

11236  
18  
24



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General Centro Médico La Raza



**NEURECTOMIA DEL VIDIANO, CORRELACION  
CLINICO HISTOLOGICA A LARGO PLAZO.**

**FALLA DE ORIGEN**

**Tesis de Postgrado**

Que para obtener el título de:  
**MEDICO ESPECIALISTA EN  
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Presenta:  
**Joaquín Olmedo Paz Anaya**  
**Dr. José Fernando Cardona Montoya**



**IMSS**

México, D. F.

1991



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.

## CONTENIDO

	PAGINA
1. TITULO Y AUTORES .....	1
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS .....	18
4. HIPOTESIS .....	19
5. TIPO DE ESTUDIO .....	20
6. MATERIAL Y METODOS .....	21
7. FINANCIAMIENTO .....	23
8. CONSIDERACIONES ETICAS .....	24
9. ANALISIS ESTADISTICO .....	25
10. RESULTADOS .....	26
11. CONCLUSIONES .....	28
12. COMENTARIOS .....	29
13. CUADROS Y GRAFICAS .....	32
14. BIBLIOGRAFIA .....	43

**TITULO Y AUTORES**

**NEURECTOMIA DEL VIDIANO, CORRELACION CLINICO HISTOLOGICA**

**A LARGO PLAZO**

**Investigador Responsable: Dr. Guillermo Hernández Valencia**  
**Médico ORL adscrito al servicio de**  
**ORL del HGCMR**

**Dr. Jorge González Angulo**  
**Médico Patólogo HGCMR**

**Dr. Joaquín Olmedo Paz Anaya**  
**Médico Residente de 3er. año de ORL del**  
**HGCMR**

**Dr. José Fernando Cardona Montoya**  
**Médico Residente de 3er. año de ORL del**  
**HGCMR**

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

## R I N I T I S   V A S O M O T O R A

INTRODUCCION:

Todas las personas hemos sufrido en algùn momento de nuestra vida la incomodidad que produce el tener obstruida la nariz como consecuencia de algùn padecimiento infeccioso de las vías respiratorias superiores, así sea de corta duración, ésta es irritante y molesta pudiendo asociarse a fatiga, insomnio y malestar. Debemos recordar el deseo instintivo humano de respirar por la nariz, hecho que se destaca en el neonato con atresia de coanas y que muere asfixiado al tratar de respirar por las fosas nasales, en consecucios el hecho de respirar por una nariz obstruida aumenta el trabajo respiratorio, origina la sensación de falta de aire y fatiga. Cuando éste estado obstructivo nasal se hace crónico se asocia a otras patologías que aumentan las molestias del paciente tales como anosmia, infecciones a repetición de senos paranasales y vías respiratorias altas, halitosis, resequedad de mucosas, faringitis, disfunción de la trompa de Esutaquio; predisponer a una bronquitis crónica, asma, bronquiectasia o enfisema pulmonar; también es frecuente participación del tracto gastrointestinal y se presentan eructos, meteorismo, cólicos y problemas de evacuación intestinal.

CAUSAS DE OBSTRUCCION  
NASAL CRONICA

1.- HIPERPLASIA DIFUSA DE LA MUCOSA:

- A.- Alegria
- B.- Rinitis vasomotora
- C.- Infección crónica o recurrente
- D.- Irritantes ocupacionales

2.- DEFORMIDADES ANATOMICAS:

- A.- Congénita: Atresia, Asimetría facial.
- B.- Adquiridas: Desviación del tabique, Fracturas.

3.- NEOFORMACIONES:

- A.- Benignas: Pólipos, Tumores, Granulomas, Mucocelos.
- B.- Malignas.

4.- HIPERTROFIA ADENOIDEA

La R.V. es una predisposición de la mucosa nasal, de causa no infecciosa ni alérgica, a sufrir variaciones bruscas en su estado vascular, producido por diferentes factores, en la cual hay hiperactividad parasimpática y que se caracteriza por:

- A.- Rinorrea acuosa perpetua o irregularmente espasmódica.
- B.- Crisis prolongadas de estornudos.
- C.- Obstrucción nasal más o menos acentuada generalmente intermitente, que empeora en decúbito y suele ser alternante o en báscula.

Aunque se tienen estudios de certeza de que se trata de un desequilibrio neurovegetativo existe confusión en su aspecto etiológico y terapéutico pues hay quienes aseguran que se trata de casos alérgicos siendo probable que esta confusión sea la causante de los malos resultados obtenidos al tratar presuntos casos alérgicos además es posible que la alergia no sea más que una forma de rinitis vasomotora.

#### ARGUMENTOS QUE APOYAN LA NOCION DE DESEQUILIBRIO NEUROVEGETATIVO

Los neurotransmisores o sustancias que inician la actividad en el sistema neurovegetativo son en todas las terminaciones preganglionares realizadas por la acetil colina; en las terminaciones postganglionares simpáticas por la adrenalina y la acetil colina en las parasimpáticas. El efecto parasimpático es bloqueado por una sustancia antagonista como lo es la atropina pero no ocurre en las fosas nasales pensandose que existan otros mediadores en esta área como el polipeptido intestinal vasoactivo o dependiente del sistema quinina-caliceína.

En las fosas nasales la estimulación simpática produce vasoconstricción con la siguiente retracción de la mucosa y aumento del lumen nasal. La estimulación parasimpática produce vasodilatación lo que lleva a congestión y obstrucción nasal, aumento de la permeabilidad vascular con estímulo de la secreción glandular y desencadenamiento de rinorrea abundante.

Prévest en 1.866 demostró mediante estimulación eléctrica del ganglio esfenopalatino la existencia de fibras vasodilatadoras en mucosa nasal.

Tschallusow en 1.913 demostró la existencia de fibras parasimpáticas a través del facial, ganglio geniculado, nervio petroso superficial mayor, vidiano y ganglio esfenopalatino.

Krajina y Cols extirparon el ganglio simpático cervical superior, en perros y observaron un aumento de obstrucción nasal e hipersecreción al quedar predominando el estímulo parasimpático, en pacientes hipertensos que reciben reserpina, medicamento parasimpaticomimético, se han observado estos mismos síntomas. Hay un 60 a 70 por ciento de pacientes con rinitis vasomotora que son del tipo no alérgico-no infeccioso, es decir idiopática, que al parecer se presenta en pacientes con sistema nervioso autónomo lábil. Se ha comprobado que diferentes estímulos producidos por humo, polvo, etc. o estímulos de tensión mental pueden desencadenar igual sintomatología de obstrucción e hipersecreción, y pueden presentar aumento de eosinófilos en moco nasal.

Otros estados fisiológicos en los que se encuentra aumentado el estrógeno que es inhibidor de la acetil colinesterasa, enzima que destruye la acetil colina, potencializándose el efecto colinérgico, produciéndose sintomatología semejante; como puede suceder durante el embarazo, días de menstruación, adolescencia y periodos de excitación sexual; produciéndose la llamada "Rinitis de la luna de miel".

#### FACTORES PREDISPONENTES:

En la gran mayoría de los casos las causas son múltiples:

- 1.- DROGAS: Los antihipertensivos como la reserpina y la alfa metil dopa; alcaloides del cornezuelo que se utilizan en tratamientos de cefaleas vasculares. Neostigmine que se utiliza en tratamiento de miastenia gravis y el tranquilizante clorpromazina.

El abuso de los vasoconstrictores locales que tienden a producir rinitis medicamentosa por congestión de la mucosa como un efecto de rebote a este medicamento.

El prolongado uso de vasoconstrictores potentes.

Medicamentos que tengan o aumenten estrógenos.

- 2.- HERENCIA: Desempeña un papel significativo.
- 3.- INFECCIONES: Es frecuente una historia anterior de infecciones víricas o bacterianas en vías respiratorias altas.
- 4.- TIPO CONSTITUCIONAL: Siendo más susceptible a los del grupo vagotónico, son personas apáticas poco amantes del aire libre y ejercicio físico; el otro grupo simpaticotónico de menor cantidad de comportamiento contrario son menos predispuestos a R.V.
- 5.- INFLUENCIAS ENDOCRINAS: Pubertad, días menstruales, excitación sexual, la llamada rinitis de la luna de miel, y embarazo.
- 6.- PSICOLOGICOS: Frecuentemente es una persona débil, inadecuada y ansiosa, que los síntomas se desencadenan por la ansiedad o la frustración; en particular cualquier estado de morbilidad. Hay pequeñas zonas en el tabique y parte de los cornetes inferiores que son sensibles a estos defectos (Francia).

FACTORES DESENCADENANTES:

- 1.- Condiciones atmosféricas, Cambios bruscos de temperaturas y Humedad.
- 2.- Humo, Polvo y Alcohol.

3.- Reflejos, como el estornudo al despertarse, o al levantarse de la cama y colocar los pies en el piso frío.

4.- Ejercicio.

CLINICA:

Goldingwood la clasifica en dos tipos:

1.- ATOPICA: En la cual hay un alérgeno y se desencadena por éste. Con pruebas cutáneas positivas y que es suficiente la desensibilización o evitarlo, para que el paciente se cure lo que correspondería a un cuadro alérgico típico.

2.- NO ATOPICA: Sin alérgeno claramente responsable; las crisis pueden presentarse al salir el paciente del lecho, exposición a cambios bruscos de temperatura corporal, poner los pies en suelo frío, inhalación de polvo, stress emocional. Hay diversas causas y se acepta una base alérgica sin hallar un alérgeno responsable o con reacciones cutáneas positivas, pero que según la historia del paciente con aumento de eosinófilos en moco nasal pero no en el porcentaje que presentan los pacientes alérgicos; en la gran mayoría de los cultivos dan resultados estériles o con microorganismos no patógenos.

El ciclo nasal es la variación en la capacidad de las dos cavidades nasales, a través de la respiración; es un fenómeno fisiológico dependiente de la ingurgitación de los cornetes provocando obstrucción nasal, alternando uno y otro lado, de una duración comprendida entre treinta minutos y seis horas. Esta situación es normal y pasa inadvertida. La mayor parte de los pacientes con R.V. advierte estos cambios y se queja de obstrucción alternante.

El reflejo nasopulmonar es una relación directa entre la irritación nasal, la obstrucción y la resistencia pulmonar, mediado por los nervios V y X, así la obstrucción nasal origina sensación subjetiva de dificultad respiratoria y ésta a su vez exarceba la R.V.

La rinorrea acuosa, perpetua o espasmódica es producida por la congestión y secreción glandular y se acompaña de signos, coriza y estornudos en salva. No es infrecuente que éstos pacientes sufran neuralgias faciales atípicas o migrañosas así como de procesos alérgicos o cefalea localizada en vértice o punta nasal.

La sensación de obstrucción nasal puede ser sin desviación septales u obstrucciones de la luz nasal producida por crestas o espolones.

Esta R.V. se puede asociar a polipos e hipertrofia de cornetes inferiores.

EXAMEN FISICO: Los hallazgos son variables pudiendo encontrar en los casos predominantemente obstructivos cornetes largos de color rojo oscuro o azul superficie lisa morulada y con pobre respuesta a los vasoconstrictores.

En pacientes con rinorrea de predominio acuosa la hipertrofia de cornetes puede faltar pero la mucosa es demasiado húmeda y las pruebas alérgicas generalmente son negativas.

El diagnóstico se hace más que todo por la historia clínica son pocos datos patológicos pero molestias permanentes e incontrolables según el paciente.

TRATAMIENTO: El tratamiento causa mucha frustración, y se enfoca más a corregir el defecto fisiológico, ya que en su mayoría tiene diferentes factores etiológicos es necesario en lo posible eliminar los factores predisponentes y los desencadenantes.

PSICOTERAPIA: Esta forma de tratamiento se basa en la confianza y la interacción entre médico y paciente. Se le explica al paciente la naturaleza del problema y el médico obtiene información necesaria acerca de sus actitudes y preocupaciones. Muchos de estos pacientes tienen miedo y preocupaciones que no guardan relación con los signos físicos. El paciente puede recibir en forma excesiva la existencia de su nariz y tienen ideas erróneas acerca de que es lo normal. El médico debe explicar que puede tener la sensación de que sus vías nasales no están ampliamente abiertas y explicarle la naturaleza del ciclo nasal, advertirle

que debe evitar los factores desencadenantes como humo, tabaco y alcohol y bebidas heladas. Debe recomendársele evitar las preocupaciones excesivas sobre cualquier factor desencadenante que pueda o no quiera controlar.

FARMACOTERAPIA: Antes de prescribir cualquier medicamento el médico se debe percatar que el paciente no abuse de pulverizaciones o gotas nasales que coinciden con rinitis medicamentosa, así como los compuestos que contengan estrógenos.

El uso de descongestionantes simpaticomiméticos sistémicos como la fenilpropanolamina y la pseudoefedrina tienen cierto beneficio.

Los antihistaminicos que actúan por sus efectos anticolinérgicos colaterales como la leptomina o imipramina que ayudan a combatir la rinorrea.

Pulverizaciones tópicas de corticoides, como el propionato de beclometazona, sólo han tenido buen resultado en rinitis atópicas; iguales objetivos se han logrado con el cromoglicato de sodio, debido a su efecto de estabilización de la membrana de los mastocitos. Se ha señalado que el timolol provoca la regresión de la sintomatología de la R.V. Bromura de ipatropina, se encuentra en experimentación.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Las intervenciones quirúrgicas para la R.V. intentan modificar el volune del cornete inferior y denervar la nariz en su parte autónoma. El tratamiento quirúrgico es una solución que se puede ofrecer a pacientes que no han respondido a los tratamientos médicos, pero se debe hacer una selección adecuada del paciente explicándole todas las ventajas y desventajas de este procedimiento.

CRIOterapiA: Zenverger en 1.970 la usó por primera vez como tratamiento de R.V. La congelación de los cornetes nasales utilizando la criosonda ha dado excelentes resultados ya que se puede realizar bajo anestesia local y se tiene una destrucción controlada de la mucosa nasal, ausencia de sangrado, falta de dolor; se utiliza el óxido nitroso como agente congelante palicándose a una profundidad de 3 a 5 mm durante 30 a 40 segundos, pudiéndose dar de alta al paciente el mismo día del procedimiento se puede repetir sin riesgo alguno, se debe tener cuidado de no ir a comprometer el tabique por producirse pericondritis.

Las biopsias postquirúrgicas han demostrado que la mucosa se regenera en forma normal con un epitelio columnar ciliado, y presentaría una actividad ciliar normal después de 28 días, sin embargo parece que existe disminución de la actividad glandular y menor vascularización lo cual parece ser la base del alivio de la sintomatología.

En un estudio de 50 pacientes donde se utilizó crioterapia con aplicación de 75 seg, de enfriamiento, se produce completa liberación en el 72%, larinorrea excesiva cedió completamente en el 47% en un seguimiento de 2 años. No se desarrolló signos de complicaciones como rinitis atrófica.

DIATERMINA: Procedimiento que conviene hacerlo bajo anestesia general descrito por Graves en 1.958; usó un electrodo unipolar aislado que se introducía en la parte anteroinferior del cornete y se deslizaba a lo largo de éste durante 15 a 25 segundos, cauterizándose posteriormente el sitio de entrada, para hacer hemostasia es un proceso que evita la formación de costras o adherencias no produce daño superficial ya que produce una cicatrización a nivel de submucosa. A pesar de que existen impresiones clinicas de que esta cirugía es efectiva para reducir la resistencia nasal, no existen aún estudios que confirmen esta impresión.

TURBINECTOMIA: La reducción quirúrgica de los cornetes, tanto del medio como inferior, puede ser parcial o radical. En la turbinectomia parcial se recorta la mucosa hipertrófica redundante y no se retira hueso. Este proceso que se asocia con una fractura del cornete inferior hacia afuera puede ser suficiente. En la turbinectomia total el procedimiento quirúrgico se dirige a eliminar todo el cornete casi a ras de la pared lateral de la cual se origina.

Hay dos complicaciones bien documentadas con este procedimiento:  
La rinitis seca debido a una incisión larga con la producción consiguiente de costras.

Las adherencias intranasales como puede ocurrir en toda cirugía en la cual se lesionan el tabique y la pared lateral.

Es un procedimiento también discutido y sólo como coadyuvante de la Neurectomía del Vidiano, ha dado buenos resultados.

CAUTERIZACION SUPERFICIAL: Procedimiento que se hace utilizando nitrato de plata o electrocauterio que ha caído en desuso por presentar molestias locales, secuelas frecuentes y poco terapéutico.

#### NEURECTOMIA DEL VIDIANO

HISTORIA: Carnochan en 1.858 a través de la mejilla reseccó el ganglio esfenopalatino como tratamiento a una neuralgia facial.

Swall y Braenchnner, citan varios cirujanos que abordaron la FTM a principios de este siglo.

Seiffert, en 1.920 a través de la vía transinusal ligó las arterias maxilares internas como tratamiento de epistaxis incontrolables.

Swall en 1.926 describe la vía transinusal experimentando en cadáveres, abordaje que se puso en práctica 11 años después.

Ziegelman en 1.934, propone la sección del nervio petroso superficial mayor sobre el peñasco y a través de la fosa cerebral media.

Auerbukh en 1.936, abordó la FTM a través del paladar duro.

Duval en 1.944; utilizó la vía transparotídea para la resección de grandes tumores localizados en esta fosa.

Malcomson en 1.957, propone y realiza el abordaje transeptal.

Golding-Wood, en 1.962 gracias al microscopio quirúrgico modifica y sistematiza el abordaje transinusal descrito por Swall.

Chandra en 1.967 hizo modificaciones al abordaje transpalatino descrito por Auerbukh.

Nomura en 1.971, presentó su modificación de la técnica transinusal mediante la penetración subperióstica de la FTM.

En mayo de 1.975 J. Prades inicia su técnica por vía endonasal, sobre el meato a través de la pared externa de las fosas nasales.

NERVIO VIDIANO: Descubierto por Guido Guigi en 1.555 quien le atribuyó ciertas neuralgias craneofaciales y Vail el origen de las cefaleas naso-occipitales. Aunque han existido discusiones al respecto, según recientes investigaciones anatómicas indican que el nervio vidiano está conformado fundamentalmente por el nervio petroso superficial mayor y el nervio petroso profundo mayor.

**Nervio petroso superficial mayor:** Sus fibras parasimpáticas se originan en el núcleo salival superior viajan con el nervio facial a través del intermediario de Vris-berg, hasta el ganglio geniculado, partiendo de éste por su vértice por donde se forma la primera rodilla del facial sale del peñasco para recorrer su cara anterior hasta el agujero rasgado anterior donde recibe un pequeño filete del nervio de Jacobson y al nervio petroso profundo mayor. El nervio petroso superficial mayor está formado por fibras parasimpáticas y sensoriales del ganglio geniculado.

**Nervio petroso profundo mayor:** Conformado por fibras simpáticas del plexo coarotideo, las que salen por el agujero rasgado anterior, donde se unen al petroso superficial mayor para conformar el nervio vidiano, que entra a la FTM a través del canal vidiano.

#### ABORDAJES PARA REALIZAR LA NEURECTOMIA DEL VIDIANO

1.- La vía transantral desarrollada por Golding Wood.

- 2.- Krajiná y Kosokovic, via transantral pero removiendo la pared posterior del seno maxilar superior y medialmente.
- 3.- Chandra y Mostafa, via transpalatina, a través de una incisión entre el paladar blando y el duro rechazando la rinofaringe y exponiendo la lámina perigoide para entrar a la fosa.
- 4.- Minis y Morrison, así como Malcomson, describen el abordaje transeptal, rechazando la pared anteroinferior del esfenoides y desperiostizando hasta hallar el agujero esfenopalatino.
- 5.- Prades con su via endonasal a través de la pared lateral, realizando una ventana entre el meato medio y la coana, después de luxar el cornete medio hacia arriba y el inferior hacia abajo.
- 6.- Nomura y Freche, via transantral subperióstica, sin ponerse en contacto con el contenido de la FTM.
- 7.- Rose y Cois, a través de una otmoidectomia posterior.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que la rinitis vasomotora es una entidad patológica en la cual se ha demostrado científicamente que su etiología es debida a un desequilibrio neurovegetativo, hay quienes la cuestionan y consideran que el tratamiento quirúrgico no es el de elección para esta entidad; y esto fue lo que nos motivó a realizar este estudio.

### OBJETIVOS

Realizar una correlación clínica e histopatológica retro y prospectivamente, para demostrar los beneficios de la neurectomía del vidiano, como tratamiento quirúrgico en la rinitis vasomotora, resistente a tratamiento médico.

## HIPOTESIS

**Ho.:** Los resultados obtenidos en las biopsias tomadas de la mucosa nasal de pacientes postoperados de neurectomia del vidiano, con diagnóstico de rinitis vasomotora, no muestran cambios favorables, comparados con las biopsias previas.

**H1:** Demostrar en los resultados obtenidos en las biopsias tomadas de la mucosa nasal, de pacientes postoperados de neurectomia del vidiano, con diagnóstico de rinitis vasomotora, muestran cambios histológicos favorables, comparados con las biopsias previas y que concuerdan con la mejoría clinica referida por el paciente.

**TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio retrospectivo y prospectivo de tipo transversal no experimental, observacional y clínico.

## MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en el servicio de otorrinolaringología del HGCMR, revisando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de rinitis vasomotora y resultado posterior al tratamiento quirúrgico que cumplieron lo siguiente:

## I) CRITERIOS DE INCLUSION:

- A) Pacientes de ambos sexos con edades entre los 20 y 50 años, y que fueron intervenidos quirúrgicamente entre septiembre de 1981 y diciembre de 1989.
- B) Con diagnóstico de rinitis vasomotora resistente a tratamiento médico.
- C) Que hayan sido sometidos a neurectomía del vidiano utilizando la técnica subperióstica de Nomura.
- E) Que asistan actualmente y en forma periódica a control médico en consulta externa.

## II) CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A) Pacientes que hayan sido sometidos a otro tipo de tratamiento quirúrgico para esta patología.

B) Pacientes que aunque fueron a quirófano, no fue posible culminar el procedimiento debido a dificultades técnico quirúrgicas.

C) Pacientes que presentaban otra patología concomitante.

### III) CRITERIOS DE NO INCLUSION:

A) Todos aquellos pacientes que no se encontraban en el rango de edad entre los 20 y 50 años de edad o que se encontraron extemporáneos, por ser éste el rango de edad de mayor frecuencia de esta patología.

B) Pacientes sin biopsia nasal previa.

C) Pacientes que hayan sido sometidos a neurectomía del vidiano, con técnicas quirúrgicas diferentes.

D) Pacientes que no acudan actualmente a control médico.

### MÉTODOS

Al revisar los expedientes de los pacientes con esta patología, observamos que algunos fueron valorados y tratados con anterioridad

## CRONOGRAMA DE TRABAJO

FECHA

MARZO 89					B	I
					I	I
ABRIL - MAYO 89	ESCRUTINIO DE EXPEDIENTES	I			B	I
		I			L	I
		I			I	I
JUNIO - JULIO 89	SELECCION DE PACIENTES	I			I	I
		I			O	I
		I			I	I
AGOSTO - NOV. 89	REVISION DE BIOPSIAS PREQUIRURGICAS	I			G	I
		I			R	I
		I			A	I
DICIEMBRE 89			CONTROL	I		I
				I	F	I
				I	I	I
ENERO - OCT 90	REVISION DE BIOPSIAS POSTQUIRURGICAS	I	M	I	I	I
		I	E	I	A	I
		I	D	I		I
		I	I	I		I
		I	C	I		I
		I	O	I		I
NOV. - DIC. 90	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	I		I		I
		I		I		I
		I		I		I

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

---

**NOMBRE**

---

**CEDULA**

---

**EDAD**

---

**SEXO**

---

**DIAGNOSTICO**

---

**TRATAMIENTO  
MEDICO**

---

**BIOPSIA  
PREVIA**

---

**TRATAMIENTO  
QUIRURGICO**

---

**PATOLOGIA  
ASOCIADA**

---

**BIOPSIA  
CONTROL**

---

**ULTIMA  
CONSULTA**

---

**NUMERO  
DE ORDEN**

---

### FINANCIAMIENTO

El presente trabajo fue realizado sin costo extra para la Institución, ya que en él se incluye el tratamiento a que deben ser sometidos los pacientes con este diagnóstico y no se requirió de otros recursos materiales, físicos o humanos.

**CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente trabajo no contraviene las normas nacionales, internacionales e institucionales de la práctica médico quirúrgica, no poniendo en peligro la vida ni la integridad del paciente, y con personal capacitado para realizar este tipo de labor.

**ANALISIS ESATADISTICO**

El presente trabajo, se valoró mediante la estadística no paramétrica  $+X'Xn$  la representación de los resultados en histogramas de frecuencia y confiabilidad de 2 y  $P>0.05$

## RESULTADOS

Se analizan los resultados obtenidos al tratamiento quirúrgico de la Rinitis Vasomotora resistente al tratamiento médico, con Neurectomía del Vidiano, uni o bilateral, en un periodo comprendido entre septiembre de 1.981 y diciembre de 1988. (CUADRO I)

Para poder llevar a cabo el presente estudio, se recabaron las direcciones domiciliarias y/o del trabajo, anotadas en los expedientes clínicos; con la colaboración de Trabajo Social, se citaron periódicamente, acudiendo en su mayoría, negando un, el procedimiento, debido al sangrado y las molestias ocasionadas en las dos biopsias postquirúrgicas previas.

Entre los expedientes clínicos codificados con esta patología, se encontraron 20 con tratamiento quirúrgico, no incluyéndose en el presente estudio dos pacientes, que aunque fueron a quirófano, no se completó el procedimiento por complicaciones intraoperatorias como fueron la lesión de la arteria esfenopalatina y el grosor de la pared nasal que dificultaron la técnica operatoria. Cabe anotar que entre los pacientes se encuentran médicos, químicos farmacólogos, estudiantes de niveles superiores y en general gente de buen nivel cultural, hecho que favoreció tanto la aceptación de la cirugía, como el seguimiento prolongado, pues habitualmente en nuestro medio, cuando el paciente se siente aliviado, abandona todo tipo de control médico.

De los 18 pacientes, 12 fueron del sexo femenino y el rango de edad de todos, estuvo entre los 21 y 51 años (cuadro II).

El diagnóstico preoperatorio fue de Rinitis Vasomotora en 13 pacientes y de Rinitis Mixta en 5, enendiéndose ésta como vasomotora y alérgica, con pacientes que presentaron eosinofilia en moco nasal hasta de 90%.

En cuanto a la patología asociada al padecimiento, se encontró 2 pacientes con poliposis nasal, 8 con sinusitis maxilar, 2 con etmoiditis, 3 con rinitis alérgica y 4 desviaciones septales, recibiendo además el tratamiento correspondiente.

El abordaje más utilizado fue el endonasal, según la técnica de Prades; cuando se eligió la vía transnasal, fue debido a la patología asociada de la región, usándose la técnica de Golding-Wood en unos y la de Nomura en otros. (1,6,7,9). El procedimiento quirúrgico consistió en seccionar el nervio de un lado y reseca la mucosa redundante del cornete inferior contralateral. La mejoría sintomática del lado no neurectomizado, se explica pensando que existen probables mecanismos intrínsecos de compensación a nivel del sistema nervioso autónomo central, semejante a lo que ocurre en pacientes con laberintopatía (3). (Cuadro III).

Se mencionan 21 procedimientos, porque a 3 pacientes se les realizó neurectomía bilateral, a uno en el mismo acto quirúrgico y a 2 con intervalo de uno a dos años, demostrando con ello que hubo buenos resultados en el lado operado, razón por la cual permitieron el procedimiento en el lado contralateral.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes presentaron mejoría,

2 pacientes presentaron disminución en la intensidad y frecuencia de los síntomas. Uno presentó mejoría satisfactoria durante 2 años, al cabo de los cuales reapareció la sintomatología, siendo ésta menos severa que antes del procedimiento quirúrgico. 6 pacientes refirieron mejoría clínica durante los 10 a 15 meses que asistieron a control postquirúrgico. 8 pacientes refirieron mejoría 4 a 5 años después y aún asisten a control médico periódicamente. (Cuadro IV).

Co el fin de hacer una correlación clínico-histológica, se revisaron y realizaron biopsias pre y postquirúrgicas, encontrándose en las primeras: Edema importante del corion, que disecaba y separaba las glándulas seromucosas, moderado infiltrado linfoplasmocitario y aumento de la producción mucoepitelial. (fotografía No. 1)

Los controles histológicos realizados 8 meses, dos, tres, cuatro y cinco años después, mostraron disminución notable del edema, corion con características normales, escaso infiltrado

linfoplasmocitario, producción mucoepitelial normal y en algunos cortes se observó metaplasia escamosa; hallazgos éstos que concordaban con la mejoría clínica referida por el paciente. (Fotografías 2 y 3).

Mencionamos al paciente a quien se le realizó Neurectomía del Vidiano, con presencia de 9% de eosinófilos en moco nasal, cuya biopsia preoperatoria mostraba eosinofilia marcada en todos los campos, edema importante del corion que hacía observar escasas glándulas seromucosas, aumento de la producción mucoepitelial, escaso infiltrado linfoplasmocitario y en general la morfología histológica era compatible con una poliposis alérgica. La biopsia postquirúrgica reveló desaparición total del edema, disminución notable de los eosinófilos y las demás estructuras se presentaron de características normales, correlacionándose con la desaparición de los síntomas en el paciente. (Fotografías 4 y 5).

COMPLICACIONES: Sólo un paciente presentó neuralgia del tercio medio de la cara del lado intervenido, con buena respuesta al tratamiento médico con carbamacepina. No se presentaron otras complicaciones como las referidas en la literatura mundial. (1,6).

COMENTARIOS: Todos los pacientes refirieron mejoría, siendo absoluta en 15 (83.3%), semejante a la reportada en los diferentes artículos investigados.

Aunque existe controversia sobre la efectividad de la Neurectomía del Vidiano, no existe literatura sobre la morbilidad del procedimiento a largo plazo, como la mencionada sobre el cambio a rinitis atrófica. Mencionamos los estudios de Hirandani y Krajina (4,6) con hallazgos histológicos semejantes a los aquí encontrados. Hacemos referencia al estudio de Greenstone y Cols, (2) quienes utilizando el Test de la sacarina, no encontraron diferencia significativa, en cuanto a la función mucociliar nasal, entre pacientes neurectomizados y un grupo control de pacientes con Rinitis Vasomotora no sometidos a tratamiento quirúrgico.

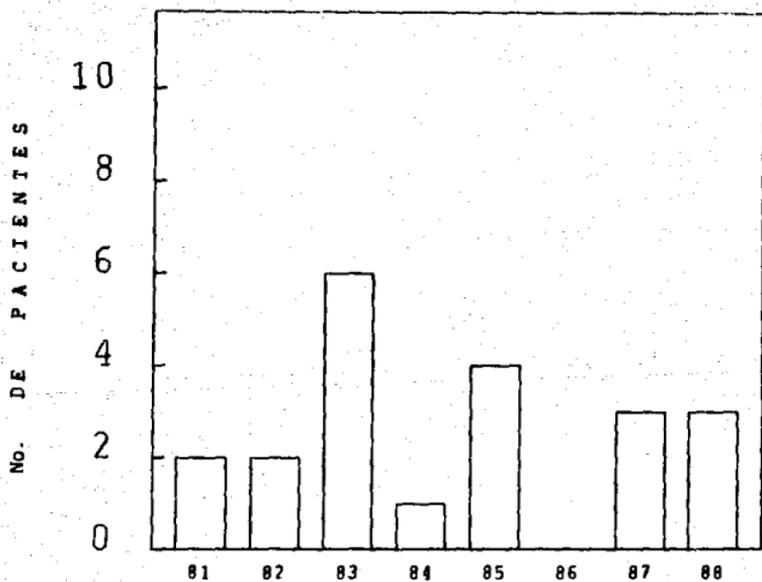
Aunque se observaron cambios histológicos como la metaplasia escamosa, sólo manifestada en unos cortes, no se puede hablar de una atrofia de mucosa y sólo se ha manifestado por cierto grado de sequedad de la misma y que ante la mejoría de la obstrucción nasal y rinorrea, ésta ha pasado a un segundo lugar, respondiendo excelentemente a la humidificación.

Ningún paciente manifestó sequedad conjuntival, explicándose la inervación parasimpática por otras vías.

La escasa popularidad de éste procedimiento en América Latina, puede ser por la pobre difusión en la Literatura Americana; recordando que en Europa y Asia se reportan magníficos resultados y con un gran número de pacientes, como el reportado, últimamente por Ogale en Bombay, donde informó el mejoramiento del 92% de sus 208 pacientes.

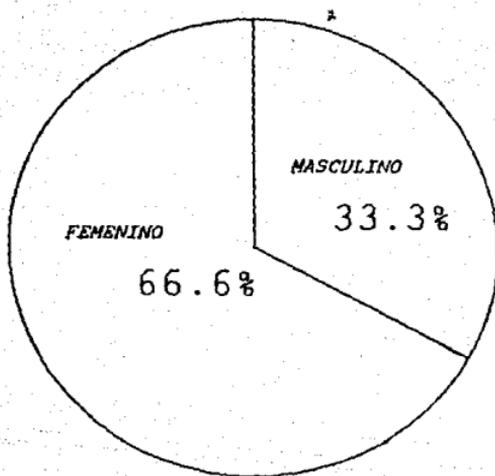
Aunque la Neurectomia del Vidiano, tiene otras indicaciones, exponemos los resultados obtenidos como tratamiento quirúrgico de la Rinitis Vasomotora, teniendo en cuenta que éstos son debidos a la adecuada selección del paciente, al conocimiento anatómico de la región, a la destreza y entendimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas.

## GRAFICA I



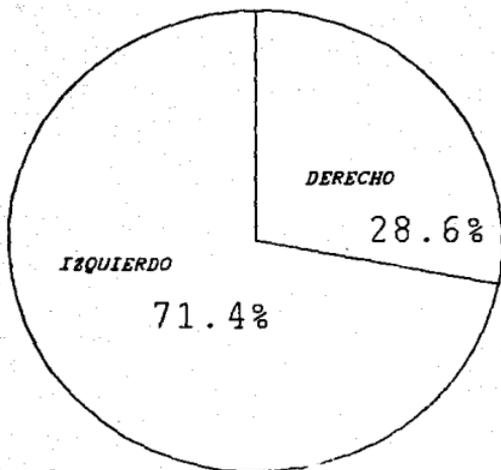
DISTRIBUCION DE PROCEDIMIENTOS POR AÑO

## GRAFICA II



DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA III



DISTRIBUCION SEGUN NERVIO SECCIONADO

## CUADRO I

## NEURECTOMIA DEL VIDIANO

## CORRELACION CLINICO HISTOLOGICO A LARGO PLAZO

<u>AÑO</u>	<u>CASOS</u>
1981	2
1982	2
1983	6
1984	1
1985	4
1986	0
1987	3
1988	3

## CUADRO II

## NEURECTOMIA DEL VIDIANO

## CORRELACION CLINICO HISTOLOGICA A LARGO PLAZO

SEXO	NUMERO	RANGO DE EDAD
MASCULINO	6	21 - 47 AÑOS
FEMENINO	12	24 - 51 AÑOS

## CUADRO III

## NEURECTOMIA DEL VIDIANO

## CORRELACION CLINICO HISTOLOGICA A LARGO PLAZO

<u>ABORDAJE</u>	<u>NERVIO SECUNDARIO</u>
5 ANTRAL	DERECHO 6
16 NASAL	IZQUIERDO 15

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS: 21

**CUADRO IV**

**NEURECTOMIA DEL VIDIANO**

**CORRELACION CLINIO HISTOLOGICA A LARGO PLAZO**

**COMPLICACIONES**

**NEURALGIA FACIAL 1**

**NO SE PRESENTARON OTRAS COMPLICACIONES**

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

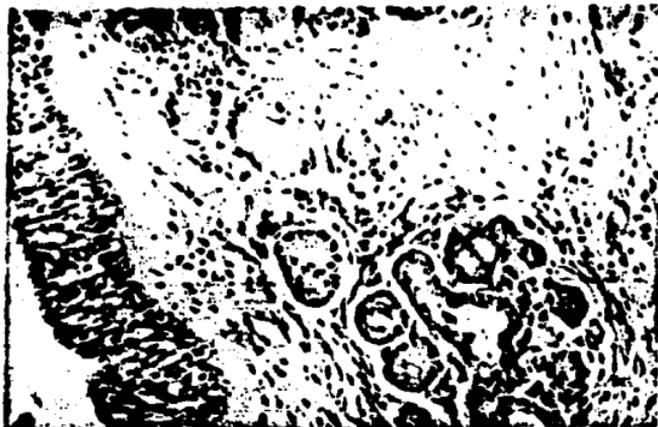


**FOTOGRAFIA Nº 1**

---

**CORTE HISTOLOGICO PREQUIRURGICO DONDE SE OBSERVA EDEMA IMPORTANTE  
DEL CORION, ABUNDANTE INFILTRADO LINFO PLASMOCITARIO Y  
MUCOPRODUCCION AUMENTADA**

**(H. Y E. 40 X)**



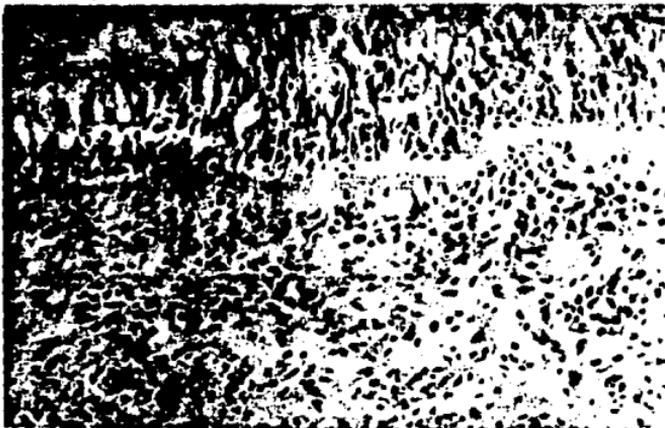
FOTOGRAFIA N° 2

---

CONTROL POSTQUIRURGICO

24 MESES DESPUES SE OBSERVA DISMINUCION NOTABLE DEL EDEMA Y  
ESCASO INFILTRADO LINFO PLASMOCITARIO

(H. Y E. 40 X)

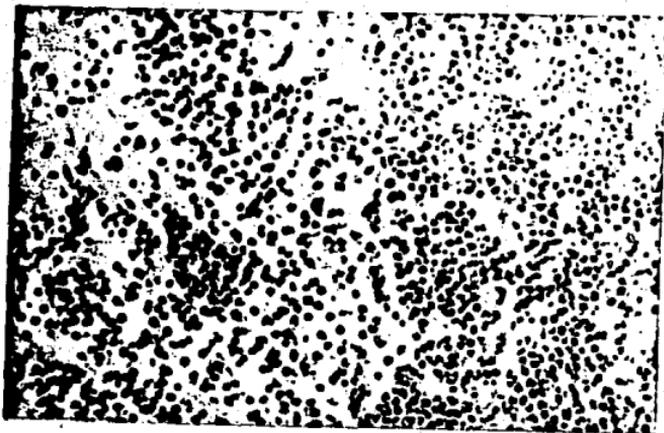


FOTOGRAFIA N° 3

---

CONTROL POSTQUIRURGICO DE 62 MESES POSTERIOR A LA NEURECTOMIA DEL  
VIDIANO CON ASPECTO HISTOLOGICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

(H. Y E. 40 X)



FOTOGRAFIA Nº 4

CONTROL PREQUIRURGICO DE PACIENTE CON RINITIS ALERGICA, CUYO ESTUDIO HISTOLOGICO MUESTRA EDEMA IMPORTANTE, ABUNDANTE INFILTRADO EOSINUGİLICO Y MUCOPRODUCCION AUMENTADA (H. Y E. 40 X)



FOTOGRAFIA N° 5

---

CONTROL HISTOLOGICO A LOS 12 MESES POSTERIORES A LA NEURECTOMIA  
DONDE SE OBSERVA DESAPARICION DEL INFILTRADO EOSINOFILICO Y DEL  
EDEMA CORIONICO

(H. Y E. 40 X)

## BIBLIOGRAFIA

1. Golding-Wood P.H. "Vidian neurectomy: its results and complications" *Laryngoscope*, 83:1673-1683. 1.973.
2. Greenstone M.A. "The effect of vidian neurectomy nasal mucociliary clearance" *Journal Laryngol and Otol.* 102: 894-895. 1988.
3. Hernández V.G. "Neurectomia del Vidiano por via endonasal". *Anales de Sociedad Mexicana de ORL*, 27: 1400-144. 1.982.
4. Hiradani L.H. "Treatment of chronic vasomotor rhinitis with clinico-pathological study of vidian nerve section in 150 cases". *Journal Laryngol and Otol.* 800: 902. 1.966.
5. Kiemelman C. "Rinitis vasomotora". *Clinica ORL de Norte América*, 1: 67-73. 1.986.
6. Krajina S. "Vidian Neurectomy" *Cuadernos de ORL*, 95: 93-97. 1.987. Brasil.
7. Nomura Y. "Vidian Neurectomy Some Technical remarks". *Laryngoscope*, 84: 578. 1.974.
8. Ogale S.B. "Is vidian neurectomy worthwhile" *Journal Larungol and Otol*, 102: 62-63. 1.988.

9. Prades J. "Microcirugia endonasal de la fosapterigomaxilar y del meato medio". Salvat Editores. 1.980 Barcelona España.
10. Paparella - Shumrick "Otorrinolaringologia" Segunda Edición Editorial Panamericana Vol. 3 1.987 Buenos Aires Argentina.
11. Rucci L. "Effects of vidian nerve stimulation on the nasal and maxillary sinus mucosa". Journal Laryngol and Otology, 98: 597-607. 1.984.