

11232
16
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION
"FACULTAD DE MEDICINA"

NOV 10 1994
FAC MED
LIBRERIA

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

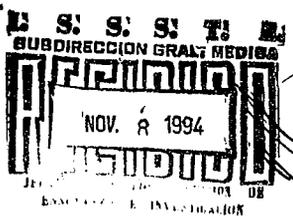
RESECCION DE TUMORES DE SILLA TURCA, ESTUDIO
COMPARATIVO DE ABORDAJE TRANSENFENDIDAL ENTRE EL
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y NEUROCIRUGIA EN
CONJUNTO Y NEUROCIRUGIA SOLO.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA
EL DOCTOR OCTAVIO CESAR MOLINA IGLESIAS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
NEUROCIRUGIA.

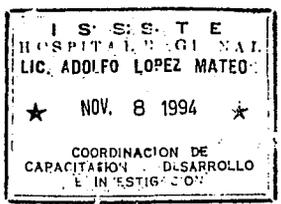


DR. JERONIMO SIERRA GUERRERO
Coordinador de Capacitación y
Desarrollo e Investigación.

DR. ERNESTO MARTINEZ DUHART
Profesor Titular del Curso.


DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
Coordinador de Cirugía.

FALLA DE ORIGEN



1995



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.

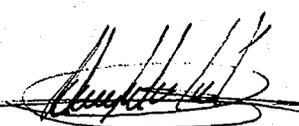
**RESECCION DE TUMORES DE SILLA TURCA . ESTUDIO COMPARATIVO DE
ABORDAJE TRANSESFENOIDAL ENTRE EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y NEUROCIRUGIA EN CONJUNTO Y NEUROCIRUGIA SOLO.**

AUTOR: DR. OCTAVIO CESAR MOLINA IGLESIAS.

**DOMICILIO: AV. UNIVERSIDAD 1321, COL. LA FLORIDA, DELEGACION ALVARO OBREGON
MEXICO, D.F.**

ASESOR: DR. ERNESTO MARTINEZ DUHART.

VOCAL DE INVESTIGACION: DR. OCTAVIO SALAZAR CASTILLO.



DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
Jefe de Investigación.



DR. ENRIQUE MONTIEL YAMAYO
Jefe de Capacitación y Desarrollo.

Mexico, D. F. 3 de Noviembre de 1994.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS. *Porque con su fortaleza espiritual me impulsó en todo momento, sabiendo valorar aun en los malas experiencias lo grande de la existencia del hombre y de su papel en la tierra, y de particularmente el Médico, el cual constantemente se enfrenta a la muerte y que frecuentemente,*

adopta un papel de semidios, pero olvidando lo que dice la Biblia: "Donde la oscuridad de la Ciencia termina empieza la luz de la Fé"

Por todo SEÑOR, GRACIAS.

A MI PADRE Y A MI MADRE. *Que con su ejemplo de excelentes padres, me han impulsado desde pequeño hacia la superación, y que con su constante apoyo, moral, espiritual y aun económico hicieron posible y contribuyeron con su granote de arena para la realización de mi entrenamiento en la Residencia Médica.*

A MI ESPOSA Y A MIS HIJOS. *A Ma. Eugenia mi esposa por su paciencia para afrontar los graves problemas que acarrea ser pareja de Médico Residente. Por su dedicación a mis hijos, hacia mi persona y por el respeto así misma.*

A mis hijos: Octavio César, Oziel, Josué. Los tres, EXCELENTES, gracias a Dios por tenerlos y que los conserve siempre en el camino del bien.

A MIS MAESTROS. *Médicos Adscritos de Neurocirugía que con su ejemplo contribuyeron en mi formación como Médico Neurocirujano.*

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS. *Larga sería la lista y quizás faltara alguno por lo que agradezco a todos aquellos compañeros Residentes y no, que siempre me tendieron su mano en los momentos difíciles y que también disfrutaron los buenos ratos conmigo, a ellos, todos, Dios les bendiga.*

AL PACIENTE. *A ese ser tan importante y que es el actor principal en esta obra, pero que al final no está en la escena. Gracias por su contribución a la Ciencia, gracias, porque generalmente no tienen conciencia de la gran ayuda que nos brindan con sus personas. También Gracias a Dios por ellos.*

INDICE:

RESUMEN..... 1

SUMMARY..... 2

INTRODUCCION..... 3

**MATERIAL Y
METODO..... 6**

RESULTADOS..... 7

DISCUSION..... 8

CONCLUSIONES..... 9

**TABLAS Y
GRAFICAS..... 10**

BIBLIOGRAFIA..... 15

RESUMEN:

El objetivo del estudio es la comparación de los resultados en dos grupos de pacientes operados con abordaje transnasal transefenoidal con y sin el Servicio de Otorrinolaringología.

Se realizó un estudio comparativo de pacientes derechohabientes del ISSSTE, en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos operados de resección de tumores de silla turca por abordaje transnasal transefenoidal en un periodo del 1o. de febrero de 1990 al 30 de agosto de 1994 con un total de 51 pacientes de los cuales 29 (56.86%) fueron con abordaje transnasal por el Servicio de Otorrinolaringología y 22(43.13%) por Neurocirugía. De éstos se observaron un total de 4 (7.84%) pacientes complicados con perforación septal, correspondiendo 3 (5.88%) con abordaje por el Servicio de Otorrinolaringología y 1 (1.96%) por el Servicio de Neurocirugía.

Palabras Clave: Hipófisis, transnasal, transefenoidal, perforación septal.

SUMMARY:

The goal of this study was the comparison of the results in two patients groups with surgical resection with approach transseptal transsphenoidal with or without Otolaryngology.

The study was comparative of insurances patients from ISSSTE in the Neurosurgery Service of the Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos with tumor resection of selae turcica with surgical approach transsphenoidal from February 1990 to August 1994. 51 patients 29 (56.86%) with transseptal approach by Otolaryngology and 22(43.13%) by Neurosurgery. Four patients (7.84%) with complication septal perforation, 3 patients (5.88%) with approach by Otolaryngology and 1 patient (1.96%) by Neurosurgery.

Key Words: Hypophysis, transseptal, transsphenoidal, septal perforation.

INTRODUCCION.

En muchas instituciones la cirugía para glándula hipófisis es hecha usando un equipo que combina NEUROCIRUGIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA usando abordajes que suman los esfuerzos y los talentos de ambos servicios.

Los tumores generalmente son abordados por la vía transefenoidal, y por craneotomía, aunque en este estudio se utilizó la vía transefenoidal como motivo del mismo.

Aunque la incisión en la boca es fácilmente hecha la disección dentro de la nariz algunas veces es dificultosa por la decusación de las fibras de tejido conectivo alrededor de la espina nasal. Algunos autores sugieren la resección de rutina de la espina nasal para mejor exposición en casos difíciles. Esto puede ser complicado por pérdida posoperatoria del soporte del borde nasal. 1,2 Otros autores han notado dificultad adicional con el abordaje sublabial, incluyendo la limitación de la exposición de la sobreextensión del labio superior, dificultad con la dentadura y debilidad de los dientes superiores. 3,4

EL propósito de este estudio es presentar la comparación entre la utilización del servicio de Otorrinolaringología para el abordaje y por el otro lado el grupo en el cual no se utilizó dicho servicio, tratando de comprobar que las dificultades técnicas, primero son menores cuando el servicio de Otorrinolaringología realiza el abordaje, y segundo que las complicaciones posoperatorias son también

minimas, también cuando dicho servicio se integra al equipo quirúrgico.5,6

Es de vital importancia conocer las correlaciones quirúrgicas de la anatomía pituitaria, ya que se habla de ésta como una glándula pituitaria compuesta de una Neurohipófisis (eminencia media, tallo infundibular y lóbulo neural), y la adenohipófisis, (pars tuberalis, pars intermedia, y pars distalis). El concepto propuesto tiene algunas cosas diferentes en algunos detalles de la enseñanza tradicional de que la glándula pituitaria se aloja dentro de la silla turca, rodeada superiormente por el diafragma selae, de que la eminencia media es parte del hipotálamo, y de que la pars tuberalis puede ser removida. Tales conceptos surgen de la división del tallo pituitario durante la remoción del cerebro del cráneo por los anatomistas y patólogos. Al realizar esta división, ellos conceptualizan la glándula pituitaria en la mitad, llevando la pars tuberalis con el cerebro y la pars distalis y lóbulo neural dentro de la silla turca. 7,8

La construcción presentada aquí muestra dos puntos de interés para el abordaje quirúrgico. Primero, la hipofisectomía total por vía tranesfenoidal es una vía difícil si no es que peligrosa que puede requerir la remoción de la eminencia media y pars tuberalis que puede resultar en un infarto de dichas estructuras. Segundo, la distribución de diferentes tipos celulares dentro de la adenohipófisis permite la predicción de los sitios de desarrollo de pequeños tumores hipofisarios funcionantes. Los tumores que secretan gonadotropinas o prolactina pueden ser encontrados en las alas laterales de la pars distalis. Los tumores que secretan la hormona TSH ó gonadotropinas pueden ser encontrados más medialmente

en el ala mucoide o sobre el diafragma selae en la pars tuberalis. Los tumores que secretan alfa endorfinas o beta endorfinas puede ser esperados encontrarlos muy cerca del tubo neural, mientras que los tumores que secretan ACTH puede ser esperado encontrarlos anteriormente e inferiormente cerca del plano medial.9,10

Lo anterior es de suma importancia para tomar en cuenta cuando se esté abordando quirúrgicamente la hipófisis por vía transesfenoidal, que es el motivo de este estudio.

El propósito de este estudio es el de valorar la utilidad del abordaje transnasal para resección de tumores de silla turca con abordaje transesfenoidal por Otorrinolaringología o por Neurocirugía , se efectuó un estudio comparativo en el Servicio de Neurocirugía en el Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos del I.S.S.S.T.E.

MATERIAL Y METODO.

Se efectuó un estudio retrospectivo en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos del ISSSTE, en un periodo comprendido del 1o. de Febrero de 1990 al 30 de Agosto de 1994.

Se incluyeron pacientes con Diagnóstico de tumor de silla turca que hallan sido sometidos a resección tumoral con vía de abordaje Transesfenoidal, derechoabientes del ISSSTE, intervenidos en éste Hospital. Se excluyeron pacientes con resección tumoral por vía craneotomía y expedientes incompletos.

Se dividieron en dos grupos: a) se incluyeron pacientes en el que intervino el Servicio de Otorrinolaringología para el abordaje transnasal tranesfenoidal.

El segundo grupo o grupo b). se incluyeron pacientes con abordaje transnasal tranesfenoidal hecho por el Neurocirujano.

Se analizó sexo, edad, tiempo quirúrgico, complicaciones, días de estancia hospitalaria y estirpe histológica.

Se analizan ,medidas de tendencia central y dispersión, proporciones con χ^2 , y promedios con T de Student.

Se presentan resultados con tablas y gráficas.

RESULTADOS:

Se efectuó el estudio retrospectivo de 59 pacientes, de los cuales se excluyeron 8 por ser abordaje por vía de craniotomía, quedando un total de 51 pacientes, los cuales 31 fueron femeninos(68.78%),20 masculinos (39.21%),(gráfica No.1), fluctuando con edad la mínima de 18 y máxima de 73 años con promedio de 43.54 años. Se dividieron en dos grupos: a) grupo en el cual intervino el Servicio de Otorinolaringología con 29 pacientes(56.86%), de los cuales 19 femeninos (37.25%), y 10 masculinos (19.60%),(gráfica No.2). Grupo b) Sin intervención de Otorinolaringología con un total de 22 pacientes (43.13%), siendo éstos 12 femeninos (23.52%) y 10 masculinos (19.60),(gráfica No.3).

Se encontraron pacientes con complicaciones secundarias al abordaje como perforación septal, en un total de 4 pacientes (7.84%), de los cuales 3 (5.88%), sin intervención de Otorinolaringología y 1 (1.96%),(tabla No.1).

Los días estancia fueron de 5 a 25 días en el grupo que no intervino Otorinolaringología con un promedio de 15.59 días y con 8 a 25 días con promedio de 12.34 días en el grupo que intervino Otorinolaringología.

Sus tiempos quirúrgicos fueron de 2 a 6 horas con un promedio de 3.29 horas en el grupo sin Otorinolaringología y de 2 a 6 horas con promedio de 3.46 horas en el grupo con Otorinolaringología.

La estirpe histológica fue de Adenoma Cromóforo en 45 pacientes (88.23%), Adenoma Acidófilo en 3 pacientes (5.88%). Adenoma de Células claras en 1 paciente (1.96%),Aracnoidocele en 1 paciente (1.96%) y Tejido normal en 1 paciente (1.96%),(gráfica No.4).

DISCUSION

Se llevó a cabo un estudio comparativo entre dos grupos para tratar de cotejar con la literatura mundial sobre resección de tumores de silla turca por vía transnasal transesfenoidal haciendo el abordaje por Otorrinolaringología o por Neurocirugía, encontrando que la complicación más frecuente fue de perforación septal con un total de 4 pacientes (7.84%), correspondiendo 3 (5.88%), a los de abordaje con Otorrinolaringología y un paciente (1.96%) por Neurocirugía, lo cual es comparativo con la literatura mundial no es significativo, ya que ésta es del 5 al 8%, y cabe restallar que no existe literatura amplia que apoye los conceptos en las diferencias entre utilizar o no al servicio de Otorrinolaringología para el abordaje, por lo que a pesar de la poca potencia de la muestra podemos concluir que la experiencia en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE. es semejante a las series de la literatura mundial.

No hubo diferencia en los días de estancia intrahospitalaria y tiempo quirúrgico en los dos grupos.

En nuestro medio en el Instituto del Seguro Social, el abordaje regularmente lo realiza el Neurocirujano, mientras que en el medio privado el abordaje siempre lo realiza el Servicio de Otorrinolaringología, y en nuestro hospital también en los últimos 3 años en forma rutinaria, por lo que esperamos en las próximas series de estudio que la muestra sea más significativa.

CONCLUSION:

1.- No se observó diferencia en los días de estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico y complicaciones en el abordaje Transnasal Transesfenoidal con o sin el Servicio de Otorrinolaringología en éste estudio.

2.- Para incrementar la potencia de la prueba, es necesario incrementar el tamaño de la muestra.

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

TABLA No. 1

NUMERO DE PACIENTES COMPLICADOS Y NO COMPLICADOS CON Y SIN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA.. RESECCION DE TUMORES DE HIPOFISIS POR ABORDAJE TRANSESEFENOIDAL. ESTUDIO COMPARATIVO LLEVADO A CABO EN EL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL ISSSTE, EN EL PERIODO COMPREN-DIDO DEL 1o. DE FEBRERO DE 1990 AL 30 DE AGOSTO DE 1994.

	SIN COMPLICACIONES	CON COMPLICACIONES	TOTAL
CON ORL	28	1	29
SIN ORL	19	3	22
TOTAL	47	4	51

(P=0.17)

No hubo diferencia significativa

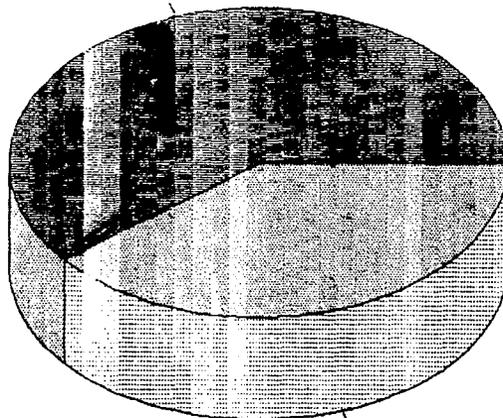
ORL=Otorrinolaringología.

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN RESECCION DE TUMORES DE HIPOFISIS.

GRAFICA No.1.

FEMENINOS

31 61%



MASCULINOS

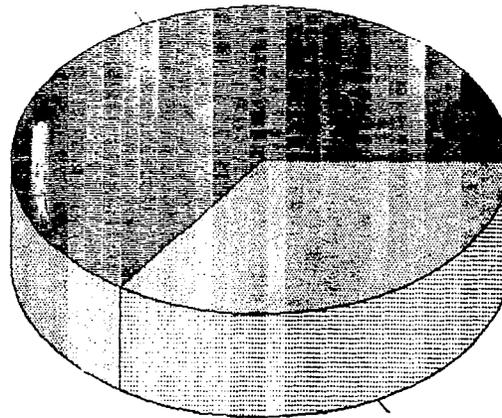
20 39%

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES SOMETIDOS A RESECCION DE TUMORES DE HIPOFISIS POR ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN ESTUDIO COMPARATIVO CON Y SIN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN EL PERIODO DEL --
1o. DE FEBRERO DE 1990 AL 30 DE AGOSTO DE 1994 EN EL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL ISSSTE.

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN RESECCION DE TUMORES DE HIPOFISIS.

GRAFICA No.2

FEMENINO
19 66%



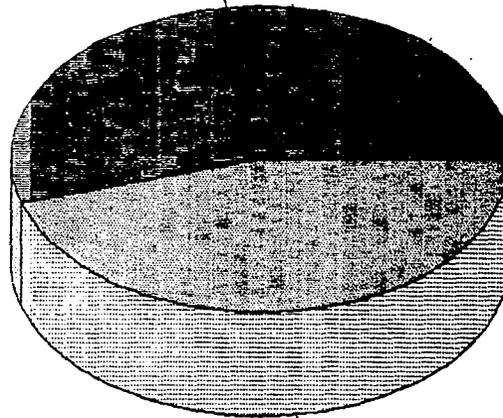
MASCULINO
10 34%

DISTRIBUCION POR SEXOS EN EL GRUPO QUE INTERVINO EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EL ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o.DE OCTUBRE DE 1990 30 DE AGOSTO DE 1994 EN EL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN RESECCION DE TUMORES DE HIPOFISIS.

GRAFICA No.3

FEMENINO
12 55%

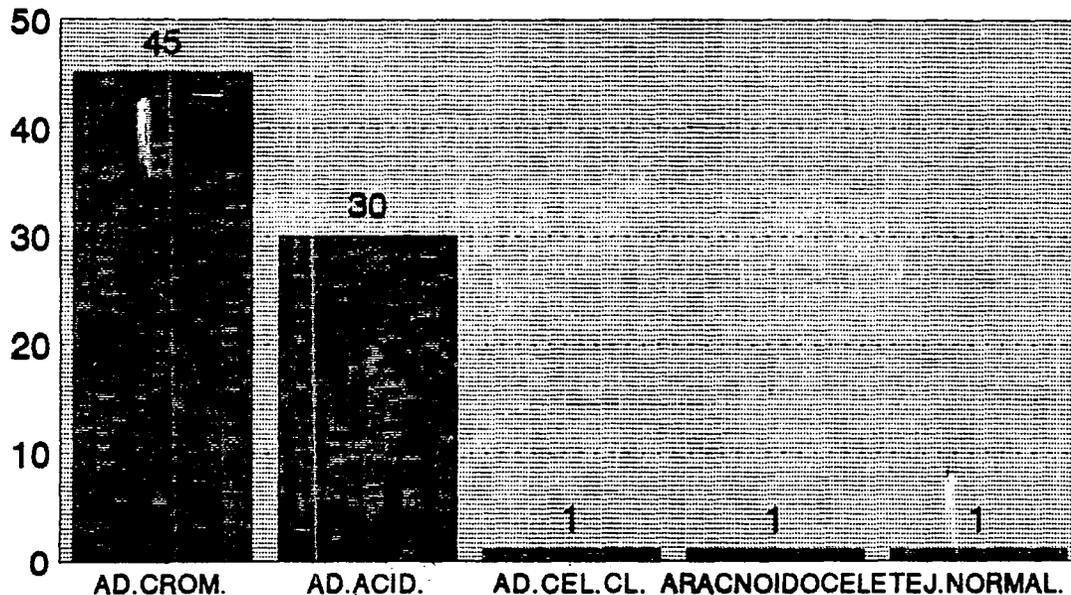


MASCULINO
10 45%

DISTRIBUCION POR SEXOS EN EL GRUPO QUE INTERVINO EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA PARA EL ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN UN ESTUDIO DE PACIENTES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE FEBRERO DE 1990 AL 30 DE AGOSTO DE 1994 EN EL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL ISSSTE.

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN RESECCION DE TUMORES DE HIPOFISIS.

GRAFICA No.4



AD.=ADENOMA, CROM.=CROMOFOBIO, CEL.=CELULAS, CL.=CLARAS, TEJ.=TEJIDO.

FALLA DE ORIGEN

ESTIRPE HISTOLOGICA DE TUMORES DE PACIENTES OPERADOS DE HIPOFISIS POR ABORDAJE TRANSESFENOIDAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE FEBRERO DE 1990 AL 30 DE AGOSTO DE 1994 EN EL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL ISSSTE.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Christian Gammert ,MD:*Rhinological Experience with the Transseptal-Transsphenoidal Hypophysectomy:Technique and Long-term Results.Laryngoscope 100:286-289, March 1990.*
- 2.-Michael H. Stevens,MD; Ronald I. Apfelbaum,MD.*Transnasal Pituitary Tumor Surgery.Laryngoscope 100:427-429 April 1990.*
- 3.-Kveton J. F. and Lee, K.J.:*Surgical Anatomy of the Parasellar Region and the Sublabial Trans-septal Approach to the Sella. Otolaryngol. Clin. North Am.,14:379-391,1981.*
- 4.-Peters, G.E. and Zitsch, R.I.: *Columellar Flap for Transseptal Transsphenoidal Hypophysectomy. Laryngoscope, 98: 897-899,1988.*
- 5.-Escajadillo , J.R. and de Gortari, E.:*Transseptal Approach for the Treatment of Pituitary Lesions. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg., 109:326-328,1983.*
- 6.-Tucker,H.M. and Hahn, J.F.: *Transnasal,Transseptal Sphenoidal Approach to Hypophysectomy.Laryngoscope, 92:55-57,1982.*
- 7.-Koltai, P. J., Goldstein, J. C. ,Parnes, . . . et al.: *External Rhinoplasty Approach to Transphenoidal Hypophysectomy.Arch. Otolaryngolo. Head Neck Surg., 111:456-458,1985.*
- 8.-Lee, K.J.: *The Sublabial Transseptal Transsphenoidal Approach to the Hypophysis. Laryngoscope,88:1-65,1978.*
- 9.-Kenan, P.D.: *The Rhinologist and the Management of Pituitary Disease. Laryngoscope,89:1-26,1979.*
- 10.-Tindall,G.T., Collins, W.F. and Kirchner,J.A.: *Unilateral Septal Technique for Transsphenoidal Microsurgical Approach to the Sella Turcica. Neurosurgery, 49:138-142,1978.*