

11230
18
2eje.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado e Investigación
I.S.S.S.T.E.

Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

Cierre de Perforación Septal
con
Técnica de Cortical de Mastoides



Trabajo de Investigación que presenta la:

Dra. Luisa del Carmen Medina Carril

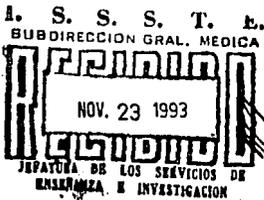
para obtener el diploma de la especialidad en

Otorrinolaringología

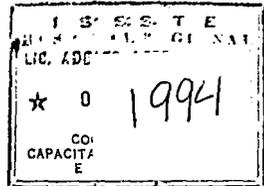
Dr. Raúl Vizzuetti Martínez
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación

Dr. Guillermo Avendaño Moreno
Profesor Titular del curso de
Otorrinolaringología

Dr. Alfredo Delgado Chavez
Coordinador de Cirugía



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

**TECNICA DE CIERRE
DE PERFORACION SEPTAL
CON CORTICAL DE MASTOIDES**

**Autora: Dra Luisa Medina Carril
Av. Universidad # 1321
Colonia: Florida
Delegación: Alvaro Obregón**

Asesor: Dr. Martín Castañeda León



**Dr. Enrique Elguero Pineda
Jefe de Investigación**



**Dr. Enrique Montiel Tamayo
Jefe de Capacitación y Desarrollo**

México, D.F., Octubre de 1993

DEDICATORIA

A mis Padres:

De los que siempre he obtenido el apoyo Moral y Economico para realizar todos mis anhelos.

A mi Tía María Jesús:

Por ser siempre muy atenta y comprensiva en los momentos más difíciles de mi especialidad.

Al Dr. Avendaño:

Por la ayuda tan desinteresada que siempre me brindo durante mi especialidad.

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODO:	5
RESULTADOS	6
DISCUSION.....	7
CONCLUSIONES.....	8
GRAFICA S	17
BIBLIOGRAFIA.....	18

RESUMEN

La incidencia de las perforaciones septales es incierta, en las últimas décadas ha aumentado debido al uso de cocaína y la realización de septoplastias en manos inexpertas.

Las perforaciones pueden ser asintomáticas y se decide su tratamiento quirúrgico dependiendo de su sintomatología.

El presente estudio se realizó con el objetivo de utilizar una nueva técnica para el cierre de las perforaciones septales extensas, usando un injerto autólogo de cortical de mastoides y fascia de temporal.

Se realizó la técnica en 10 pacientes del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, por un mismo cirujano, obteniéndose buenos resultados con el cierre adecuado de la perforación en 8 de 10 pacientes y los otros 2 quedando con un defecto de perforación más pequeño.

Consideramos esta técnica como una buena alternativa para el cierre de las perforaciones septales extensas.

Palabras Clave: Cierre Perforación Septal, Injerto, Cortical Mastoides

SUMMARY

The incidence of septal perforation is uncertain, but in the last decades it, has risen, mainly due to the use of cocaine and the realization of Septum surgeries by inexperienced surgeons.

The perforation can be asymptomatic, and its treatment is decided based on its symptomatology.

This study was made with the objective of using a new technique for the closure of large septal perforations, using an autologous mastoid cortex graft covered with temporal fascia.

The technique was used in 10 patients of the Hospital Regional Lic Adolfo Lopez Mateos Otorhinolaryngology service, by one surgeon, obtaining good results, with total closure of the perforation in 8 patients and a partial closure in 2.

We consider this technique as a good alternative for the closure of large septal perforations.

Key Words: Septal Perforation Closure, Graft, Mastoid Cortex

INTRODUCCION

Antecedentes Históricos

- 1947 Ballenger, describió las perforaciones septales anteriores de diámetro menor de 1.5 cms. Introduciendo los colgajos septales para la reparación de esas perforaciones. (1)
- 1957 Huffman y Lierle describen un colgajo de base superior, al que se deja adherido un pedazo del cartilago del tabique suficiente para cerrar la perforación. (2)
- 1957 Huffman y Lierle describen un cierre de perforación septal mediante un acercamiento primario de los bordes. (2)
- 1964 Ismail presentó 13 casos de perforaciones septales reparadas mediante una técnica de injerto libre del cornete medio.
- 1970 Se valoró por primera vez el cierre de las perforaciones septales con un Botón septal de silicón. (3)
- 1986 Bridger describió un colgajo septal invertido posterior.(2)
En el mismo año describe también un colgajo nasolabial para el cierre de las perforaciones grandes.(2)
- 1992 Una técnica nueva es descrita, usando un injerto de cartilago tragal y mucoperiostio, del cornete inferior para la reparación de perforaciones septales grandes.(4)

La incidencia de las perforaciones septales es incierta y en las últimas décadas al parecer la incidencia ha aumentado debido al aumento en el uso de cocaína (4)

La mayoría de las perforaciones septales son de origen Iatrogénico, debido a la realización de septumplastias en manos inexpertas. (5)

Anatomía:

Desde el punto de vista anatómico el septum nasal esta formado por: la Lámina Perpendicular del Etmoides en la parte posterior, el cartilago cuadrangular en la parte anterior y el Vómer en la parte inferior. Las cruras medias, la membrana que las une al cartilago cuadrangular, la cresta maxilar, y los huesos palatinos completan el septum nasal.

Sintomatología:

Los síntomas generalmente se presentan en el siguiente orden de frecuencia :

- 1) Epistaxis,
- 2) Formación de costras,
- 3)Obstrucción nasal,
- 4) Silbidos respiratorios cuando la perforación es pequeña y anterior,
- 5) Dolor de Cabeza,
- 6) Descarga postnasal,
- 7) Ardor nasal y
- 8) Alteraciones en la olfacción.

Tratamiento Médico:

Este deberá de ser instituido dependiendo de la sintomatología que presentan. Los cambios del medio ambiente deben ser considerados.

Si el paciente está expuesto a un excesivo aire caliente y seco, y a sustancias químicas nocivas, estos deberán de ser eliminados.

La humidificación en climas fríos es de gran importancia, cuando se considera la función y protección de la nariz.

Las Epistaxis se presentan más frecuentemente durante los meses de clima frío o muy calurosos.

La irrigación nasal continua puede mantener a la nariz limpia y las mucosas mejor hidratadas. Los antibióticos son de poco valor. (6)

En las perforaciones producidas por el uso de cocaína, se insistirá en la rehabilitación del paciente con ayuda Psiquiátrica.

Tratamiento Quirúrgico:

Un gran número de prótesis y técnicas quirúrgicas han sido utilizados para la realización del cierre de las perforaciones, y varios abordajes existen para la realización de las diferentes técnicas:

Técnicas de Abordaje:

- 1) Alotomía
- 2) Rinotomía Externa
- 3) Sublabial
- 4) Rinoplastia Externa Modificada

Procedimientos:

- 1) Injerto de cortical de mastoides y fascia de temporal.(2)
- 2) Injerto de cartilago tragal y mucoperiostio de cornete inferior.(3)
- 3) Rotación de un colgajo nasal septal posterior invertido.(4)
- 4) Colgajo Bucal.
- 5) Colgajos pediculados rotacionales.
- 6) Colocación de un Botón de silicón.

Los criterios quirúrgicos se valoran dependiendo del tamaño de la perforación, lugar, forma y tiempo de la perforación. (2)

Perforaciones pequeñas (menores de 1.5 cms.)

- 1.- Método de Hazelite
- 2.- Colgajo Septal Invertido Posterior
- 3.- Método de Huffman y Lierle

Perforaciones grandes (mayores de 1.5 cms.)

- 1.- Reparación con hueso cortical de mastoides y fascia de Temporal.
- 2.- Colgajo Nasolabial.
- 3.- Cierre con Botón de Silastic.

Con el propósito de valorar la efectividad y complicaciones del cierre de perforación septal, con Técnica de Cortical de Mastoides, se efectúa un estudio en el servicio de ORL del Hospital Lic. Adolfo López Mateos.

MATERIAL Y METODO:

Se revisaron 10 pacientes vistos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, entre Octubre de 1992 y Agosto de 1993.

El tipo de estudio es prospectivo, Longitudinal, Biomédico, Experimental, Aplicado y Abierto.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, entre 18 a 50 años de edad, con síntomas nasales importantes, que aceptaron cirugía reconstructiva y no presenten enfermedades degenerativas.

Se excluyeron todos aquellos pacientes, que no aceptaran operarse, tuvieran poca sintomatología que justificara la cirugía, cursaran con enfermedades degenerativas, o no se hubiera podido seguir su evolución un mínimo de 4 meses posteriores a la cirugía.

Las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano.

Se efectuaron estudios preoperatorios: BH (Equipo Coulter J.T.), TP y TPT (Fibrómetro BBL y reactivos Baxter), QS (Astra 8 Beckman), y TAC de Nariz (Tomógrafo GE CT9000), y fotos de la perforación, a cada paciente previo a la cirugía, y TAC de Nariz y fotos al mes y a los 4 meses del postoperatorio,

El tiempo de seguimiento mínimo observado fue de 4 meses.

Se realizaron las cirugías utilizando la técnica con Cortical de Mastoides y Fascia de Temporal, como injerto para el cierre de las perforaciones septales, tomado del mismo paciente mediante una incisión retroauricular, por medio de la cual se disecciona por planos, hasta encontrar la fascia del músculo temporal, tomando el injerto, se desperiostiza la mastoide extrayendo una porción de cortical de mastoides, y se coloca en el defecto del septum, previa realización de los túneles anteriores y posteriores de septumplastia.

RESULTADOS

Se estudiaron 10 pacientes, 8 del sexo femenino y 2 masculinos, siendo el menor de 30 años y el mayor de 38 años (Promedio de 34 años).

Los Síntomas principales fueron: Obstrucción nasal 80%, Resequedad nasal 100%, Silbido respiratorio 60%, Cefalea 60%, y Disosmia 20% (Gráfica I)

Los signos observados con mayor frecuencia fueron: Formación de costras 100%, Epistaxis Recurrente 80%, y Descarga de Moco Postnasal 60%. (Gráfica II)

Se pudo observar que de los 10 pacientes operados con la técnica de Cortical de Mastoides y Fascia temporal para el cierre de perforación septal, en 8 pacientes se logró cerrar perfectamente la perforación, mientras que en 2 pacientes sufrieron reperforación, quedando esta sin embargo más pequeña que la anterior, disminuyendo en 1 paciente de 3 x 1 cms a 2 x 1 cms. y en otro de 2.5 x 1 cms. a 1 x 0.5 cms. (Gráfica III)

En todos los pacientes el seguimiento mínimo fue de 4 meses. para observar que permanecía cerrada la perforación. Los signos y síntomas fueron eliminados en algunos casos y en otros disminuyeron de intensidad sin su completa eliminación. (Gráficas IVA y IVb)

DISCUSION

Hasta la actualidad se han descrito muchas técnicas para el cierre de la perforación septal, obteniéndose siempre un amplio margen de error, por lo que vale la pena ensayar una nueva técnica, si su objetivo es obtener mejores resultados que las practicadas en la actualidad.

Juegan un papel muy importante, la ausencia de las enfermedades degenerativas para poder obtener un mejor éxito.

La indicación para realizar la cirugía, dependerá de los síntomas y signos moderados a severos que presente el paciente por la existencia de la perforación septal.

Esta nueva técnica puede obtener mejores resultados, si además se practica en una mucosa sana, bien irrigada y sin atroñas, además de ser útil en las perforaciones extensas.

El efecto terapéutico del cierre de perforación septal, se empezará a notar desde el postoperatorio mediato, e irá mejorando, cuando el injerto se ha terminado de adherir a la región del defecto del septum.

Pretendemos demostrar, que se obtienen muy buenos resultados, con esta técnica para el cierre de perforaciones septales extensas, ya que se usa cortical de mastoides y fascia de temporal del mismo paciente como injerto.

En este estudio se obtuvo un buen resultado en un 80%, y disminución del tamaño de la perforación con disminución de la sintomatología en un 20%, considerando que no hubo fracasos.

CONCLUSIONES

Se obtuvo un 80% de cierres de perforación septal con desaparición de la sintomatología hasta el momento.

Un 20% de los paciente obtuvieron una disminución en el tamaño de la perforación, con una mejoría de la sintomatología.

Es necesario realizar un estudio comparativo con otra técnica, quirúrgica convencional para poder evaluar los resultados .

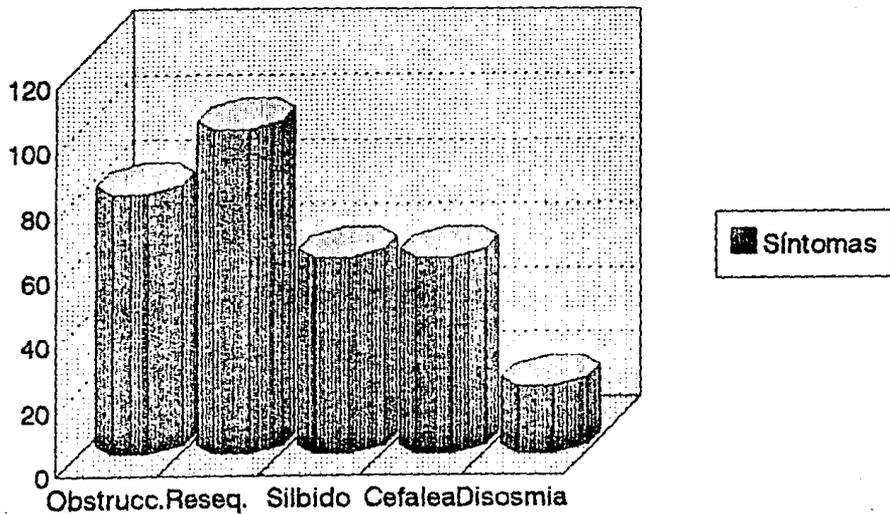
FALTA PAGINA

No.

9

SINTOMATOLOGIA EN PERFORACION

Frecuencia de presentación



Fuente: Serv. ORL H.R.L.A.L.M.

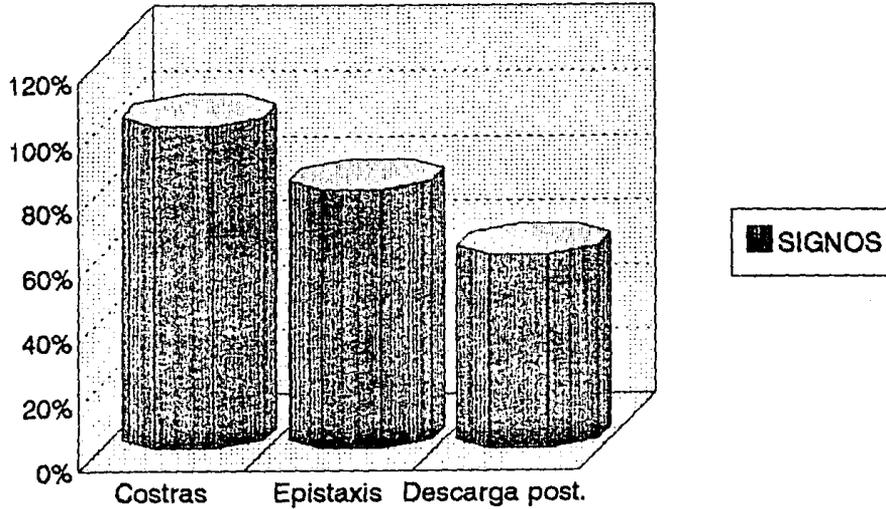
FALTA PAGINA

No.

//

SIGNOS EN PERFORACION SEPTAL

Frecuencia de presentacion



Fuente: Serv. ORL, H.R.L.A.L.M.

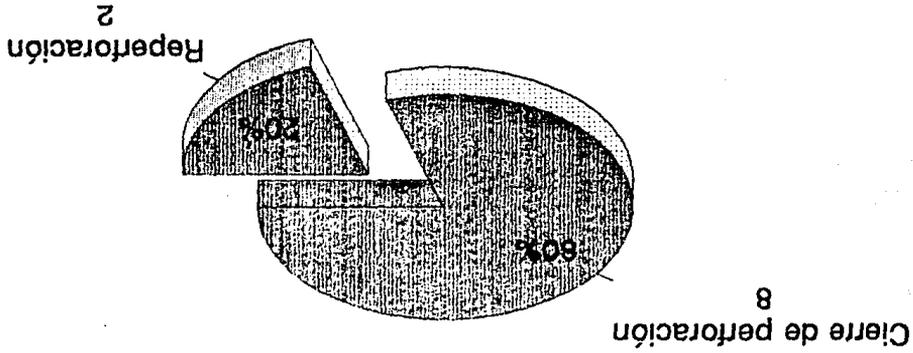
FALTA PAGINA

No.

3

CIERRE DE PERFORACION SEPTAL

RESULTADOS



Fuente: Serv. de ORL, H.R.L.A.L.M.

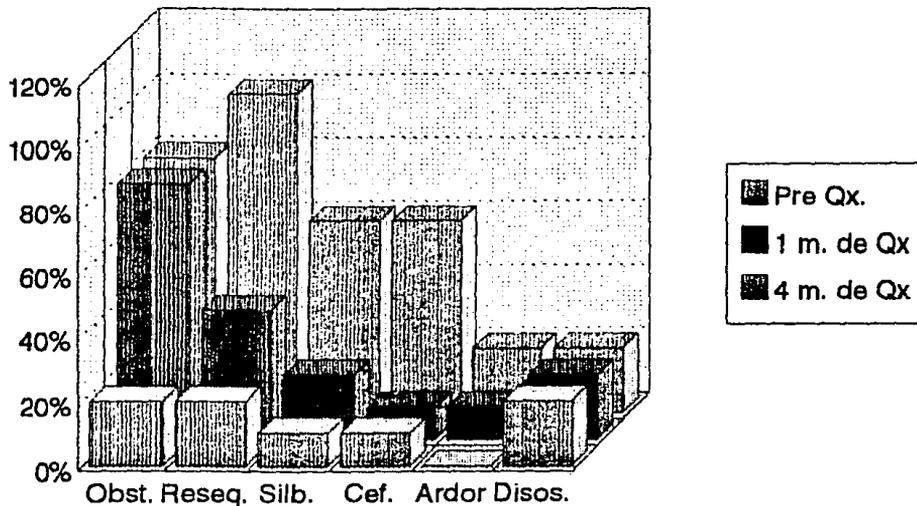
FALTA PAGINA

No.

15

EVOLUCION POSTOPERATORIA

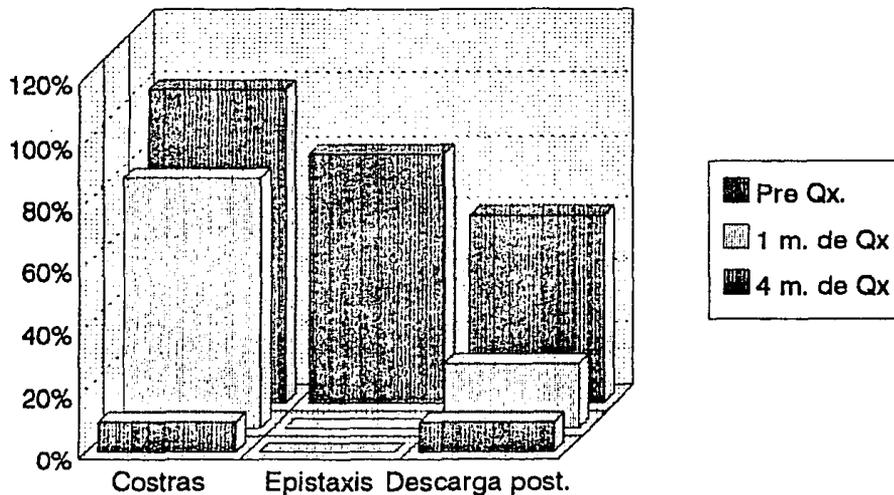
Disminucion de Síntomas



Fuente: Serv. ORL H.R.L.A.L.M.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

Disminucion de Signos



Fuente: Serv. ORL H.R.L.A.L.M.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Montgomery, William W., M.D.; Surgery of the Upper Respiratory System: pag. 291. Vol 1, Ed. Lea Fabinger, 1971
- 2) Escajadillo, Jesus Ramon; Oídos, Nariz y Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello; págs 250-252, 1a. edición, Ed. Manual moderno.
- 3) M.J.J. Al-Khabori; Simple Method of Insertion of Xomed one piece Septal perforation Button; Jou Laring Otol, April 1992, vol 106: pp 358-60.
- 4) A. Hussain & N. Kay; Tragal Cartilage Inferior Turbinate Mucoperiosteal Sandwich graft technique for repair of nasal septal perforations; Jou Laring Otol, Oct 1992, vol 106: pp 893-95.
- 5) Bridger, G.P.; Surgical Closure of Septal perforation. Arch Otolaringol Head Neck Surg. 1986, vol 112: pp 1283-85
- 6) Johnson, N.E.; Septal Perforation and secondary septal surgery; Laryngoscope 1968, vol 78: pp 586-599.
- 7) Garcia, S.A. et al; Post surgical results of 48 septal perforations; Acta Otorrinolaringol Esp 1992 May-Jun; 43(3): 179-82
- 8) Naito, K., et al; Intranasal aerodynamic aspects in patients with septal nasal perforations; Eur-Arch Otorhinolaringol, 1992 Jul; 100(7): 789-90
- 10) Delaere, P.R. et al; Ascularized Temporoparietal Fascial Flap for Closure of Septal Perforations, Report of a case; Acta Otorhinolaryngol Belg, 1990; 44(1): 47-9.
- 11) Eviatar, A., Myssiorek, D.; Repair of nasal perforations with tragal cartilage and perichondrium grafts; Otolaryngol Head Neck Surg. 1987 Apr, 100(4): 300-2.
- 12) Haye, R.; Septal Perforations prosthetic and surgical treatment; Rhinology, 1989 Mar, 27(1): 11-5
- 13) Arnstein, D.P., Berger, G.S.; Surgical considerations in open Rhinoplasty approach to closure of septal perforations. Arch-Otolaryngol-Head-Neck-Surg. 1989 Apr, 115(4): 435-8.
- 14) Hals et al; Closure of septum perforation using an individual obturator; Laryngoschinctologie; 1991 Aug, 70(8): 436-7.
- 15) Rinoplastia; Clínicas Otorrinolaringológicas de América; 1987, vol 4: 904-5, México, Ed. McGraw-Hill.