

CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"

ISSSTE

"NUEVA ALTERNATIVA PARA LA CORRECCION
DEFINITIVA DE ATRESIAS Y SINEQUIAS
VESTIBULARES (REFRACTARIAS)"

PRESENTA:

DRA. JEANET ESPINOSA BAUTISTA

ASESOR DR. ROBERTO REYES MARQUEZ

MEXICO, D.F.

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Centro Hospitalario "20 de Noviembre"

ISSSTE

" Nueva alternativa para la corrección definitiva
de atresias y sinequias vestibulares (refractarias)"

Presenta:

Dra. Jeanet Espinosa Bautista

Asesor: Dr. Roberto Reyes Marquez

México D.F.

1999

PA

Dr. Manuel González Vivjan
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

Dr. Raúl Arnoldo Esparza Avila
COORDINADOR DE ENSEÑANZA.

Dr. Mauricio Disolvio López
COORDINADOR DE INVESTIGACION.

Dr. Humberto Hurtado Andrade.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE CIRUGIA.

Dr. Ramon Cuenca Guzmán
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y JEFE DEL SERVICIO
DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA.

Dr. Roberto Reyes Márquez
ASESOR DE TESIS

Dra. Jeanet Espinosa Bautista
AUTOR DE TESIS.



[Handwritten signatures and scribbles]

F.P.

[Handwritten signature: Jeanet Espinosa B]

"NUEVA ALTERNATIVA PARA LA CORRECCION DEFINITIVA -
DE ATRESIAS Y SINEQUIAS VESTIBULARES (REFRACTARIAS)"

PRESENTA: DRA. JEANET ESPINOSA BAUTISTA

ASESOR: DR. ROBERTO REYES MARQUEZ

CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE".

I N D I C E

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	15
DISCUCION.....	16
CONCLUSIONES.....	17
CUADROS Y FIGURAS.....	
BIBLIOGRAFIA.....	

R E S U M E N

LAS SINEQUIAS Y ATRESIAS NAALES ES UNA PATOLOGIA FRECUENTE EN PACIENTES POST-OPERADOS DE RINOPLASTIA POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA COMO POR NUESTRO SERVICIO, PRESENTANDO COMO SECUELAS PROBLEMAS DE RINOFONIA, CUADROS DE SINUSITIS REPETITIVAS Y OTROS PROBLEMAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS ALTAS POR LO QUE LA CORRECCIÓN TEMPRANA CONTRIBUIRÁ AL BIENESTAR BIO-PSICO SOCIAL DEL PACIENTE.

POR LO ANTERIOR NOSOTROS NOS BASAMOS EN LA TÉCNICA DEL COLGAJO MUCOPERIOSTICO DE SULCUS SUPERIOR DE LA BOCA PARA LA CORRECCIÓN DE ESTE PROBELAMA ADEMÁS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS AGREGADOS A EL.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS INDICAN QUE ESTÁ TÉCNICA ES ADECUADA LOGRANDO REESTABLECER LA VALVULA INTERNA.

I N T R O D U C C I O N

LA DESTREZA EN LA CIRUGÍA NASAL, SE BASA EN EL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA DE LA NARIZ, Y EL FUNDAMENTO DE ESTE CONOCIMIENTO ES EL ENTENDIMIENTO DEL DESARROLLO DE ESTE ÓRGANO DESDE SU PRINCIPIO.

LA NARIZ ES UNO DE LOS PRIMEROS ÓRGANOS QUE SE DESARROLLAN EN EL EMBRIÓN HUMANO. DURANTE LA TERCERA SEMANA EMBRIONARIA, EMERGEN DE LA PARED CEREBRAL ANTERIOR DOS ENGROSAMIENTOS EPITELIALES DENOMINADOS, PLACODAS OLFATORIAS. DURANTE LA CUARTA SEMANA, LA PERIFERIA DE LAS PLACODAS ASUME FORMA DE HERRADURA Y EN SU CENTRO SE FORMA UN HUNDIMIENTO QUE SON LAS FOSAS OLFATORIAS LAS CUALES DIVIDEN EL BORDE CAUDAL DEL PROCESO FRONTAL NASAL EN PARTES MEDIAL Y LATERAL LAS QUE SE UNIRÁN POSTERIORMENTE EN LA LÍNEA MEDIA, PARA FORMAR COLUMNELA FILTRUM Y PROCESOS PREMAXILARES.

EL CRECIMIENTO CONTINUO DIRIGE LA FUSIÓN DE LOS PROCESOS MAXILARES Y NASAL MEDIO PARA COMPLETAR EL LÍMITE INFERIOR DEL VESTÍBULO NASAL Y EL ALA (7). LA COMPRESIÓN CONSTANTE DE LOS TEJIDOS ENTRE LAS DOS FOSAS OLFATORIAS DA LUGAR A LA FORMACION DEL SEPTUM NASAL PRIMARIO. EN ESTA ETAPA LA-

NARIZ PRIMITIVA ESTÁ ABIERTO DIRECTAMENTE A LA CAVIDAD ORAL Y LA LENGUA DESCANSA CONTRA LAS COANAS.

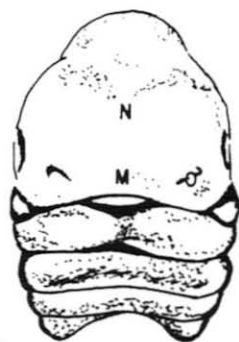
DURANTE LA ÚLTIMA PARTE DEL SEGUNDO MES FETAL EL SEPTUM - NASAL PRIMARIO CRECE FIRMEMENTE HACIA ATRAS, ASÍ COMO HACIA LA PARTE ANTERIOR DE LA BOCA.

EL SEPTUM NASAL SE UNE CON EL PALADAR EMPEZANDO POR EL FORAMEN NASOPALATINO ALREDEDOR DE LA DÉCIMA SEMANA.

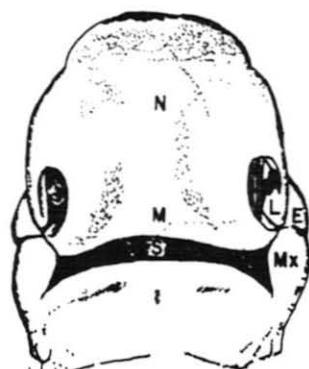
EN EL EMBRIÓN DE 3 DÍAS LA PARED NASAL ES LISA Y PRESENTA SURCOS CUBIERTOS POR MUCOSA.

LA DIFERENCIA DE LAS PAREDES LATERALES NAALES SE INICIA -- MEDIANTE ANTES DE LAS SALIENTES PALATINAS (ALREDEDOR DE -- DÍA 45) E INCLUYE SÓLO LA CAVIDAD NASAL PRIMARIA.

LAS ESTRUCTURAS DERIVADAS DEL PROCESO NASAL MEDIAL FORMAN LA COLUMELA Y PARTE MEDIA DEL LABIO SUPERIOR LA PREMAXILA, EL CARTILAGO CUADRANGULAR, LA LAMINA PERPENDICULAR DEL ETMOIDES, EL VOMER Y EL PROCESO NASAL DEL MAXILAR. LA NARIZ



A 26-28 DIAS



B 30-32 DIAS

- N PROCESO NASO FRONTAL
- O FOSETA OLFATORIA
- M PROCESO MEDIANO
- L PROCESO LATERAL
- S ESTOMODEO
- Mx PROCESO MAXILAR
- E OJO
- G PROCESO GLOBULAR



C 36 DIAS

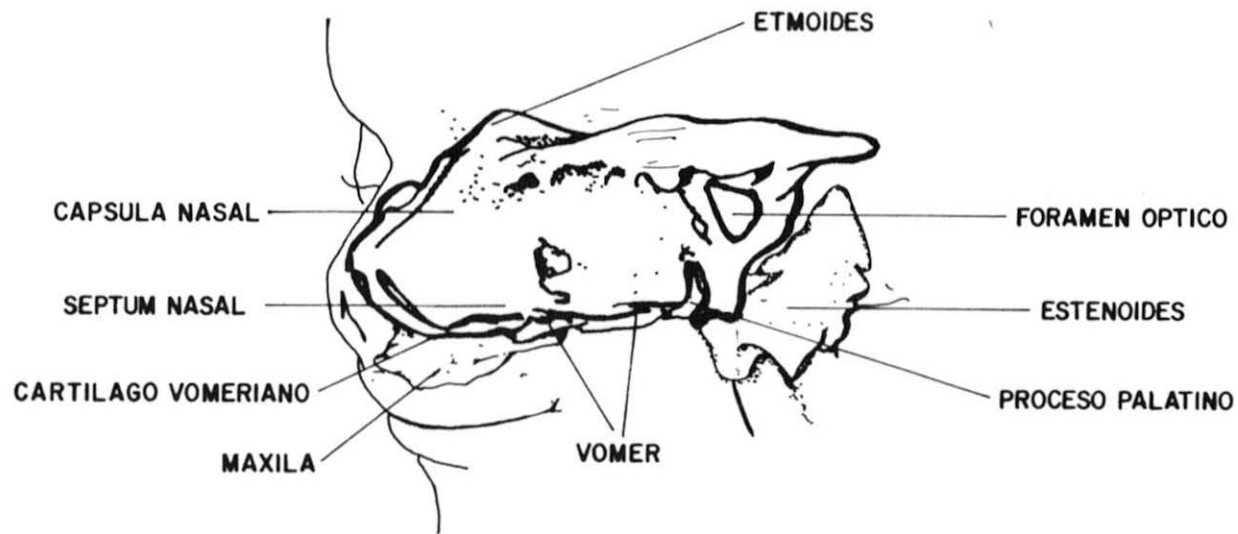


D 38 DIAS

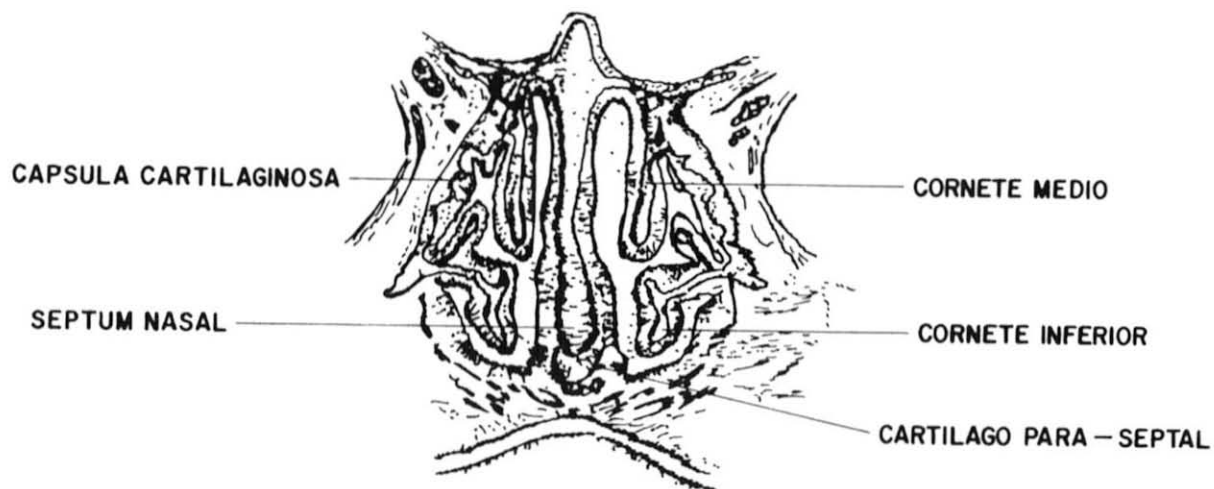


FETO

E 4 MESES



**CAPSULA CARTILAGINOSA NASAL (KOLLMAN)
FETO HUMANO DE 4 MESES**



**SENOS NAALES ACCESORIOS (DAVIS)
SECCION MEDIA CORONAL DE LA CAPSULA
NASAL CARTILAGINOSA EN FETO HUMANO
DE 4 MESES**

EXTERNA SE DESARROLLA EN LA EDAD FETAL TEMPRANA, DURANTE LA CUARTA SEMANA. EN LA SEPTIMA SEMANA, CUANDO EL FETO TIENE APROXIMADAMENTE 17 MM. DE LONGITUD SE UNE EL PROCESO MAXILAR CON EL NASAL LATERAL Y MEDIAL CREANDO LAS NARINAS ANTERIORES, LAS CUALES PERSISTIRÁN A TRAVÉS DE LA VIDA (10).

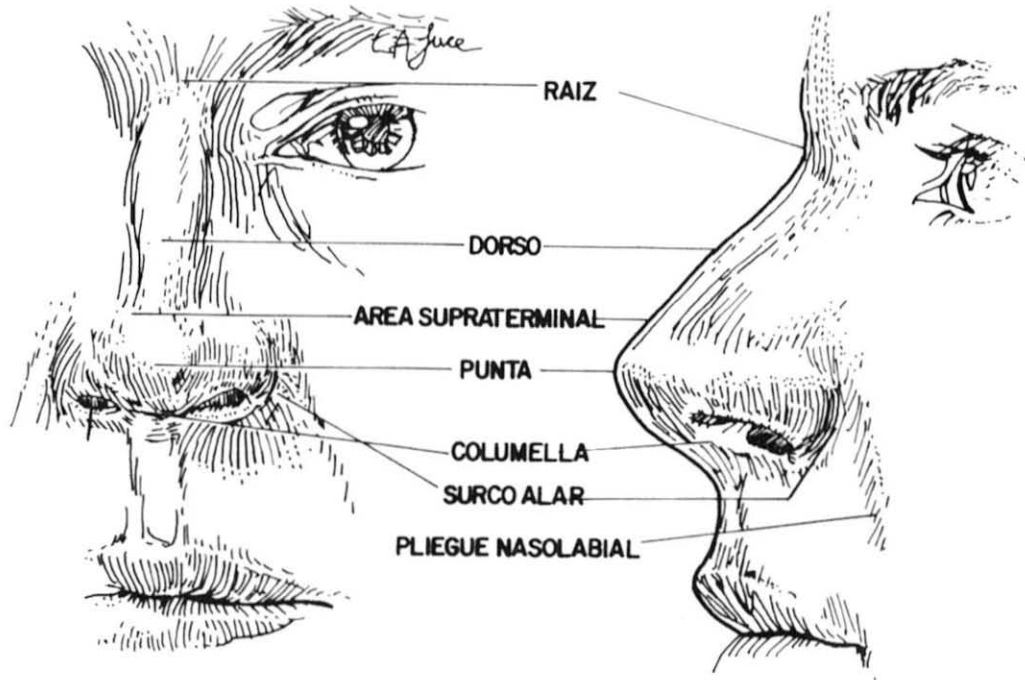
LA CÁPSULA CARTILAGINOSA DEL ÓRGANO OLFATORIO SE DESARROLLA EN EL MESODERMO DE LOS PROCESOS NAALES MEDIALES Y LATERALES Y LA FUSIÓN DE LA MÁXILA. DEITH HA DENOMINADO ESTA CÁPSULA, LA CUAL ESTÁ BIÉN DESARROLLADA EN EL CUARTO MES FETAL.

EL "CORAZÓN DE LA CARA", (12)

ANATOMICAMENTE, LA NARIZ SE CONFORMA COMO UNA PIRÁMIDE LA CUAL POSEE UNA ESTRUCTURA OSTEOCARTILAGINOSA CUBIERTA CON TEJIDOS BLANDOS FORMADOS POR PIEL, TCS, MUSCULO Y EPITELIO.

LA ANATOMÍA DE LA SUPERFICIE DE LA NARIZ SE OBSERVA EN LA FIG.(3) Y EL OSTEOCARTILAGINOSO EN LA FIG. (4).

LA NARIZ PUEDE SER DIFIDIDO EN 3 COMPONENTES (5) LA BÓVEDA ÓSEA (APÓFISIS FRONTAL DEL MAXILAR SUPERIOR Y LOS HUESOS - NAALES), LA BÓVEDA CARTILAGINOSA SUPERIOR (LOS CARTILAGOS



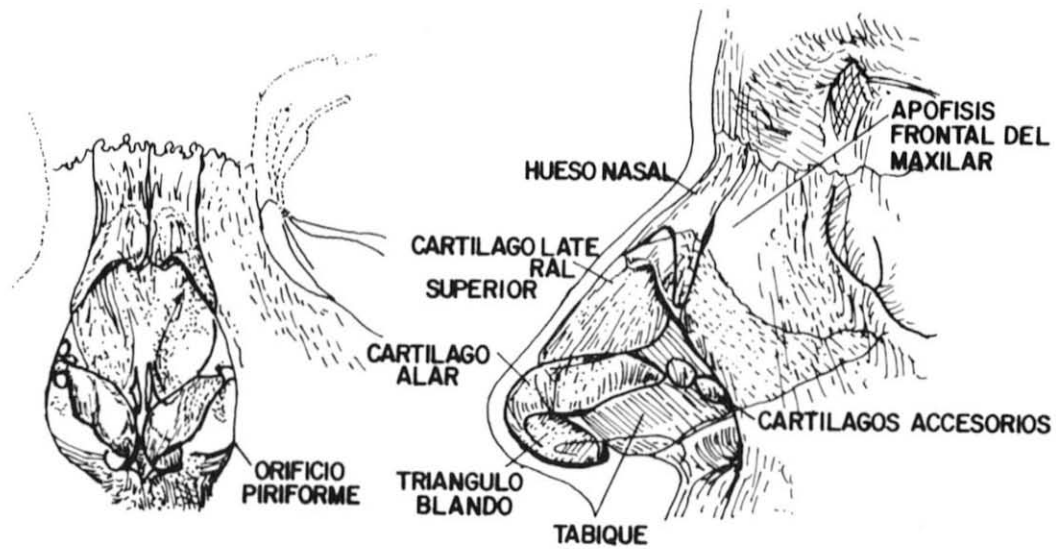
ANATOMIA DE LA SUPERFICIE NASAL

LATERALES SUPERIORES), Y LA BÓVEDA CARTILAGINOSA INFERIOR (LOS PILARES LATERALES, MEDIOS, LAS ALAS, LOS LÓBULOS ALARES, LOS ORIFICIOS NASALES EXTERNOS LA COLUMELA Y EL TABIQUE MEMBRANOSO).

EN LA PIRAMIDE NASAL ENCONTRAMOS LOS ORIFICIOS NASALES EXTERNOS QUE ADMITEN AIRE EN LOS VESTIBULOS NASALES EL CUAL ESTÁ DELIMITADO POR DETRÁS POR LOS ORIFICIOS NASALES EXTERNOS LLAMADOS POR MINK EN 1903 (6) COMO VALVULAS NASALES -- LAS CUALES SON LAS QUE CONTROLAN EL FLUJO AÉREO EN LAS FOSAS NASALES INTERNOS, CONTROLANDO ASÍ EL FLUJO DE AIRE EN EL TRACTO NASOFARINGEOTRAQUEAL (1).

EL VESTÍBULO, ANTECAMARA DE LA FOSA NASAL FORMA LA PARTE CAUDAL DEL SUELO DE LA NARIZ Y SE EXTIENDE BAJO EL DOMO DE LOS CARTILAGOS ALARES. DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO ESTA ES LA ESTRUCTURA ANATÓMICA MAS IMPORTANTE DE LA NARIZ. ES FÁCILMENTE VISIBLE CUANDO SE RETRAE EL ALA NASAL, MOMENTO EN QUE PROTRUYE EL BORDE INFERIOR DEL CARTÍLAGO LATERAL.

ESTA ZONA HA SIDO DENOMINADA UMBRAL DE LA NARIZ POR ZUKERHANDI (11). EL PLIEGUE FORMADO POR EL BORDE POSTERIOR SALIENTE DEL CARTÍLAGO LATERAL SE PROLONGA HACIA ABAJO Y --



MARCO OSTEOCARTILAGINOSO DE LA NARIZ

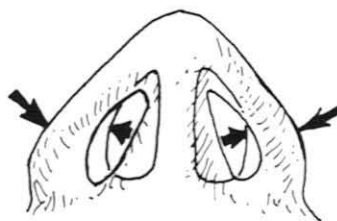
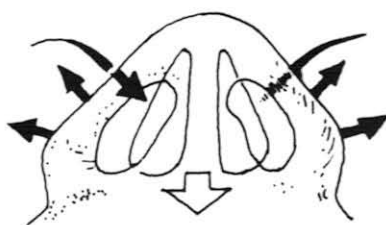
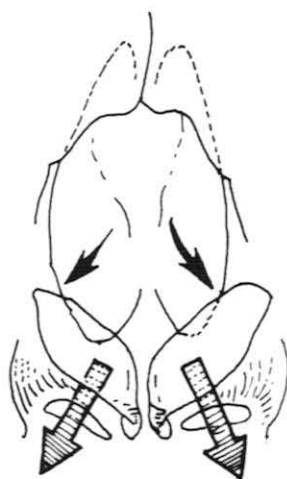
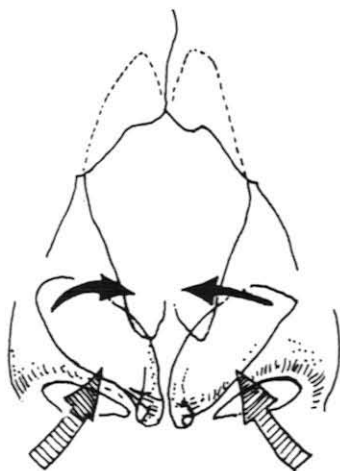
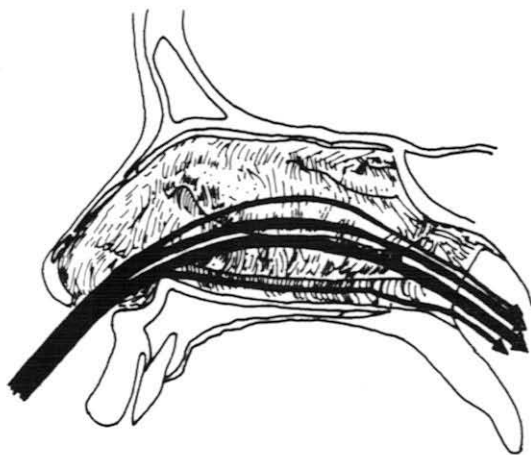
ADENTRO FORMANDO EL PLIEGUE VESTIBULAR POSTERIOR. LA CRESTA QUE YACE POR DETRÁS DEL VESTÍBULO DELIMITA EL VESTÍBULO EN SU PORCIÓN CEFÁLICA Y SE PARA EL VESTÍBULO DE LA FOSA NASAL PROPIAMENTE DICHA.

EL VESTÍBULO SE DELIMITA ANTERIORMENTE POR EL BORDE MEDIAL DEL ALA NASAL, SOBRE EL PISO POR EL PLIEGUE DEL ORIFICIO NASAL ANTERIOR Y POR DETRÁS POR EL PLIEGUE VESTIBULAR POSTERIOR (9).

EL VESTÍBULO ESTÁ CUBIERTO POR EPITELIO ESCAMOSO CONTENIENDO NUMEROSOS PELOS (VIBRISAS) Y GLANDULAS CEBASEAS.

LAS VALVULAS NAALES CONTROLAN EL FLUJO DE AIRE EN LA FOSANASAL; DE ESTA FORMA EL VESTIBULO SIRVE COMO APARATO QUE -- ACONDICIONA, CALIENTA, FILTRA Y HUMEDece EL AIRE INSPITADO. EL BORDE CAUDAL DEL CARTÍLAGO LATERAL ES LA PUERTA DE ENTRADA DE LA FOSA NASAL Y ESTA RECUBIERTO POR MUCOSA. LA PORCIÓN RESPIRATORIA DE LA FOSA NASAL ESTÁ CUBIERTA POR TEJIDO COLUMNAR, SEUDO ESTRAFICADO Y CILIADO (12) FISIOLÓGICAMENTE LA PUNTA DE LA NARIZ Y LOS ORIFICIOS NAALES DESMPEÑAN UN IMPORTANTE PAPEL EN EL FLUJO Y LA RESISTENCIA DE LA COMENTE AÉREA. LOS ORIFICIOS NAALES MUY ESTRECHOS DIFICUL

FISIOLOGIA DE LA VALVULA NASAL INTERNA



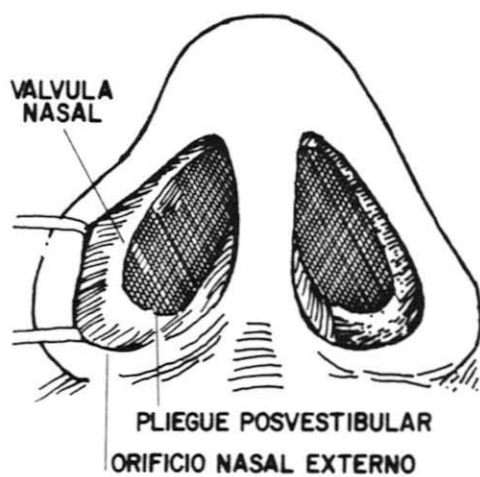
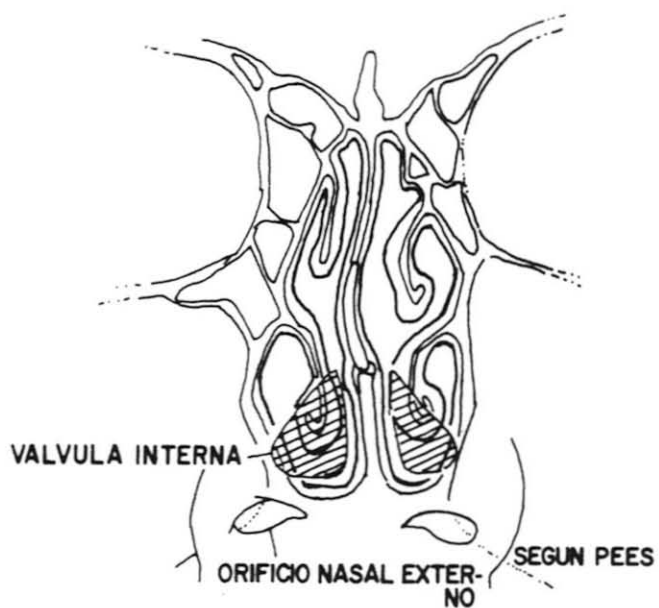
TAN EL PASAJE DEL AIRE, DE IGUAL FORMA QUE LO HACEN LAS PUNTAS CON DESVIACIÓN Y RETRACCIÓN , EN PACIENTES CON ESTOS PROBLEMAS POSTERIOR A CIRUGÍA EL FLUJO AÉREO ES DIRIGIDO, EN SU PASO POR EL VESTÍBULO HACIA LA ZONA ALTA DE LA CAVIDAD NASAL O TAMBIÉN-- SE PUEDE DIRIGIR HACIA ABAJO Y A LO LARGO DE LA CAVIDAD NASAL - LA VÁLVULA INTERNA SE ESTRECHA DURANTE LA INSPIRACIÓN PROFUNDA-- DEBIDO AL AUMENTO DE LA PRESIÓN NEGATIVA DESARROLLADA EN EL ÁR-- BOL RESPIRATORIO (8). CON EL CAMBIO DEL CONTORNO DE LA VÁLVULA INTERNA AUMENTA LA RESISTENCIA DEL FLUJO AÉREO CON LO QUE SE MO-- DIFICAN LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTE FLUJO, DURANTE LA ESPIRA--- CIÓN, LA PRESIÓN DE LA CORRIENTE AÉREA SE HACE POSITIVA Y LA ZO-- NA DE LA VÁLVULA MUESTRA AUMENTO DE SU DIÁMETRO.(9).

LA DISRRUPCIÓN DE LA VÁLVULA INTERNA Y LA PÉRDIDA DE LA INTE-- GRIDAD ESTRUCTURAL DE LA BÓVEDA CARTILAGINOSA INFERIOR DETERMI-- NAN UN ESFUERZO INSPIRATORIO (PRESIÓN INTRANASAL NEGATIVA) CA-- RACTERIZADA POR EL COLAPSO ALAR O EL ESTRECHAMIENTO MARCADO DE LOS ORIFICIOS NAsALES. (8).

LA DESVIACIÓN DEL TABIQUE, LAS SINEQUIAS, ATRESIAS Y FIBROSIS EN LA ZONA DE LA VALVULA INTERNA INTERFIEREN CON LA FUNCIÓN - DE LA VÁLVULA Y DETERMINAN OBSTRUCCION NASAL.

EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA RINOPLÁSTIA SE UTILIZÁN, 3- 4 ABORDAJES LOS CUALES SON:

LOCALIZACION DE LA VALVULA NASAL INTERNA



1. MARGINAL
2. TRASCARTILAGINOSO
3. INTERCARTILAGINOSO

OPEN - TIP.

SHEEN EN UN SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS EN PACIENTES POST-OPERADOS DE RINOPLASTIAS SECUNDARIAS DEMOSTRÓ QUE EL 30% DE ELLOS TIENEN DISMINUCIÓN DEL VESTÍBULO NASAL, OCASIONADO ESTO POR UNA SINEQUIA COMO CONSECUENCIA DE UNA SOBRE RESECCIÓN DE MUCOSA- CON LA TÉCNICA TRASCARTILAGINOSA. (5).

DEFINIMOS LA SINEQUIA COMO UNA ADHERENCIA O CICATRIZ PARCIAL DE LA LUZ DEL LUMEN (LUZ DEL VESTÍBULO) Y COMO ATRESIA A LA OCLUSIÓN PARCIAL O TOTAL DEL LUMEN EN TODA SU LONGITUD.

EL MANEJO ACTUAL DE ESTAS SECUELAS POST-OPERATORIAS HA SIDO PRINCIPALMENTE CON Z-PLATIA Y LA REMOCIÓN DE LA ESTENOSIS -- CON LA COLOCACIÓN POSTERIOR DE TAPONAMIENTO IMPREGNADO CARTI COSTEROIDES EL CUAL SERÁ RETIRADO 15 A 21 DÍAS POSTERIORMENTE. (10).

SKOOG PROPUSO LA UTILIZACIÓN DE UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO, - PROCEDIMIENTO QUE LLAMO PRIOSTIOPLASTIA EL CUAL CONSISTE EN-

UNA INCISIÓN A LO LARGO DEL SULCUS, ABARCANDO LA MUCOSA Y EL PERIOSTIO, ELEVANDOLOS AL NIVEL DESEADO Y ROTADOS PARA CUBRIR EL DEFECTO EN LA MAXILA HENDIDA, REALIZANDO INCISIONES RELAJANTES CUANDO SE REQUIERE, CERRANDO POSTERIORMENTE LA MUCOSA CON PUNTOS DE COLCHONERO CON CATGUT. (4).

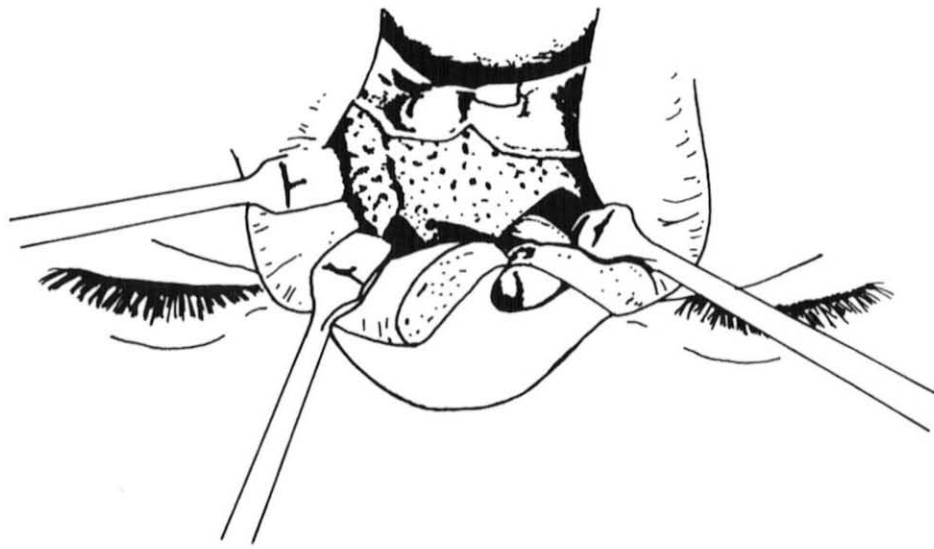
J U S T I F I C A C I O N

EN NUESTRO SERVICIO LAS SINEQUIAS Y ATRESIAS VESTIBULARES SON RELATIVAMENTE FRECUENTES ENTRE LA POBLACIÓN DERECHOHA BIENTE DEL INSTITUTO, YA SEA PACIENTES POST-OPERADOS DE - RINOPLASTIA POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA COMO- POR NUESTRO SERVICIO; ES POR ESTO, LA INQUIETUD DE CREAR- UNA NUEVA TÉCNICA PARA CORREGIR EL PROBLEMA Y POR TANTO - LAS SECUELAS FUNCIONALES QUE SE PRODUCEN COMO CONSECUEN-- CIA Y ASÍ MISMO DISMINUIR EL COSTO QUE CONLLEVA PARA EL - INSTITUTO 1 Ó MÁS CIRUGÍAS CORRECTIVAS Y AHORRAR MOLESTIAS POSTERIORES AL PACIENTE.

MATERIAL Y METODOS

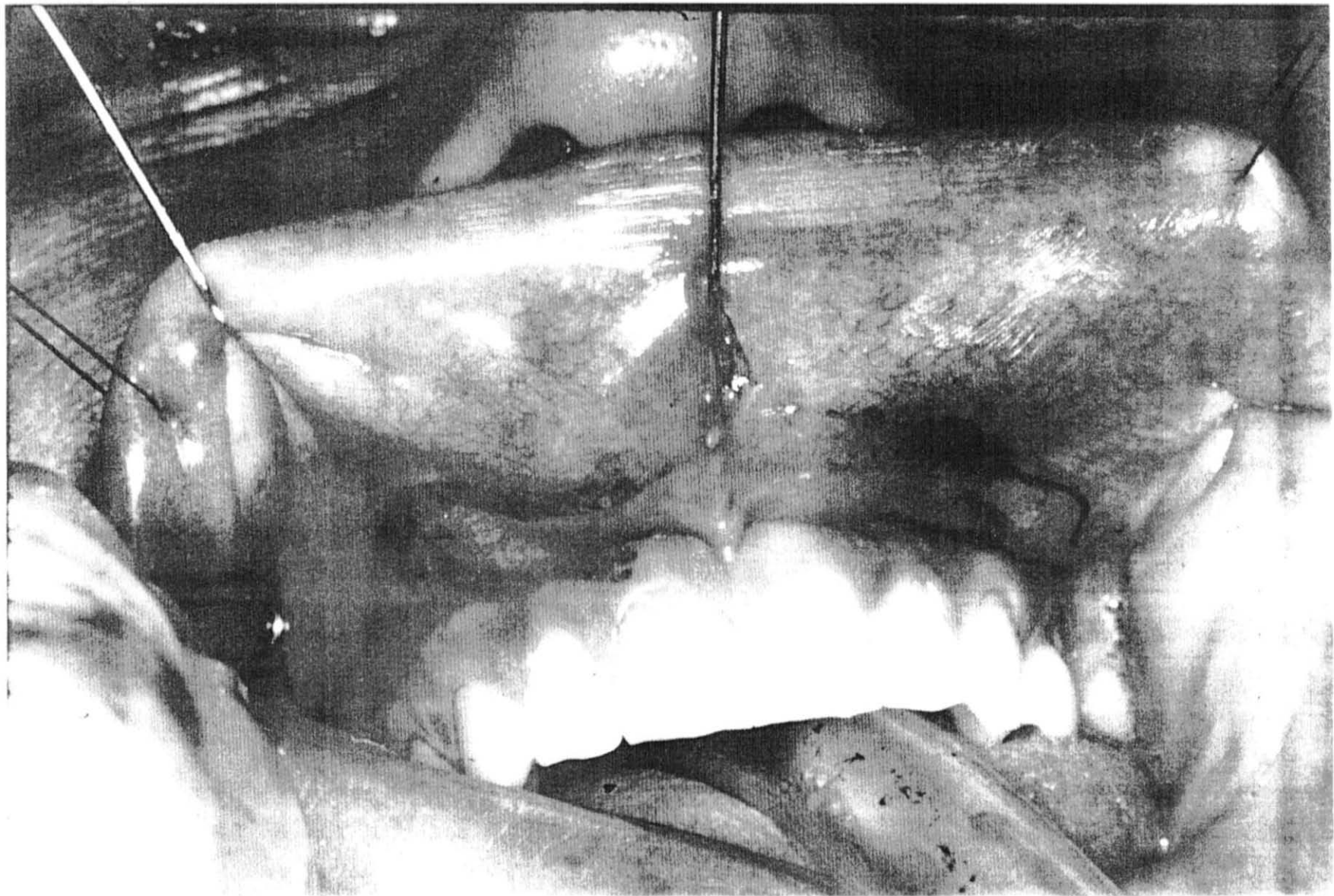
BUSCANDO UNA RESOLUCIÓN DEFINITIVA PARA LA SINEQUIA Y ATRESIA Y PENSANDO EN EL COLGAJO DE PERIOSTICO DE SKOOG, SE NOS OCURRIO QUE PODIAMOS TALLAR UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO DE VESTÍBULO SUPERIOR DE LA BOCA CON PEDICULO LATERAL Y TUNELIZANDOLO--LLEVARLO AL PISO Y PARED LATERAL DEL VESTÍBULO NASAL PARA SUSTITUIR EL FALTANTE DE MUCOSA.

ESTE PROCEDIMIENTO LO PODEMOS EFECTUAR CON ANESTESIA GENERAL O LOCAL COMENZANDO CON UNA INCISIÓN A 1 MM. CEFÁLICO DEL BORDE ALAR NASAL, INICIANDO EN LA CUPULA Y HASTA EL PISO DE LADE LA NARINA PARA CONTINUARLA A TODO LO LARGO DEL VESTÍBULO--DE LA UNIÓN DE LA PARED LATERAL CON EL VESTIBULO, LLEGANDO -MÁS HAYA DE LA ZONA INTERCORTILAGINOSA, PARA ASÍ SEGUIR NUEVAMENTE HASTA EL DORSO DONDE DEBEMOS EXIDIR LA VALVULA; POSTERIORMENTE SE DISECA ESTE COLGAJO DE PEDICULO DORSAL PARA--AVANZARLO, DESLIZÁNDOLO HASTA CUBRIR LA TOTALIDAD DEL DOMO -VESTIBULAR Y SUTURÁNDOLO CON UNOS CUANTOS PUNTOS DE MATERIAL ABSORVIBLE DE 5 Ó 6 -0 QUEDANDO ASÍ, CRUENTA LA PARED LATE--RAL INFERIOR DEL VESTIBULO. HECHO ESTO SE TATUA Y SE TALLA EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO GINGIVAL SUPERIOR DE PEDICULO MEDIAL TAN LARGO Y ANCHO COMO SE REQUIERA, EL CUAL SE PASA AL

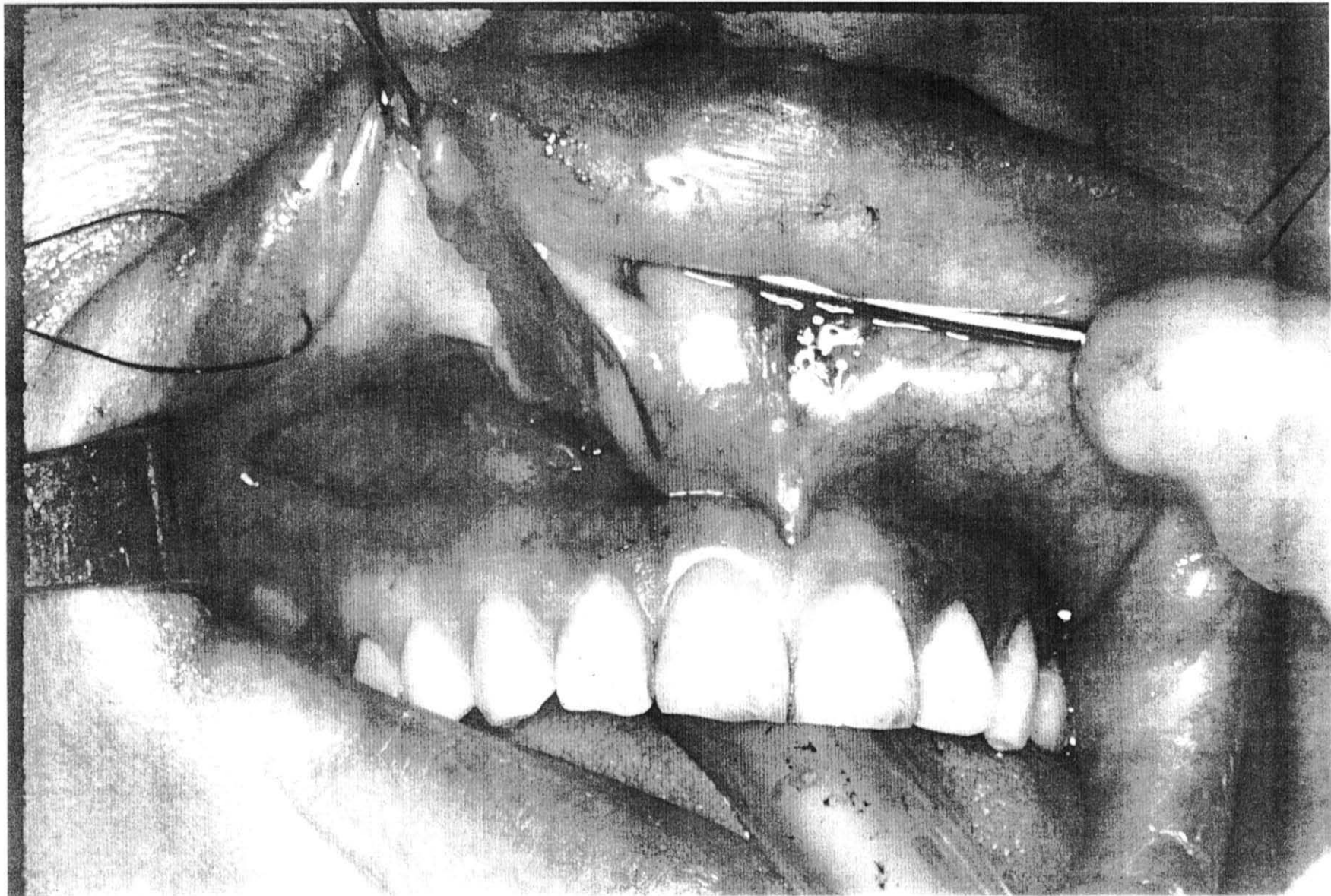


COLGAJO PERIÓSTICO DE SKOOG

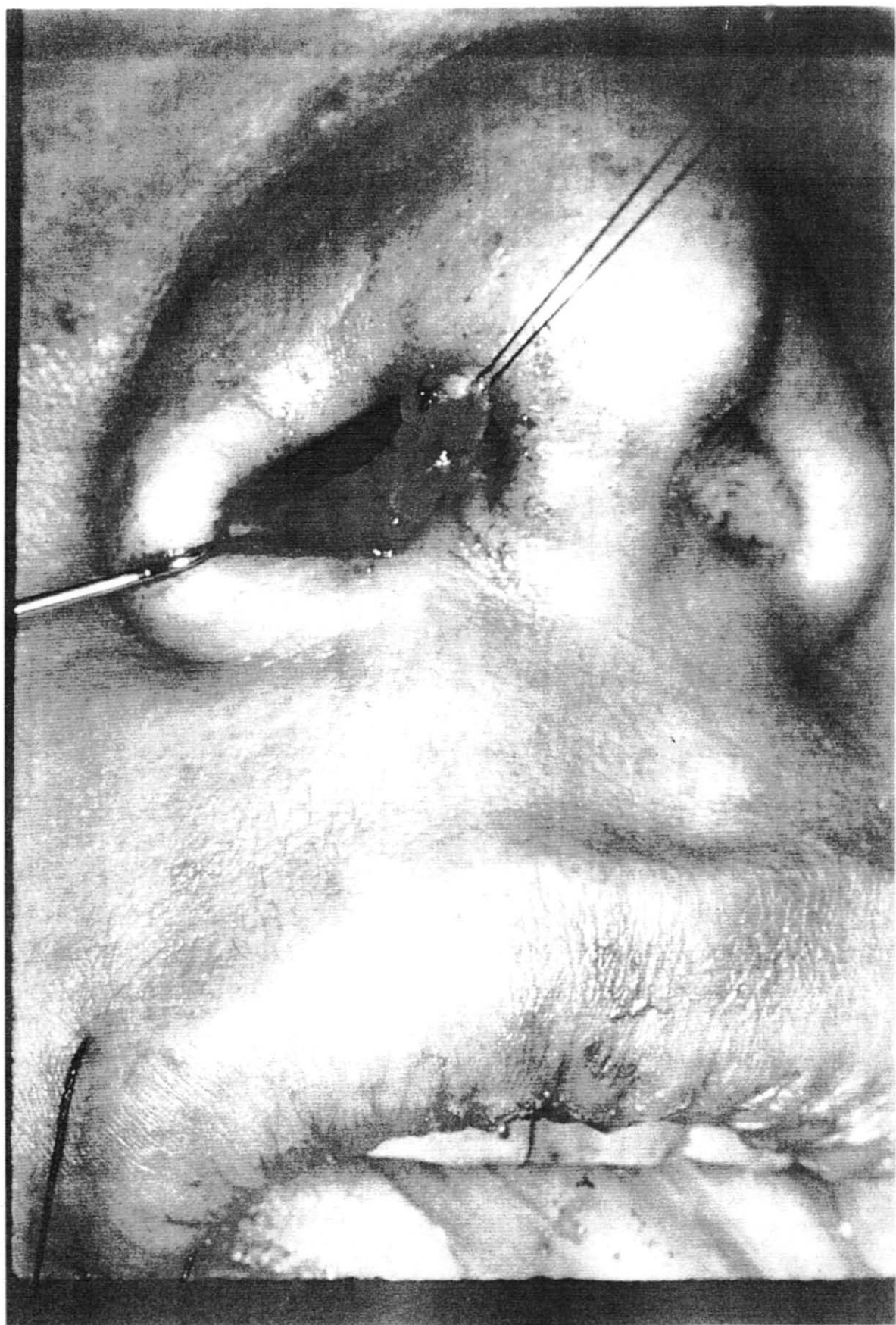
PISO POR TRANSIFCCIÓN DE UN TUNEL QUE COMUNICA LA CAVIDAD -
ORAL CON LA NASAL Y SE FIJA EN TODA EL ÁREA CRUENTA CON EL -
MISMO MATERIAL. EL ÁREA DONADORA SE SUTURA EN FORMA CONVEN-
CIONAL CON MATERIAL ABSORVIBLE POR ÚLTIMO SE APLICA UN TAPO-
NAMIENTO PEQUEÑO EN EL VESTÍBULO SIN QUEDAR A PRESIÓN SI NO
COMO FERULIZACIÓN. 21 DÍAS POSTERIORES SE AUTONOMIZA COLGA
JO.

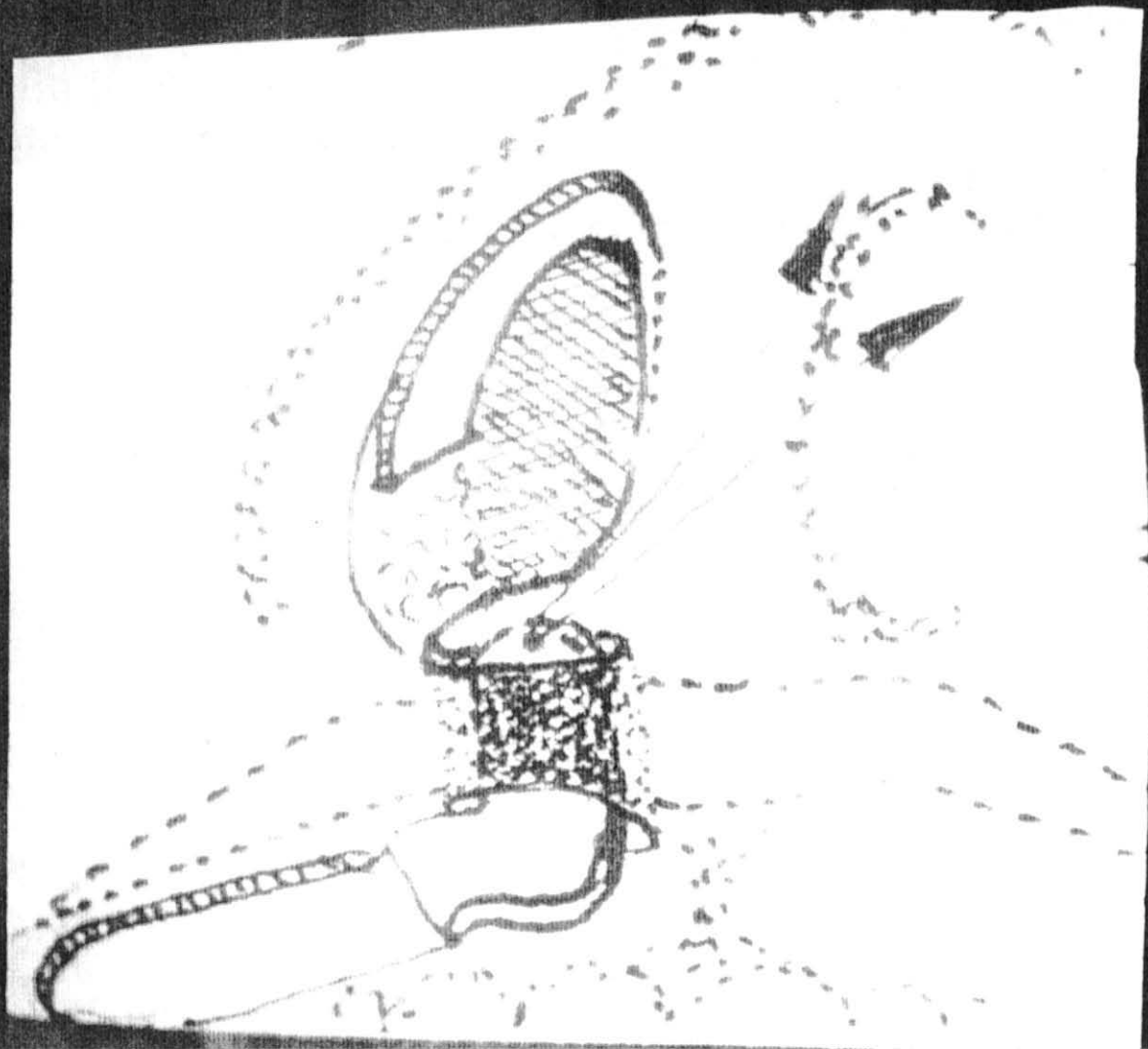


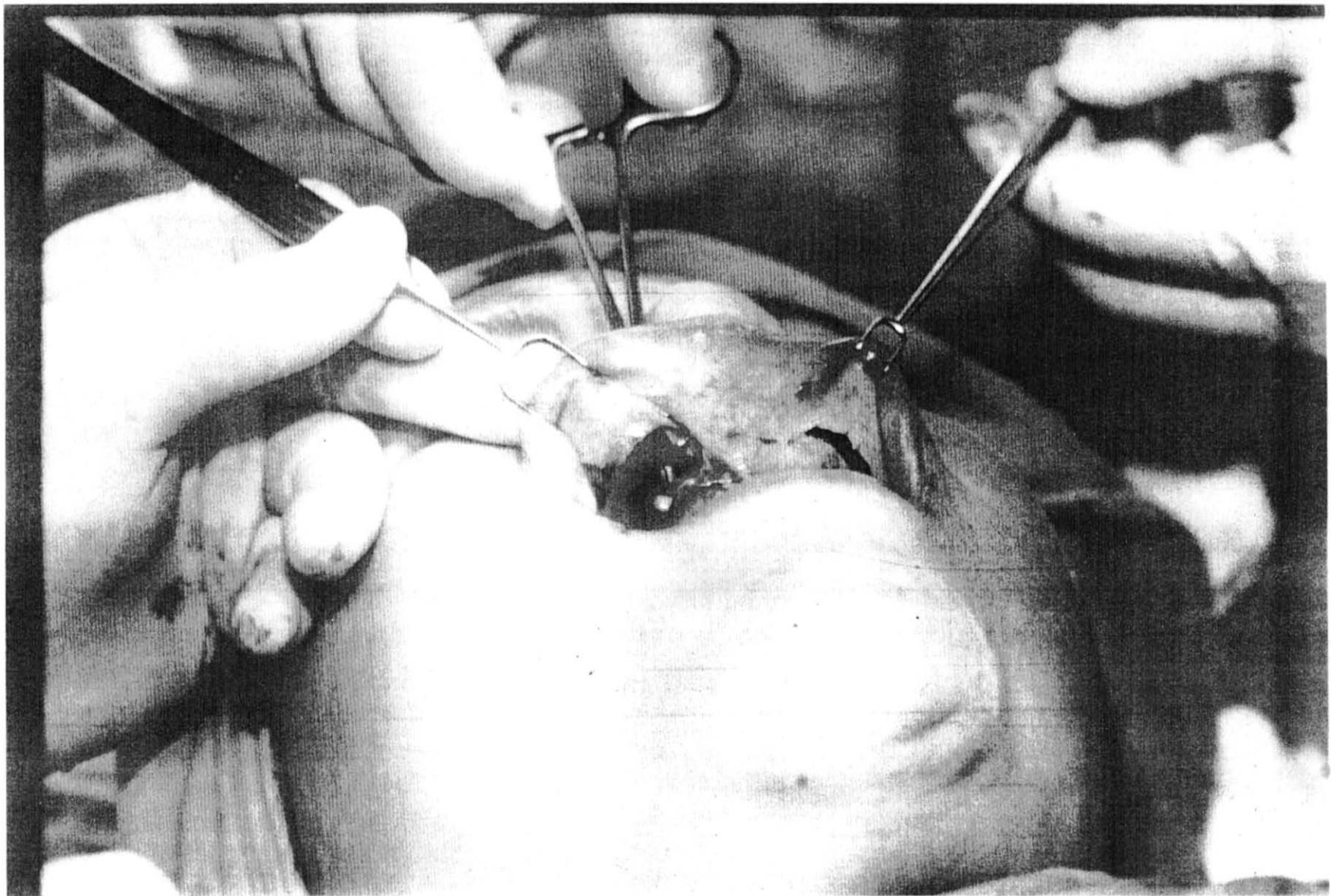


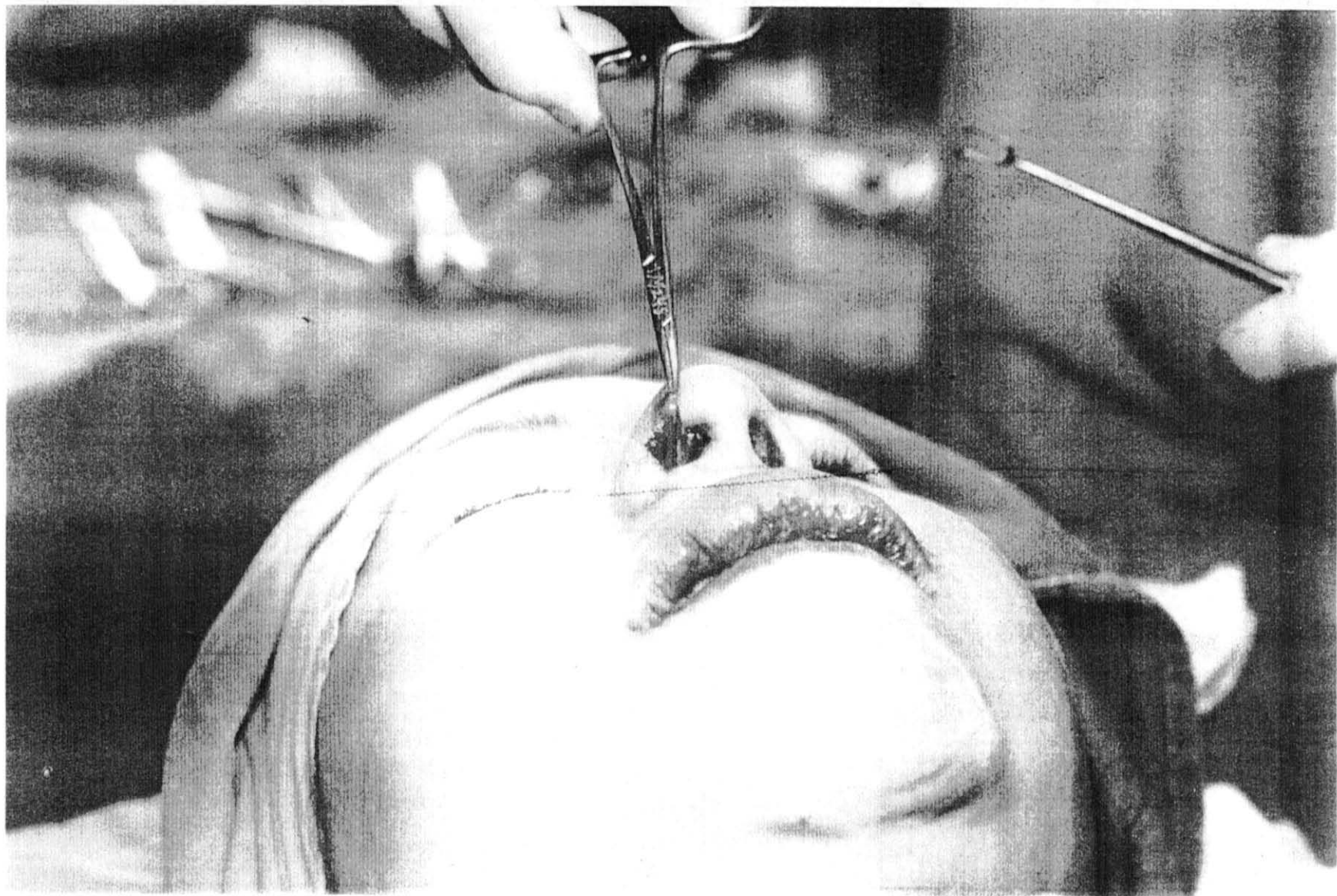


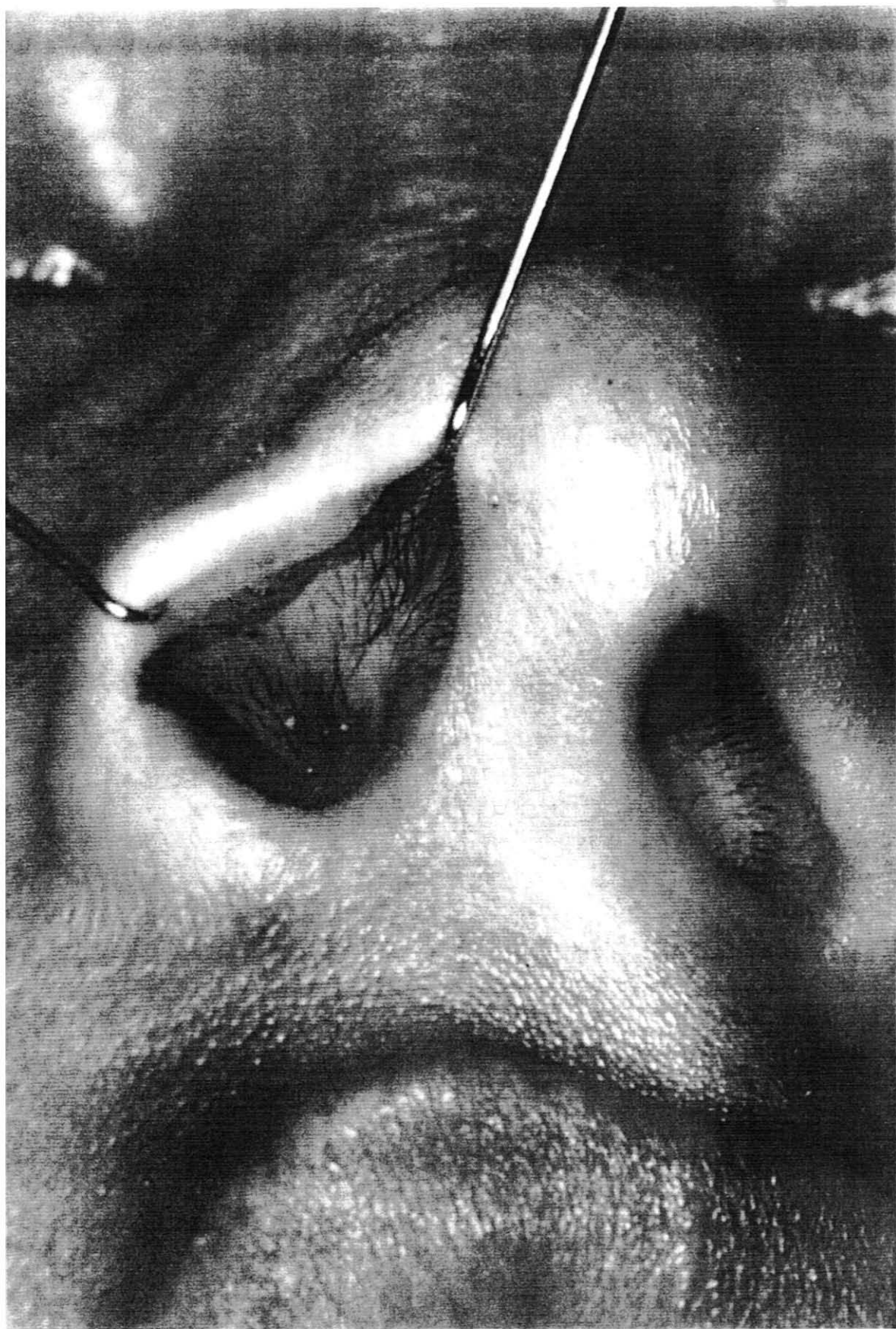


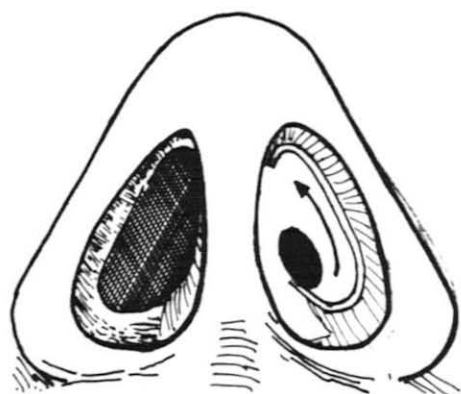




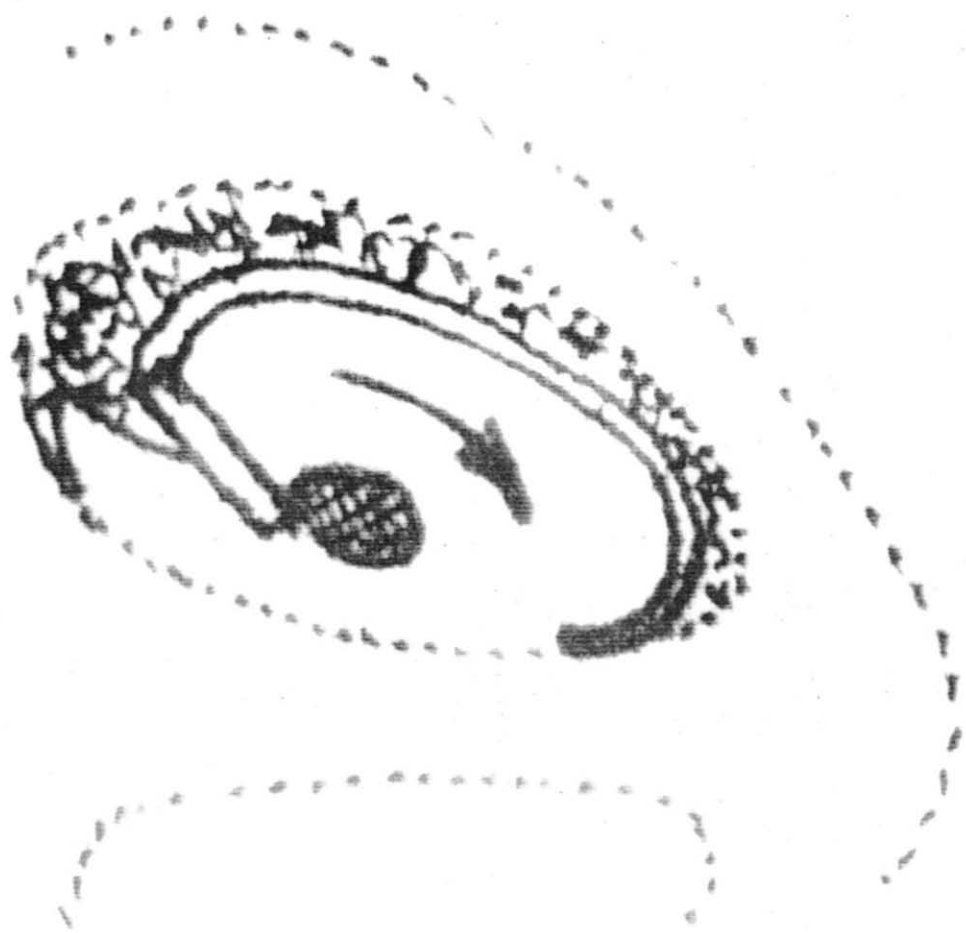




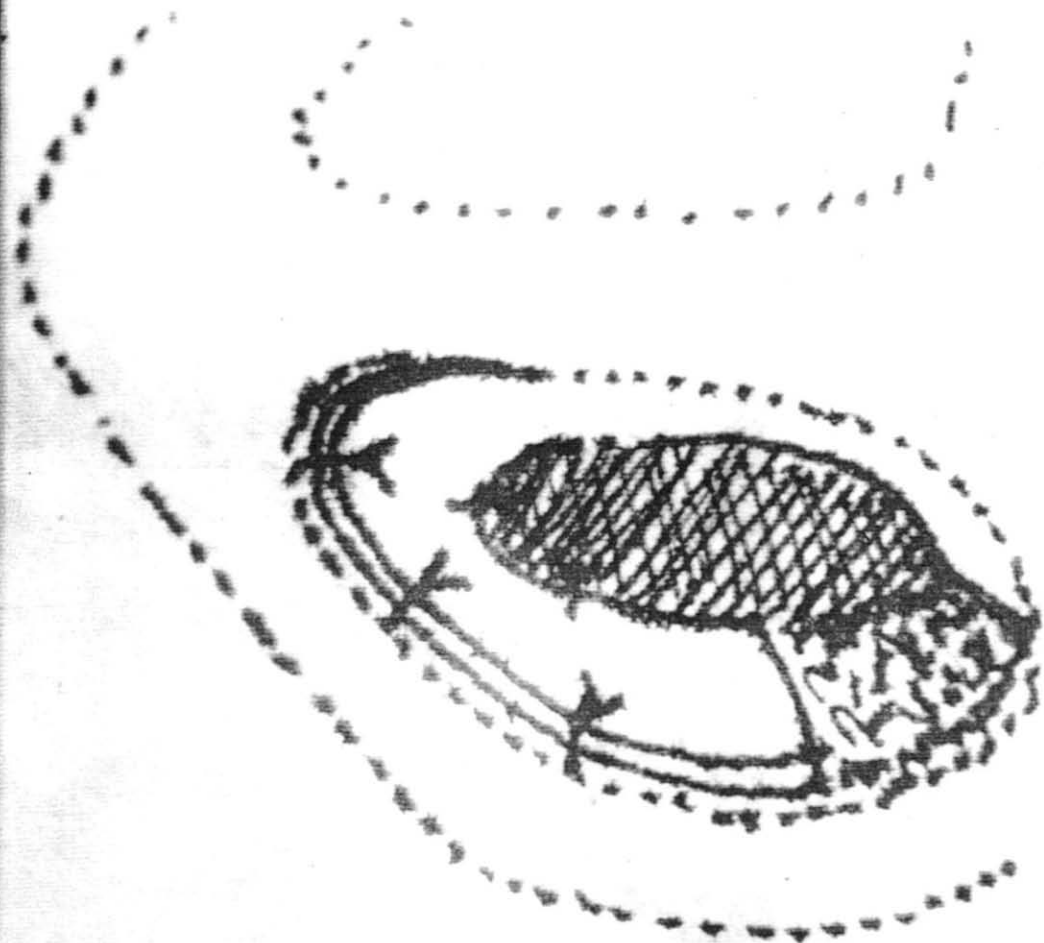




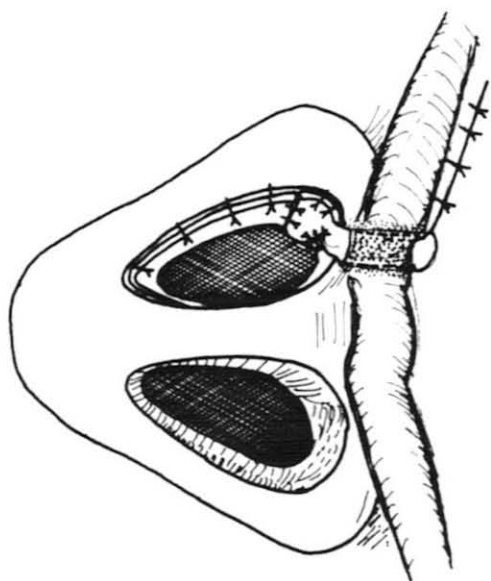












O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL:

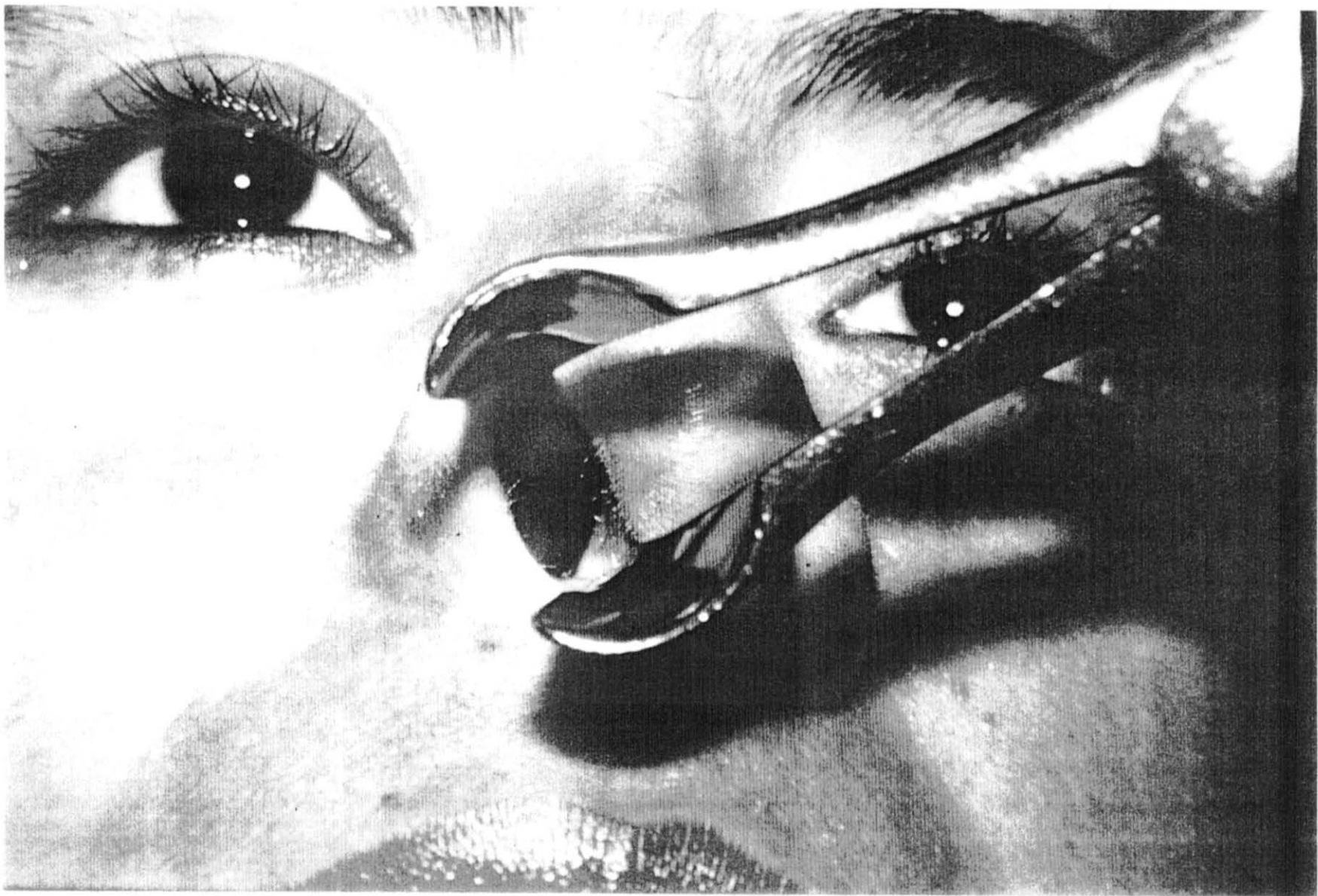
EL PODER RESOLVERLE AL PACIENTE SU PROBLEMA OBSTRUCTIVO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

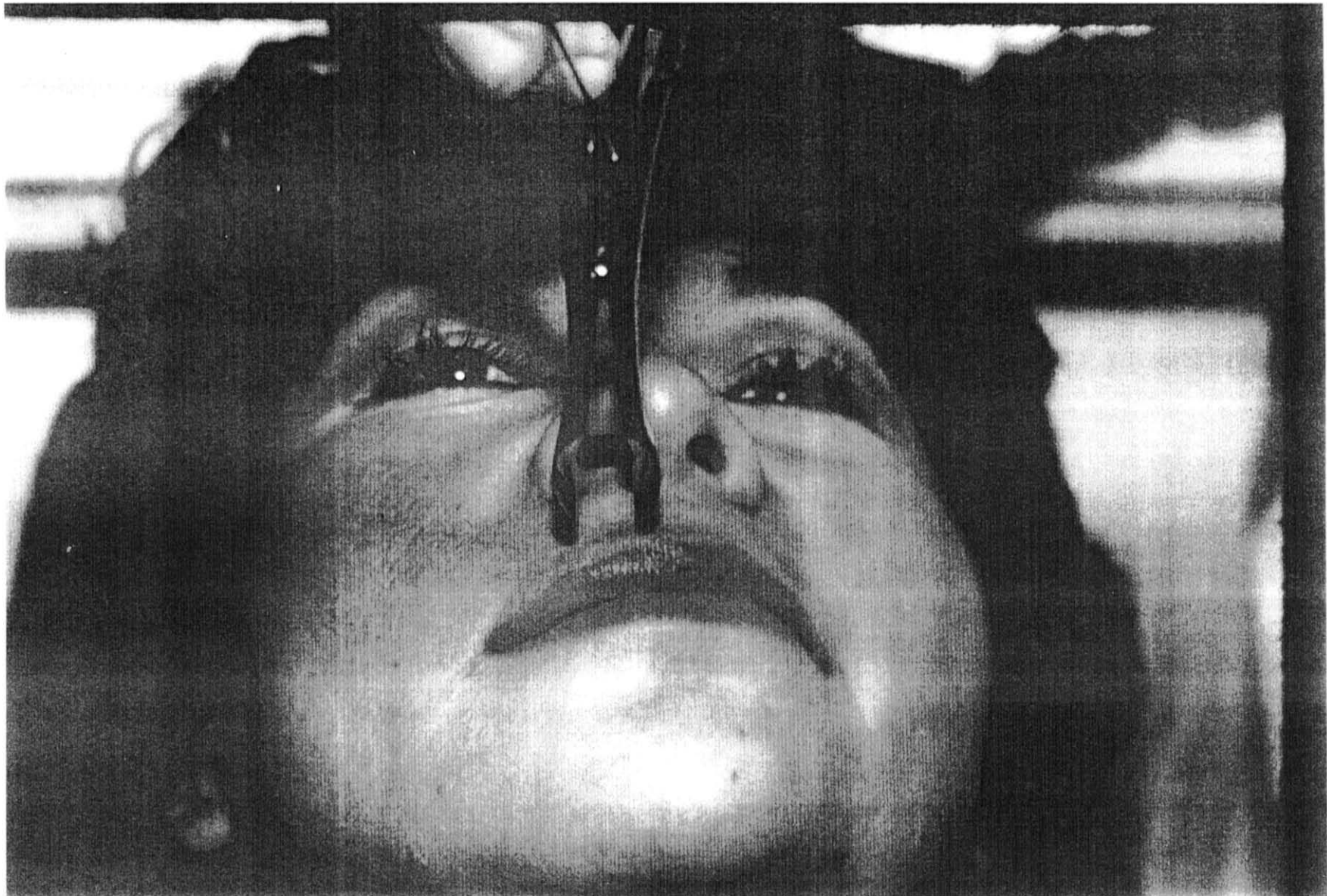
1. LIBERAR LA OBSTRUCCIÓN
2. CORREGIR LA SINEQUIA Y ATRESIA VESTIBULAR
3. RESOLVER OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS SECUNDARIOS
COMO SON:
 - A) RINOFONIA
 - B) SINUSITIS ETC.
4. REALIZAR UN COLGAJO FUNCIONAL
5. LIBERAR TENSIÓN DE LA PUNTA NASAL.

R E S U L T A D O S

- SE INTERVINIERON QUIRURGICAMENTE CINCO PACIENTES QUE LLENARON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN, TODOS FUERON -- DEL SEXO FEMENINO.
- TODOS PRESENTABAN SINEQUIA Y ATRESIA POSTERIOR A RINO PLASTIA
- LA ESTENOSIS FUE CLASIFICADA DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE SHEEN PARA ATRESIAS O SINEQUIAS.
- SE OBSERVÓ UNA LIBERACIÓN COMPLETA DE LA SINEQUIA Y ATRESIA, NO VOLVIENDO A HABER DISMINUCIÓN DEL DIAMETRO VESTIBULAR.

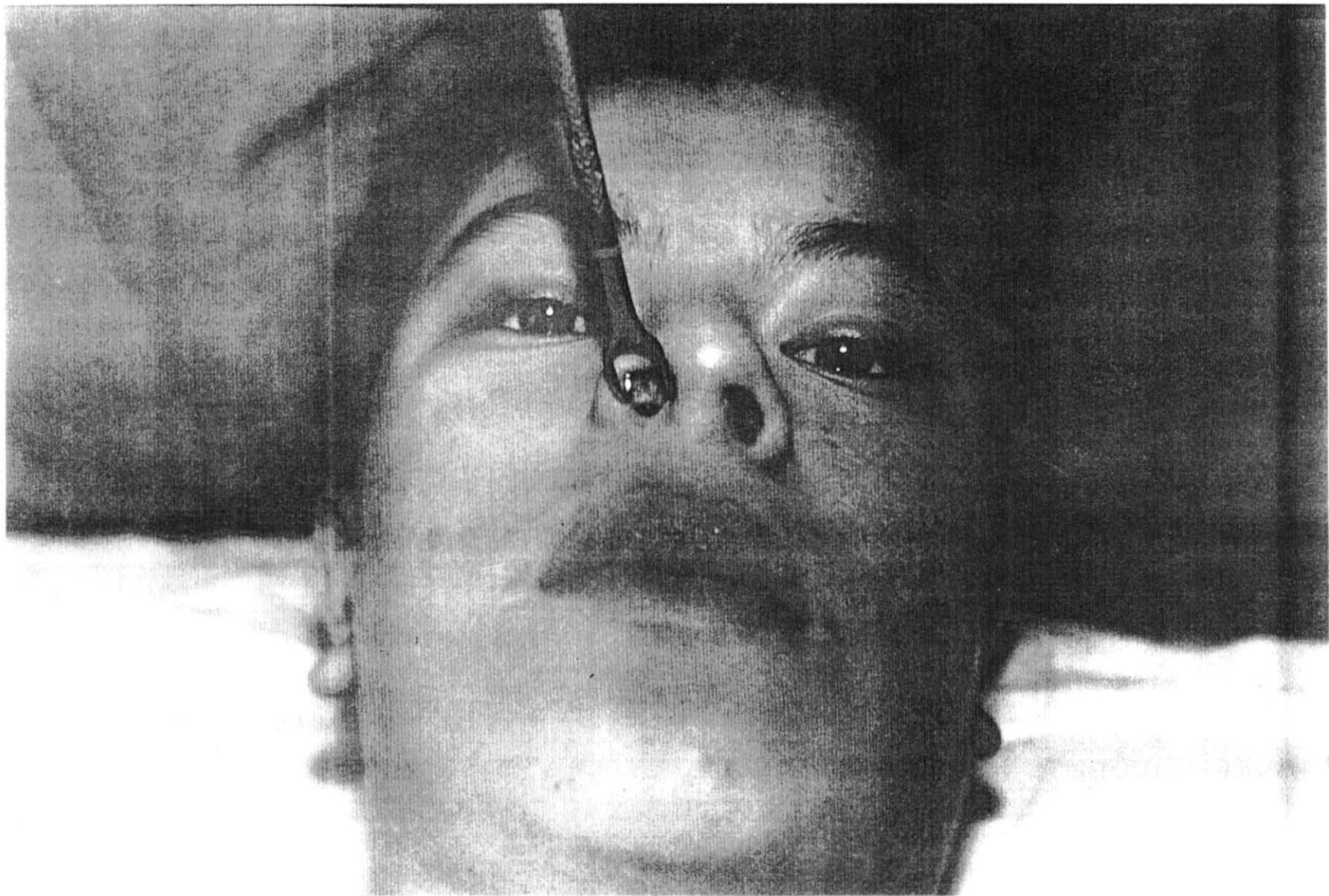












C O N C L U S I O N

LOS RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO CON UN SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN UN PERIÓDO DE 4 A 90 DÍAS; NOS PERMITEN VERIFICAR NUESTRA HIPOTESIS DE QUE EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO DE VESTÍBULO SUPERIOR DE LA BOCA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE ATRESIA Y SINEQUIAS DA EXCELENTES RESULTADOS.

NUESTROS PACIENTES EVOLUCIONARON SATISFACTORIAMENTE, SIN COMPLICACIONES IMPORTANTES NI RECIDIVA DEL PROBLEMA.

C O N C L U S I O N E S

POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN PODEMOS CONCLUIR QUE:

GRACIAS A NUESTRA TÉCNICA ENCONTRAMOS QUE ES IMPOSIBLE QUE SE FORME NUEVAMENTE LA ATRESIA O SINEQUIA YA QUE NO ESTAMOS ACORTANDO O DISMINUYENDO EL TAMAÑO DEL VESTÍBULO POR RESECCIÓN DE MUCOSA SI NO QUE AL CONTRARIO SE AUMENTE EL TAMAÑO DE LA MUCOSA PROPORCIONANDO UNA CUBIERTA CON SIMILARES CARACTERÍSTICAS AL ÁREA RECEPTORA. DANDO UNA CAPA PERIÓSTICA QUE PROPORCIONA RÍGIDEZ A LA PARED DEL VESTÍBULO EVITANDO LA RETRACCIÓN, ASÍ MISMO DA UNA CANTIDAD SUFICIENTE DE TEJIDO CON BUENA CIRCULACIÓN Y FINALMENTE ESTE COLGAJO NOS SIRVE PARA CUBRIR DEFECTOS HASTA DE LAS 3/ PARTES DEL VESTÍBULO FACIALMENTE, DANDO MÍNIMAS MOLESTIAS AL PACIENTE.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- WATSON MG, MARSHALL H.F; INTRANASAL ADHESIONS RECUR, DESPITE SPLINTING: AN AMINCUS SING. ACTO - EHI - PLAST. 1990; 32 (2).
- 2.- FAHOUN K NASAL VESTIBULAR ATRESIA AND ITS SURGICAL - PREVENTION. J JARINGOL.- OTOL; 1990 MAY; P 426-38.
3. GUYURON B. IS PACKING AFTER SEPTORHINOPLATY NECESORY A RANDOMIZED STUDY. PLAT- RECONSTR - SURGJ 1989 JUL. 84- (1); P-41-9
- 4.- TORD SKOOP MD. THE CLEFT MAXILA EN PLASTIC SURGERY. NEW METHODS AND REFINEMENTS. 1988 AG. P. 36 A 87.
5. JACK SHEEN. APPLIED ANATOMY AND PHYSIOLOGY EN AESTHETIC RINOPLASTY 1987 JUL P. 1 A 20
6. DANIEL; R.K, RHINOPLASTY - A GRADED AESTHETIC - ANATOMI- CAL APPROACH ANN PLAST SURG 13:436 1987
7. COURTISS, E.H. GOLDWYN R. M. AND O'BRIEN. RESECTION OF OBSTRUCTIG INFERIOR NASAL TURBINATES PLAST. RECONSTR SURG, 62: 249, 1987

8. CONVERSE, J. M. DEFORMITIES OF THE NOSE, RECONST. PAST, SURG. PHILADELPHIA, W.B. SAUNDERS COMPANY 1964 P. 675-690
9. AREY, J. B. DEVELOPMENTAL ANATOMY PHILADELPHIA, SAUNDERS 1989
ED 10
10. BARRETT J. H; RHINOPLASTIC CORRECTION OF COMMON NASAL DE--
FORMITIES TEXAS J. MED 41: 315 - 328 1990.
11. BERSON, M. I. ATLAS OF PLASTIC SURGERY, NEW, YORK, GRUNE
Y STRATTON 1948.
12. BRASH, T.J. HUMAN. EMBRYOLOGY JODAN, OXFORD, UNIV. PRESS
1986.

