

11236
23
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de estudios de posgrado

Petroleos Mexicanos

Sub-Dirección Técnica Administrativa Gerencia de Servicios Médicos

Hospital Central Sur de Concentración Nacional

Servicio de Otorrinolaringología



RINOSEPTOPLASTIA EXTERNA

T R A B A J O

Que para obtener el grado de:
Especialista en Otorrinolaringología
Presenta el M. C.

LUZ MA. DEL CARMEN MEDRANO TINOCO

MEXICO, D. F.

1990.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE :

	Página.
Introducción	1
Objetivo	2
Hipótesis	2
Técnica Quirúrgica	2
Material y Método	3
Resultados	4
Comentario	12
Conclusiones	14
Bibliografía.	15

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

RINOSEPTOPLASTIA EXTERNA

Las técnicas de rinoplastia y rinoseptoplastia endonasal han sido desarrolladas y refinadas a través de los años sin embargo en algunos pacientes no han sido corregidas adecuadamente sus deformidades con la técnica convencional en parte debido a la pérdida de visualización de las deformidades y la limitada exposición del campo quirúrgico.

Se ha popularizado en los últimos años el uso de la técnica de rinoseptoplastia abierta, la cual facilita la visión directa de los componentes de la nariz.

En 1921 Rõthi de Budapest publica la corrección de la punta nasal a través de una incisión transcolumnar, cortando a través de la piel de la columela y la crura media de los cartilagos laterales inferiores y elevando la piel junto con la crura lateral de ambos cartilagos laterales inferiores permitiendo así una visualización directa de todas las estructuras nasales. Su método fue olvidado ya que se consideró poco fisiológico (1). Sercer de Zabreg (Yugoslavia) preocupado por la necesidad de tener una mejor exposición de sus estructuras lleva a cabo las técnicas de Rõthi realizando una incisión a nivel de la línea media de la columela pero preservando la integridad de las cruras medias y laterales de los cartilagos laterales inferiores y extendiendo la disección a todo lo largo del dorso nasal hasta el nasion (2). Padovan continúa con el desarrollo del método de decorticación utilizándola en forma rutinaria para corregir deformidades septales junto con la rinoseptoplastia, siendo además el primero que la utiliza para corrección de anomalías en niños. El método fue adoptado por Goodman, Anderson y otros conociéndolo como rinoseptoplastia abierta o externa (3). En los últimos años se ha incrementado el entusiasmo para utilizar esta técnica desarrollándose refinamientos como también indicaciones precisas para su realización. Hoy en día algunos autores consideran esta técnica como una vía reservada a deformidades nasales severas, anomalías nasales congénitas como labio y paladar hendido (4-5), en perforaciones septales (6), en pacientes con antecedentes de cirugías previas que presentan importante fibrosis en sus estructuras (7).

Esta vía de acceso tiene como ventajas: La visualización de todas las estructuras, pudiéndose realizar en forma fácil y precisa la corrección de las deformidades rinoseptales, la colocación exacta de injertos, el retiro adecuado de tejido fibroso y su control exacto de las zonas sangrantes.

Como cualquier técnica se han reportado la presencia de complicaciones postquirúrgicas como son: la hipertrofia de la cicatriz a nivel de la columela, el desplazamiento de la incisión de la cicatriz, la pérdida de injertos y colgajos así como también la presencia de procesos infecciosos locales como intracraneales.

O B J E T I V O

El objetivo del presente estudio es valorar la experiencia del servicio de otorrinolaringología del Hospital Central Sur en rinoseptoplastias externas.

H I P O T E S I S

1. La rinoseptoplastia externa tiene mayores ventajas técnicas que la rinoseptoplastia por vía endonasal.

2. La rinoseptoplastia externa no tiene mayores ventajas técnicas que la rinoseptoplastia por vía endonasal.

T E C N I C A Q U I R U R G I C A

Nosotros utilizamos la técnica descrita por Goodman (3-9). El paciente es colocado en posición semifowler, llevándolo a anestesia general con intubación orotraqueal e hipotensión controlada, e infiltrando la mucosa nasal con xilocaína al 2% con epinefrina 1:200,000 y se coloca en ambas fosas nasales torundas de algodón con nafazolina por aproximadamente 5 minutos. Se realiza una incisión en V invertida a nivel de columela, una

incisión marginal a ambos cartilagos laterales inferiores las cuales se unen a la incisión transcolumar.

Se inicia entonces la disección de piel de columela, lóbulo nasal y dorso hasta el ángulo nasofrontal, lateralmente la disección es llevada hasta obtener una buena exposición. Posteriormente se realiza la formación del colgajo de pericondrio y periostio del dorso nasal. A continuación se reseca el tejido fibroso que se encuentre presente seguido de la liberación de los cartilagos laterales. El borde caudal septal es identificado y se efectúa septoplastia si es necesaria. Se continúa con trabajo de cartilagos laterales superiores e inferiores, colocación de injertos y trabajo de dorso a través de osteotomías medias, paramedias y laterales, todo esto si se requiere(8), después de que la pirámide nasal es reestructurada la piel se recoloca y las incisiones son meticulosamente suturadas con nylon 5-0. Se colocan por último taponamientos en ambas fosas nasales y se feruliza la nariz. Se retiran los taponamientos al quinto día de postoperado y las suturas son removidas al séptimo día de postoperado el paciente (8).

M A T E R I A L Y M E T O D O

Se les realizaron a 34 pacientes, 21 hombres (61.76%) y 13 mujeres (38.24%) en el Hospital Central Sur Pemex rinoplastia con técnica abierta de agosto de 1986 a junio de 1989, durante este mismo período se efectuaron 234 rinoseptoplastias por vía endonasal.

El paciente mas joven a quien se le realizó la técnica abierta fue de 6 años y el mas viejo de 51 años. Un total de 11 pacientes (32.35%) se observaron hasta 6 semanas después de sus cirugías mientras que los restantes 23 pacientes (67.65%) se les observó su evolución postquirúrgica por un período de 6 a 12 meses.

Criterios de Inclusión

1. Pacientes de ambos sexos
2. Con antecedentes de cirugías previas
3. Con múltiples traumatismos
4. Deformidades nasales asociadas a labio y paladar hendido

RESULTADOS

En el presente estudio se analizaron a 34 pacientes de los cuales 13 fueron del sexo femenino y 21 del sexo masculino con una edad promedio de 29 años a quienes se les sometió a rinoseptoplastia con técnica abierta ya que tenían indicaciones precisas: 31 pacientes (91.17%) tenían cirugías previas, 18 (52.94%) mostraban antecedentes de traumatismos múltiples, en 3 (8.82%) existía la presencia de labio y paladar hendido y en un paciente (2.94%) era portador de hipoplasia facial. Ver tabla No.3. Los síntomas eran en 32 pacientes (94.11%) obstrucción nasal importante, rínoorea anterior en 9 (26.47%), epistaxis en 5 (14.70%), resequead nasal en 4 (11.76%), dolor nasal y cefalea en 7 (8.82%). En 33 pacientes (97.05%) tenían una deformidad nasal importante mientras que en solo 20 (58.82%) existía desviación septal patógena, un paciente (2.94%) era portador de fístula palatina. Ver tabla No.4.

Los hallazgos quirúrgicos fueron: Fibrosis en el lóbulo en 10 pacientes (29.41%) y en 9 (26.47%) en el dorso. Cartilagos seccionados en 6 pacientes (17.64%), ausencia de cartilagos laterales en 2 (5.88%), deformidad de cartilagos laterales superiores e inferiores en 10 (29.41%), deformidad de la punta nasal en 8 (23.52%), deformidad en piramide osea en 13 (38.23%), deformidad de piramide cartilaginosa en 15 (44.11%), ausencia de espina nasal en 3 (8.82%), deformidad en alas nasales en 8 (23.52%), columela corta en 4 (11.76%), desviación septal en 20 (58.82%), perforación septal en 3 (8.82%) las cuales median 1x1, 2x2, y 3x2, ausencia de borde caudal septal en 2 (5.88%), ausencia iatrogena septal en 1 (2.94%), hipertrofia de cornetes en 3 (8.82%), fístula nasal en 1 (2.94%) y poliposis nasal en 2 (5.88%). Ver tabla No.5.

Las modificaciones quirúrgicas realizadas por nosotros fueron diversas dependiendo de cada caso pero siempre tratándose de preservar lo mas posible las estructuras. A nivel de cartilagos laterales superiores se liberaron en 7 pacientes (20.58%) mientras que en 11 (32.35%) se les recortó el borde caudal. En 5 pacientes (14.70%) se liberaron cartilagos laterales inferiores, en 12 (35.29%) se recortó el borde cefálico, en 6 (17.64%) colocamos postes cartilaginosos entre las cruras medias, en 9 (26.47%) se suturaron cúpulas y en 15 (44.11%) se seccionaron las cúpulas y las cruras medias se suturaron en 13 pacientes (38.23%). Ver tabla No 6. En 8 pacientes se les realizó ostetomías medias (23.52%), ostetomías transversas en 3 (8.82%) y ostetomías paramedias en solamente en 1 paciente (2.94%). El tipo de injertos utilizados fueron homólogos en 3 pacientes (8.82%) y autólogos en 8 (23.52%). La aplicación de los injertos fueron en 4 pacientes (11.76%) a nivel de punta, en columela en 10 pacientes (29.41%), en base nasal en 1 paciente (2.94%) y en dorso en 4 (11.76%). En 20 pacientes

(64.70%) su rinoplastia se combinó con septoplastia mientras que el resto se les realizó solamente rinoplastia. Se modificaron las alas nasales en sólo 4 pacientes (11.76%). El dorso fue limado en 13 pacientes (38.23%), mientras que en 3 (8.82%) se les realizó gibectomía osea y en 5 (14.70%) gibectomía cartilaginosa. Fractura de cornetes en 3 pacientes (8.82%) y electrofulguración en sólo uno (2.94%). En 2 pacientes (5.88%) en forma conjunta a su rinoseptoplastia se les efectuó sinusectomía endonasal y polipectomía. Ver tabala No 6

La evolución de los pacientes a las 6 semanas a 2 meses de postoperados fueron: En 19 pacientes (55.88%) estaban asintomáticos, en 11 existía obstrucción nasal (32.35%) y en 4 (11.76%) referían resequeadad nasal; en el grupo de pacientes a quienes se les observó por más de 2 meses hasta 1 año en 21 (61.67%) se encontraban asintomáticos, 7 (20.58%) referían obstrucción nasal, y en uno reportaba (2.94%) resequeadad nasal, de los 3 pacientes con perforación septal (8.82%) sólo en uno (2.94%) hubo un cierre parcial de la misma la cual media 1x1, mientras que en los otros dos pacientes que presentaban las perforaciones de mayor tamaño (2x2 y 3x2) no se cerraron las perforaciones. Ver tabla No.7.

No se presentó en ninguno de los pacientes complicaciones transoperatorias. Las complicaciones postoperatorias que se observaron en 3 pacientes (8.82%) fue la retracción de la cicatriz a nivel de la columela en forma importante y la deformidad rinoseptal la cual no se corrigió a pesar de la cirugía externa en 4 pacientes (11.76%), no presentándose en ninguno procesos infecciosos ni sangrado transoperatorio ni postoperatorio como tampoco ninguna otra complicación de las que se reportan en la bibliografía (9-10).

T A B L A 1

GRUPOS POR SEXO

Sexo	Nº.	%
- Femenino	13	38.24%
- Masculino	21	61.76%
TOTAL	34	100.00%

T A B L A 2

GRUPOS POR EDAD:

Edad (años)	Número de pacientes	%
0 - 10	1	2.94
11 - 20	7	20.58
21 - 30	13	38.23
31 - 40	8	23.52
41 - 50	2	5.88
51 - 60	3	8.82

T A B L A 3

INDICACIONES QUIRURGICAS:

Tipo	No.	%
Cirugia primaria	3	8.82
Cirugia nasal previa		
a) Secundarias	24	70.58
b) Terciarias	7	20.58
Traumatismos múltiples	18	52.94
Labio y paladar hendido	3	8.82
Hipoplasia facial	1	2.94

T A B L A 4

CUADRO CLINICO:

Síntomas y signos	No.	%
Obstrucción nasal	32	94.11
Rinorrea	9	26.47
Epistaxis	5	14.70
Resequedad nasal	4	11.76
Dolor nasal	3	8.82
Cefalea	3	8.82
Deformidad nasal	33	97.05
Deformidad septal	20	58.82
Rinolalia cerrada	1	2.94
Fistula palatina	1	2.94

T A B L A 5

HALLAZGOS:

	No.	%
-Lóbulo		
a) Fibrosis	10	29.41
b) Cartilagos seccionados	6	17.64
c) Ausencia de cartilago lat.sup.	1	2.94
d) Ausencia de cartilago lat.inf.	1	2.94
e) Deformidad de cartilago lat.sup.	5	14.70
f) Deformidad de cartilago lat.inf.	5	14.70
g) Deformidad de la punta	8	23.52
-Dorso		
a) Fibrosis	9	26.47
b) Deformidad de pirámide osea	13	38.23
c) Deformidad de pirámide cart.	15	44.11
d) Techo abierto	6	17.64
-Base		
a) Ausencia de espina nasal	3	8.82
b) Deformidad de alas nasales	8	23.52
c) Columela corta	4	11.76
-Septum		
a) Desviación septal	20	58.82
b) Perforación septal	3	8.82
c) Ausencia de borde caudal	2	5.88
d) Ausencia iatrógena septal	4	11.76
e) Duplicación de cartilago septal	1	2.94
-Cornetes		
a) Hipertrófia	3	8.82
b) Edema	1	2.94
-Fistula nasal	1	2.94
-Poliposis nasal	2	5.88

T A B L A 6

MODIFICACIONES QUIRURGICAS

	No	%
- Cartilagos laterales superiores		
a) Liberación	7	20.58
b) Recorte de borde caudal	11	32.35
- Cartilagos laterales inferiores		
a) Liberación	5	14.70
b) Recorte de borde cefálico	12	35.29
c) Sutura de cúpulas	9	26.47
d) Sección de cúpulas y sutura de cruras	15	44.11
- Pirámide osea		
a) Ostetomías laterales	13	38.23
b) Ostetomías medias	8	23.52
c) Ostetomías transversas	3	8.82
d) Ostetomías paramedias	1	2.94
- Tipo de injertos utilizados		
a) Homólogoas	3	8.82
b) Autólogoas	8	23.52
- Aplicación de injertos		
a) Punta (cartilago machacado)	4	11.76
b) Columela	10	29.41
c) Base nasal	1	2.94
d) Dorso con fascia de temporal	4	11.76
- Septum		
a) Septoplastia	20	58.82
b) Cierre de perforación septal	2	5.88

- Base			
a) Modifiación de alas	4		11.76
- Dorso			
a) Limado de giba	13		38.23
b) Gibectomia osea	3		8.82
c) Gibectomia cartilaginosa	5		14.70
- Otros			
a) Cornetes	4		11.76
b) Sinusectomia endonasal	2		5.88
c) Polipectomia endonasal	2		5.88

T A B L A 7

EVOLUCION

De 6 semanas a 2 meses de P.O Mas de 2 meses a 1 año de P.O

	No.	%	No.	%
- Asintomático	19	55.88	21	61.67
- Obstrucción	11	32.35	7	20.58
- Resequeda	4	11.76	4	11.76
- Deformidad	4	11.76	4	11.76
- Cicatriz visible	3	8.82	3	8.82
- Retracción cicatricial en columna	3	8.82	3	8.82
- Infección	0	0	0	0
- Perforación septal	2	5.88	2	5.88

COMENTARIO:

El uso de la rinoseptoplastia externa es controversial por algunos cirujanos, aunque en ciertas deformidades nasales y septales ha sido invaluable por su mejor exposici6n de las estructuras nasales, dando asi , a los cirujanos un mejor campo quir6rgico para corregir mas adecuada y exactamente las alteraciones que se les presentan.

Aunque en algunos lugares como el grupo del Dr Goodman en Toronto la utilizan en forma sistemática en la actualidad, (3) nosotros estamos de acuerdo con el grupo de los Drs. Peach, Cannoni y Abdul que consideran que esta técnica debe de ser confinada a casos donde el procedimiento por via endonasal no da resultados satisfactorios. Esto es particularmente en pacientes que presentan las siguientes indicaciones (4-5-7). Traumatismos múltiples, intervenciones quir6rgicas múltiples, alteraciones nasales asociadas a labio y paladar hendido, ya que en estos casos los danos osteocartilaginosos son impredecibles y las adherencias cicatrizales son muy importantes, provocando una dificultad para la disecci6n precisa y fácil por via endonasal (7). En nuestro estudio los pacientes a quienes llevamos a rinoseptoplastia externa presentaban indicaciones precisas.

La típica deformidad nasal asociada a labio y paladar hendido represent6 gran cambio con esta técnica, ya que da una perspectiva total de la patologia nasal presente en estos pacientes y hace posible una mejor correcci6n, la cual por via endonasal muchas veces es imposible. En nuestros 2 pacientes que tenian esta patologia, su evoluci6n y resultados postoperatorios fueron satisfactorios concordando con los resultados reportados en la bibliografia por el Dr Tschoop (4).

A pesar de que reportan buenos resultados en cierre de perforaciones septales a trav6s de esta técnica por el autor Kridel (6) nosotros obtuvimos en un solo paciente de los 3 a quienes se les realiz6 la correcci6n de la perforaci6n septal con fasciá de temporal una mejoría parcial de la misma. En uno de los pacientes , ya que en el resto no la corregimos a pesar de la técnica abierta; ésto probablemente se debió a la poca experiencia que tenemos en cierre de perforaciones septales, a la técnica que utilizamos, como tambien a que en dos pacientes las perforaciones eran mayores de 2 cm . La técnica externa provee invaluable ventajas como son la visualizaci6n directa de las deformidades permitiendo asi una disecci6n exacta de las estructuras anatómicas y la correcci6n de las deformidades que se presentan, facilitando además la colocaci6n de injertos y la sutura adecuada de las estructuras que se requieran.

En ninguno de nuestros pacientes ocurrieron accidentes transoperatorios ya que procuramos hacerlo en forma cuidadosa a

pesar que se llevará mayor tiempo quirúrgico (de aproximadamente 230 hrs.)

Nosotros seguimos la técnica descrita por el Dr Goodman (3) sin encontrarnos ninguna dificultad en su realización, teniendo siempre como objetivo respetar lo mas posible las estructuras anatómicas conservando una disección meticulosa y cuidadosa.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias que se observaron no concuerdan con las encontradas en el estudio de los Drs Slobodan, Jugo e Ivan Padovan, ya que ellos reportan como complicaciones la presencia de epifora, edema excesivo, anosmia, hematoma septal, abscesos, las cuales no se presentaron en nuestros pacientes. Sólo en 3 pacientes (8.8%) se presentó retracción de la cicatriz de la columela mientras que en los resultados reportados por Padovan y Lawrence (8-9) fueron de un 0.9%. Consideramos que nuestro porcentaje fue más alto por las características de la piel de las personas de nuestro estudio, la cual era mas gruesa, y con tendencia al rinofima así como también a la retracción de tejido muy fibroso y falta de soporte de la columela, provocando disminución en el aporte sanguíneo del colgajo. La otra complicación que se observo en 4 pacientes (11.76%) fue la deformidad rinoseptal que persistió a pesar de rinoseptoplastia externa mientras que en el grupo de Toronto reportó una incidencia menor (6.3%), lo cual pudo deberse a la severidad de las deformidades y a la falta de experiencia de esta técnica ya que la población que maneja el grupo de Toronto es mucho mayor y son los que tienen actualmente la mejor experiencia en esta vía (492 cirugías en un periodo de 8 años).

Padovan y Lawrence reportan varias complicaciones transoperatorias en bajo porcentaje como fueron: sangrado transoperatorio, desgarro del borde caudal del cartilago lateral inferior y del colgajo de la piel de la columela, los cuales no se presentaron en nuestro estudio.

En ninguno de nuestros pacientes se observaron procesos infecciosos, hematomas septales, o abscesos como los reporta la literatura (9-10).

La cicatriz a nivel de la incisión columelar no fue para nosotros una desventaja; concordan nuestros resultados con los obtenidos por Padovan, Lawrence, Jugo y Dennis (7-8) ya que en la mayoría de nuestros casos a los 3 meses de postoperados la incisión es casi inapreciable.

CONCLUSIONES

En el presente estudio llegamos a las siguientes conclusiones

a) La rinoseptoplastia externa es otra vía de acceso para corregir deformidades nasales severas.

b) La cicatriz a nivel de la columela no es aparente en la mayoría de nuestros pacientes.

c) En nuestras manos no fue útil para el cierre de perforaciones septales.

d) No es superior a la vía endonasal para utilizarla en forma rutinaria.

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

1. GERAL M. English M.D.: English Otorrinolaringology. 2a. edición. Philadelphia: Harper y Row Publishers.,1987; 4:1-10.
2. Slodoban, Jugo and Padovan: Surgical Technique of Decortication (external) Rinoplasty. Symp. Otorhinol. Iug. 1986; 2:3: 143-147 .
3. Wilfred S. Goodman: Septorhinoplasty Surgery of the nasal tip by External Rhinoplasty. The Journal of Laryngology and Otology 1980; 94:485-494.
4. Tschopp H.M.: The open sky rhinoplasty for correction of secondary cleft lip nose deformity. Journal Plastic Reconstructive Surg Hand Surg. 1988; 22: 153-158.
5. Munker R. : The open rhinoplasty indication technique and results. Handchir Mikrochir Plast Chir. 1986; 18: 236-238. (Resömen).
6. Kridel R.W.: Septal perforation closure utilizing the external septorhinoplasty approach. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery. 1986; 112: 168-172.
7. Pech A. Cannoni M , Abdul S. : External rhinoplasty technique and indications. Clin. Otho-Rhino-Laryngol. 1981; 18: 263-266.
8. Solodoban B. Jugo , MD. The periosteoperichondrial flap in external rhinoplasty. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1986; 112: 776-779
9. Complications of the external (combination) rinoplasty aproch. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1986; 112: 1064-1068.
10. Slodoban Jugo and Ivan Padovan: The complications of decortication (external) septorhinoplasty. Symp. Otorhinol, Iug. 1986; 21: 129-142.
11. Slodoban Jugo : Septal Surgery in Children. Symp Otorhinol. Iug. 1986; 21: 129-142
12. Slodoban Jugo: Total Septal Reconstruction through Decortication (External) Approach in Children 1987; 113: 173-178

13. Snell G.E.D : History of External Rhinoplasty. J. Otolaryngol 1978; 7: 6-8

14. Wright, W.K. and Kridel, R.W.: External Septorhinoplasty: A tool for teaching and for improved results. Laryngoscope 1981; 91: 945-951