

11236
48
20...



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

Cirugía Convencional y Endoscópica en Patología Infecciosa e Inflamatoria de Nariz y Senos Paranasales: Experiencia de 5 Años en el Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener la especialidad en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello presenta

DRA. JULIA MA. DE J. TAKAHASHI SANCHEZ



ASESORES: DR. DANIEL BROSS SORIANO
DR. JOSE R. ARRIETA GOMEZ

México, D. F.

1998

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 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.

AUTORIZACIONES:

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
DIRECCION DE ENSEÑANZA

Dr. Héctor Villarreal Velarde

Director de Enseñanza

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
DIRECCION DE
INVESTIGACION

Dra. Ma. De los Dolores Saavedra Ontiveros

Directora de Investigación

Dr. José R. Arrieta Gómez

Jefe del servicio de otorrinolaringología

Asesor de tesis

Dr. Daniel Bross Soriano

Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología

Asesor de tesis

Dr. José R. Arrieta Gómez

Profesor titular del curso de especialización de

otorrinolaringología

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres por enseñarme a esforzarme cada día

A la memoria de mis abuelos por inculcarme el amor a ésta profesión

A mis hermanos Dany, Eiji y Juanito por su apoyo incondicional

A mis amigos Samy, Ana, Leo, Ricardo, Charly, Carlitos y Sara por hacerme tan corta mi estancia en éste hospital

A mis profesores de residencia Dr. Arrieta,G, Dr Gonzálo Corvera, Dr.Alfredo Chi, Dr Miguel Angel García, Dr Daniel Bross, Dr Sergio González , Dr Héctor Prado por orientarme con sus conocimientos durante 4 años

A mis compañeros de residencia : Bety, Angel, René, Rigo, Marisol. Rebe, Alex y Pepe por compartir sus experiencias en todos éstos años

A todos los pacientes por darme su confianza y permitirme aprender a través de ustedes, ya que son el estímulo para ser mejor ser humano y mejor médico

A cada uno de ustedes que por razones de espacio no cabrían en ésta página, y que sin su presencia mi residencia no hubiera sido la misma

¡ GRACIAS!

INDICE:

1.- INTRODUCCIÓN.....	pág 1
2.- Marco de referencia.....	pág 6
3.- Justificación y objetivos.....	pág 7
4.- Material y resultados.....	pág 8
5.- Resultados.....	pág 9
6.- Discusión.....	pág 11
7.- Conclusiones.....	pág 15
8.- Bibliografía.....	pág 16
9.- Gráficas y tablas.....	pág 17

INTRODUCCION:

Un gran número de padecimientos sinonasales son vistos diariamente por médicos familiares, pediatras, alergólogos, y otorrinolaringólogos cerca de un paciente por cada ocho.

Los síntomas más comunes son: dolor facial, obstrucción nasal, descarga retranasal, presión y para la mayoría de los pacientes es causa de ausencias en el trabajo, ó en la escuela ya que puede exacerbar enfermedades como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El dolor referido al área cantal medial sugiere enfermedad sinonasal frecuentemente del complejo osteomeatal y del seno etmoidal, que son los más frecuentemente afectados.

En enfermedad nasosinusal crónica el manejo en general es el siguiente:

1.-Tratamiento médico:

La mera presencia de una sinusitis crónica ó de una sinusitis aguda recurrente se tiene que referir a un especialista. El otorrinolaringólogo deberá hacer una evaluación cautelosa, considerando todas las posibles etiologías de sinusitis, y dependiendo de la historia clínica, la exploración física, y la evaluación inmunológica. La sinusitis crónica se trata similar a una sinusitis aguda con algunas diferencias, los tratamientos incluyen antibióticos de 3 a 4 semanas, corticoesteroides tópicos nasales, descongestivos orales, en ocasiones lavados nasales, humidificación y mucolítico, los antihistamínicos no se recomiendan a menos que exista una etiología alérgica clara.

2.-Tratamiento quirúrgico está indicado cuando:

- a).- El tratamiento médico ha fallado en mejorar su sintomatología.
- b).- La patología está asociada a infección de vías aéreas bajas.
- c).- Cuando existen complicaciones de sinusitis.

El tratamiento quirúrgico tradicional para senos paranasales incluye la cirugía de Caldwell-Luc, etmoidectomía intranasal ó externa, transnasal, frontoetmoidectomía ;éstos procedimientos fueron diseñados para para la remoción completa de la infección y el recubrimiento mucoso, dejando los senos paranasales sin función mucociliar, ahora sabemos que la actividad mucociliar es esencial para el funcionamiento adecuado de los senos paranasales.

Se remueve el tejido infectado con corrección quirúrgica de las anomalías anatómicas que pueden causar incremento en las secreciones mucosas, que se caracterizan por ser viscosas debido a un mal funcionamiento ó bien un inexistente aclaramiento mucociliar, con infecciones bacterianas secundarias de evolución crónica.

En 1985 el uso de los endoscopios para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico fué introducido y popularizado en los Estados Unidos, a partir de esta fecha la cirugía funcional, endoscópica de nariz y senos paranasales (Functional endoscopic sinus surgery -FESS) ; se divide en 2 tipos:

La técnica anterior-posterior (Messerklinger) que constituye el abordaje más conservador y se utiliza cuando existe patología limitada a etmoides anterior, seno maxilar y frontal.

La técnica posterior-anterior (Wigand) se utiliza en pacientes con pansinusitis ó en pacientes con cirugías previas en los que los límites anatómicos están perdidos; se utilizan endoscopios rígidos para poder visualizar la cavidad nasal y la pared lateral, en general los más utilizados son el de 4mm de diámetro, de 0 grados y 30 grados.

El procedimiento se inicia con el de 0 grados, se visualiza el cornete medio, se realiza una incisión en la mucosa por delante del proceso uncinado y éste se remueve, con ésto queda expuesta la bulla etmoidal, la cuál representa la celdilla etmoidal más prominente, se retira y si es necesario se retiran también las celdillas etmoidales anteriores, posteriormente se localiza la lamina fundamental ó lamela basal, que representa la división anatómica de etmoides anterior y posterior que se retira sólo si por tomografía computada se observa patología , en dirección más posterior se localiza el receso del esenoetmoidal .

Se deberá tener extremo cuidado de no violar el techo del etmoides ó fóvea etmoidal el cuál separa el etmoides de la cavidad craneal, así como también de no violar en la porción lateral la lámina papirácea que és una lamina de hueso muy delgada que separa el etmoides de la órbita, se deja todo el recubrimiento mucoso con características normales.

Una vez completada la etmoidectomía se identifica el ostium natural del maxilar, si está afectado se amplía el orificio, se retiran los pólipos ó secreciones dejando intacta la mucosa, si está afectado el seno frontal una vez terminada la etmoidectomía anterior se verifica la permeabilidad del receso del frontal visualizandose mejor con un endoscopio de 30 grados; si existe patología en el seno esfenoidal se auxilia del endoscopio de 0 grados; también durante éste tipo de cirugía se puede corregir un septum desviado, alteraciones anatómicas como la presencia de un cornete neumatizado (concha bulosa), cornetes hipertróficos, ésto significa que se retira cualquier patología que de alguna manera obstruye el drenaje del ostium , se verifica que el ostium quede permeable, éste tipo de cirugía se dice que es funcional porque el tipo de abordaje conservador ayuda a restaurar la permeabilidad y la función mucociliar a nivel del complejo osteomeatal, permitiéndo la ventilación y el drenaje de los senos paranasales sin destruir el funcionamiento fisiológico, al mejorar la permeabilidad de ésta zona se permite la mejor penetración de los medicamentos tópicos como son los esteroides.

El candidato para cirugía endoscópica es áquel paciente con episodios recurrentes de sinusitis aguda que responde a dos cursos de antibioticoterapia, sin embargo a corto plazo vuelve a recurrir. En segundo lugar son aquellos pacientes con sinusitis crónica cuyos síntomas no pueden ser eliminados completamente después de un largo período de antibioticoterapia, en este caso más de un seno paranasal puede estar involucrado.

Otros candidatos incluyen: poliposis nasal recurrente, alergias severas de difícil control ó en quienes ya se han practicado abordajes externos sin éxito y últimamente en pacientes inmunocomprometidos. En éstos se prefiere la cirugía endoscópica por ser más factible técnicamente; sin embargo, los resultados pueden ser menos predecibles.

Los cuidados postoperatorios son tan importantes como la misma cirugía, se tienen que realizar lavados nasales con solución salina, y el paciente tiene que acudir semanalmente a curaciones para descostrar por medio de revisiones endoscópicas y así prevenir la formación de tejido de granulación y cicatrices que pueden volver a obstruir los ostium, se utilizan antibióticos y esteroides tópicos, en los pacientes alérgicos se pueden indicar antihistamínicos, la mucosa nasal se recupera aproximadamente a las 6 semanas, pacientes con patología extensa se tienen que vigilar incluso por años, y en el caso de detectar la formación de pequeños polipos se pueden retirar durante cada revisión.

Las complicaciones de los procesos infecciosos de los senos paranasales dadas las estrechas relaciones sobre todo del seno etmoidal son las complicaciones orbitarias (clasificación de Chandler) y las intracraneales (absceso epidural, absceso subdural, meningitis, trombosis de seno cavernoso, y absceso cerebral), en caso de presentarse también se pueden resolver por medio de cirugía endoscópica y las indicaciones para someter a un paciente con complicaciones a cirugía son: formación de un absceso, deterioro de la agudeza visual, progresión de la infección a pesar de terapia médica adecuada, recurrencia, e involucro del ojo contralateral.

Por estas razones la cirugía endoscópica ha reemplazado a las técnicas tradicionales antes descritas, con la ventaja de poder visualizar regiones estrechas como la zona del complejo osteomeatal, ésta zona es un compartimento pequeño localizado en la *región del meato medio y la pared lateral nasal* y representa una zona clave para el drenaje del etmoides anterior, seno maxilar y frontal.

La obstrucción del complejo osteomeatal causa un círculo vicioso de eventos que nos llevan finalmente a un episodio de sinusitis, ya que hay una congestión de mucosa que disminuye el flujo de aire y el drenaje, las secreciones al ser más viscosas se estancan, posteriormente ocurren los cambios en el metabolismo gaseoso de la mucosa que resulta en hipoxia con daño a los cilios y al epitelio. Avances recientes en las técnicas de cirugía endoscópica requieren la colaboración del radiólogo para entender la anatomía así como la patofisiología nasal, en especial de la *pared lateral y senos paranasales*; la combinación de la cirugía endoscópica con la tomografía computada permite valorar la enfermedad y poder hacer un abordaje más preciso.

Ahí radica el éxito de la cirugía endoscópica ya que realiza un abordaje mínimo del seno involucrado, lo suficiente para drenar las secreciones y, de ser necesario, se permeabiliza el ostium natural con el objeto de ventilar el seno, ayudando a que el aclaramiento ciliar se reestablezca.

La endoscopia y la tomografía computada son procedimientos complementarios ya que anomalías anatómicas predisponen a enfermedades inflamatorias nasosinusales.

Figura #1

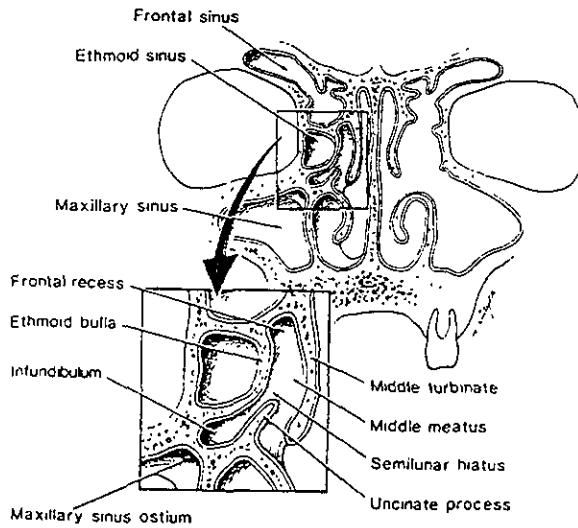
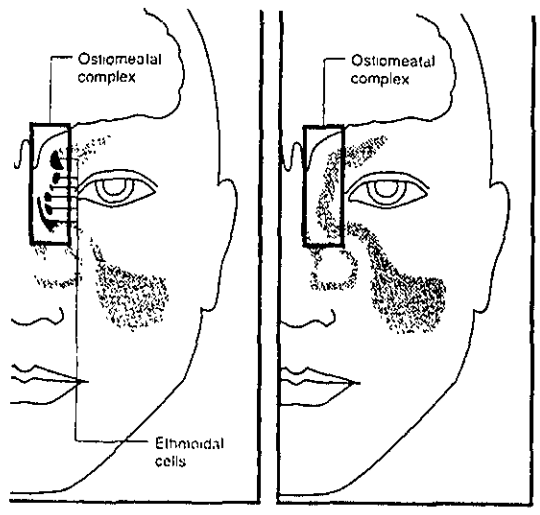


Figura #2



MARCO DE REFERENCIA:

A través de los trabajos de Messerklinger (1) y Stammberger (2,3,4) , se han definido numerosos padecimientos nasosinuales crónicos. Stammberger realizó las siguientes observaciones en sinusitis crónica:

- 1.-La mayor parte de las infecciones paranasales son rinogénicas.
- 2.-La sinusitis recurrente tiene su foco de reinfección en un área estenótica.
- 3.-Las áreas estenóticas se localizan en el infundíbulo etmoidal en la entrada al seno maxilar y al receso frontal. Estas áreas bloquean el aclaramiento mucociliar ya sea por un efecto mecánico directo ó por efecto cilioestático.

Messerklinger (1) demostró que esto ocurre con cambios hipertróficos de la mucosa. Stammberger (2,3,4,14) describe que esto ocurre por cambios glandulares, que aumentan la viscosidad de las secreciones, las cuales se extravasan a los tejidos circundantes; las reacciones granulomatosas y la formación de quistes es el resultado del engrosamiento permanente de la mucosa, dando lugar a defectos crónicos en el drenaje y la ventilación. La aplicación de endoscopia en la cirugía de senos paranasales se reporta por Kennedy (5) que data desde 1901 cuando Hirschmann utilizó un cistoscopio modificado para explorar los senos paranasales.

Se ha reportado que la cirugía endoscópica tiene varias ventajas sobre las técnicas convencionales, tales como Caldwell-Luc (6-12) y abordajes no endoscópicos para seno etmoidal y frontal, ya que se disminuye el trauma al no tener que incidir la piel externa (14,15,16,17) , dándonos una visión individual de la anatomía de cada seno paranasal así como de la pared lateral nasal y en un futuro se puede analizar por medio de una videograbación, al tener una mejor visión se obtiene un diagnóstico más exacto acerca de masas, malformaciones, polipos, en la región osteomeatal, previniendo la sinusitis refractaria. El concepto de cirugía funcional depende de la localización de la enfermedad y la resección con preservación de la membrana mucosa; resultando en un menor costo en todos los aspectos (18-20).

JUSTIFICACION:

En base a que la cirugía convencional es el método universalmente aceptado para el tratamiento de padecimientos infecciosos e inflamatorios de nariz y senos paranasales, desde hace muchos años resolviendo la patología aunque no se basa en la fisiología nasosinusal.

La cirugía endoscópica es un método relativamente nuevo que ha mostrado buenos resultados a corto plazo, resolviendo la patología en base a la fisiología nasosinusal.

La experiencia en algunos países indica que la cirugía endoscópica tiene claras ventajas al compararla con el método convencional; al implementar el uso rutinario de dicha práctica podría resultar en mejores índices terapéuticos, menor índice de complicaciones y/o recidivas así como la optimización de recursos.

OBJETIVOS:

1. Conocer la patología de nariz y senos paranasales infecciosa e inflamatoria diagnosticada y tratada en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez de 1990 a 1995.

2. Comparar el tiempo quirúrgico, el tiempo de hospitalización y las complicaciones entre la cirugía convencional y la cirugía endoscópica ó la combinación de ambas.

En cuanto al diseño del estudio, éste fue: comparativo , observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODO:

El universo de estudio incluyó a los pacientes con patología inflamatoria e infecciosa diagnosticados y sometidos a cirugía nasosinusal en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Manuel Gea González de 1990 a 1995.

El tamaño de la muestra incluyó a todos los pacientes tratados quirúrgicamente con patología inflamatoria e infecciosa con técnica convencional o endoscópica en el período de tiempo mencionado.

Los criterios de inclusión :

Todos los pacientes con diagnóstico de sinusitis (crónica, alérgica, micótica y granulomatosa), poliposis, mucocoele y quistes de retención, diagnosticados y tratados con alguna de las técnicas mencionadas en el período de tiempo establecido.

Los criterios de exclusión:

Todos los pacientes con enfermedades sistémicas concomitantes que pueden influir en la evolución de dichos padecimientos.

Los criterios de eliminación:

Se incluyeron a los pacientes cuyo seguimiento haya sido incompleto, o cuyo expediente clínico haya sido llenado en forma incompleta.

Las variables a investigar fueron:

Variables independientes : edad, sexo, patología, localización y tratamiento.

Variables Dependientes : curación, recidiva, número y tipo de complicaciones.

Los parámetros de medición que se tomaron en cuenta fueron:

Curación: significa ausencia total de patología con evidencia tomográfica en el período de seguimiento para cada paciente.

Recidiva: Recurrencia de sintomatología con evidencia tomográfica de las lesiones para cada paciente.

Número y tipo de complicaciones directamente atribuibles al procedimiento quirúrgico.

Costos: Se calculó como la sumatoria del tiempo quirúrgico, días de hospitalización en promedio para cada procedimiento.

La captación de la información fue obtenida directamente de los expedientes clínicos, por medio de la hoja de registro de operaciones posteriormente se capturó en una hoja de captura.

VALIDACION DE DATOS:

Se realizó por medio de estadística descriptiva posteriormente se aplicó prueba de χ^2 y T de student, según el tipo de variable.

El nivel de significancia para este estudio fue de $\alpha=0.05$.

RESULTADOS:

Se encontró que la edad promedio era de 37.7 años para el grupo de cirugía convencional de 30.2 años para el grupo de cirugía endoscópica sin existir diferencia estadísticamente significativa. (figura 1)

La distribución por sexo fue como sigue: en el grupo de cirugía convencional encontramos 22 mujeres y 17 hombres, mientras que el grupo de cirugía endoscópica fueron 50 mujeres y 40 hombres., además encontramos un tercer grupo que denominaremos de cirugía combinada en el cual se utilizaron ambas técnicas (la convencional y la endoscópica) en el cual tuvimos 6 mujeres y 12 hombres; sin existir diferencia estadísticamente significativa. (Figura 2)

Se realizaron un total de 148 cirugías de patología de nasosinusal con los siguientes diagnósticos: sinusitis en el 50%, poliposis nasal en el 25 %, papilomas invertidos en el 6%, quistes de retención en el 4%, diferentes tumores en el 3%, mucoccele en el 2%, escleroma respiratorio nasosinusal en el 1.4% y el resto 8.7% con diferentes patologías que no entraban en los grupos anteriores. (tabla 1 y figura 3)

Las 148 cirugías se distribuyeron según la técnica quirúrgica utilizada de la siguiente manera: 40 cirugías convencionales, 90 cirugías endoscópicas y 18 cirugías endoscópicas y convencionales combinadas.(figura 4)

Al analizar por las diferentes patologías encontramos que para **sinusitis** se realizó: Cirugía convencional en el 20%, cirugía endoscópica en el 63.5% y Cirugía combinada en el 16%. (figura 5) . Para **poliposis nasal** se realizo cirugía convencional en el 19%, cirugía endoscópica en el 73% y cirugía combinada en el 4%.(figura 6) . En el caso del **papiloma invertido** se realizó cirugía convencional en el 55%, cirugía endoscópica en el 33% y Cirugía combinada en el 11%, (figura 7), **quistes maxilares de retención** realizamos cirugía convencional en el 33% y cirugía endoscópica en el 67%. (figura 8). Para los **tumores nasales** realizamos cirugía convencional en el 25% y cirugía endoscópica en el 75% (figura 9) ; para el **mucoccele** se realizó cirugía endoscópica en el 100% de los casos (figura 10). Para el **escleroma respiratorio** nasal realizamos cirugía convencional y cirugía endoscópica en 50 % de los casos. (figura 11)

En cuanto a los tiempos quirúrgicos, en promedio la cirugía convencional se realizó en 44.10 minutos mientras que la cirugía endoscópica se llevo 39.20 minutos y la cirugía combinada tardo en promedio 42.00 minutos. Sin existir diferencia estadísticamente significativa.

En lo cuanto a los días de hospitalización , esta fue de 2 días en promedio cuando realizamos las técnicas convencionales y de un día cuando utilizamos las técnicas endoscópicas.(tabla 2)

En lo referente a las complicaciones vimos que de las 148 cirugías se presentaron 5 complicaciones: 4 menores y una mayor: se expuso la grasa orbitaria en 2 pacientes por ruptura de la lámina papirácea y en otros dos se lesionó la lamina papirácea sin exposición de grasa orbitaria; la complicación mayor fué un sangrado mayor de 1000 mm. en una paciente con quinta cirugía de recidiva de papiloma invertido. Todas las complicaciones ocurrieron en el grupo de cirugía endoscópica, sin ser estas estadísticamente significativa.

DISCUSION:

Se puede decir que la patología nasosinusal más frecuente son los procesos infecciosos seguida de la poliposis nasosinusal. Las complicaciones menores que incluían la ruptura de la lámina papirácea con o sin exposición de grasa orbitaria ocurrieron durante las primeras cirugías endoscópicas cuando se iniciaba en el departamento de otorrinolaringología el entrenamiento en dicha técnica; una vez avezados en estos abordajes las complicaciones dejaron de presentarse, lo que nos indica que la cirugía endoscópica al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico requiere un adiestramiento y una práctica constante, sin embargo en éste tipo de técnica en particular se debe de contar con un conocimiento absoluto de las estructuras anatómicas a abordar, se deben de conocer con exactitud los límites ,ya que existen estructuras intracraneales y orbitarias muy cercanas a las áreas de trabajo, las complicaciones potenciales de la cirugía endoscópica son las mismas que las de la cirugía convencional, y se incluyen la hemorragia, la formación de tejido cicatrizal, y de sinequias, daño a estructuras orbitarias e intracraneales.

La hemorragia postoperatoria se presenta con poca frecuencia en la cirugía endoscópica funcional de senos paranasales, y se presenta más frecuentemente cuando se realiza una resección parcial del cornete inferior ó de la porcion posterior del cornete medio, si no se lleva a cabo un buen seguimiento postoperatorio la formación de sinequias puede ser inadvertido, y la permeabilidad del complejo osteomeatal puede comprometerse, y recurrir los síntomas de sinusitis.

Ahora se sabe que casi cualquier patología que comprometa nariz y senos paranasales y que requiera tratamiento quirúrgico se puede solucionar por medio de cirugía endoscópica, ya que se pueden realizar por cirugía de corta estancia, no es preciso aplicar taponamientos nasales, en dado caso sólo se dejan a nivel del complejo osteomeatal, el paciente se siente más comfortable, y puede reiniciar sus actividades cotidianas tan pronto como se realiza la primera curación que es aproximadamente a los 5 días de la operación, en éste estudio fué difícil saber si realmente con la cirugía convencional los días de estancia intrahospitalaria fueron mayores por el tipo de estudio que se realizó , ya que no podemos controlar bien las variables, y nos basamos sólo en las anotaciones del expediente clínico.

Sabemos que el tiempo de hospitalización promedio en nuestro servicio en éste tipo de patologías es de 3 días, sin embargo no podemos saber si durante las curaciones y el seguimiento se presentaron otras complicaciones, nos hubiera gustado conocer si hay mayor formación de sinequias con alguna técnica en particular, si las recidivas son iguales ó mayores que en las técnicas convencionales, la desventaja de nuestro estudio por los años que se estudiaron es que había mayor número de pacientes operados por técnica endoscópica lo atribuimos a que si ahora se trata de una técnica relativamente nueva que lleva en nuestro país 10 años aproximadamente, se realizaba con mayor frecuencia que las técnicas convencionales en ese momento, ya sea por lo novedoso de la técnica ó por la necesidad de entrenamiento en la misma.

El objetivo del estudio fué describir que tipo de cirugía se realizaba en el departamento de otorrinolaringología en un periodo de 5 años así como especificar en qué tipo de patología de nariz y senos paranasales, no se tenía el propósito en el momento de realizar la cirugía realizar un estudio,

Las técnicas convencionales se han practicado en forma segura en nuestro servicio por más de 30 años y se conocían perfectamente sus resultados por lo que sólo en casos muy indicados se realizaban,

La mayoría de la cirugía en la actualidad se basa mejor en la fisiología que en la mutilación de los tejidos, un motivo más a favor de la cirugía funcional,

A pesar de que nuestros resultados no son estadísticamente significativos para poder inclinarse sobre una técnica más que por otra, pensamos debemos realizar un trabajo en un futuro con variables mejor controladas de preferencia prospectivos, con pacientes bien seleccionados, con patología similar, que a diferencia de éste estudio meramente descriptivo nos sirva como parámetro de medición de los resultados de nuestro servicio de preferencia en un periodo de 10 años,

A simple vista sabemos que la cirugía endoscópica tiene pocas complicaciones cuando existe un buen entrenamiento de los cirujanos, sin embargo se puede hacer la suposición que por el corto periodo de estudio no se sabe con exactitud si el mismo número de complicaciones se presentará en unos años con la cirugía endoscópica , ó bien aumentará ó se igualará a las de la cirugía convencional,

Podemos decir que la cirugía convencional tiene una utilidad vigente y está claro que existen patologías en las que claramente está indicada, el no hacerlo puede traer complicaciones mayores al paciente, como el caso de los angiofibromas nasales ó tumores de gran tamaño en los que la exposición amplia es de importancia crucial para la resección total del tumor, se debe de tomar en cuenta el aspecto estético que ofrece la cirugía endoscópica, a parte de la comodidad.

En la actualidad es difícil que un paciente acepte se le realice una gran incisión en la parte media del rostro por una cirugía de senos paranasales como se hacía antiguamente, se debe tomar en cuenta la calidad de vida de cada paciente, no basta en la actualidad en valorar sólomente la morbilidad de la patología ya que como habíamos mencionado en la introducción hay un gran número de personas con éste tipo de patologías la mayoría de edad media, en edad productiva y en la población pediátrica ; también es difícil encontrar que un paciente presente complicaciones intracraneales que pongan en riesgo su vida por patología sinusal especialmente en la actual era de antibióticos que vivimos, por lo que la frecuencia de complicaciones también se ha disminuído paulatinamente,

Por otra parte la cirugía endoscópica ha permitido conocer mucha de la fisiología de los senos paranasales que sabemos hoy en día, se sigue investigando y encontrando nuevas alternativas.

El descubrimiento de la tomografía computada fué una herramienta de gran ayuda para poder realizar la cirugía endoscópica, actualmente ya se cuenta con cirugía endoscópica asistida por computadora un tipo de cirugía guiada por imagen , lo que nos ayudará a reducir el número de complicaciones, y a adquirir nuevas habilidades para los médicos en entrenamiento, así como a localizar patología en áreas de difícil acceso como lo es el seno frontal, el seno esfenoidal, base de cráneo y órbita; éste tipo de procedimiento primero de diseñó para la localización exacta de patología de estructuras intracraneales en los procedimientos neuroquirúrgicos, y ha pasado de fases tempranas de investigación a una aplicación clínica más formal.

En cuanto a las recidivas no las podemos comparar ambas técnicas pues el tiempo de seguimiento no fué similar, el tipo de estudio realizado de manera retrospectiva no nos ayudó a poder emitir un juicio acerca de cuál fué mejor .

Las cirugías realizadas por medio de técnicas externas ó convencionales tienen en promedio más de 5 años de seguimiento y la cirugía endoscópica por su novedad es mucho menor, podemos inferir que el entrenamiento de nuestros médicos en la actualidad no es el mismo que en los años estudiados para éste estudio,

Se deberá dejar pasar algunos años para que la comparación sea válida, ya que en este momento si existen recidivas de la técnica convencional y muy pocas de la técnica endoscópica por lo que proponemos la realización de un estudio que tome como base los datos que se muestran en éste estudio,

Sin embargo su diseño deberá de ser prospectivo, valorar por grupo ó grupos de patologías, la evolución en un periodo de tiempo determinado, con hojas de vaciado para curaciones, sintomatología en ese momento, y calidad de vida posterior ala cirugía, por el momento éste estudio cumplió nuestros objetivos se tenía la inquietud conocer qué tipo de patología se realizaba en nuestro servicio, que tipo de pacientes se atendieron, y de qué forma se podía mejorar el servicio en cuanto a costos, tiempo de cirugía y hospitalizaciones.

En los estudios posteriores que se puedan realizar se podrá observar si la patología de nuestra población será la misma en unos años dados los cambios climáticos, las resistencias bacterianas y el avance de nuevos antibióticos así como la implementación de nuevas técnicas quirúrgicas.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a éste estudio los días de hospitalización así como los tiempos quirúrgicos fueron menores en el grupo de la cirugía endoscópica; sin embargo no presenta una diferencia estadísticamente significativa, pero sí lo significó en costos para el paciente y para el hospital.

La cirugía endoscópica presentó mayor número de complicaciones sin diferencia estadísticamente significativa. La mayoría de estas complicaciones no presentaron implicaciones posteriores y la complicación mayor (sangrado mayor de 1000 mm.) que se resolvió en el mismo acto quirúrgico por medio de transfusión sanguínea.

Comprobamos que no sólo se requiere de una buena ejecución de la cirugía cualquiera que sea el tipo endoscópica, ó combinada se requiere un cuidado postoperatorio cuidadoso no sólo por parte del otorrinolaringólogo sino también por parte del paciente.

Para prevenir las complicaciones de la cicatrización así como también tener una buena valoración prequirúrgica de todos aquellos pacientes detectados como alérgicos, puesto que no sólo es útil el tratamiento quirúrgico si no que se debe complementar con valoración por el alergólogo y en algunos casos con inmunoterapia.

Se debe de tener conocimiento de los pacientes que potencialmente pueden presentar complicaciones , así como de aquellos pacientes con múltiples cirugías en los que la anatomía no es clara, y aquellos con patología concomitante que predispone a un riesgo quirúrgico mayor.

ESTE TEXTO NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Messerklinger W. On the drainage of the normal frontal sinus of man. Acta Otolaryngol (stockh) 1967,63:178-181.
- 2.- Stammberger H. Endoscopic endonasal surgery : Concepts in treatment of recurring rhinosinusitis : anatomic and pathophysiologic considerations. Otolaryngol Head Neck Surg. 1986,94:143-147.
- 3.- Stammberger H. Nasal and paranasal sinus endoscopy: A diagnostic and surgical approach to recurrent sinusitis. Endoscopy. 1986,18:213-218.
- 4.- Stammberger H. An endoscopic study of tubal function and the diseased ethmoid sinus. Arch Otorhinolaryngol. 1986,243:254-259.
- 5.- Kennedy D; Zinreich S.J ; Rosenbaum A.E. Functional endoscopic sinus surgery: Theory and diagnostic evaluation. Arch otolaryngol. 1985,111:576-582.
- 6.- Caldwell g.W : Disease of the accessory sinuses of the nose and an improved method of treatment for suppuration of the maxillary antrum. NY Med J. 1983,58:526-528.
- 7.- Laine F.J; Wendy R.K; Smoker. The osteomeatal unit and endoscopic surgery : Anatomy variations and imaging findings in inflammatory diseases. AJR. 1992,159:849-857.
- 8.- Bolger W.E; Clifford A.B; Parson : Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities : CT analysis for endoscopic sinus surgery. Laryngoscope 1991,101:56-64.
- 9.- Wigand M.E : Transnasal ethmoidectomy under endoscopic control rhinology. 1981, 19:7-10.
- 10.- Vleming M; Middelweerd R.J; Nico De Vries : Complications of endoscopic sinus surgery. Arch Otolaryngol head and neck surg. 1992,118:617-623.
- 11.- Lawson W.: The intranasal ethmoidectomy: an experience with 1,077 procedures. Laryngoscope. 1991,101:367-371.

- 12.- Macbeth R : Caldwell-Luc and their operation. Laryngoscope. 1971,81:1652.
- 13.- Macbeth R : Caldwell-Luc operation from 1952-1966 Arch Otolaryngol. 1968,87:630.
- 14.- Kennedy D.W : Functional endoscopic sinus surgery.Technique. Arch otolaryngol. 1985,111:643.
- 15.- Cable.H.R; Jeans W.D; Cullen R.J : Computerized tomography of the caldwell-luc cavity. J. Laryngol otol. 1981,95:775.
- 16.- Mosher H.P :The surgical anatomy of the ethmoidal laberinth. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1929,38:869.
- 17.- Freedman H.M; KernE.B. : Complications of intranasal ethmoidectomy: a review of 1000 consecutive operations. Laryngoscope. 1979,89:421.
- 18.Maniglia A.J. Fatal and major complications secondary to nasal and sinus surgery. Laryngoscope. 1989,99:276.
- 19.- Howarth W.G Operations on the frontal sinus. J. Laryngol. 1921,36:417.
- 20.- Schaefer S.D; Manning S; Close L.G Endoscopic paranasal sinus surgery:indications and considerations. Laryngoscope.1989, 99:1-5.

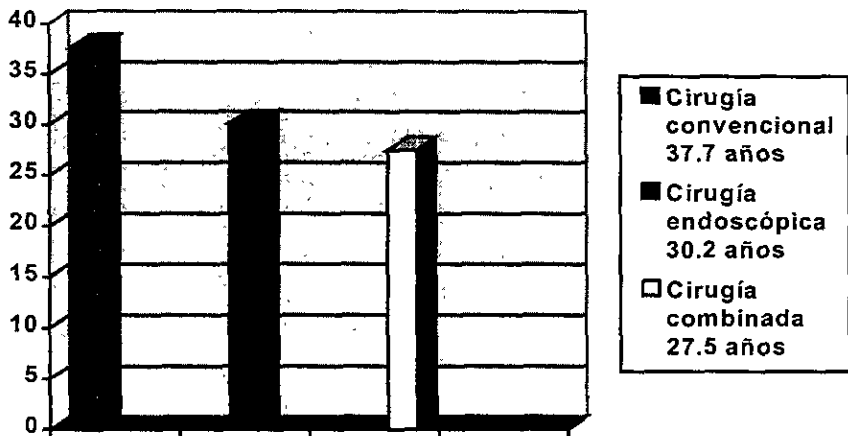


figura 1. Promedio de edad para cada procedimiento,

Tabla #1. De las 148 cirugías se dividieron de la manera siguiente:

1.	Sinusitis.....	50%
2.	Poliposis nasal	25%
3.	Papiloma Invertido	6%
4.	Quiste de retención	4%
5.	Tumores nasales	3%
6.	Mucocele.....	2%
7.	Escleroma respiratorio	1%
8.	Otros	9%

Distribución de patologías nasosinusales operadas en el periodo de 1990-1995.

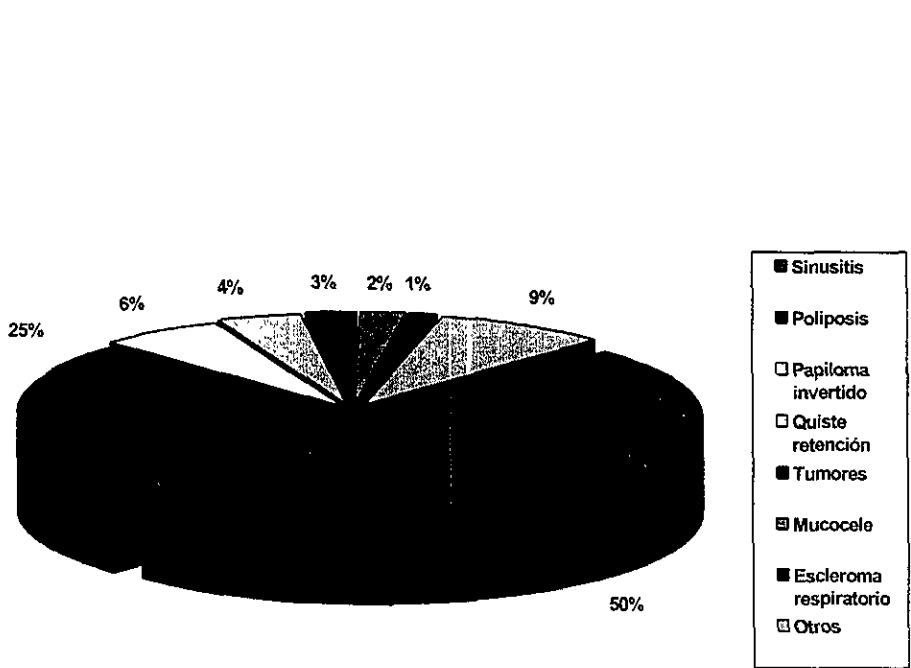


figura 3.DISTRIBUCION POR PATOLOGIA

DISTRIBUCION POR SEXO

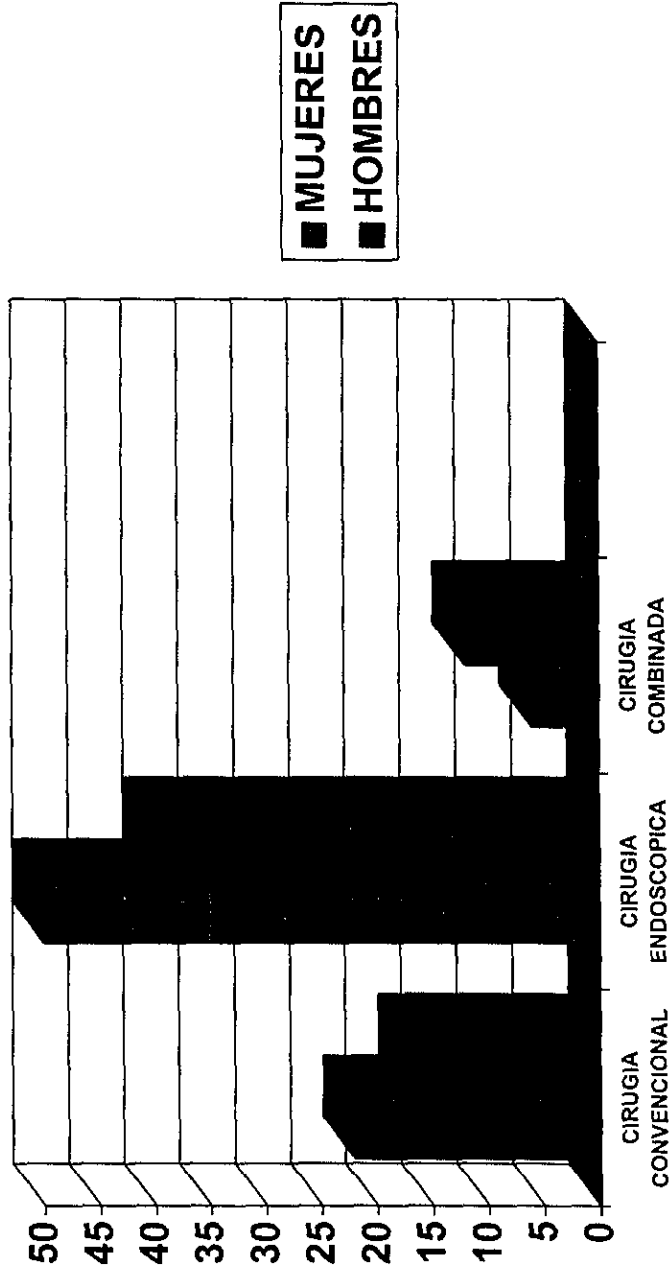


Figura #2

SINUSITIS

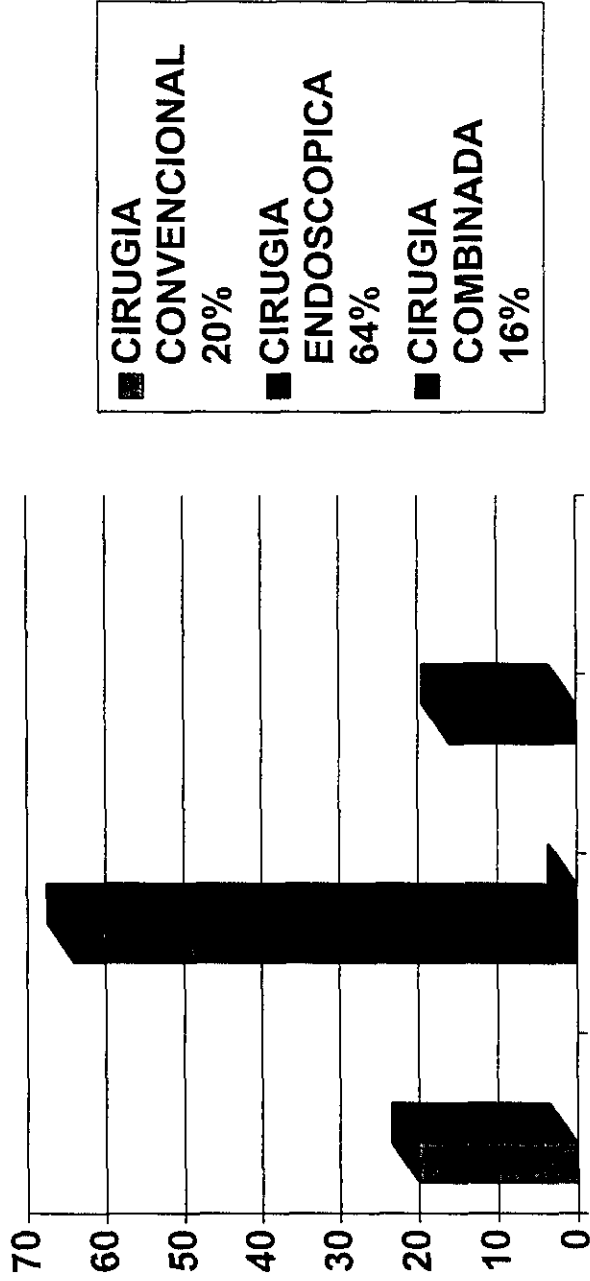


Figura #5

POLIPOSIS NASAL

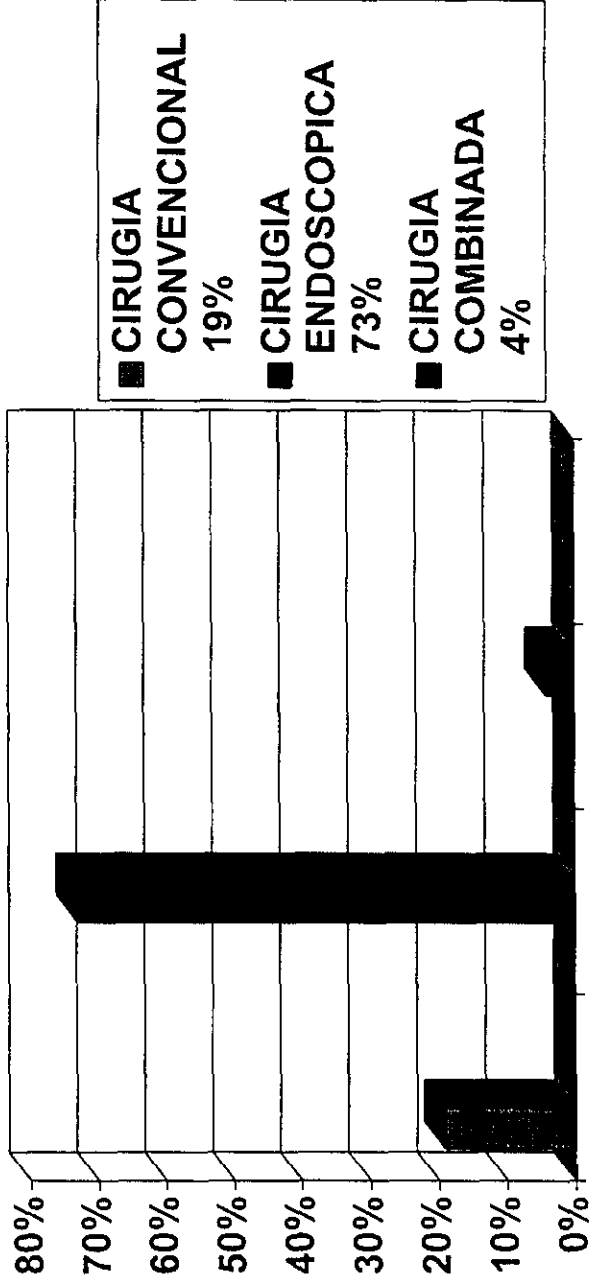


Figura #6

PAPILOMA INVERTIDO

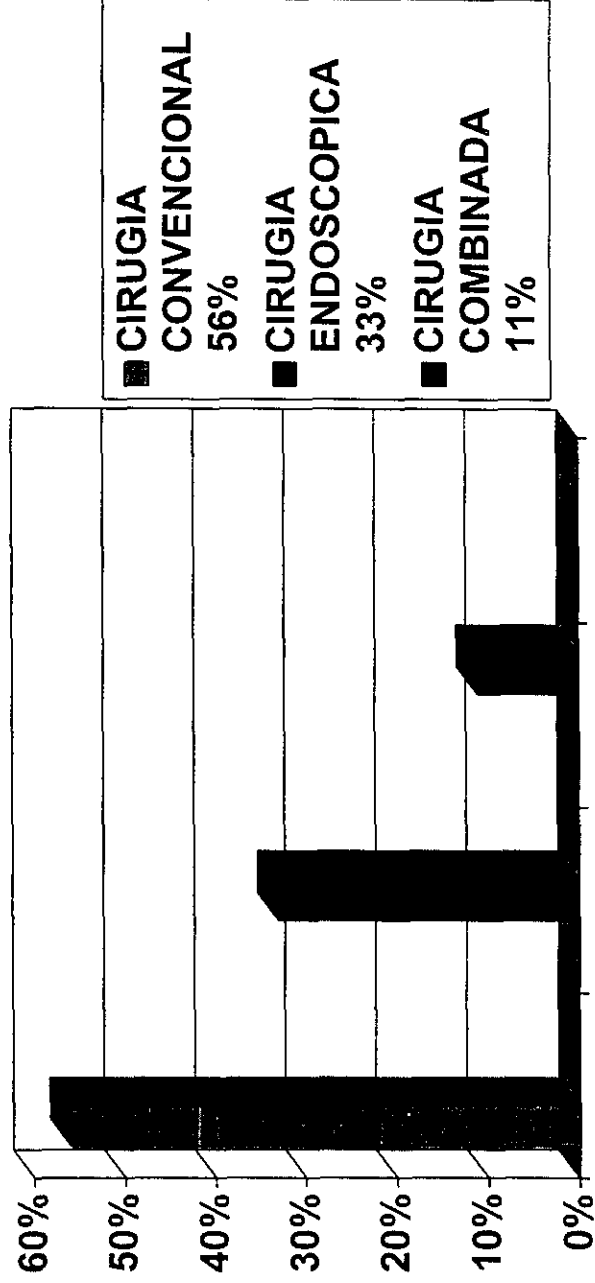


Figura #7

QUISTE DE RETENCION

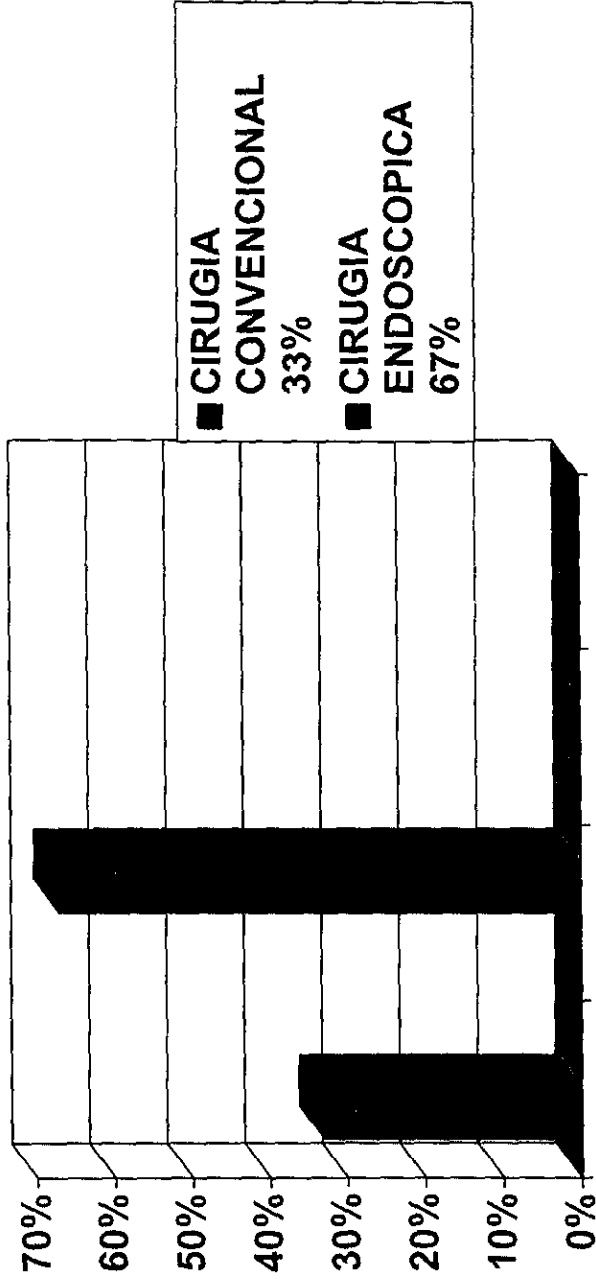


Figura #8

TUMORES NASALES

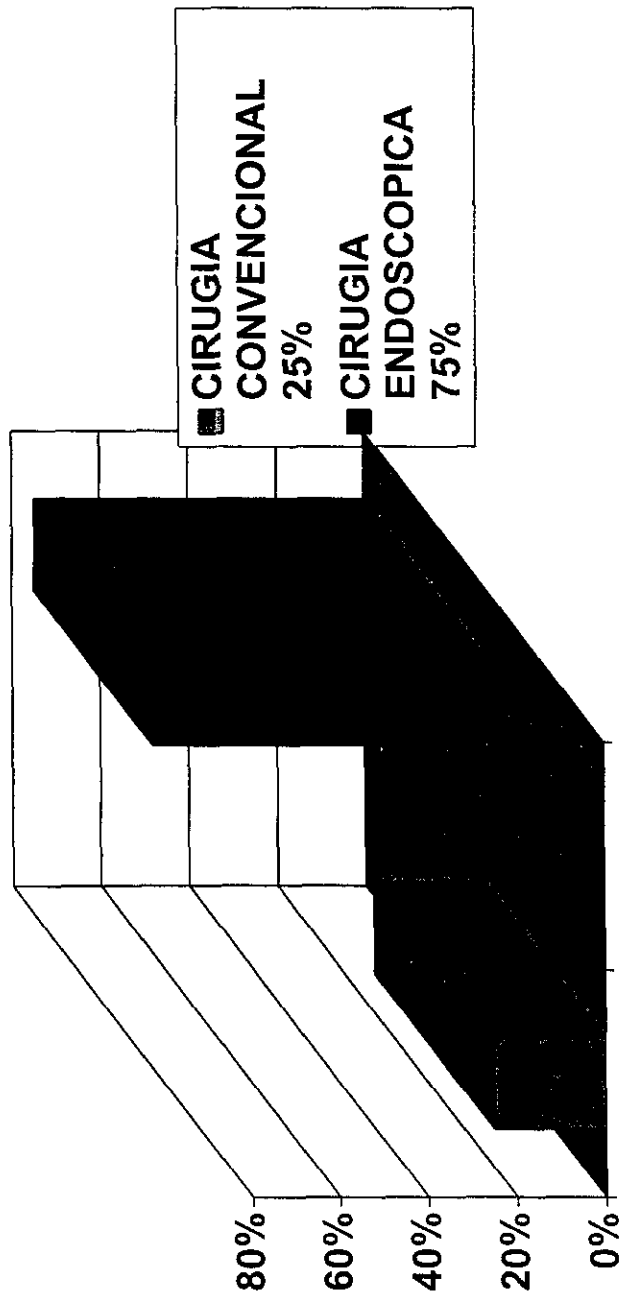


Figura #9

MUCOCELE

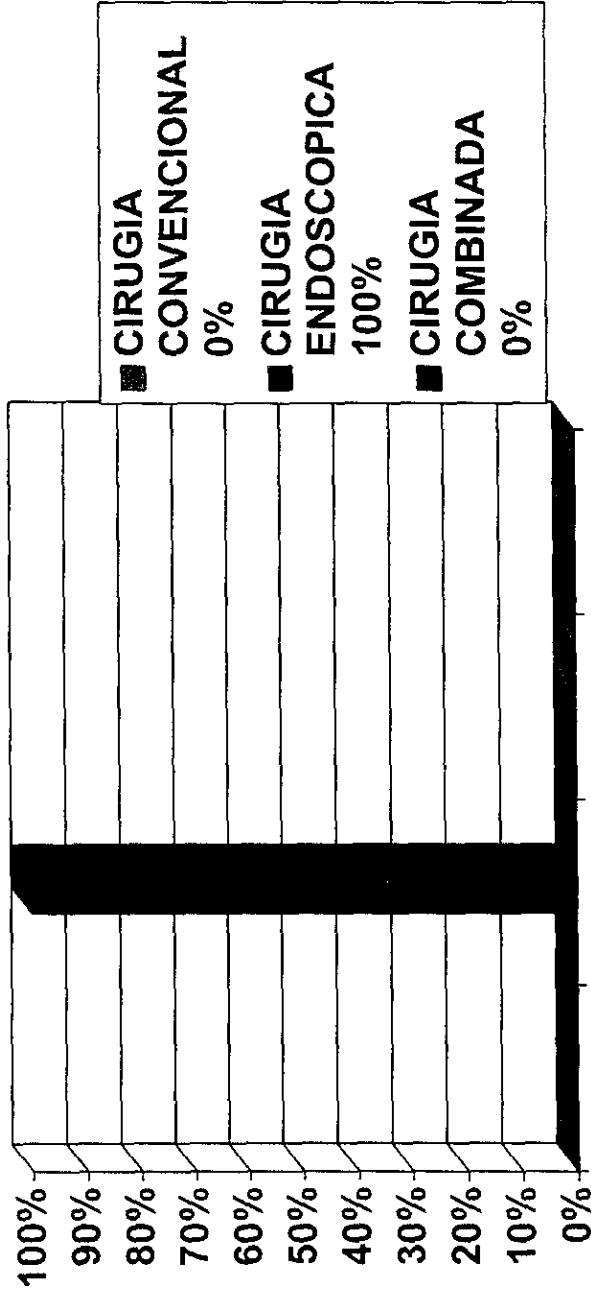


Figura #10

ESCLEROMA RESPIRATORIO

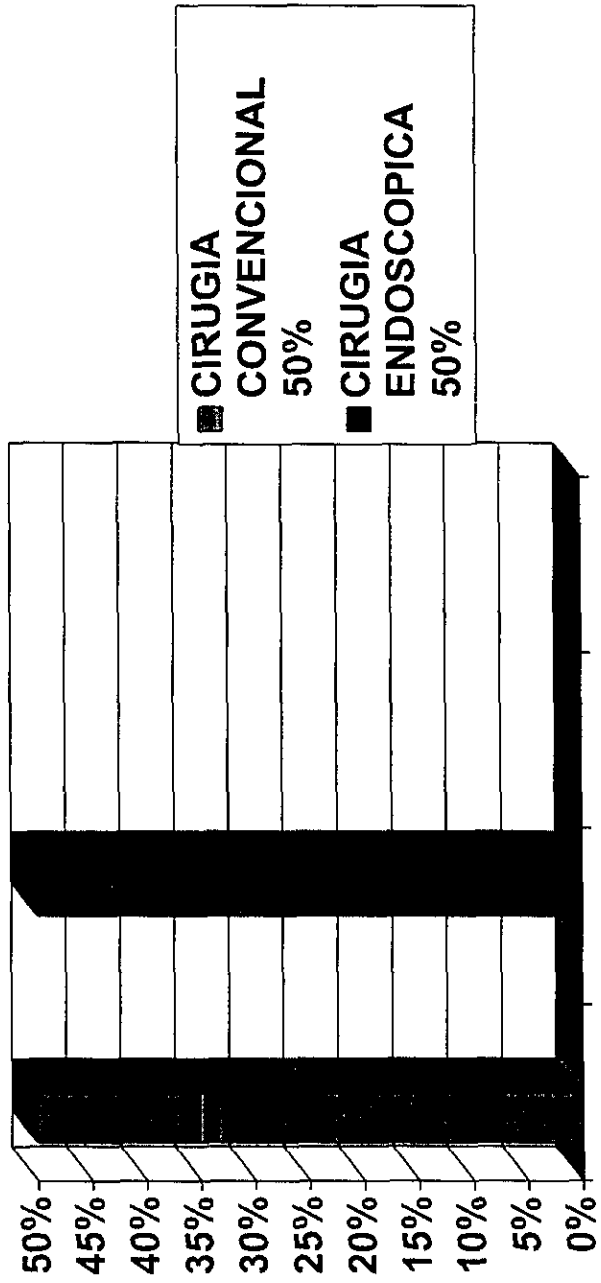


Figura #11