

11236
9
2 Ejem.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO
E INVESTIGACION**

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

**INJERTOS AUTOLOGOS CON FASCIA DEL
TEMPORAL EN DORSOS NASALES HUNDIDOS**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DR. VICTOR RENE CONTRERAS MILLAN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:

OTORRINOLARINGOLOGIA

México D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

268709

1998



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.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
RECIBIDO
OCT. 29 1998
GENERAL DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

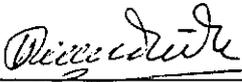
I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

**INJERTOS AUTOLOGOS CON FASCIA DEL TEMPORAL
EN DORSOS NAALES HUNDIDOS**

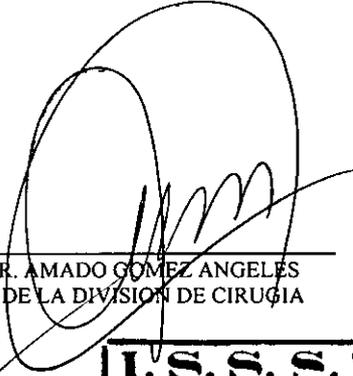
TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESENTA

DR. VICTOR RENE CONTRERAS MILLAN



DR. GUILLERMO AVENDAÑO MORENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA



DR. AMADO GÓMEZ ANGELES
COORDINADO DE LA DIVISION DE CIRUGIA



DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

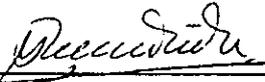
I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ OCT. 29 1998 ★
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

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

INJERTOS AUTOLOGOS CON FASCIA DEL TEMPORAL
EN DORSOS NASALES HUNDIDOS

TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGIA
PRESENTA

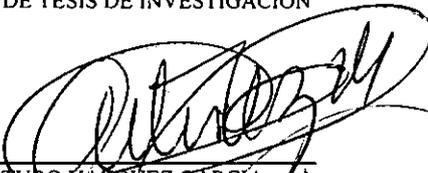
DR. VICTOR RENE CONTRERAS MILLAN



DR. GUILLERMO AVENDAÑO MORENO
ASESOR DE TESIS DE INVESTIGACION



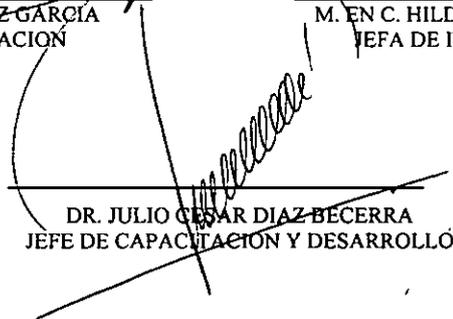
DR. MARTIN R. CASTAÑEDA DE LEON
ASESOR DE TESIS DE INVESTIGACION



DR. ARTURO VAZQUEZ GARCÍA
VOCAL DE INVESTIGACION



M. EN C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
JEFA DE INVESTIGACION



DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS
OCT. 23 1998
JEFATURA DE
INVESTIGACION

A CYNTHIA MI ESPOSA:

POR SU AMOR, AYUDA,
APOYO Y COMPRESION.

A MIS PADRES:

QUE GRACIAS A SU APOYO Y ENSEÑANZAS
HICIERON POSIBLE LOGRAR CULMINAR UNA DE
MIS MAS GRANDES METAS.

**CON RESPETO, AFECTO Y GRATITUD A QUIENES
INFLUYERON EN MI FORMACION:**

DR. MARTIN CASTAÑEDA, DR. GUILLERMO AVENDAÑO,
DR. VICTOR L. DELINT, DR. ROBERTO RIOS,
DR. LUIS M. GUTIERREZ

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES DE GENERACION:

HECTOR VALDES Y ELISA TORRES

A DIOS

POR TODO LO QUE ME HA DADO

INDICE

	PAG.
I. RESUMEN	1
II ABSTRACT	2
III INTRODUCCION	3
IV ANTECEDENTES	4
V MATERIAL Y METODOS	7
VI RESULTADOS	9
VII CONCLUSIONES	10
VIII GRAFICAS	11
IX BIBLIOGRAFIA	14

INJERTOS AUTOLOGOS CON FASCIA DEL TEMPORAL EN DORSOS NASALES HUNDIDOS

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, experimental, abierto y descriptivo de 15 pacientes con diagnóstico de Dorso Nasal Hundido de Etiología adquirida sometidos a colocación de Injerto Autologo con Fascia del Temporal en el **Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”** durante el periodo comprendido de Enero de 1996 a Junio de 1998. La mayoría de las causas fueron traumáticas (80%), siendo más predominante en los rangos de edad de 15 a 19 años (26.6%) y de 35 a 39 Años (20%), el área de donde más frecuentemente se tomo injerto fue de cresta iliaca (46.6%); existió mejoría de los planos estéticos en 100%, solo presentándose una complicación (6.6%).

Con estos resultados se concluye que el colocar Injerto Autologo con Fascia del Temporal en Dorsos Nasaes Hundidos es una buena técnica quirúrgica para la corrección adecuada de los mismos en base a una nutrición sanguínea favorable.

PALABRAS CLAVE: INJERTO AUTOLOGO

FASCIA DEL TEMPORAL

AUTOLOGOUS GRAFTS WITH TEMPORALIS FASCIA IN DEPRESSION OF NASAL DORSUM

ABSTRACT

A prospective, longitudinal, experimental, open and descriptive study was done in 15 patients, with diagnosis of saddle nose from adquirede etiology with placement of Autologous Graft with Temporalis Fascia in the **Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"** from the January 1996 to the June 1998.

The mayority of causes were traumatic (80%), principally in rank of ages from 15-19 (26.6%) and 35-39 (20%), the area where most frecuently took grafst were Iliac Crest Bone (46.6%).

There where improvement in the stetic planes in 100%, with onlyone complication (6.6%).

Whit this results it can be concluded that the Autologous Grafts with Temporalis Fascia in Depression of Nasal Dorsum is a good technique to the correction of that deformity in a base of a satisfactory blood nutrition.

KEY WORDS: AUTOLOGOUS GRAFT

TEMPORALIS FASCIA

INTRODUCCION

La nariz con dorso hundido implica una irregularidad de la anatomía normal, ocasionando una disconformidad para el individuo, su corrección es dentro del ámbito de la Cirugía Nasal un apartado especial ya que tiene como objetivo resolver no solo el defecto físico que es notorio, sino problemas psicológicos e incluso psiquiátricos que presentan estas personas que han tenido la desgracia de sufrir el Hundimiento del Dorso Nasal.

Al tratar de corregir los planos estéticos nasales se han usado a través de la historia incontables materiales y tejidos ideándose a su vez innumerables Técnicas y Procedimientos Quirúrgicos.

En los últimos años la colocación de Injertos en las Rinoplastias de aumento han adquirido importancia, existiendo Injertos Heterólogos, Homólogos y Autólogos, siendo este último tipo el más usado. El Injerto puede ser obtenido de cartílago o de hueso, existiendo incontables autores que recomiendan el uso de Injerto de Cresta Iliaca. Se ha notado con el paso del tiempo que al colocar Injertos autólogos en Dorsos Nasales Hundidos, los pacientes muestran discreta reabsorción del injerto, debido a esto se decidió realizar este estudio de investigación colocando injertos autólogos y envolviéndolos con fascia del músculo temporal para lograr con esto mayor vascularidad y aporte nutricio y a su vez mayor viabilidad del injerto.

ANTECEDENTES

Anatómicamente la Pirámide Nasal se divide en 4 partes:

1. La pirámide Ósea, 2. Bóveda Cartilaginosa, 3. Lóbulo y 4. Septum.

Los procesos nasales del hueso frontal, procesos frontales del maxilar y los huesos nasales forman la pirámide ósea.

La Bóveda Cartilaginosa incluye a los cartílagos laterales superiores y parte del Septum Cartilaginoso. El área de la bóveda en donde los huesos nasales se unen a los cartílagos laterales superiores es el centro del soporte del techo nasal, Cottle los llamó **área K** o **Keystone**.

El Lóbulo consiste de punta, alas y columnela.

El Septum Nasal incluye los huesos, nasales, la espina nasal del frontal, la lámina perpendicular del Etmoides, el Vomer, la Cresta Esfenoidal, la Cresta Nasal del Palatino, la Cresta Nasal del Maxilar, la Premaxila, la Espina Maxilar, el Cartílago Cuadrangular, los Cartílagos Laterales Superiores, el Septum Membranoso y la Columnela.

El hundimiento del dorso nasal es una entidad conocida de tiempos inmemoriales, la clasificación más usada para el dorso nasal hundido es:

TIPO I: HUNDIMIENTO A PARTIR DE HUESOS NASALES

TIPO II: HUNDIMIENTO A PARTIR DEL AREA K

TIPO III: DISCRETO HUNDIMIENTO DE AMBOS.

Las causas del hundimiento del dorso nasal pueden ser congénitas o adquiridas.

Aunque existen muchas causas en el hundimiento del dorso nasal de etiología adquirida, se pueden resumir en cuatro apartados.

1. Trauma Mecánico: Puede ocurrir durante el desarrollo intrauterino, en el momento del nacimiento o en cualquier otro momento de la vida.
2. Fracturas: Es usualmente la fractura no tratada pronta y adecuadamente, la que produce el dorso nasal hundido. Existen dos áreas principales que son el soporte de las estructuras nasales. Nasion o Raíz Nasal cuya lesión produce el hundimiento del dorso nasal tipo I. Rinion o área K cuya lesión produce el Hundimiento del Dorso Nasal Tipo II.
3. Hematoma y Absceso Septal: Obstruye el mecanismo de nutrición del cartílago con lo cual se produce reabsorción del mismo.
4. Trauma Quirúrgico: Esto se evita al tratar de no manejar ampliamente los sitios de soporte nasal, actuando de manera conservadora y estar pendientes a fin de detectar tempranamente alguna situación que pudiese producir el hundimiento.

El Dorso Nasal Hundido produce obstrucción nasal debido a alteración de las características del flujo, la resistencia y por ende del ciclo nasal normal; al alterarse el ciclo nasal la humedad y regulación de la temperatura del aire es inadecuada siendo causa de procesos inflamatorios. Algunos pacientes refieren Hiposmia, esto puede atribuirse a lesión de la zona olfatoria.

Para la corrección de la deformidad nasal existe la rinoplastía de aumento y esto se puede lograr con la colocación de injertos o implantes.

Los injertos pueden ser de 3 clases:

AUTOLOGOS: Cuando receptor y donador son el mismo.

HOMOLOGOS: Cuando el receptor es otro pero de la misma especie que el donador.

HETEROLOGOS: Cuando el receptor es de diferente especie a la del donador.

Los injertos a su vez pueden ser cartilagosos y óseos. Los sitios más frecuentes de obtención de injerto cartilaginoso son: SEPTUM, AURICULA, COSTILLA. Los sitios más comunes para la toma de injerto óseo son: Cortical de Mastoides y Cresta Iliaca.

Además de utilizar un injerto es necesario que se cree un medio adecuado para recibir el trasplante, es decir un buen lecho receptor; debe existir una adecuada vascularidad del lecho con el injerto para evitar la reabsorción del mismo, esto se logra colocando fascia del músculo temporal cubriendo completamente el injerto y debido al gran número de vasos sanguíneos contenidos en la fascia estos logran una irrigación adecuada y pronta del injerto transplantado.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio prospectivo, longitudinal, experimental, abierto y descriptivo en 15 pacientes con Dorso Nasal Hundido.

Sometidos a colocación de Injerto Autologo con Fascia del Temporal de Enero de 1996 a Junio de 1998.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON:

- Pacientes con Dorso Nasal Hundido de Etiología Adquirida.
- Pacientes mayores de 15 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION FUERON:

- Pacientes con Dorso Nasal Hundido de Etiología Congénita.
- Pacientes menores de 15 años de edad.
- Pacientes con padecimientos autoinmunes.
- Pacientes no derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- Pacientes operados fuera del periodo establecido.

LOS CRITERIOS DE ELIMINACION FUERON:

- Pacientes con traumatismos nasales posteriores a la intervención quirúrgica.

- Pacientes que dejen de asistir a control.
- Diagnostico postoperatorio de enfermedad autoinmune.

A todos los pacientes que cubrieron los criterios de inclusión se les efectuaron los siguientes estudios: BH, QS, TP, TPT, EGO, T.C. de nariz y senos paranasales al igual que fotografías médicas en proyección frontal, basal lateral e izquierda. Los pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica para corrección del Dorso Nasal Hundido con colocación de Injerto Autologo (cartílago y/o hueso) con Fascia del Temporal, valorando la mejoría de los planos estéticos así como complicaciones a corto o mediano plazo. Finalmente los resultados fueron presentados en gráficas.

RESULTADOS

Durante el intervalo de estudio ingresaron al servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", 17 pacientes con diagnóstico de Dorso Nasal Hundido, de los cuales se excluyeron 2 por no contar con la edad mínima requerida (15 años).

Del total de 15 pacientes 7 (46.6%) fueron mujeres y 8 (53.3%) hombre. (Gráfica 1).

La causa más frecuente del Dorso Nasal Hundido fue Traumática 12 pacientes (80%) contra Post - Quirúrgica 3 pacientes (20%). (Gráfica 2)

El rango de edad fluctuó de los 15 a los 49 años siendo más frecuente de 15-19 años con 4 pacientes(26.6%) (Gráfica 3).

Las áreas donadoras fueron Cresta Ilíaca con 7 pacientes (46.6%), Cartílago Septal 4 pacientes (26.6%) y Cortical de Mastoides 4 pacientes (26.6%). (Gráfica 4)

Se encontró únicamente 1 paciente con complicación (6.6%) siendo infección localizada y 14 pacientes (93.3%) no presentaron complicación alguna. (Gráfica 5).

Existió mejoría del ángulo nasofrontal y ángulo nasofacial en los 15 pacientes sin evidencia de reabsorción (100%). (Gráfica 6)

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos consideramos que es el hueso el injerto más apropiado para la corrección adecuada del Dorso Nasal Hundido.

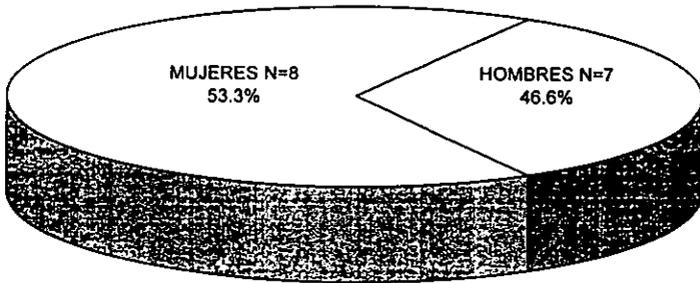
La mayoría de las causas del origen del dorso nasal hundido adquirido es de etiología traumática (80%) a diferencia de la posquirúrgica (20%) estando esto en relación a la literatura mundial por diversos autores.

De los casos presentados solo se contó una complicación (6.6%) siendo esta de infección nasal localizada debido a deficientes cuidados postoperatorios intradomiciliarios, remitiendo al indicar doble esquema de antibióticos sin haber necesidad de retirar el injerto.

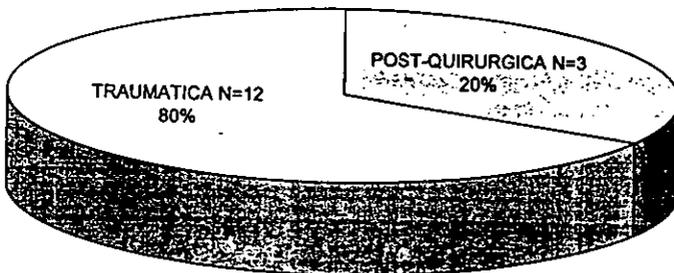
En las citas de control postoperatorias no se ha presentado reabsorción del injerto por lo cual podemos concluir que el colocar fascia del temporal al injerto autólogo transplantado es una excelente técnica evitando la reabsorción del injerto debido a un aporte sanguíneo pronto y adecuado ayudado por la vascularidad de la Fascia del Temporal evitando con esto reintervenciones posteriores.

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

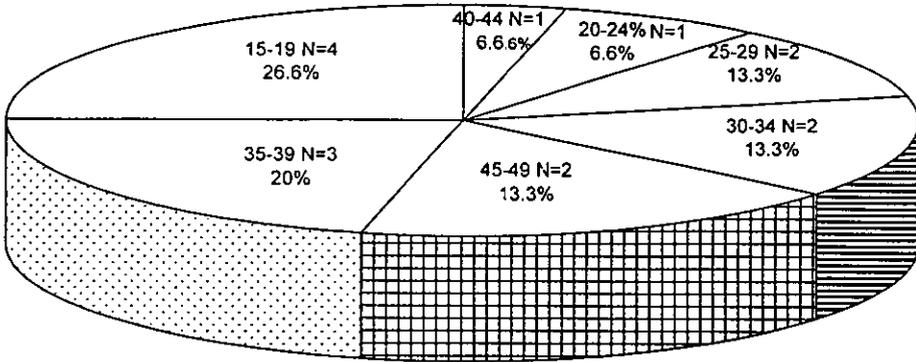
**DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON
DORSO NASAL HUNDIDO**



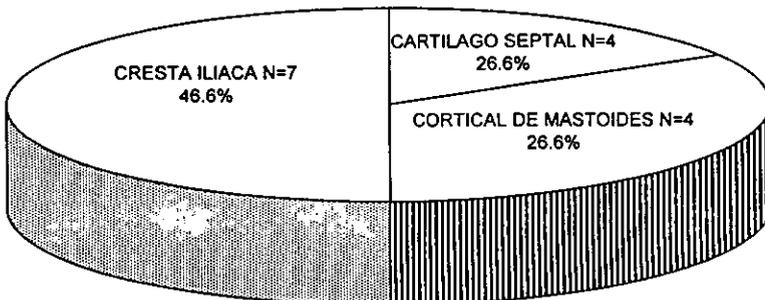
ETIOLOGIA DEL DORSO NASAL HUNDIDO



RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON COLOCACION DE INJERTO AUTOLOGO CON FASCIA DEL TEMPORAL

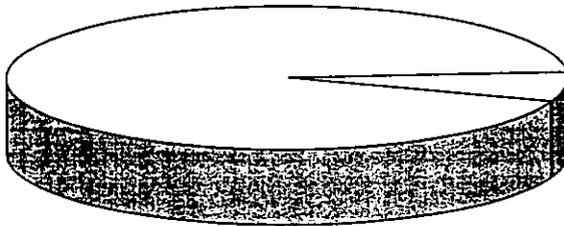


AREAS DONADORAS PARA INJERTOS AUTOLOGOS



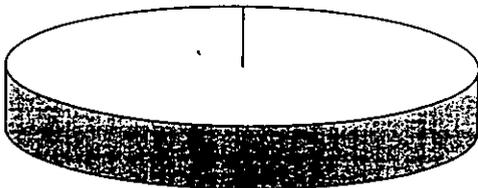
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN COLOCACION DE INJERTOS AUTOLOGOS CON FASCIA DEL TEMPORAL

SIN COMPLICACIONES N=14 93.3%

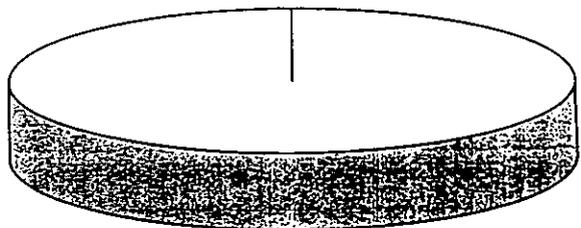


COMPLICACIONES N=1 6.6%

CORRECCION DE PLANOS ESTETICOS NASALES



ANGULO NASOFRONTAL N=15 100%



ANGULO NASOFACIAL N=15 100%

BIBLIOGRAFIA

1. AIACH G. LA RINOPLASTIA POR VIA EXTERNA CONSIDERACIONES FILOSOFICAS Y TECNICAS. CIRUGIA PLASTICA IBERO-LATINOAMERICANA. 1993; XIX: 337-351
2. AMEDEO G. COLONNA M. EL CONCEPTO DE BELLEZA. CIRUGIA PLASTICA IBERO- LATINOAMERICANA. 1992; XVIII: 61-66
3. BAKER TM, COURTISS EH. TEMPORALIS FASCIA GRAFTS IN OPEN SECONDARY RHINOPLASTY. PLAST RECONSTR SURG. 1994; 93 (4): 802-810
4. CLIENEY ML, GLIKLICH RE. THE USE OF CALVARIAL BONE IN NASAL RECONSTRUCTION. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG. 1995; 121: 643-648
5. GUERREROSANTOS J. TEMPOROPARIETAL FREE FASCIA GRAFTS IN RHYNOPLASTY. PLAST RECONSTR SURG. 1984; 74: 465-474
6. GUYURON B, FRIEDMAN A. THE ROLE OF PRESERVED AUTOGENOUS CARTILAGE GRAFT IN SEPTORHINOPLASTY. ANN PLAST SURG. 1994; 32(3): 255-260.
7. HORTON CE, MATTHEWS MS. NASAL RECONSTRUCTION WITH AUTOLOGOUS RIB CARTILAGE: A 43 YEAR FOLLOW – UP. PLAST RECONSTR SURG. 1992 JAN; 89 (1): 131-135
8. MILLER TA. TEMPORALIS FASCIA GRAFTS FOR FACIAL AND NASAL AUGMENTATION. PLAST RECONSTR SURG. 1988; 81: 524-533

9. HINDERER KENNETH H. FUNDAMENTOS DE ANATOMIA Y CIRUGIA DE LA NARIZ. AESCULAPIUS PUBLISHING COMPANY.
10. PLANAS J. LA NARIZ EN SILLA DE MONTAR. CIRUGIA PLSTICA IBERO-LATINOAMERICANA. 1993; XIX: 353-359
11. RIBEIRO L, ACCORZI A, MUZZY S, ARGENZIO V, VERRI G. CARTILAGO Y/O FASCIA TEMPORAL EN RINOPLASTIAS PRIMAIRAS O SECUNDARIAS. CIRUGIA PLSTICA IBERO-LATINOAMERICANA. 1993; XIX: 361-369
12. SILVER WE, GOLBERG J. NASAL GRAFTS AND IMPLANTS. FACIAL PLAST SURG CLIN. 1994; 2: 477-499
13. STUZIN JM, KAWAMOTO HK. SADDLE NOSE DEFORMITY. CLIN PLAST SURG. 1988; 15: 83-93
14. SULLIVAN WG, SZWAJKUN PR. REVASCULARIZATION OF CRANIAL VERSUS ILIAC CREST BONE GRAFTS IN THE RAT. PLAST RECONSTR SURG. 1991; 87: 1105-1109.
15. TESSIER P. METHODS AND LONG TERM RESULTS OF BONE GRAFTING IN THE NOSE. AESTHETIC COUNTOURING OF THE CRANIOFACIAL SKELETON. 1991: 257- 291.
16. MURAKAMI CS, COOK TA GUIDA RA. NASAL RECONSTRUCTION WITH ARTICULATED IRRADIATED RIB CARTILAGE. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG. 1991; 117: 327-330.