

11236



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



DIVISION DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL 1°. DE OCTUBRE
I. S. S. T. E.

**ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LA TECNICA PARA
CIBRRE DE PERFORACIONES SEPTALES MAYORES
DE 1 CM.**

TESIS RECEPCIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
OTORRINOLARINGOLOGO Y CIRUJANO
DE CABEZA Y CUELLO**

P R E S E N T A :

FERNANDO VIDAL HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

S U M M A R Y

A predictably succesful technique for surgical closure of nasal septal perforation up of 1 to 3cms. in diameter is reported.

It employs let down of nasal dorsum or transposition the perpendicular plate of ethmoid.

Bipedicled mucosal advancement flaps designed to maximize blood supply (for flap viability) and a underlying connective tissue autograft (temporalis fascia).

S U M A R I O

Una técnica quirúrgica para cierre de perforaciones septales mayores de 1cm. a 3cms. de diámetro es propuesta en este estudio.

Se postula un descenso del dorso nasal (let down) - y-o transposición de lámina perpendicular del etmoides.

Los colgajos bipediculados de avance son realizados para suministrar un máximo aporte sanguíneo (para asegurar la viabilidad del colgajo) y reforzados por un tejido conectivo autólogo (fascia de músculo temporal).

C O N T E N I D O

CAPITULO I.

- INTRODUCCION.
- ANTECEDENTES.

CAPITULO II.

- JUSTIFICACION.
- HIPOTESIS.
- OBJETIVOS.
- RECURSOS Y METODOS.

CAPITULO III.

- RESULTADOS.
- CONCLUSIONES.
- SUGERENCIAS.
- BIBLIOGRAFIA.

C A P I T U L O I

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

Existe una amplia variedad de lesiones nasales que pueden producir una perforación septal, sin embargo en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, se ha detectado que la cirugía del septum nasal continua siendo la causa más frecuenta de perforación septal, dato que coincide con lo reportado en la literatura nacional y mundial.

La perforación septal es causa común de formación de costras intranasal, epistaxis, fetidez nasal y ocasionalmente produce silbidos inspiratorios.

El cierre quirúrgico de las perforaciones septales continuan siendo un reto, pues cuando más grande sea la perforación, más difícil es obtener resultados consistentes.

A N T E C E D E N T E S

La frecuencia de perforaciones septales se ha incrementado recientemente por el desarrollo industrial y el abuso de drogas. En ocasiones, las lesiones pueden ser -- asintomáticas y se detectan durante una exploración rutinaria de nariz; sin embargo, aunque la sintomatología no es muy florida, por lo general consiste en:

- a) Epistaxis
- b) Formación de costras
- c) Obstrucción nasal
- d) Cefaleas
- e) Rinorrea posterior
- f) Fetidez nasal
- g) Alteraciones olfatorias
- h) Silbido respiratorio, sobre todo cuando las perforaciones son pequeñas y anteriores.

ETIOLOGIA.

Las causas de las perforaciones septales son múltiples y las más comunes son:

- a) Abuso en la inhalación de drogas, sobre todo cocaína.

- b) Traumáticas (que incluyen autolaceraciones).
- c) Secundarias a cirugía nasal (la más frecuente)
- d) Cauterización nasal por epistaxis, sobre todo -- con electrocauterio y nitrato de plata (Iatrógenas).
- e) Trabajadores de la industria del cromo, cemento, carbonato de sodio, nitrato de calcio y arsénico. Por lo general, se deben a negligencia en el empleo de protectores nasales (máscaras).
- f) Procesos atróficos que afectan al septum nasal e incluyen mucosas, cartilago y hueso (ocena).
- g) Enfermedades sistemáticas, como discrasias sanguíneas y diabetes.
- h) Enfermedades del colágeno. Complicación muy rara que se produce por vasoespasmo local con la resultante isquemia y ulceración.
- i) Granulomatosis de Wegener y reticulosis pleomorfa que representa un 2% de los casos de perforaciones (Kern 1979).
- j) Idiopáticas.

TRATAMIENTO.

Desde el punto de vista clinico, las perforaciones septales se dividen en:

- a) Pequeñas (menores de 1cm. de diámetro)
- b) Grandes (mayores de 1cm. de diámetro)

El tratamiento es el siguiente:

1. MANEJO NO QUIRURGICO.

Una perforación que no produce síntomas no requiere tratamiento, tales perforaciones probablemente no presenten exposición osea o cartilaginosa, y una localización posterior en donde no esta expuesta directamente a los efectos de la desecación del aire.

Cuando las costras intranasales son el problema, se resuelve con el uso periódico de irrigaciones nasales y ungentos.

Puesto que con frecuencia el staphylococcus aureus y la pseudomona aeruginosa colonizan a las costras nasales, puede agregarse un antiséptico a la solución como vinagre blanco o ácido bórico.

2. MANEJO QUIRURGICO.

- A) Perforaciones pequeñas (menores de 1cm.)

- a) Método de Hazeltine.
- b) Método de Huffman y Lierle (1957)
- c) Colgajo septal invertido posterior (Bridger 1986)
- d) Otros métodos.

B) Perforaciones grandes (mayores de 1cm.)

Cuando más grande sea la perforación, más difícil es obtener resultados consistentes. En general, existen dos tipos de tratamiento, el primero en el que se lleva tejido (cartilago, hueso, fascia temporal o piel) al sitio de la perforación, y el segundo en el que se emplean materiales aloplásticos, como silicón.

- a) Reparación con hueso cortical mastoideo y fascia temporal.
- b) Colgajo nasolabial.
- c) Cierre con botones de silastic.
- d) Otros.

Basados en las técnicas quirúrgicas mencionadas, -- proponemos los autores de este estudio combinar las técnicas mencionadas con innovaciones.

C A P I T U L O II

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

Consideramos que la técnica quirúrgica de descenso del dorso nasal y-o transposición de lámina perpendicular del etmoides que se esta llevando acabo en el Hospital Regional 1^o de Octubre del ISSSTE, tiende a ser una alternativa en la corrección de perforaciones septales mayores de 1cm., misma que se valorará su utilidad a mediano plazo.

H I P O T E S I S

La utilidad de la técnica de descenso del dorso - nasal y-o transposición de lámina perpendicular del etmoides en el cierre de perforaciones septales mayores de 1cm., propuesta por los autores de este estudio, resulta ser una técnica quirúrgica más práctica y brinda mayor confiabilidad que las técnicas, utilizadas con el mismo fin

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Al finalizar la investigación, será posible comprobar la utilidad a mediano plazo de la técnica quirúrgica propuesta en nuestra población, con el fin de generalizar su uso, basados en hallazgos estadísticamente significativos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Al final de la investigación, podemos encontrar lo siguiente:

- a) Demostrar que la técnica quirúrgica modificada en el cierre de perforaciones septales mayores de 1cm., efectivamente nos representa un método más seguro y productivo que el resto de técnicas utilizadas.
- b) Comprobar la incidencia del fenómeno dentro de un lapso dado, así como la efectividad de la técnica mencionada en ellos.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO.

El estudio se llevó acabo en el Hospital Regional - 1º de Octubre del ISSSTE, tomando la información de pacientes derechohabientes de la institución, que acudieron al servicio de Otorrinolaringología y que presentaron una perforación septal mayor de 1cm. de diámetro -- diagnosticada en forma clínica e instrumental, sin importar la causa que la ocasiono.

Una vez captados los casos, y después de proponerles la intervención quirúrgica y esta fué aceptada (Hoja de autorización quirúrgica y de autorización de ingreso al protocolo), se realizaron una serie de valoraciones - postoperatorias (A los 5 días, a los 10 días, a los 15 días, al mes y a los dos meses), que permitieron hacer una evaluación de los resultados especificos a la técnica, los cuales se captaron en hojas de registro y que comprendieron las variables del estudio:

A) DEMOGRAFICAS.

- a) Edad en años
- b) Sexo
- c) Ocupación
- d) Adicciones

B) CLINICAS.

- a) Motivo de consulta
 - b) Sintomatología
 - c) Causa de la lesión
 - d) Localización del área afectada y diámetro de la perforación.
 - e) Características del proceso quirúrgico
 - f) Días de estancia hospitalaria
 - g) Medicación alterna
 - h) Complicaciones
 - i) Evolución postoperatoria
- A los 5 días, a los 10 días, a los 15 días,
al mes y a los dos meses.

Fueron excluidos los pacientes que rehusaron el tratamiento quirúrgico, que presentaron alguna enfermedad sistémica, y en la cual estaba contraindicada la intervención quirúrgica o bien, que reunieron los criterios de inclusión pero que no acudieron a sus citas postoperatorias.

TECNICA QUIRURGICA RECOMENDADA

Bajo anestesia general inhalatoria y una hipotensión arterial controlada se procede a realizar una incisión retroauricular, se toma fascia de músculo temporal (calculando tomar un centimetro mayor al diámetro de la medición aproximada de la perforación septal), y se cierra la incisión retroauricular.

Posteriormente se procede a realizar la cirugía intra nasal:

Por lo general, se hace una incisión de hemitransfijación derecha, se elabora un colgajo mucopericondril (realizando los túneles descritos por el Doctor Cottle; anterior izquierdo, inferior derecho, inferior izquierdo y anterior derecho), se corta un pedazo de lámina perpendicu-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

lar del etmoides con tijeras anguladas fuertes para hueso, se realizan cuatro obturaciones con una fresa pequeña para hueso y se le envuelve la fascia de músculo temporal obtenida al inicio. Posteriormente se realizan dos colgajos de avance designados a preservar un buen aporte sanguíneo. Las incisiones son realizadas por arriba y abajo de la perforación septal. Si la perforación septal es de 1 a 2cm. de diámetro solamente se colocará la lámina perpendicular envuelta en la fascia muscular a nivel de la perforación septal, pero si el tamaño de la perforación es de 2 a 3cm. y si la altura del dorso nasal permite descenderlo se efectuará a través de una incisión vestibular osteotomías laterales a manera de poder extraer una cuña de hueso de la base de la rama ascendente del maxilar superior y una osteotomía transversa.

Se procede a suturar la hemitransfixión con catgut cuatro ceros doble armada, se colocan taponamientos nasales anteriores en forma bilateral impregnados con un unguento y finalmente se coloca un vendaje nasal externo con micropore 3M. Si se realizaran osteotomías se colocará un yeso a nivel del dorso nasal.

C A P I T U L O I I I

R E S U L T A D O S

Del total de consulta impartida en el servicio de Otorrinolaringología (2,200) en un lapso de seis meses, sólo 6 pacientes con perforación septal reunieron todos los criterios de inclusión, lo que constituye el 0.27% del total de la consulta general.

De los seis pacientes, 3 fueron hombres y 3 mujeres, en un rango de edad de 32 a 49 años. La sintomatología más frecuente referida fué: Rinorrea posterior, - seguida de la formación de costras, obstrucción nasal y epistaxis, (Tabla # 1).

La causa de la lesión en todos los pacientes fué una complicación de una cirugía septal previa. En tres de ellos (dos hombres y una mujer), habían tenido intentos quirúrgicos previos para el cierre de la perforación sin haber logrado su propósito.

En cinco de los casos, la localización del área -- septal afectada fué anterior y en uno de los casos fué posterior. El diámetro de la lesión en el 33% de los ca sos (2), fué de 1 a 2 cms. y en el 50% de los casos (3) el diámetro fué de 2 a 3cms. .

En el 60% de los pacientes (4), en los cuales el diámetro de la perforación septal fué de 2 a 3cms. se realizó una técnica quirúrgica consistente en descenso del dorso nasal (let down), y una transposición de lámina perpendicular del etmoides combinados con fascia de músculo temporal y colgajos de avance.

En el 33% de los pacientes (2) en los cuales el diámetro de la perforación septal fué de 1 a 2cms., se realizó solamente una transposición de lámina perpendicular -- del etmoides apoyados con fascia de músculo temporal y -- colgajos de avance.

En todos los casos, sólo requirieron una día de estancia hospitalaria sin reporte de ninguna complicación -- transoperatoria y con solo una complicación posterior --- (Estenosis vestibular), cuadro #2.

Los taponamientos nasales anteriores se retiraron al quinto día, notando escasa formación de una capa de fibrina sobre el sitio en donde se encontraba el defecto, al octavo día encontramos una formación de costras en forma mínima sobre el sitio de la lesión, recomendando en este tiempo una lubricación nasal con "Trofodermin". A los 15 días la formación de costras era aún menor, al mes y a -

los dos meses, se observó y confirmó el éxito quirúrgico en el 100% de los pacientes con mejoría de la sintomatología.

SINTOMAS	N	%
Rinorrea Post	5	83.3%
Costras	4	66.6%
Obstrucción	4	66.6%
Epistaxis	3	50 %
Faringeos	3	50 %
Olfatorias	2	33.3%
Cefaleas	2	33.3%
Silbidos Inspi ratorios	2	33.3%

Tabla Número 1

N: Número de pacientes

%: Porcentaje

CONCLUSIONES

1. Efectivamente, la técnica quirúrgica propuesta - por los autores de este estudio, puede considerarse una alternativa en la corrección de perforaciones septales - mayores de 1cm.

2. En nuestra población derechohabiente que acude - al servicio de Otorrinolaringología y que presentan una perforación septal, la cirugía del septum nasal continua siendo la causa más frecuente de la lesión.

3. La cirugía puede tomar aproximadamente 3 horas - de tiempo quirúrgico y para la cual es importante una hipotensión arterial controlada, para una buena visualiza- ción del área de trabajo.

4. Los colgajos de avance bipediculados, son idea-- dos para producir un máximo aporte sanguíneo y asegurar la viabilidad del colgajo.

5. Al retirar los tapones nasales y observar la apa- rición de costras sobre la superficie de la zona de la - lesión, estas no deben de ser removidas, pues el injerto gradualmente revasculariza y forma la base para la epite- lización de la mucosa, la cual avanza aproximadamente -- 1mm. por día.

SUGERENCIAS

Las sugerencias son básicamente orientadas a la prevención de complicaciones quirúrgicas del septum.

1. Debemos recordar que el cartilago septal nasal, recibe su aporte sanguíneo de la membrana mucosa superyacente, y que el cartilago puede desintegrarse cuando la mucosa es lesionada (lacerada, desgarrada o arrancada) en una misma área septal de ambos lados.

2. La lesión de la mucosa durante la cirugía septal, se debe tratar, de ser posible, de repararse (suturandola); si esto no es posible, debe tenerse cuidado de no lesionar el lado contralateral.

3. El acceso a toda cirugía correctiva, se basa en un profundo conocimiento de la Anatomía quirúrgica básica de la nariz, lo que permitirá restaurar las estructuras nasales tan cerca de su forma y posición normales como sea posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gollom J: Perforation of the nasal septum: The reverse flap technique. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1968; 88: 518-522.
2. Hinderer KH; Fundamentos de Anatomía y Cirugía de la nariz, con actualización, Alabama USA, Aesculapius Publishing Company 1978: 1-193.
3. Fairbanks DNF: Closure of nasal septal perforations. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1980;106: 509-513.
4. Pallanch JF; Facer GW, Kern EB, et al: Prosthetic closure of nasal septal perforation. Otolaryngol Head Neck Surg 1982;90: 448-452.
5. Fairbanks DNF, Fairbanks GR: Cocaine uses and abuses. Ann Plast Surg 1983;10: 452-457
6. Krindel RWH, Appling D, Wright WK: Septal perforation Closure utilizing the external septorhinoplasty approach. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986;112: 168-172.
7. Arnstein DP, Berke GS: Surgical considerations in the open rhinoplasty approach to closure of septal perforations. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989;115: -- 435-438.
8. Eviatar A, Myssiorek D: Repair of nasal septal perforations with tragal cartilage and perichondrium grafts. Otolaryngol Head Neck Surg 1989;100: 300-302.
9. Escajadillo JR: Oidos, Nariz, Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello, México, D.F. Manual moderno 1991;1: -- 1-878.
10. Nava LJ: Cambios histológicos comparativos en la mucosa del septum nasal con rinoplastia de descenso, sin descenso y nariz secundaria, reporte de 21 casos, México D.F. 1992: 1-5.