterales de materiales plásticos como son los catéteres epidurales recortados con el mismo fin. (22) Sin embargo, existe el peligro potencial de procesos infecciosos que serían catastróficos para la resolución cicatricial de estos procedimientos. (10).

ESTADIO II:- Del cuarto al décimo día se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y otras células y por el desarrollo de - fibras colágenas que estrechan la herida. El vendaje continúa siendo necesario. (11, 14, 22).

ESTADIO III:- La fase de contracción cicatricial empieza del décimo al doceavo día, continúa rápidamente hasta que la epitelización se completa alrededor del 28o. día en que disminuye, pero que - continúa su actividad por muchos meses.

Durante este último periodo de actividad lenta, el tejido cicatricial pueda crear tracciones diapirajus, creando asimetrías, causando deformidad postoperatoria, que siempre se trata de evitar.

Sin embargo, no existe forma de acelerar la cicatrización, habiendo ciertos factores que IMPIDEN UNA RECUPERACION NORMAL:

1. HEMATOMA:- Interfieren en grado variable con la fibrinogénesis. Bloquean la irrigación en el área intervenida.
2. INFECCION:- El hematoma es un espacio cerrado en los diferentes planos del tejido y que viene a ser un área potencialmente infectada. (11).

3. REACCION A CUERPO EXTRAÑO:- La herida debe estar limpia. Coágulos, fragmentos óseos, material de sutura y tejido necrótico producidos por una excesiva fibroplasia, pueden bloquear los vasos sanguíneos. Sutures muy apretadas pueden dañar los tejidos o puede existir intolerancia hística al catgut crómico. (11).
4. VENDAJES INAPROPIADOS:- La aplicación de un vendaje interno y externo previene equimosis postoperatorias y evita la inflamación. Estos vendajes deben estar ajustados, pero NO apretados, ya que si lo están pueden producir necrosis y atrofia por presión sobre los tejidos blandos. (11,6,10).
5. ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE.- Bajas cantidades de sodio potasio y proteína sérica interfieren con la fibroplasia. La anemia puede ser primaria o secundaria. La deshidratación es más frecuente que lo que suponemos. La obstrucción nasal después de la cirugía puede estar ocasionada por falta de ingesta de líquidos. Se requiere vitamina C para la formación de colágeno. (16,22).
6. TRASTORNOS ENDOCRINOS.- En el hipometabolismo e hipotiroidismo la aparición de la mucosa nasal es similar a la de la rinitis alérgica y los factores de cicatrización son muy pobres.
7. RINITIS ALÉRGICA:- Esta condición causa cambios en la mucosa, caracterizados por una concentración alta de eosinófilos circulantes que puede indicarnos una pobre respuesta adrenocortical. (22).

Los estados nutricionales, alérgicos y endocrinos del paciente, deben investigarse antes de la operación, ya que la cirugía puede activar un estado latente alérgico que no será notado clínicamente hasta después de efectuada la cirugía.

SI HAY EDEMA, TENSION O ENROJECIMIENTO con signos indicativos de un tanto cuanto retraso de la cicatrización. (4,5, 6,7,11).

DEL CUARTO AL CATORCEAVO DIA la cicatrización debe ser ESTIMULADA POR:

- a) CALOR LOCAL. Pueden ser usadas todas las formas de calor, onda corta, diatermia, infrarrojos, compresas húmedas calientes -para estimular la formación de la red de células endoteliales. (23)
- b) INESPECIFICOS: Dieta hipertrofica, derivados antigénicos que estimulan el sistema reticuloendotelial. (16) .
- c) CORTICOSTEROIDES:- Sobre todo asociados con antibióticos en el pre y postoperatorio y cuando el conteo de eosinófilos se encuentra elevada y cuando hay inflamación presente. (6,7,10,11,15,17,21,22, 23).
- d) CORTICOSTEROIDES DE DEPOSITOS: Los hay quienes utilizan acetato de metil-prednisolona en dosis única de 40 mg intramuscular en el postoperatorio inmediato, sobre todo en procedimientos ampliados de cirugía combinada septum-pirámide. (5,6,7,10,11,12,17, 21,22, 23).
- e) ACIDO ASCORBICO: Como terapia suplementaria. Es esencialmente de valor cuando se dan las dosis apropiadas, de 750 a 1 000 mg por día.

- f) **SUERO PROTEICO.** La concentración baja de proteína sérica, ya se ha dicho, retarda la cicatrización. La dieta del paciente debe tenerlas suficientes. En caso de que se requieran más cantidades pueden administrarse por vía oral.
- g) **HEPARINA SÓDICA.** La heparina sódica es una sustancia antihistamínica, se usa como agente antiinflamatorio y también inhibe la diseminación del factor hialuronidasa. Debe administrarse en pequeñas dosis divididas (0.3 c.c./ 10 000 U solución o 3 c.c./ 1 000 U. solución). Hasta un máximo de 30 mg diarios ayuda al control de la inflamación.
- h) **CARTILAGO MACHACADO.** Que se implanta al momento de la cirugía, ayuda a la cicatrización, estimulando la fibroplasia. El cartilago machacado no se usa como implante ni como tejido de sostén al ester machacado, pero sí para estimular la fibroplasia y prevenir la formación excesiva de cicatriz. (4,5,6,10,11,17,18,20,21,22,23,).
- i) **VENDAJE POSTOPERATORIO.** Es muy importante porque todas las estructuras movilizadas deben estar aseguradas en su lugar. El vendaje interno (venda de gasa dispuesta especialmente en el interior de las fosas nasales, en forma continua o fraccionada) ayudado por el vendaje externo de tela microporosa (especialmente el de mayor calidad en su manufactura V.gr.: micropore 3M media pulgada) y el molde de modelina (tipo Kerr) actúan como profilácticos (6, 10, 11, 17, 20, 21,22,23).

en el acúmulo de sangre entre los tejidos y fomenta la cicatrización normal. Si el vendaje y los tapones no son adecuadamente colocados, la sangre y el suero se depositan en algunas áreas, dándonos como resultado distorsiones postoperatorias por el efecto de la cicatriz. (6, 10, 11, 17, 20, 21, 22, 23).

El vendaje externo debe abarcar el labio superior y sobre los párpados superiores e inferiores para efectos de compresión. Es recomendable tener todos los vendajes - preparados antes de finalizar la cirugía para que así puedan instalarse de inmediato. Si estos vendajes son colocados en una charola de mayo en forma ordenada y cubiertos con una compresa, el esfuerzo de su colocación y el tiempo es mínimo. (6, 11).

MATERIALES NECESARIOS PARA VENDAJE EXTERNO:

Aplicadores de algodón con solución de benjuí para la piel, tela microporosa de media pulgada, tijeras curvas de revestimiento, franela cortada a la medida de la modelina, modelina tipo Kerr cortada previamente, ungüento para los ojos y para las incisiones, agua caliente (60 a 70 °C); rimón con hielo frappé, gasas 4x4 cm para humedecerlas en el hielo y endurecer la modelina; parches - para los ojos; gasas para los ojos (revestimiento esponjoso suave); venda de 10 cm de ancho para el vendaje de compresión. (6, 10, 11, 17, 22, 23).

El uso del vendaje interno y externo al terminar la última etapa de la cirugía minimiza el edema, equimosis y otras complicaciones postoperatorias.

O B J E T I V O S

El objetivo fundamental de este trabajo o estudio, consista en encontrar las diferencias en la magnitud del edema peri y postoperatorio entre pacientes intervenidos de cirugía externa septum-pirámide mediante las técnicas básicas existentes, con el uso de drenajes instalados en sitios de osteotomías laterales y el uso de corticoide de depósito, escogiendo en este caso el acetato de metil-prednisolona de uso intramuscular, comparando estos elementos con un tercer grupo en el cual no se utilizó el procedimiento antiinflamatorio alguno.

MATERIAL Y MÉTODO.

El presente estudio está clasificado como Experimental, Transversal, Prospectivo, Comparativo y Abierto y está constituido por un total de quince (15) pacientes, divididos en tres grupos de 5 elementos cada uno de ellos, obtenidos de la Consulta Externa del Servicio de Otorrinolaringología del H.R. 20 de noviembre (8 pacientes) y del Centro de Cirugía Ambulatoria (C.C.A. antes C.L.C.E.X.) (7 pacientes) (ISSSTE). Están comprendidos en edades que fluctúan entre 17 años la mínima y 57 años la máxima; 6 pacientes del sexo masculino y 9 pacientes del sexo femenino. Con diversas formas de Deformidad Rinoplástica (Tabla No. 1) que condicionaba un cuadro clínico común, principalmente obstrucción nasal bilateral, basculante, rinorrea anterior persistente, intolerancia al ejercicio por incremento de la disnea de esfuerzo, epistaxis ocasional; susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores; respiración oral nocturna. Los criterios de selección que se utilizaron para integrar los pacientes a la muestra fueron:

1. Desviación de la pirámide nasal o presencia de giba ósea u osteocartilagínea que requirió osteotomías laterales por debajo de tejidos blandos a través de la rama ascendente del maxilar superior y huesos nasales.
2. Presencia o ausencia de enfermedad de senos paranasales, susceptible de tratamiento quirúrgico que se efectuó durante el procedimiento septum-pirámide.
3. Ausencia de padecimiento sistémico concomitante que contraindicara el procedimiento quirúrgico (V.gr.: inafifi-

**TABLA / 1 .-- LESIONES RINOSEPTALES PREOPERATORIAS
ENCONTRADAS EN TODOS LOS PACIENTES ES-
TUDIADOS.**

DESVIACION LATERAL DE LA PIRAMIDE OSEA NASAL

DESVIACION LATERAL DE LA PORCION CARTILAGINOSA NASAL

DESVIACION SEPTAL

**LUXACION DE BORDE INFERIOR
FRACTURAS
DEFORMIDADES ANGULADAS
CRESTAS Y ESPOLONES
DESVIACION DEL BORDE LIBRE**

GIBA OSEA DE LA PIRAMIDE NASAL

GIBA CARTILAGINOSA DE LA PIRAMIDE

GIBA MIXTA

DEFORMIDAD VALVULAR POR ASIMETRIA

COLAPSO VALVULAR UNI O BILATERAL

COLUMELLA RETRAIDA

DESCENSO DE LA PUNTA NASAL

ANGULO NASOLABIAL AGUDO

ANGULO NASOFRONTAL DEFORMADO

DEFORMIDAD DEL PERFILOGRAMA

ciencia renal aguda o crónica, hemopatías, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica grave, etc.)

De los quince pacientes, todos estaban en perfectas condiciones hasta el momento del procedimiento quirúrgico.

A todos ellos se les efectuaron valoraciones preoperatorias básicas en la consulta externa de la primera a la tercera citas. Se les pidió batería de exámenes, entre ellos:

rayos X de senos paranasales, cultivo de fosas nasales, citología nasal, cultivo de exudado faríngeo.

Las radiografías fueron tomografía de senos paranasales, encontrándose en un paciente presencia de quiste de retención y engrosamiento de mucosa en seno maxilar derecho. Los resultados de los cultivos fueron normales para flora bacteriana supráfita en todos los pacientes. En un paciente se señaló marcada eosinofilia en la citología nasal.

Los exámenes preoperatorios que se pidieron fueron:

Biometría hemática, química sanguínea completa, examen general de orina, Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, plaquetas, grupo sanguíneo y Factor Rh. Estuvieron en valores normales para llevar a cabo el procedimiento en doce pacientes, en tres hubo necesidad de repetirlos después de tratamiento con vitamina K por un TP prolongado. Se les pidieron a los pacientes fotografías en cuatro posiciones tamaño postal a blanco y negro (frente, ambos perfiles, base nasal); solo cumplieron con estas 11 pacientes.

El objetivo de las fotos fué que quedase como una prueba médico-legal de los procedimientos que cambiarían la forma de su pirámide nasal al concluir el estudio y señalar objetivamente las diferencias. (FOTOGRAFÍAS 1-6).

Ninguno de los pacientes tenía cirugía rinoseptal previa.

Todos los pacientes habían recibido traumatismos faciales previos de 1 a 3 ocasiones de diversos grados de intensidad, algunos de ellos sin tener una fecha exacta, forma de producción o grado de magnitud del trauma; sin embargo ninguno de los pacientes estudiados tenían traumatismos nasales a menos de 6 meses de su producción. No había intolerancia a fármacos en 14 pacientes. Un paciente se excluyó por presencia de rinitis alérgica grave, con tratamiento irregular (se envió al Servicio de Alergología) y se substituyó por otra paciente para completar el número inicial. Se excluyó otro paciente por estar ingiriendo anovulatorios orales, por considerar que los efectos sobre la inflamación podría modificar la respuesta. Un paciente con alergia a penicilina dudosa, se dejó dentro del grupo, ya que el antibiótico utilizado en nuestra muestra fué la eritromicina.

A todos los pacientes se les notificó el objetivo de su estudio, estando de común acuerdo en que se llevara a cabo el mismo.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general inhalatoria balanceada, con hipotensión controlada en 10 casos, en 5 casos no fué posible por la falta de entrenamiento del médico anestesiólogo. No hubo, en todos los casos, intolerancia a fármacos durante la premedicación anestésica, duran

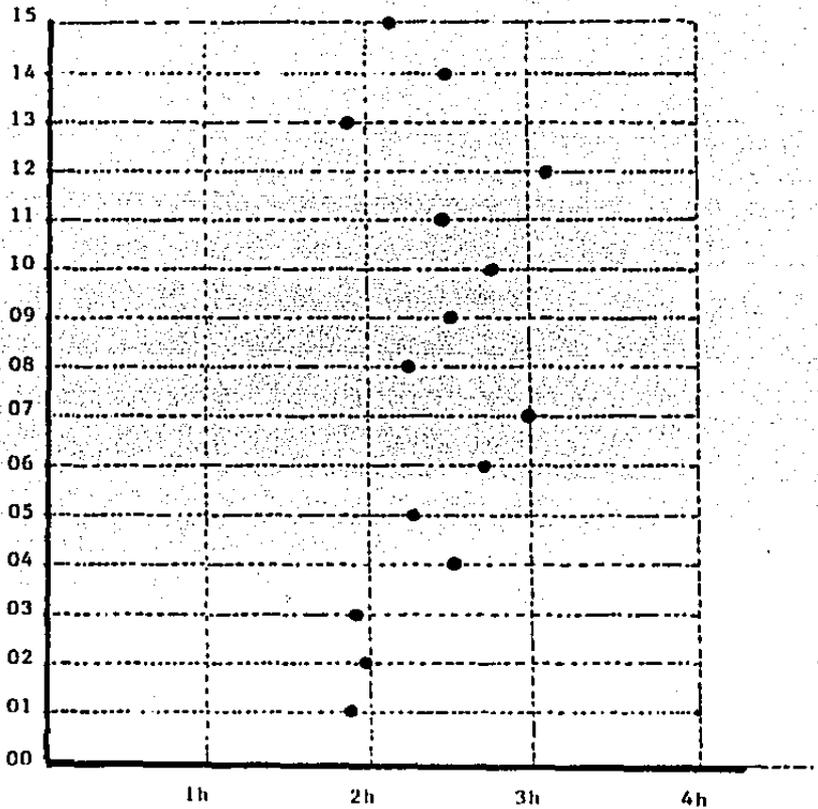
te el procedimiento quirúrgico no se observaron arritmias cardíacas en el monitor por efecto de simpaticomiméticos utilizados en la anestesia local administrada localmente en tejidos nasales. No se suspendió ninguno de los procedimientos.

La duración promedio del procedimiento de la cirugía combinada septum-pirámide fué de 2 horas 30 minutos (Gráfica No. 1).

El procedimiento quirúrgico consistió en las técnicas básicas de cirugía rinoseptal, mediante el uso del set básico de cirugía rinoseptal. Se efectuó en todos los casos incisión hemitransflectiva derecha. Apertura de túneles septales anteriores (1, 4) hasta efectuar la separación completa del mucopericondrio y del mucoperiostio del septum, en toda su extensión, localizando la desviación septal se efectuaron los cortes correspondientes en el cartilago cuadrangular, en lámina perpendicular etmoidal ó en vomer, necesarios para la corrección de la deformidad septal, siendo esta en la mayoría de los casos fractura antigua, espolón vomeriano y luxación del borde inferior septal. Solo en 2 casos se encontró desviación del borde libre anterior septal. En todos los casos se efectuó efracción de cornetes con dos objetivos: el primero aumentar la luz de las fosas nasales para visualizar más adecuadamente las desviaciones y para mejorar en sí el objetivo del procedimiento, es decir que el paciente respirase mejor. Se protegió durante todo el acto el area K (Key-Stone o piedra angular) localizada en la unión de ambos huesos nasales con el septum y los cartilagos laterales superiores.

Enseguida se procedió a la reconstrucción valvular, encontrando en 10 casos un borde inferior o distal del cartilago lateral superior enrollado sobre sí mismo, endurecido, causando así la defor-

PACIENTES



GRAFICA # 1 .- DURACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

midad y disfuncionalidad valvular; se efectuó una incisión intercartilaginosa, se diseccó adecuadamente el cartílago lateral en ambos lados, se recortó en forma simétrica ambos bordes retornales, se reconstruyó la válvula creando un ángulo de quince grados en relación al septum. Se despegaron tejidos blandos de la pirámide nasal a través de la misma incisión mediante movimientos de disección finos y cuidadosos de la tijera de Knapp (esqueletonización) hasta la línea basal nasal. EN ESTOS MOMENTOS SE EVIDENCIA EL EDEMA SOBRE LA PIRAMIDE NASAL EN SUS ETAPAS INCIPIENTES.

Se efectuó manejo del lóbulo en 13 de los pacientes a través de incisiones vestibulares de Slot con exposición de los cartílagos lobulares y cortes simétricos para proporcionar las cúpulas y borde caudal, de las caras laterales con las válvulas recién reparadas, logrando una mejor rotación y proyección de la punta nasal, para mejorar el ángulo nasolabial, que en la mayoría de los pacientes estaba disminuido. Acto seguido continuamos con la incisión vestibular a nivel de 2 mm por dentro de la apertura piriforme mediante hoja Num. 15 de bisturí de mango sencillo. Se introduce desperiostizador, el cual continuamos su trayecto subperiostico hasta la raíz nasal, respetando el área de la expresividad facial (situada por debajo de la región intercilias) (Fig. No. 1,2).

En este tiempo de la cirugía es patente la máxima expresión perioperatoria del edema, tumefacción y demás datos de inflamación por el manejo de los tejidos blandos, deformando la apariencia de la nariz en relación con los tejidos vecinos.

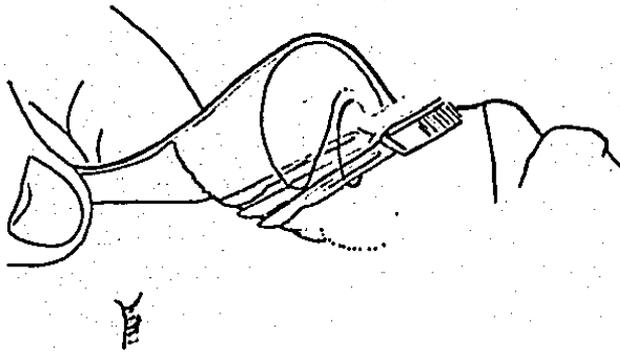


FIG. No. 1 .- INCISION EN APERTURA PIRIFORME HASTA PERIOSTEO.

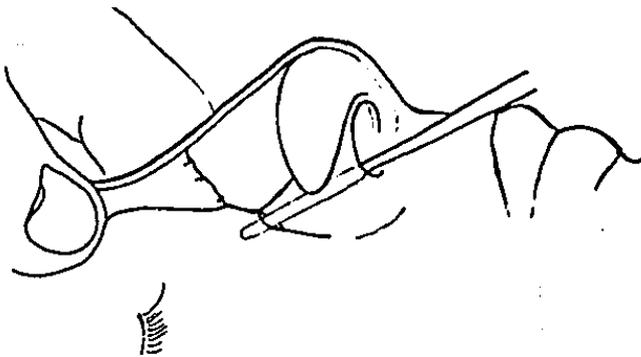


FIG. No. 2 .- MEDIANTE DESPERIOSTIZADOR SE ELEVA EL MISMO A LO LARGO DE LINEA BASAL NASAL.

Se introduce un osteotomo de 6 mm y mediante martillo y golpeo rítmico se efectúa la osteotomía lateral (Fig. No. 3) con la mano derecha y con el pulgar e índice izquierdos se percibe por encima de tejidos blandos la dirección que va tomando el filo del cincal, al llegar a espina frontal, el sonido que emite el golpeo cambia de timbre metálico a matidez. En estos momentos se da por terminada la osteotomía lateral. El edema y extravasación aumentó en todos los casos, a pesar de que se respetó el tejido blando suprayacente.

En 3 casos en el momento en que se efectuaron ambas osteotomías laterales, se efectuó fractura manual de huesos propios nasales fijos a espina nasal del frontal, sin haber sido necesario efectuar osteotomía transversa. Dicho procedimiento (osteotomía transversa) se efectuó en 12 casos, mediante una incisión en glabella, desperiostización e introducción de un osteotomo de 4 mm. Este procedimiento incrementó el edema y tumefacción en dicha región, formando en dos casos hematoma, siendo necesario evacuarlo en esos momentos.

Como se señaló en el párrafo inicial del apartado de material y método, los quince pacientes fueron divididos en tres grupos de 5 elementos cada uno, se señalaron como pacientes del grupo A a los que se les colocó drenaje tipo penrose de 3/8 de pulgada en los sitios de la incisión vestibular, auxiliado de una pinza tipo bayoneta, dicho material se recortó en el sitio en el que sobresaliera 1 cm al borde del ala nasal.⁽⁴⁾ A los pacientes seleccionados al usar previamente como elementos del grupo B se les administró 40 mg de acetato de metilprednisolona vía muscular en la cara lateral del mus

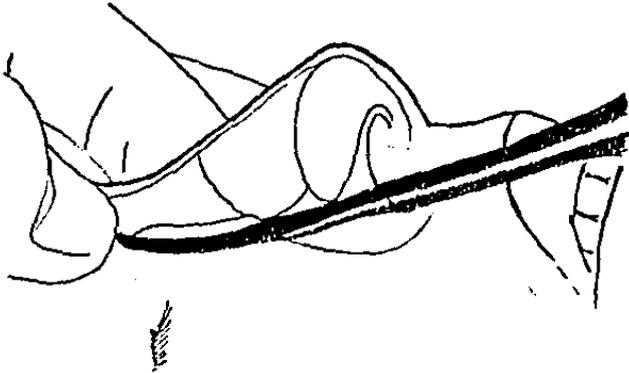


FIG. No. 3 -- SE EFECTUA OSTEOTOMIA LATERAL
MEDIANTE CINCEL Y MARTILLO, PRO-
TEGIENDO TEJIDOS BLANDOS DEL TRAU-
MA.

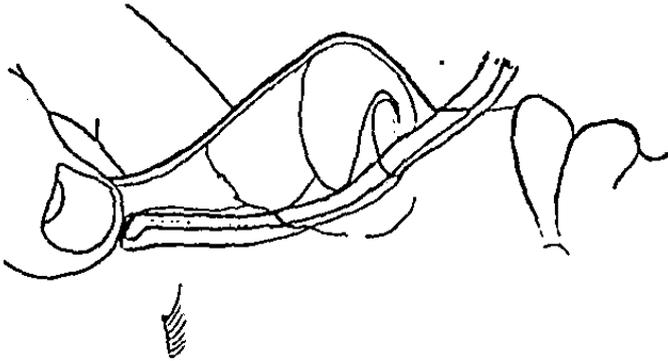


FIG. No. 4 .- SE INTRODUCE EL MATERIAL TIPO PENROSE
A TRAVEZ DE LA INCISION VESTIBULAR ASE-
GURANDO EL DRENAJE DE LA OSTEOTOMIA.

lo. Esto se efectuó en el momento de los datos de máxima inflamación durante el perioperatorio, es decir, a los pocos minutos de haberse efectuado las osteotomías. A los pacientes del grupo C (testigo) no se les efectuó ningún procedimiento antiinflamatorio.

Al terminar el trabajo sobre partes óseas nasales se colocaron enseguida vendaje de gasa fraccionados en el interior de las fosas nasales, humedecidos en solución fisiológica, colocados en forma ascendente desde el piso nasal hasta el ático de las fosas. Se repusieron fragmentos de cartílago y/o hueso machucados necesarios en el septum nasal y se sutura la incisión hemitransfictiva con sutura de hilo crómico 000. Se inicia el vendaje externo aplicando microporosa sobre la piel de la pirámide nasal previa limpieza de elementos sanguíneos y detritus cartilagineos u óseos. Se hace una evaluación preliminar de los fenómenos inflamatorios encontrando en los pacientes edema nasal y paranasal, edema palpebral con equimosis palpebral y fué notable en uno de los casos una equimosis subconjuntival bilateral marcada. Ningún caso con deformidad facial monstruosa o extensa.

Las pérdidas hemáticas al concluir cada uno de los procedimientos variaron, siendo en promedio alrededor de 350 c.c. netos.

Se colocó vendaje externo compresivo sobre la nariz con micropore de 1.27 cm de ancho con la cantidad suficiente para que efectuara compresión hemostática. En los pacientes con drenaje tipo penrose el extremo o cabo distal se dejó libre para que posteriormente fué fácilmente localizado y retirado. Se colocó modelina dental sobre la pirámide nasal ósea, abarcando parte del lóbulo y líneas paranasales, moldeándola en agua caliente.

Se fija la modelina con micropore de 1.27 cm. Se instala bigote

ra para cuantificación de pérdidas hemáticas en el postoperatorio.

Los pacientes pasaron a sala de recuperación anestésica con valoración anestesiológica de Aldrete satisfactoria, no existiendo complicaciones respiratorias o accidentes durante la desintubación orotraqueal.

Los 8 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Quirófano del H.K. 20 de noviembre estuvieron bajo vigilancia postoperatoria internados durante 24 hs. al cabo de cumplir dicha evolución, fueron dados de alta con manejo antibiótico a base de eritromicina vía oral a razón de 500 mg cada 8 hs. como analgésico se les ofreció Acetaminofén a razón de 500 mg cada 8 hs. solo PRN.

Los 7 pacientes del C.C.A. (antes C.E.C.C.X.) (ISSSTE) fueron manejados como pacientes ambulatorios al cumplir de 8 a 12 hs. de postoperatorio inmediato, manejados con eritromicina y dextropropoxifeno a dosis terapéuticas.

Las molestias propias del procedimiento nasal que acusaron los pacientes se señalan en la tabla correspondiente (Tabla No. 2)

El paciente se dió de alta con un instructivo consistente en mostrar en forma clara las molestias propias del procedimiento nasal y unos espacios muy precisos para que anotase por escrito la temperatura tomada vía oral, cada día hasta su siguiente visita, grado de dolor, presencia de náuseas, número y frecuencia de vómitos; número de respiraciones. Número de gases intercambiados en la bigotera.

La primer visita postoperatoria se inició hasta las 72 hs.

(Tabla No. 3).

**TABLA # 2 .- MOLESTIAS PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
ENCONTRADAS EN TODOS LOS PACIENTES DURANTE LAS
PRIMERAS 24 HORAS.**

RESEQUEDAD FARINGEA

NAUSEA Y VOMITOS

DOLOR LOCAL

ESCURRIMIENTO ANTERIOR DE MATERIAL
SEROHEMATICO

DISFONIA

DESCARGA RETRONASAL DE LIQUIDO SEROHEMATICO

CEFALEA BITEMPORAL PULSATIL

ATAQUE AL ESTADO GENERAL

INSOMNIO

TABLA # 3 .- SECUENCIA CRONOLOGICA DEL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
EN TODOS LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA RINOSEPTAL.

ALTA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A LAS 24 HS. DEL P.O.
MANEJO COMO PACIENTE AMBULATORIO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
PRIMERA VISITA A LAS 72 HS. PARA RETIRAR DRENAJES TIPO PEN-
ROSE A PACIENTES DEL GRUPO B .

EVOLUCION DEL GRADO DE EDEMA Y EQUIMOSIS SUBSECUENTES .
SEGUNDA VISITA A LOS SIETE (7) DIAS PARA RETIRAR TAPONA -
MIENTOS INTRANASALES; SE RETIRAN VENDAJES EXTERNOS PRIMARIOS
TERCERA VISITA A LOS CATORCE (14) DIAS DEL POSTOPERATORIO
PARA CONCLUIR EL ESTUDIO INDIVIDUAL.

Se valoraron a las primeras 72 hs. los diferentes grados y extensiones de lesiones inflamatorias sobre el sitio intervenido (CUADRO No. 1)

Así también, se cuantificó y señaló el grado de temperatura corporal (vía oral) (GRAFICA # 2)

Fué así también importante el grado de dolor señalado por el paciente durante los primeros tres días del postoperatorio. (CUADRO # 2).

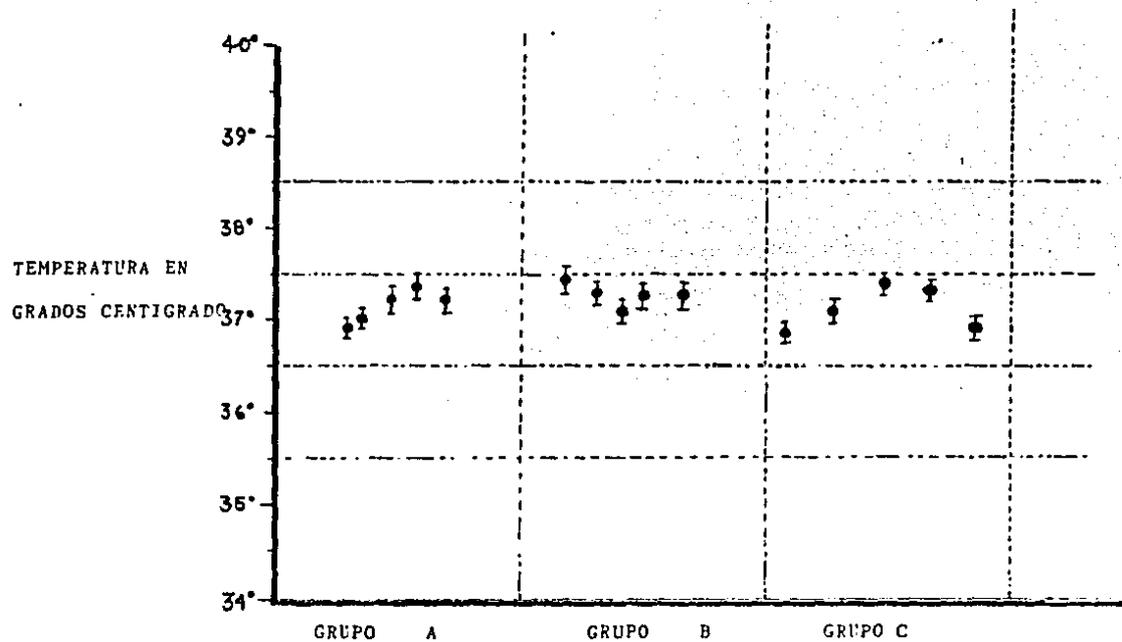
Fuéron retirados los drenajes tipo Penrose a los pacientes del grupo A al cumplir las primeras 72 hs. del Postoperatorio (Tabla # 3).

Se retiraron los vendajes internos de gase al cumplir los siete días del Postoperatorio inmediato (Tabla # 3).

Se concluyó el estudio individual a los catorce días del postoperatorio, haciendo una meticolosa valoración de los procesos inflamatorios presentes para el reporte de resultados finales. (Tabla # 3). (FOTOGRAFIAS 2,4,5.).

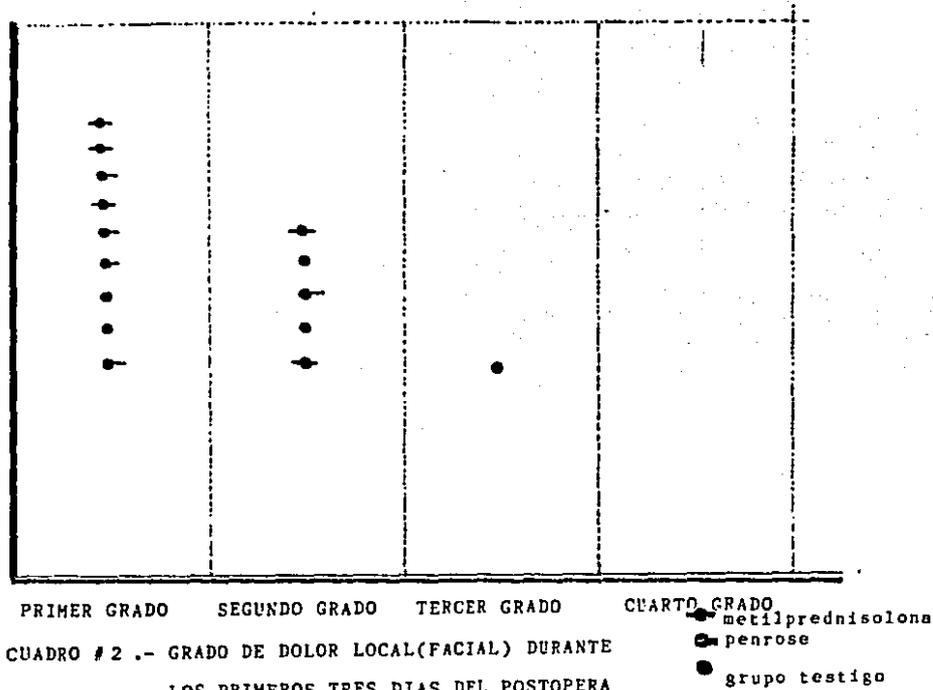
CUADRO # 1 .- PRESENTACION DE LAS LESIONES POSTOPERATORIAS A LAS 72 HS.

TIPO DE LESION	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
EDEMA PALPEBRAL	3	2	1
EQUIMOSIS PALPEBRAL	1	1	1
EDEMA PARANASAL	1	1	1
EDEMA DE MALARES	0	1	1
EQUIMOSIS SUBCONJUNTIVAL	0	0	1
DEFORNIDAD FACIAL EXT.	0	0	0
T O T A L	5	5	5



GRAFICA # 2 .- TEMPERATURA CORPORAL MEDIANTE VIA ORAL A LAS 72 HS.
DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO.

NUMERO
DE
PACIENTES



CUADRO # 2 .- GRADO DE DOLOR LOCAL(FACIAL) DURANTE
LOS PRIMEROS TRES DIAS DEL POSTOPERA
TORIO.

R E S U L T A D O S

Los pacientes estudiados acusaron, sin importar el grupo, molestias propias del procedimiento quirúrgico, provocados por el stress anestésico, el estrés quirúrgico, por el ayuno prolongado y la acción lesiva del antibiótico (Tabla # 2).

En la primer visita a las 72 hs. del P.O. encontramos un paciente con estado nauseoso intenso y vómitos de 2 a 3 al día postingesta, siendo necesario se le retiraron el antibiótico y el analgésico, así como dieta blanda, fraccionada, previa ayuno de 3 hs. Este paciente correspondió al grupo del corticoide de depósito (grupo B). A los pacientes de penrose (grupo A) se les retiraron los drenajes sin más complicación.

Se inició una evaluación de la magnitud y extensión de las lesiones inflamatorias tales como el edema nasal, palpebral y de extr.v.asciones como equimosis palpebral y subconjuntival, encontrando 3 pacientes del grupo A con edema palpebral en comparación con el grupo B (acetato de metilprednisolona) solo 2 pacientes. En el grupo control 1 paciente con edema palpebral. En el apartado de la equimosis palpebral encontramos 1 paciente de cada grupo de estudio. En edema paranasal también 1 paciente de cada grupo.

En edema de mareas solo 1 paciente para cada grupo B y C.

En equimosis subconjuntival sólo 1 paciente en el grupo C.

(Cuadro # 1).

A los siete días del Postoperatorio (finaliza postoperatorio inmediato) se retiraron taponamientos intranasales en todos los pacientes y siguiente evaluación de las lesiones quirúrgico-traumáticas, encontramos los pacientes señalados en el cuadro que antecedió aún con edema

palpebral, 3 pacientes grupo A (penrose) 2 pacientes grupo B (corticoide depósito) y 1 paciente grupo C (control), aunque con una mejor resolución del mismo, sin estar éste aún resuelto, siendo más manifiesto el edema palpebral en el grupo control, siguiéndole el grupo A y con una mejor respuesta el grupo B (corticoide). (CUADRO # 3).

1 paciente del grupo B continuaba a los 7 días con edema de ambas mejillas, al igual que 1 paciente del grupo A. 1 paciente del grupo C continuaba sin variaciones el dato de equimosis subconjuntival.

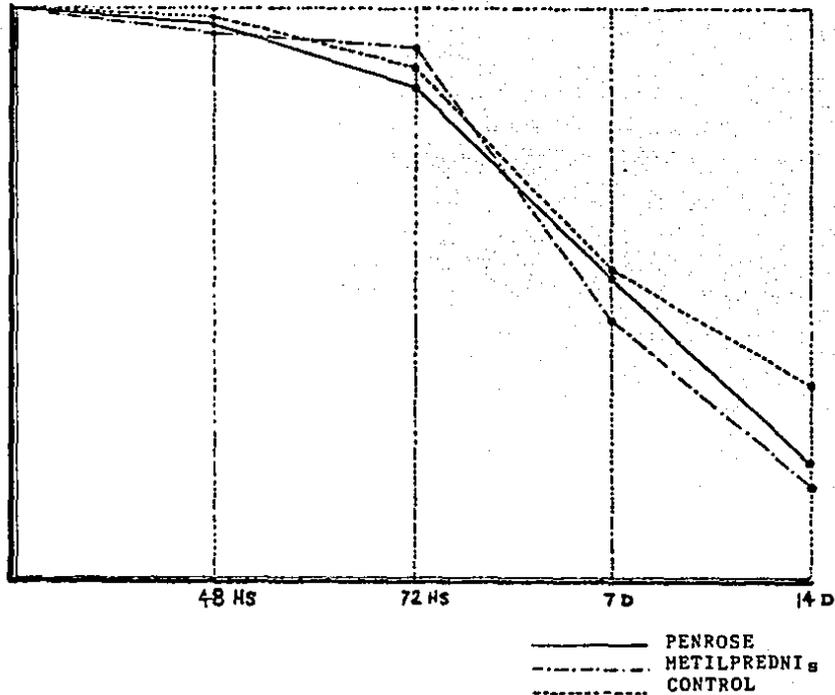
En cuanto al grado de dolor, que se señaló en la gráfica # 2 es necesario especificar que en el grupo A (penrose) hubo 3 pacientes con dolor de primer grado durante los primeros 3 días del postoperatorio inmediato, desapareciendo este transcurrido este periodo.

3 pacientes del grupo B (corticoide) acusaron dolor de primer grado durante los primeros 3 días sin hacerse prolongado transcurrido el tiempo señalado. 1 solo paciente del grupo C (testigo) señaló dolor grado 3 recuperándose posterior a este tiempo (3 días).

Aquí pues, el dolor sólo se presentó durante los primeros 3 días en grados I y II en la mayoría de los pacientes, desapareciendo en forma marcada después de los 72 hs. (CUADRO # 2).

En cuanto a la presencia de temperatura corporal sólo hubo pequeños incrementos de medio grado por encima de los 37 °C en todos los pacientes, sin sobrepasar los 37.5 °C durante los primeros 72 hs. del postoperatorio inmediato. (CUADRO # 2).

Lo anterior señala, una evolución postoperatoria homogénea en los diversos grupos de pacientes sin complicaciones infecciosas o con retraso en la resolución de los fenómenos inflamatorios, los cuales tendieron a disminuir en forma progresiva con algunas diferencias.



CUADRO # 3 .-- EVOLUCION DEL EDEMA PALPEBRAL POSTOPERATORIO COMPARANDO LOS DIFERENTES GRUPOS.

En base a los criterios clínicos para seleccionar los pacientes con resultados satisfactorios señalados en la TABLA # 4 se llegó a la tabulación de los resultados finales:

GRUPO A (uso de drenaje tipo penrose) encontramos resultados satisfactorios en 3 pacientes (60%). Regulares en 2 pacientes (40%). Malos: ninguno. , haciendo un total de 5 pacientes.

GRUPO B (acetato de metilprednisolona) 3 pacientes con buenos resultados (60%) 1 paciente con regulares resultados (20%) y 1 paciente con malos resultados (20%) Total: 5 pacientes.

GRUPO C (control testigo) 2 pacientes con buenos resultados (40%) 2 pacientes con regulares resultados (40%) y 1 paciente con malos resultados (20%). (CUADRO # 4).

Desglose: El paciente con mal resultado del grupo B resulto de la presencia de edema de miembros persistente.

El paciente con malos resultados del grupo C corresponde a la presencia de equimosis subconjuntival que se hizo patente al terminar el procedimiento quirúrgico y que no se eliminó al concluir el tiempo de estudio.

Hubo 1 paciente del grupo B con edo. nauseoso y vómitos persistentes que se clasificó como resultado regular (muy probablemente haya contribuido el analgésico y el antibiótico).

1 paciente con dolor grado III a las 72 hs. P.O. que contribuyó a la clasificación de resultados regulares en el grupo C. (CUADRO # 4).

**TABLA # 4 .- CRITERIOS CLINICOS PARA SELECCIONAR LOS RESULTADOS
SATISFACTORIOS EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS .**

AUSENCIA DE FIEBRE (NO MAYOR DE 38 GC) A LAS 72 HS.
DEL POSTOPERATORIO.

DISMINUCION FRANCA DEL DOLOR LOCAL .

SIGNOS DE INFLAMACION LOCAL EN VIAS DE RECUPERACION

AUSENCIA DE VOMITOS Y ESTADO NAUSEOSO.

DEAMBULACION Y TOLERANCIA A LA VIA ORAL.

SIGNOS VITALES ESTABLES.

Aunque ninguno de los pacientes en estudio tuvo deformidad facial extensa, se clasificaron 2 pacientes del grupo A (perrose) como regulares porque al finalizar el estudio se encontraban aún con ligera tumefacción sobre el dorso de la nariz, y sobre las partes laterales de la misma, que se clasificó como persistencia de proceso inflamatorio sobre el periorbita (osteítis).

Así pues, encontramos que en 8 pacientes (63.3%) los resultados fueron enteramente satisfactorios.

en 5 pacientes (33.3%) los resultados fueron regulares

y en sólo 2 pacientes (3.4%) los resultados fueron malos.

Esto suma los 15 pacientes (100%) sin importar el grupo en estudio.

(CUADRO # 4).

CUADRO # 4 .- RESULTADOS FINALES ENC ONTRADOS A LOS CATORCE DIAS DEL
 PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN LOS DIFERENTES GRUPOS.

R E S U L T A D O S				
GRUPO	BUENOS	REGULARES	MALOS	TOTAL
A	3 (60%)	2 (40%)	0	5
B	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	5
C	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	5
PORCENTAJES	8 (63.3%)	5 (33.3%)	2 (3.4%)	15



A N T E S

FOTOGRAFIA # 1.- PACIENTE CON FOTOGRAFIA DE PERFIL DERECHO ANTES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.



FOTOGRAFIA # 2.- MISMA PACIENTE CUMPLIENDO SUS PRIMEROS CATORCE DIAS DEL POSTOPERATORIO.



FOTOGRAFIA # 3.- PACIENTE 17 AÑOS DE
EDAD EN SU FOTO PREO-
PERATORIA PERFIL IZQ.



FOTOGRAFIA # 4 .- MISMA PACIENTE AL CONCLUIR SUS
PRIMEROS CATORCE DIAS DEL P.O.
(NOTESE EL LIGEROEDEMA NASAL).



FOTOGRAFIA # 5.- PACIENTE SOMETIDA A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO FINALIZANDO SUS PRIMEROS CATORCE DIAS.



FOTOGRAFIA # 6 - PACIENTE CON MARCADA DEFORMIDAD (GIRA DOPSAL) EN SU FOTO PREOPERATORIA.

C O N C L U S I O N E S

Se puede en estos momentos concluir que no existe una diferencia significativa en los resultados encontrados a lo largo del presente trabajo, pues la evolución de la inflamación perioperatoria y postoperatoria se ve solamente modificada en forma sutil, ya sea utilizando drenajes tipo penrose o corticoide de depósito o no utilizando procedimiento alguno. Hablando de ventajas podríamos decir que tiene cierta utilidad utilizar materiales de drenaje tipo penrose en sitios de osteotomías laterales, para que el paciente tenga que manejar en sus tejidos una menor cantidad de material extravaado, sin embargo dicho material permanece en íntimo contacto con tejidos tan sensibles como el periostio, susceptible de infectarse e inflamarse, como ocurrió en dos casos de el grupo del penrose. En contrapartida, el uso de corticoides de uso parenteral, utilizando en este estudio el corticoide de depósito acetato de metilprednisona en dosis única, no puede movilizar las cantidades de material localizado en el interior de los tejidos blandos si bien tiene un efecto protector hástico a nivel sistémico. Así también cabe hacer notar que el grupo C 9 (testigo) tuvo también resultados buenos sin haber utilizado material o elemento antiinflamatorio alguno, lo cual nos hace concluir que no existe el método ideal, que se debe efectuar un adecuado procedimiento quirúrgico, sin lesionar en forma extensa y prolongada los tejidos, tener en mente que estamos manejando un paciente no una nariz y sus tejidos que le forman. Entonces, consideramos que el tipo y

grado de lesiones postquirúrgicas estuvieron presentes por la acción inherente del trauma quirúrgico en sí, es decir, del manejo de los tejidos, su disección y su extensión al separarlos, del trauma previo y su grado de cicatrización, que dificultó en diferente forma su manejo; del daño involuntario al efectuar los cortes necesarios sobre partes blandas o sobre el hueso al efectuar las osteotomías correspondientes.

Cabe aclarar pues, que las modificaciones durante el proceso quirúrgico son múltiples, así como cada paciente tiene una deformidad rinoseptal propia, así se trata en forma individual en quirófano y así resulta en forma individual el grado de lesiones subsecuentes, en forma a veces proporcional y otras en forma sorpresiva más o menos de lo que esperamos. Si bien utilizamos una misma técnica básica que es común a la mayoría, la intensidad y acción del manejo es diferente. Concluyendo esto, significa que un procedimiento cruento por la necesidad de efectuarlo, condicionará en el área intervenida procesos inflamatorios que serán mínimamente o autolíticamente modificados por los métodos antiinflamatorios comunes, los cuales deberán ser utilizados en forma selectiva, cuidadosa, no rutinaria y con un amplio criterio.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

C O M E N T A R I O

A lo largo del entrenamiento médico-quirúrgico de todo cirujano otorrinolaringólogo y especialmente en el capítulo de cirugía nasal se ha podido constatar que los resultados de la cirugía rino-septal o también llamada cirugía extensa del septum-pirámide, pues ya no se puede llamar cirugía septal y cirugía estética en forma separada, es imprevisible, ofrece resultados muy pobres en unas y excelentes en otras, sin llegar a la perfección. Dicho procedimiento mezcla de ciencia y arte es un binomio muy complicado ya que la principal virtud que debe tener todo cirujano que se dedique a esta especialidad es la de sumo cuidado al manejar estos tejidos, tener meticulosidad y mucho sentido de responsabilidad, ya que su trabajo no termina al efectuar el último punto de sutura en quirófano, sino que es una serie de vigilancia estrecha postoperatoria, en caso de lo contrario se enfrentará a múltiples fracasos por falta de acuciosidad.

Definitivamente la preparación actual exige inicialmente un entrenamiento en el cadáver antes de pasar al organismo vivo, para un adecuado conocimiento de las variantes físicas de un órgano tan importante como lo es la nariz. Así pues, la cuidadosa y progresiva disección de los elementos tanto óseos, musculares, nerviosos, cartilagineos, arteriales, de la nariz condicionará una mayor seguridad en los procedimientos quirúrgicos de gran responsabilidad en el ser humano.

Sirva pues, como corolario el mejor deseo para las futuras generaciones de cirujanos no solo de nariz, también en cuello, torax o abdomen hay un objetivo común: hacer bien las cosas.

B I B L I O G R A F I A

1. Adams, Boies, Paparella: Otorrinolaringología 5a. Edición Interamericana, México, D.F. 1981.
2. Ballanger: Enfermedades de la Nariz, Garganta y Oído 2a. Edición Edit Jims Barcelona 1981.
3. Beekhuis G J , Fedeson M S .: Anesthesia for Facial Cosmetic Surgery. Cosmetic Surg 1; 25-31. 1981.
4. Beekhuis G J.: Nasal Septoplasty. Otolaryngol Clin North Am., 6; 693-710. 1973.
5. Converse J M .: Corrective Surgery of Nasal Deviations. Arch of Otolaryng 52; 671. 1950.
6. Cottle, Loring, Fisher and Gantynon: The Maxilla-Premaxilla Approach to Extensive Nasal Septum Surgery. Arch Otolaryngol 68; 303-313 sept 1958.
7. Cottle M.: Concepts of nasal Physiology as related to Corrective Nasal Surgery. Arch Otolaryngol 72-11-12 1960 .
8. De Weese Saunders : Tratado de O.R.L. 4a. Edición Interamericana México, D.F. 205-210 1974.
9. Ferguson F. Charles, Kendig L. Edwin : Alteraciones de las Vías Respiratorias en los niños. O.P.L. Pediatría Vol 11. Edición 1977 Salvat Editores Cap 78; 989.
10. Gutiérrez Sanchez Carolina . Otorrinolaringólogo Mé - xico, D.F. Referencias Personales.
11. Hinderer Kenneth H.: FUNDAMENTOS DE ANATOMIA Y CIRUGIA DE LA NARIZ. Aesculapius Publishing Co Birmingham Alabama U.S.A. Obra básica de este trabajo de Tesis.
12. Hinderer K H.: Common Causes of Disturbed Nasal Function. Postgrad Med 30; 580. 1961.
13. Holmes Edgar: Rhinoplasty: Surgery of the Upper Respiratory System of Montgomery. Lea & Febiger. Philadelphia. Vol.1 Chapter 9 357-399.
14. J. Colton Jeffrey, Beekhuis G Jan: Tratamiento de las Fracturas Nasales . Clínicas Otorrinolaringológicas de Norte América Vol 1; 75-87 1986 .

15. Leo K J.: Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery Third Edition . Medical Examination Publishing Co., inc. 331- 333 . 1983.
16. Lewis J R .: Management of Soft-tissue Injuries of Face. J Int Coll Surg 44: 441. 1965.
17. López Infante Fausto. Otorrinolaringólogo México, D.F. Referencias Personales.
18. MaRAN AGD Stell P M .: Otorrinolaringología Clínica Ed Espasa Barcelona España Cap 19 311-320; 343-357.
19. Marquez Filadelfo: Otorrinolaringología Precortesiana 1a. edición. México, D.F. 22: 1977.
20. Millard D Ralph Jr.: Symposium of Corrective Rhinoplasty. The C.V. Mosby Company Saint Louis 1976.
21. Paparella Michael M.; Shumrick Donald A . Otorrinolaringología 2a. Edición Tomo 3 Cabeza y Cuello Editorial Panamericana; 2036-2061; 1982.
22. Reyes Gomez Llata Federico. Otorrinolaringólogo H.R. 20 de Noviembre . México, D.F. Referencias Personales.
23. Sheen Jack H. MD.: AESTHETIC RHINOPLASTY. TThe C V Mosby Company Saint Louis 157: 161. 1978.
24. Yokochi-Rohen: Atlas fotográfico Anatomía Humana Doyma. 113-115 1986.
25. Zolner Fritz Otorrinolaringología ED Salvat 3a. Ed 161-164 1976.