

U.N.A.M.

11236
2e)
21

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y DE INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E.

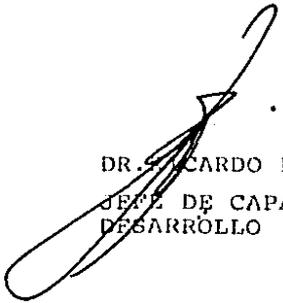
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

" EL ABORDAJE TRANS-SEPTAL TRANS-ESFENOIDAL
DE LA HIPOFISIS VIA MAXILA PREMAXILA "

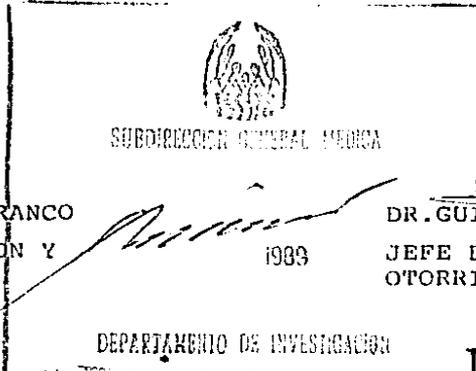
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

OTORRINOLARINGOLOGO

PRESENTA: DR. JOSE ALBERTO MAÑE RAMIREZ



DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO



DR. GUILLERMO AVENDAÑO
JEFE DE SERVICIO
OTORRINOLARINGOLOGIA

1
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.

" EL ABORDAJE TRANS-SEPTAL TRANS-ESFENOIDAL DE LA HIPOFISIS
VIA MAXILA PREMAXILA"

RESUMEN: El abordaje trans-septal trans-esfenoidal de la hipófisis fué descrito desde principios de siglo por vía sublabial, teniendo la necesidad de practicar una incisión intraoral y en ocasiones apoyarse con otra intranasal. Se presenta la experiencia de catorce meses en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en cuanto a la resección de tumores hipofisarios por la vía maxila premaxila exclusivamente, sin necesidad de llevar a cabo el abordaje sublabial, enunciando las ventajas que ello representa, haciéndose énfasis en la necesidad del apoyo tecnológico y de la interrelación de especialidades como son: la otorrinolaringología y la neurocirugía.

SUMMARY: The trans-septal trans-sphenoidal approach of the hipphisis has been described since the begining of this century as a sub-labial approach therefore practicing an intraoral incision and in certain occasion a intranasal approach had to be practiced as support. We present our experience of 14 months of Study at " Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE of tumor reseccion in the hipophisis by the maxilla-premaxilla approach and we emphasize the need for technological support and relation ship between specialities , such as otorrinolaringology and neurosurgery.

PALABRAS CLAVES: Septoplastía, hipófisis, trans-esfenoidal vía maxila premaxila.

INTRODUCCION:

En las últimas décadas, se ha revivido el interés en el abordaje trans-septal trans-esfenoidal para la resección de adenomas hipofisarios, gracias al advenimiento de los estudios contrastados, al uso de intensificador de imágenes y del microscopio quirúrgico. Desde 1893, Caton y Paull llevaron a cabo por primera ocasión el abordaje intracraneal de la hipófisis por vía trans-frontal, convirtiéndose en los pioneros de este tipo de cirugía. En 1906 Schloffer, describió el abordaje quirúrgico extra-craneal por la ruta nasal superior, que consistía en efectuar una rinotomía lateral izquierda, para posteriormente reseca el séptum y los cornetes y tener de esta forma acceso al esfenoides y a la hipófisis. (1,2) En 1909, Kanavel propuso el abordaje intranasal para la silla turca mediante la realización de una incisión a lo largo de la base de la nariz, exponiendo la espina nasal. Tanto esta técnica como la descrita anteriormente tenían el inconveniente de provocar compromiso importante con la función y estética nasal. (3)

En ese mismo año, Kocher realiza el abordaje transesfenoidal por vía submucosa nasal por medio de la cual Killian se basaría para el desarrollo de su conocido procedimiento quirúrgico en la resección de las desviaciones septales. (4)

Con esta nueva técnica submucosa nasal, en 1910, Harvey Cushing describió el abordaje transesfenoidal por la incisión sublabial para poder rescar el séptum y permitir así una ruta trans-nasal media hacia el esfenoides y la glándula hipófisis.

Coincidiendo con él Hirsh describió una técnica similar que los llevó a la publicación de numerosas series de resecciones tumorales realizadas por ambos, para convertirse así durante las tres primeras décadas del presente siglo en el método de elección para tratar a los adenomas hipofisarios. Henderson en el año de 1938, analiza y publica una crítica a la serie de adenomas cromóforos tratados por Cushing, encontrando que 159 se resolvieron con el abordaje transesfenoidal y 88 con el trans-frontal o sub-frontal. Los pacientes operados por la vía trans-frontal, tuvieron una tasa de recidivas a los 5 años mucho más baja (13%) que los operados por vía trans-esfenoidal (35%).

Como consecuencia de la publicación de este trabajo, los tumores hipofisarios se comenzaron a extirpar por vía trans-frontal sistemáticamente en la mayoría de los centros de Europa (5,6) sin embargo, la vía transesfenoidal no se abandonó en Estados Unidos y Hirsch, que inmigró a este país en 1937, continuó practicándola, reportando en 1952, 425 casos intervenidos.

En ese año de 1960, Gerald Guiot fué el primero en indicar la eficiencia y benignidad de la vía transesfenoidal, mejorándola al introducir el intensificador de imágenes en 1969 junto con Jules Hardy de Montreal, describiendo el concepto de la recepción selectiva de microadenomas hipofisarios por vía trans-esfenoidal y reportando 434 casos en el período de 1962 a 1972. Guiot tiene el crédito también de haber introducido el uso del control radiofluoroscópico y el microscopio.

Con el avance de la tecnología, han llegado otras novedades como son el uso de la cisternoneumografía dinámica televisada y el rayo láser, para lograr un procedimiento quirúrgico más refinado y con mejores resultados. (7,8)

MATERIAL Y METODOS:

Desde Diciembre de 1986, los servicios de Otorrinolaringología y Neurocirugía del Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos del ISSSTE, han venido trabajando en equipo para la resección de adenomas hipofisarios con la técnica de abordaje transseptal trans-esfenoidal por vía maxila premaxila.

Se intervinieron en este período 14 pacientes (cuadro 1), 10 del sexo femenino y 4 del masculino, con edades comprendidas entre los 29 y 58 años, siendo el promedio de 39 años.

A cada uno de los pacientes se les efectuó historia clínica completa resaltando en el cuadro clínico (cuadro 2) la

cefaléa frontal, disminución del campo visual en 6 de los casos, galactorrea en 4, síndrome de Cushing en 3 de ellos, y en 2 acromegalia.

Cada uno de los pacientes fué valorado por el servicio de endocrinología donde se les efectuó medición del nivel hormonal sanguíneo. También fueron consultados por el servicio de oftalmología que les realizó estudios de campimetría.

A todos los pacientes se les realizó tomografía axial computarizada destacando en todos ellos el crecimiento tumoral de la silla turca que se clasificó según su extensión mediante la escala de Hardy-Vezzina (cuadro 3).

Fueron valorados por el servicio de otorrinolaringología descartando sintomatología rinosinusal y antecedentes de cirugía nasal previa. A los pacientes mayores de 40 años de edad se les practicó electrocardiograma, tele de torax y valoración por medicina interna.

Técnica quirúrgica: A todos los pacientes se les intervino quirúrgicamente efectuando abordaje transeptal transesfenoidal vía maxila premaxila formando equipo los servicios de ORL y Neurocirugía bajo la siguiente técnica: previa anestesia general y técnica estéril se procedió a infiltrar la mucosa nasal con xilocaína al 2% con epinefrina, así como colocación de aplicadores con adrenalina y xilocaína al 10% spray. A continuación se efectuó hemitransfixión derecha y elaboración de túneles según la técnica de Cottle con disección subpericondríca y subperióstica se identificaron tanto el vómer como la lámina perpendicular del etmoides previa disección del piso y la premaxila. El cartilago septal, la lámina perpendicular del etmoides y el vómer se removieron cuando presentaron patología, y si no, fueron unicamente luxados.

Posteriormente con el disector se señaló el rostrum del esfenoides utilizando en este momento el intensificador de imágenes para corroborar la ubicación exacta en el seno esfenoidal, a partir de entonces se colocó el espéculo nasal de Hardy y el microscopio quirúrgico para efectuar la apertura del seno esfenoidal con un cincel de 2 mm. Una vez identificado plenamente se disecciona la mucosa dejando expuesto en el campo quirúrgico la pared formada por el piso de la silla turca. Posteriormente el neurocirujano elimina la lámina osea de ésta zona, cortando la dura en forma de cruz.

Los tumores intraselares pequeños se resecaron con una microadenomectomía anterior, procurando dejar intacta la hipófisis normal, los tumores con prolongaciones supraselares se eliminaron cureteando y aspirando siendo éste procedimiento monitorizado con el intensificador de imágenes.

En el caso diagnosticado como quiste de la bolsa de Rathke se utilizó el rayo laser para su resección.

Por último se rellenó el seno esfenoidal con grasa y se sella con hueso septal procediéndose a la aplicación del taponamiento nasal y reposición de fragmentos óseos y cartilagosos así como la sutura de la hemitransficción y colocación del vendaje nasal externo.

RESULTADOS:

A todos los tumores que fueron resecados, se les efectuó estudio histopatológico (cuadro 4) el cual reportó 6 casos de microadenoma (42%), 4 casos de prolactinomas (28%), 3 tumores mixtos (21%) y un quiste de la bolsa de Rathke.

Los pacientes permanecieron un promedio de 8 días hospitalizados presentándose en un de ellos fístula de LCR como complicación inmediata, la cual cerro espontaneamente. Otra paciente a los tres meses postoperada desarrollo una diabetes insípida. Ninguno de ellos presntó complicaciones rinológicas ya sea funcionales o estéticas.

DISCUSION:

El abordaje trans-septal trans-esfenoidal via maxila premaxila ofrece la ventaja de ser extra-craneal y por lo tanto no hay necesidad de manipular estructuras intracrancales, presentando un acceso rápido a la silla turca y sin dejar cicatrices visibles, contando por todo ello con una baja morbi-mortalidad. La via maxila premaxila ofrece ventajas sobre la via sublabial como las siguientes:

1. permite un cierre sencillo con la simple sutura de la hemitransficción dejando intactas las capas de mucosa para implantes intranasales y evitando la atrofia de la misma.
2. Brinda la oportunidad de reconstruir completamente el séptum óseo.
3. Hace factible la ejecución de operaciones septales secundarias.
4. Disminuye en forma importante las complicaciones en la función y estética nasal.
5. Evita la parestesia del labio superior que provoca el abordaje sublabial.

Como todo procedimiento quirúrgico presenta desventajas, ya que está indicado unicamente en determinados tumores hipofisiarios dependiendo de su crecimiento o expansión. En los pacientes con narinas pequeñas se reduce el campo quirúrgico lo cual se resuelve extendiendo la hemitransficción hacia un corte vestibulo-alar.

Por otra parte el trabajo en equipo de dos especialidades como son neurocirugía y otorrinolaringología permite aprovechar al máximo la experiencia de cada uno de ellos y disminuye el número de complicaciones teniendo como consecuencia el beneficio integral del paciente.

CUADRO 1

TOTAL DE PACIENTES

FEMENINO	EDAD	MASCULINO	EDAD
10	29-58	4	30-41
PROMEDIO DE EDAD ----- 39 años			

* Fuente: Archivo clínico del H.R.Lic. A. López Mateos 1988

CUADRO 2

CUADRO CLINICO

CEFALEA FRONTAL	14 CASOS	100%
DISMINUCION DEL CAMPO VISUAL	6 CASOS	42%
GALACTORREA	4 CASOS	28%
SINDROME DE CUSHING	3 CASOS	21%
ACRONEGALIA	2 CASOS	14%

Fuente: Archivo clínico del H.R.Lic. A. López Mateos 1988

CUADRO 3

CLASIFICACION DE TUMORES SEGUN ESCALA HARDY-VEZZINA

GRADO III B	2 CASOS
GRADO III A	2 CASOS
GRADO II	4 CASOS
GRADO I	6 CASOS

* Técnicas Neuroquirúrgicas 9 Goodman 1981

CUADRO 4
DIAGNOSTICO

MICROADENOMA CROMOFOBÓ	6 CASOS	42%
PROLACTINOMA	4 CASOS	28%
ADENOMA MIXTO	3 CASOS	21%
QUISTE COLOIDE DE LA BOLSA DE RATHKE	1 CASO	7%

* Archivo del departamento de histopatología del H.R.LIC.A.Lopez Mateos ISSSTE 1988

BIBLIOGRAFIA

1. Donald T. J., Laws J.R.: Historical aspects in the management of pituitary disorders, with emphasis on transsphenoidal surgery. E. M. I. C. Surgery of the hipophysis. Cap. 1 17-21.
2. Kennedy D. W., Conh E. S. : "Transsphenoidal approach to the sella" The John Hopkins experience. 1984 Laryngoscope, 94, 1066-1081.
3. Ischebeck W., Lange G. Transseptal surgery of the sellar region from the neurosurgical viewpoint. 1984, Neurosurgery 32: 99-100.
4. Hardy J.: Transsphenoidal aspects of the management of pituitary tumors. E.M. I. C. Surgery of the hipophysis. 14: 512-523.
5. Angell-James J." Briant T,. Transsphenoidal hipophisectomy. 1964. Otolaringol. 18: 159-162.
6. Lee K, J.,: The sublabial transeptal transsphenoidal approach to the hipophysis. 1978. Laryngoscope 89: 82-85.
7. Guiot G,: Transsphenoidal approach in surgical treatment of pituitary adenomas. E. M. I. C. Surgery of the hipophysis. 17: 713-718.
8. Hardy J.: Transsphenoidal operation surgical microscope. 1981. Técnicas Neuroquirúrgicas, 9: Goodman.

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