

11236
2oje.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"



RINOSEPTUMPLASTIA SECUNDARIA
TECNICA CONVENCIONAL VS TECNICA ABIERTA

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA LA:

DRA. CRISTINA MARGARITA ALARCON ROMERO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
OTORRINOLARINGOLOGIA

[Signature]

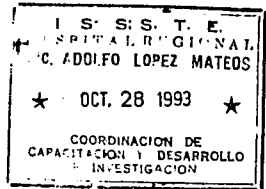
DR. RAUL VIZZUETT MARTINEZ
COORDINADOR DE CAPACITACION Y
DESARROLLO E INVESTIGACION

[Signature]

DR. GUILLERMO AVENDAÑO MORENO
PROFESOR TITULAR DE
OTORRINOLARINGOLOGIA



[Signature]
DR. ALFREDO BELGADO CHAVEZ
COORDINADOR DE CIRUGIA



1994
TESIS CON
FALLA EN CUBRIR



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.

RINOSEPTUMPLASTIA SECUNDARIA
TECNICA CONVENCIONAL VS TECNICA ABIERTA

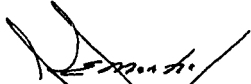
INVESTIGADOR: DRA. CRISTINA MARGARITA ALARCON ROMERO

DOMICILIO: INSURGENTES NORTE # 1713
COLONIA TEPEYAC INSURGENTES
MEXICO, D.F.

ASESOR: DR. GUILLERMO AVENDAÑO MORENO


Guillermo Avendaño Moreno


DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION


DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO
JEFE DE CAPACITACION
Y DESARROLLO

México, D.F. Octubre de 1993.

A MI PADRE:

Dr. Víctor M. Alarcón Arredondo,
por sus sabios consejos, su enseñanza
siempre presente, su valioso apoyo
y mi mejor modelo a seguir.

A MI MADRE:

Dra. Cristina M. Romero de Alarcón,
por las palabras exactas en el momento
adecuado, por sus desvelos, por ser ideal
de toda mujer: profesionista, esposa y madre.

A MIS HERMANOS:

Alex, Viola, Víctor y Juan
por su cariño, y sólido apoyo,
por ser el mejor regalo que me
ha dado la vida.

A MI SOBRINA:

Viola Montserrat,
por su ternura,
por ser una nueva esperanza.

A MI MAESTRO:

Dr. Guillermo Avendaño Moreno,
por sus enseñanzas, por su apoyo
y colaboración para la realización
de este trabajo.

A MIS MAESTROS:

por ser piedra angular en mi
formación.

A LOS DOCTORES:

Salvador Ruiz Cancino,
Ricardo Favela Villarreal y
Arturo Pérez Escamilla,
por su entrañable amistad y
apoyo incondicional.

A MIS COMPAÑEROS:

por las experiencias compartidas,
y los momentos convividos.

A MIS COLABORADORAS:

Lety, Isabel, Lydia y Evita,
por su ayuda incondicional y
los momentos compartidos.

A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL:
por hacer placentera mi estancia y
por la confianza depositada.

A MIS PACIENTES:
por su valiosa enseñanza.

A quien de alguna manera
haya participado en el
camino hacia la meta.

A DIOS:
por darme la mejor
oportunidad:
VIVIR.

I N D I C E

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	5
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	18
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	22
FIGURAS Y TABLAS	23
BIBLIOGRAFIA	31

RESUMEN

La Rinoseptumplastía Secundaria es probablemente la más difícil de todas las cirugías que solemos realizar en Otorrinolaringología, ya que exige un análisis exhaustivo, una ejecución técnica impecable del plan quirúrgico y una vigilancia estrecha del paciente, por lo que el Otorrinolaringólogo se plantea la disyuntiva entre la técnica convencional y la técnica abierta como abordaje para este tipo de procedimiento para obtener mejores resultados. Surgiendo la inquietud de realizar éste trabajo.

Se estudió un grupo de 53 pacientes de ambos sexos con un rango de edad de 17 a 45 años, con antecedentes de Rinoseptumplastía anterior, con diagnóstico de deformidad rinoseptal y sintomatología manifestada principalmente por obstrucción nasal. Se investigó además Rinorrea hialina y descarga retronasal. Se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos A y B. A los pacientes del grupo A se les realizó Rinoseptumplastía Secundaria con técnica convencional y a los del grupo B con técnica abierta.

A todas se les retiró el taponamiento al 5o. día citas cada 3er. días, a los 7, 15, 30, 90 y 180 días. Se observó promedio de edad de 28.8 y 27.8 años respectivamente, predominó la obstrucción nasal en todos los pacientes, rinorrea hialina en A 13 (48%) y en B 13 (53%) y descarga retronasal en A 9 (33%) y en B 8 (30%). La cirugía realizada en otro hospital fue en A 21 (77%) y en B 26 (100%).

En nuestra institución 6 (22%), el tiempo quirúrgico promedio fué de 98 en A y de 105 B, mins. Se presentó un fracaso en cada grupo, uno por rechazo de injerto y otro por resorción de injerto que continuaron con obstrucción nasal. Se presentaron 3 complicaciones en el grupo A solamente. Por lo que podemos concluir que no hay diferencias significativas entre ambas técnicas y que los resultados no dependen solamente de la habilidad del cirujano, sino de las características de los tejidos.

palabras clave: Rinoseptoplastía Secundaria, Rinoplastía abierta.

A B S T R A C T

The Rinoseptumplastia Secondary is probably the most difficult of all the surgeries used made in Othorinolaringology, because it needs an exhaustive analysis, a clear technical ejection of surgery plan and a close patient carefulness. That's why Othorinolaringology is planning to try - disjunctive between the conventional technique and the open technique, just approaching for this kind of procedure for better results. We're thinking - to do this work.

A group was studied, 53 patients of both sexes with a rang of 17 to 45 years old, with antecedents of Rinoseptumplastia anterior, with diagnostic - of Rinoseptal deformity and simtomatology showed principally nasal obstruction. They investigated moreover Hialin Rinorrhea and fluid retronasal. It were distributed aleatorily in two groups: A and B.

The patients of group A were realized Secondary Rinoseptumplastia, - with conventional technic and of the 3 group with open technic to everyone it's retired the tamponade, to the 50. day, apointment every 3 days to the 7, 15, 30, 90 and 180 days observing average to 28.8 and 27.8 years old -- respectively, predominated the nasal obstruction in all patients. Hialin - Rinorrhea in A 13 (48%) in B 14 (53%) and fluid retronasal in A 9 - - (33%) in B 8 (30%).

The surgical realized in other hospital in 21 (77%) in A and 26(100%) in B. in our institution 6 (22%), the surgical average was 98 and 105 mins.

It had happen a failure in each group against graft and other graft - reabsortion than continuous with nasal obstruction, it presents 3 complications in group A only. We can to conclude there are not significative difference between both techniques, and the results not depend only of the habi_ lity of the surgery but the characteristics of the skin.

Key words: Secondary Rhinoseptumplastia, Open Rhinoplasty.

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

La nariz es la estructura anatómica más prominente y característica de la cara humana, por lo que es más susceptible de lesiones, malformaciones congénitas y traumatismos, teniendo una importancia fundamental para el desarrollo y la integración psicosocial del individuo. Siendo la Rinoseptumplastía una de las cirugías más frecuentes realizadas en Otorrinolaringología para formar el binomio ideal de estética y funcionalidad.

Originalmente, la Rinoseptumplastía evolucionó de dos formas:

- 1) Rinoplastía para la corrección cosmética externa de la nariz.
- 2) Septumplastía para la remoción de anomalías internas y así restaurar una respiración adecuada.

Estas dos entidades quirúrgicas se desarrollaron paralelamente por muchos años, sin embargo, la conjunción de ambos procedimientos han hecho posible coordinar la corrección de anomalías septales con la corrección de defectos cosméticos en la actualidad.

La cirugía reconstructiva de la nariz data de 4000 años atrás de acuerdo a los archivos de la India que indican que los maridos algunas veces castigaban a las esposas infieles haciendo que les cortaran la nariz; el papiro de Ebers proporciona pruebas de que los Egipcios practicaban cirugía rinoplástica desde 3500 años A.C., los terroristas árabes en Argelia, les cortaban la nariz a los sirvientes árabes que, a pesar de las amenazas, continua

-ban trabajando para los colonizadores franceses. Se reconstruían nuevas narices de colgajos de mejilla.

El arte de la rinoplastia inicia con los hermanos Branca en Catalina, Sicilia en el Siglo XV, siendo el primer caso conocido exitoso de cirugía nasal estética, extendiéndose a Alemania. Sin embargo, algunos autores mencionan que la verdadera cirugía correctiva de la nariz aparece solo en las dos últimas décadas del siglo pasado.

Ingals en 1882, inició la cirugía septal moderada, removiendo un pequeño trozo triangular de cartilago. En 1886, Trendelenburg reportaba correcciones de narices deflecionadas en Alemania. Kreig en 1889 removía la mayor parte del cartilago septal, y cuando lo creía conveniente, incluía lámina perpendicular del etmoides y vomer. En 1891 Asch describió el uso de incisiones transfectivas cruzadas. En 1901 Goodale describió la reposición de los huesos nasales desplazados lateralmente en E.U.A.

El crédito de haber desarrollado la resección submucosa, pertenece a Freer (1902) y a Killian (1905). Básicamente la vía de acceso de ambos cirujanos era una incisión cefálica al borde caudal del septum en el lado convexo. Después elevar la membrana septal e incidir el cartilago en este sitio, se elevaba un colgajo en el lado opuesto y se removían las porciones desviadas. Killian (1908) sugiere la resección del septum cartilaginoso y óseo, conservando o reponiendo un centímetro de cartilago bajo el dorso para evitar la caída de la bóveda, así como un centímetro en el borde caudal-

del septum para prevenir la retracción de la columnella.

Dieffenbach en Alemania, realiza la primera corrección estética de la nariz en 1845, a través de una incisión externa y mediante fracturas de los huesos nasales. La distinción de haber realizado la primer rinoplastia a través de incisiones intranasales, corresponde a John Orlando Roe de Rochester, quien en 1891 presentó cuatro casos de gibeconomía con cincel y con fotografías pre y postquirúrgicas como control.

Estas intervenciones fueron posibles por el advenimiento de la cocaína como analgésico tópico, que fue utilizado por primera vez por Moreno y Maij en 1890. En 1892, Robert Fulton Weir de Nueva York, es el primero en reportar detalladamente la historia de una rinoseptoplastia secundaria, en la cual rediere la revisión quirúrgica de un paciente con tres cirugías anteriores. Jacques Joseph de Berlín, recibe el crédito de padre de la rinoplastia moderna, ya que fue él quien popularizó y describió las técnicas que se utilizan en la actualidad a través de su famoso libro publicado en 1932.

La Segunda Guerra mundial tuvo gran influencia en el desarrollo de la cirugía rinoseptal, debido a la gran cantidad de lesiones de guerra.

Conociendo las limitaciones de las técnicas de Metzenbaum, Galloway y Foman; Cottle y Loring (1946), concibieron la hemitransficción como la vía de acceso lógica para las deformidades septales severas, conservando las relaciones del septum, la columnella y la movilidad del septum membranoso.

Doce años después Cottle y asociados describen el uso de la hemitransficción como vía de acceso para la cirugía septal amplia. Esta técnica permite al cirujano combinar la cirugía del septum con la corrección de la pirámide y es, hasta ahora, el mejor procedimiento para corregir todo tipo de - - deformidades septopiramidales.

La técnica de la rinoplastia externa, fué introducida en Estados Unidos por Padovan, quien refiere que el procedimiento abarca el principio francés de operación a ciel ouvert. La llamada incisión "en mariposa" de la rinoplastía externa no ha cambiado desde la primera publicación acerca de la rinoplastía externa en 1973. Sin embargo, la técnica exacta ha sufrido modificaciones a lo largo de los últimos 15 años y actualmente suele satisfacer todos los requerimientos de exposición en rinoplastia primaria, secundaria ó terciaria.

Lo que actualmente estamos presenciando parecería ser la culminación de un ciclo evolutivo en el cual los dos tipos de cirugía nasal gradualmente se acercaron y se volvieron uno.

Anatómicamente la nariz externa se divide en:

PIRAMIDE OSEA: Está formada por la apófisis nasal de hueso frontal, la apófisis frontal del maxilar y los huesos propios de la nariz, que se articulan con las dos primeras estructuras, y la espina nasal del frontal y la -- lámina perpendicular del etmoides entre si.

VALVULA CARTILAGINOSA: Está tomada por un grupo de tres cartílagos: - dos laterales superiores (derecho e izquierdo) y el septal ó cuadrilátero en el que se fusionan los dos anteriores para formar una sola entidad cartilaginosa. Su porción superior se une, además con los huesos propios de la nariz y constituye el centro del soporte del techo nasal, Cottle la ha denominado piedra angular ó área K. En la parte inferior no se unen, se encuentran de 10 a 15° para formar la válvula nasal.

LOBULO: Está formado por la punta, las alas y la columnella. Se mueve libremente. La columnella está formada por los cartílagos alares mediales y se dirigen hacia los lados para formar las curvas laterales. El cartílago lobular es moderadamente cóncavo y su proyección lateral llega hasta la mitad de la distancia comprendida entre el surco nasolabial y la punta de la nariz

El resto del ala nasal está comprendida por tejido fibroadiposo y la presencia ocasional de cartílagos sesamoideos (10 a 15% de las personas). El punto en el que se unen las cruras medias y laterales, se denomina domo. Existen dos grupos de músculos alares: los dilatadores comprendidos por los músculos dilatadores nasales anterior y posterior, el músculo piramidal de la nariz y el angular del músculo del labio superior y los constrictores, - que comprenden el músculo transverso de la nariz y el depresor del tabique.

Internamente la nariz está formada por el tabique nasal, el cual divide a la nariz en dos cavidades, derecha e izquierda. Está formado arriba por

la lámina perpendicular del etmoides, adelante por el cartílago septal ó cuadrangular, la premaxila y la porción membranosa de la columnella, y abajo y atrás por el vómer y las crestas maxilar, palatina y esfenoidal. El tabique nasal está constituido así por tres diferentes porciones: ósea, cartilaginosa y membranosa. Su principal centro de crecimiento se encuentra en el hueso intermaxilar (alas premaxilares) y sus conexiones con el vómer y la lámina cuadrangular. El tabique membranoso mide de 6 a 10 mm de largo y proporciona movilidad a la columnella y al lóbulo.

La pared lateral nasal está formada por seis huesos craneales: maxilar lagrimal, etmoides, cornete nasal inferior, hueso palatino y esfenoides. - - Está configurada en forma característica por la proyección de tres ó cuatro cornetes (inferior, medio, superior y supremo; éste último en 15% de los casos) a su vez, dividen la cavidad nasal en forma incompleta en tres meatus: inferior, medio y superior, que comunican con los senos paranasales.

El epitelio de la mucosa nasal es de tipo cilíndrico ciliado pseudoestratificado, sin embargo, en los adultos la porción anterior de los cornetes medios ó inferiores, puede ser reemplazada por epitelio cuboidal ó escamoso. Los plexos venosos constituyen el tejido eréctil de la nariz y se distribuyen principalmente a lo largo del borde inferior del cornete inferior y en las porciones posteriores terminales de los cornetes medio e inferior.

La inervación sensorial de la nariz depende de las ramas oftálmicas y maxilar del nervio trigémino (V par craneal). La primera da origen al - -

nervio nasociliar, cuyas principales arterias son los nervios etmoidales anterior, posterior e intratroclear. El nervio etmoidal anterior atraviesa la lámina cribiforme y entra a la nariz junto con la arteria del mismo nombre, a través del agujero etmoidal anterior, en donde se divide en interno (inerva la porción del tabique) y externa (inerva la región lateral de la nariz y la superficie externa de ésta por medio de su rama nasal externa).

La rama maxilar del nervio trigémino da origen a: nervio nasal posterosuperior que entra a la nariz por el agujero esfenopalatino y se convierte en nasopalatino (Nervio de Cotunnus). Nervio nasal posteroinferior que entra a través del esfenopalatino y se distribuye a lo largo del cornete inferior.

El ganglio esfenopalatino se encuentra en la profundidad de la fosa pterigopalatina y está suspendido del nervio maxilar, a éste llegan los nervios petroso profundo mayor (simpático) y petroso superficial mayor (para simpático), pasando sin interrumpirse. El nervio olfatorio desciende del lóbulo frontal (bulbo olfatorio) a través de la lámina cribiforme, para distribuirse en la mucosa que cubre la porción superior del cornete superior y la correspondiente del tabique en la porción terminal se anastomosa con el nasopalatino y los etmoidales.

El riego interno de la nariz proviene básicamente de las arterias etmoidales anterior y posterior, ramas de la arteria oftálmica, proveniente de la carótida interna; arteria esfenopalatina, rama terminal de la tercera - -

división de la maxilar interna (pterioigopalatina), que proviene de la carótida externa. La porción anterosuperior del tabique y las paredes laterales reciben su riego de la etmoidal anterior, y la etmoidal posterior, riega la región septal posterosuperior. La arteria esfenopalatina se divide en arterias nasales posterolaterales y arteria septal posterior con tres ramas que riegan las porciones posterior, media e inferior del tabique.

Estas ramas alcanzan la región anteroinferior del tabique y se anastomosan libremente con las ramas labiales superiores, las palatinas mayores y la arteria etmoidal anterior para formar el plexo de Kiesselbach. Las venas de la nariz se denominan igual que sus respectivas arterias, a las que siguen en su trayecto. Las venas del vestíbulo y las de las estructuras externas de la nariz, se comunican con el seno cavernoso a través de la vena oftálmica superior.

Desde el punto de vista clínico, la nariz se puede dividir en cinco áreas: Area I (vestibular), Area II (valvular), Area III (del ático), Area IV (media de los cornetes) Area V (posterior de los cornetes ó conal).

Las funciones de la nariz son múltiples y sus reflejos fisiológicos y patológicos son poco conocidos. La literatura describe ampliamente: limpia, filtra, enfría, calienta y humedece el aire, preserva y regula las presiones hacia el tracto respiratorio (volúmen, velocidad y turbulencia). Así mismo existen reflejos nasales de adaptabilidad al medio, percepción de olores, --

ampliación en la gama de sabores, sirve de resonancia para la fonación y a pesar de ser una función accesoria, su función estética es vital en el carácter, confianza en sí mismo, adaptación personal; productividad y relación con el medio ambiente en que se desenvuelve el individuo.

La base de cualquier procedimiento quirúrgico reside en el buen conocimiento práctico de la anatomía, y la rinoplastia no es la excepción a esta regla. La nariz es una entidad bastante compacta, sin embargo, una de las dificultades del diagnóstico y manejo quirúrgico de los problemas nasales es la gran variedad de tamaños, formas y resistencias que existen entre las diferentes unidades anatómicas. Los resultados logrados en la rinoplastia están directamente relacionados con la capacidad del cirujano para elucidar como cambios sutiles en los apoyos óseos y cartilagosos de la nariz, podrán modificar su apariencia.

Por lo que en la actualidad surge la duda en el Otorrinolaringólogo en formación o en los casos de revisión, sobre todo cuando resulta difícil precisar en el preoperatorio, lo que se hizo en intervenciones previas, por lo que nace de aquí la inquietud de realizar este trabajo, para valorar las ventajas, desventajas y diferencias entre la técnica convencional y la técnica abierta, que a continuación se describen:

En la sala del quirófano, con el paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia general endotraqueal, previa antisepsia y colocación de campos estériles, se aplican taponamientos parciales con xilocaína spray y adrenalina

1:100,000 y se infiltra xilocaina con epinefrina al 2% en puntos convencionales; el propósito es producir vasoconstricción para mejorar la hemostasia y evitar reflejos mediante bloqueo nervioso, por lo tanto, es igualmente importante conocer la inervación y la anatomía vascular de éste órgano.

Se realiza hemitransficción para realizar la septumplastía como primer paso con la técnica de Cottle modificada (vía maxila premaxila), disecando la mucosa y el mucopericondrio del septum osteocartilaginoso (túneles anteriores e inferiores) como vía de acceso para corregir la patología septal, posteriormente se realiza el abordaje para la pirámide nasal.

TECNICA CONVENCIONAL: por medio de incisiones intercartilaginosas ó transcartilaginosas, se pueden modelar ó resecar los cartílagos laterales superiores e inferiores, así mismo, nos sirve de abordaje para el decolamiento del dorso nasal y así poder resecar una giba osteocartilaginosa ó la aplicación de un injerto. Se procede a realizar las osteotomías medias, paramedias y/o laterales, para cierre y alineación de la pirámide nasal.

En caso necesario, se aplican injertos homólogos en la nariz, pudiendo realizar aliplastías, continuando con el cierre de las heridas generalmente con catgut crónico y dermalón, la aplicación de taponamiento anterior medicado, vendaje y férula en caso necesario.

TECNICA ABIERTA: Se inicia con la Septumplastía con la técnica de - Cottle modificada, posterior a la cual se realiza una incisión en "V" inver-

tida, exactamente a la mitad de la columnella para evitar ensanchamiento y retracciones, la cual se continúa 2 a 3 mm. por dentro de la narina, continuándose hacia el domo para determinar en la porción caudal de los cartílagos laterales inferiores (Incisión Marginal ó Slot).

Se realiza disección roma ó cortante de la columnella y cartílagos laterales inferiores a dorso nasal con cuidado de no lesionar ninguna de las estructuras, una buena tracción evita este tipo de lesiones. Ofreciendo una visión directa de la anatomía y un campo más amplio de las deformidades que deseamos corregir, pudiendo continuar con los pasos antes mencionados.

OBJETIVO: Para determinar cual es la mejor técnica en Rinoseptumplastia Secundaria, se efectuó este estudio prospectivo, aleatorio en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron pacientes sometidos a Rinoseptumplastía anterior que - acudieron a la Consulta Externa del Servicio de otorrinolaringología con problema de deformidad rinoseptal, se incluyeron pacientes derechohabientes del I.S.S.S.T.E. de ambos sexos, mayores de 17 años y menores de 45 años de edad que tuvieron los síntomas de obstrucción nasal como síntoma principal, rino_ rrea hialina y descarga posterior. Se excluyeron pacientes con rinitis alér_ gica ó vasomotora, se eliminaron los pacientes que no regresaron a control - durante al menos seis meses.

Se dividieron al azar en dos grupos: Grupo A: pacientes a los que se les realizó Rinoseptumplastía Secundaria con técnica convencional y Grupo B: pacientes a los que se les efectuó Rinoseptumplastía Secundaria con técnica abierta.

A todos los pacientes se les realizó Historia Clínica, se investiga_ ron los tres síntomas y exploración física en busca de deformidad rinoseptal utilizando equipo de consultorio integrado por unidad Otorrinolaringológica marca Atmos modelo Práctica 4, lámpara frontal tipo Welch Allen, instrumen_ tal rinológico constituido por rinoscopios tipo Viena, aspiradores nasales y pinzas de bayoneta, Biometría Hemática con equipo Couthier JT, Química Sanguí_ nea con Equipo Astra 8 Backman, T.P. y R.P.T., con fibrómetro B.B.L. y reac_ tivos Baxter, Tx de senos paranasales con equipo C.G.R. Futuralix, Control - fotográfico con cámara Nikon 8008.

A los pacientes mayores de 40 años, se les efectuó valoración prequirúrgica por el Servicio de Medicina Interna con Teleradiografía de tórax con equipo C.G.R. futuralix y electrocardiograma con equipo market.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con el equipo quirúrgico del Servicio marca Storz, Martin y Miltex, la estancia intrahospitalaria fué de 2 días. A todos los pacientes se les retiró el taponamiento - al 5o. día, la férula entre el 1o. y el 15o y el vendaje al 15o día de - - postoperatorio. El control se realizaba al 5o. día, al 7o. día, al 10o. día, al 12o. día, al 15o. día, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses, con control fotográfico.

Se consideró éxito quirúrgico la corrección de la deformidad rinoseptal y la desaparición de la obstrucción nasal. A todos los pacientes se les analizó sexo, edad, tiempo quirúrgico, complicaciones quirúrgicas, éxito ó fracaso.

Se presentaron resultados en tablas y gráficas y se analizaron con JI^2 .

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 53 pacientes divididos en dos grupos aleatoriamente, el grupo A (Técnica Convencional) con 27 pacientes y el grupo B (Técnica -- Abierta) con 26 pacientes. (Fig. 1).

El grupo A constaba de 11 hombres y 16 mujeres (Fig. 2), tuvieron un promedio de edad de 28.8 años con rango de 17 a 45 años (Fig. 3), los sín_tomas más frecuentes encontrados fueron Obstrucción Nasal en 27 (100%). - Rinorrea hialina en 13 (48%) y Descarga Retronasal en 9 (33%) (Fig. 4).

La cirugía anterior realizada en otro hospital en 27 (77%) y en ésta institución en 6 (22%) (Fig. 5). El tiempo quirúrgico promedio fué de 98 mins. con un rango de 60 a 150 mins. (Tabla 1).

Se presentaron 3 pacientes con complicaciones: 2 rechazos a injerto - (uno con cresta ilíaca y un cartilaginoso de columnella) y otro paciente presentó dificultades técnicas debida a la amplia resección cartilaginosa - del septum de la cirugía anterior (Fig. 6).

Se presentaron 26 éxitos y 1 paciente continuó con Obstrucción Nasal, (Fig. 7).

El grupo B constaba de 9 hombres y 17 mujeres (Fig. 2), tuvieron un promedio de edad de 27.8 años con un rango de 17 a 45 años (Fig. 3), los -

síntomas más frecuentes encontrados fueron Obstrucción Nasal en 26 (100%) Rinorrea hialina en 14 (53%) y Descarga Retronasal en 8 (30%). Todas las cirugías anteriores de este grupo, fueron realizadas en otro hospital - - - (Fig. 5), el tiempo quirúrgico promedio fué de 105 mins., con un rango de 60 a 140 mins (Tabla 1 0.

Se presentó un paciente con complicaciones. Se presentaron 25 éxitos y 1 paciente continuó con obstrucción Nasal (Fig. 7).

no existió diferencia significativa entre el tiempo quirúrgico promedio de grupo A (98 ± 4.7264) y el del grupo B (105 ± 3.9710). No se observó diferencia significativa entre éxitos y fracasos del grupo A (1 - fracaso de 27) y el del grupo B (1 de 26).

No hubo diferencia significativa entre complicaciones del grupo A (3 de 27) y las del grupo B (1 de 26).

DISCUSION

La rinoseptumplastía Secundaria es, probablemente la más difícil de todas las cirugías que solemos realizar en Otorrinolaringología, ya que exige un análisis exhaustivo, una ejecución técnica impecable del plan quirúrgico y una vigilancia estrecha del paciente. Es una operación que plantea retos - en todos los aspectos del quehacer del cirujano, y escribir acerca de ella, es quizá tan difícil como realizar la propia cirugía.

Es un fenómeno de índole tan visual y táctil, que resulta difícil trasladar al papel toda la información acerca de la operación. Para lograr resultados uniformes y satisfactorios, el cirujano debe combinar un conocimiento detallado de la anatomía, con conceptos claros acerca de la dinámica de las rinoplastías.

En los últimos años, se ha dado gran atención al tema de la Rinoplastía Abierta. Es una técnica muy útil en diversas situaciones, la gran ventaja de la Rinoseptumplastía externa es que brinda excelente exposición y puede ayudar a obtener mejores resultados, sobre todo, cuando resulta difícil precisar en el preoperatorio que fué lo que se hizo en intervenciones previas.

Sin embargo, hay quien prefiere la técnica convencional defendiéndola, argumentando y citando la "inaceptable cicatriz".

En el presente trabajo, se compararon ambas técnicas encontrando que - no hay diferencia significativa en tiempo quirúrgico, complicaciones, así co mo éxitos y fracasos. La única ventaja que se encontró, es desde el punto de vista académico, ya que ofrece mejor entendimiento de la anatomía quirúrgica para el otorrinolaringólogo en formación.

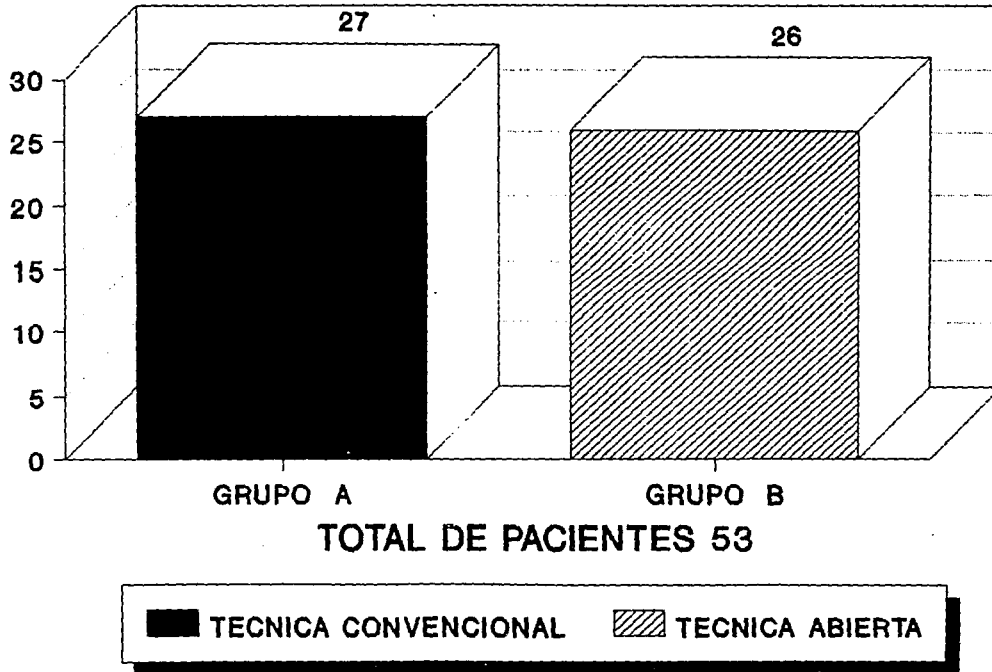
CONCLUSIONES

- 1.- No hubo diferencia significativa entre el tiempo quirúrgico de -
ambos grupos.
- 2.- No hubo diferencia significativa de éxitos y fracasos entre ambos
grupos.
- 3.- No hubo diferencia significativa de complicaciones entre ambas -
técnicas.

RINOSEPTUMPLASTIA SECUNDARIA (TECNICA CONVENCIONAL VS TECNICA ABIERTA)

No. De Pacientes

FIGURA No. 1



HRLALM ORL

FIGURA 2**DISTRIBUCION POR SEXO**

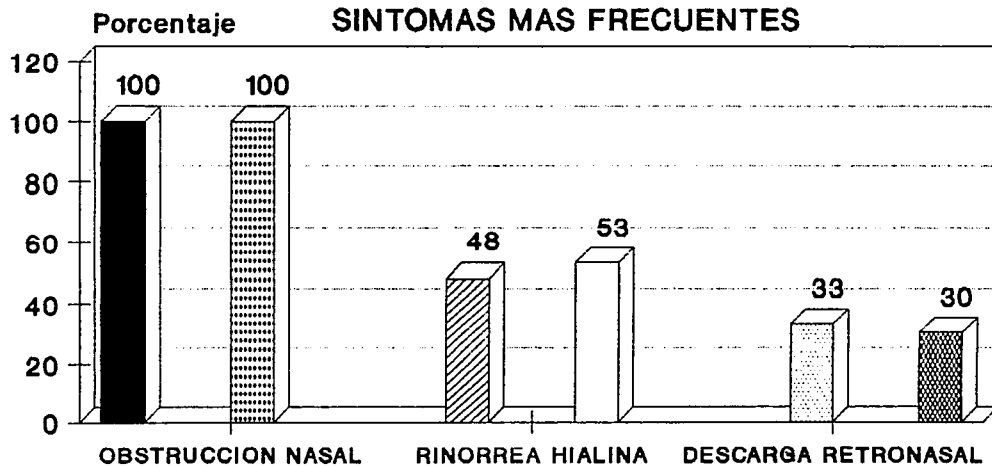
GRUPO A	11 HOMBRES	GRUPO B	9 HOMBRES
	16 MUJERES		17 MUJERES
	<hr/>		<hr/>
	27 TOTAL PACS.		26 TOTAL PA PACS.

FIGURA 3**DISTRIBUCION POR EDAD**

GRUPO A PROMEDIO 28.8 CON RANGO DE 17 A 15 AÑOS

GRUPO B PROMEDIO 27.8 CON RANGO DE 17 A 15 AÑOS

RINOSEPTUMPLASTIA SECUNDARIA (TECNICA CONVENCIONAL VS TECNICA ABIERTA)



GRUPOS A y B con No. de Pacientes

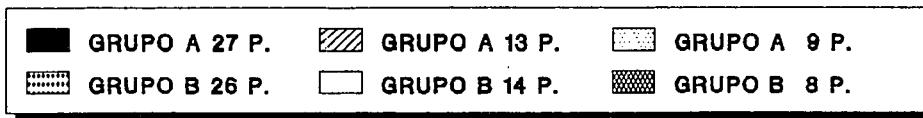


FIGURA No. 4

RINOSEPTUMPLASTIA SECUNDARIA (TECNICA CONVENCIONAL VS TECNICA ABIERTA)

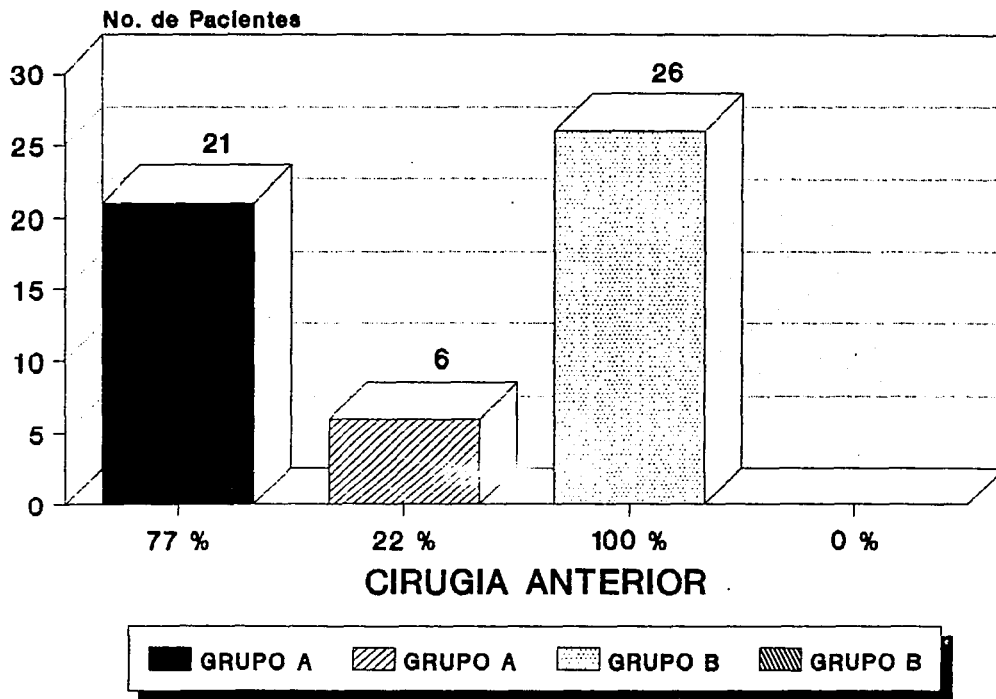


FIGURA No. 5

TABLA I

TIEMPO QUIRURGICO

	GRUPO A	GRUPO B
PROMEDIO	98 MIN. (1.38 HRS)	105 MIN. (1.45 HRS)
RANGO	60-150 MINS. (1:00 - 2:30 MINS)	60 - 140 MINS. (1:00HRS. - 2:20 HRS)

FIGURA 6

COMPLICACIONES

GRUPO A

GRUPO B

- | | | |
|---|--|---------------------------|
| 2 | RECHAZOS INJERTO (1 CRESTA ILIACA)
(1 COLUMNELLA) | 1 RESORCION DE INJERTO |
| 1 | FALLA TECNICA (27 PACS)
POR AMPLIA RESECCION DE CARTILAGO SEPTAL
DE CIRUGIA ANTERIOR | CRESTA ILIACA (26 PACS) |

3

FIGURA 7**EXITOS FRACASOS****GRUPO A****1 PACIENTE CONTINUO CON
OBSTRUCCION NASAL****(27 PACS)****GRUPO B****1 PACIENTE CONTINUO CON
OBSTRUCCION NASAL****(26 PACS)**

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

- 1.- Baarsma E. A. External septorhinoplasty. Arch. Otorhinolaryngol. 224:169, 1979.
- 2.- Benito Vilar Sancho. Estudio comparativo de las características de la nariz en los siguientes étnicos (intento de clasificación). Cir. Plast. Ibero Latinoamericana. Vol. XVI. No. 1. Ene-Mar 1990.
- 3.- Berstein L. Surgical anatomy in rhinoplasty. Otolaryngol. Clin. North. Am. 8:549, 1975.
- 4.- Bruck HG. Corrective rhinoplasty. Arch. of Otolaryngol. 97:441 - 446, 1973.
- 5.- Daniel RK. Farkas LG. Rhinoplasty image and reality. Clin. plast. Surg. 15:1, 1988.
- 6.- David J. Brain. The Indian contribution to rhinoplasty. The journal of Laryngology and Otolology, August, 1988. Vol. 102 pp. 689 - 693.
- 7.- Goodman WS. External approach to rhinoplasty. Can J. Otolaryngol. 2:207, 1973.
- 8.- JG. Buckley DB. Mitchel A. Submucous resection of the nasal septum as an outpatient procedure J. of otolaryngol. Vol. 105:544, 1991.
- 9.- J. Sains Arregui. R. Gaviria. Un nuevo ángulo cefalométrico para mejorar el juicio de la rinoplastia. Cir. Plast. Ibero-lat. Vol. XVI No. 2, 1990.
- 10.- John F. Teichgraeber. Ronald C. Russo. External rhinoplasty. Technique Annals of plastic Surg. Vol. 25 No. 5 pp. 388 - 396. Nov. 1990.
- 11.- José Juri. Carlos Juri. Corrección if the Secondary nasal tip and of alar and/or Columnella Collapse. Plast and Recons. Surg. Vol. 82 No. 1 April 1988.

- 12.- L. Alfonso Ortiz Oscoy, E. Caballero Barquera. Injerto estrella. Un -- nuevo método para mejorar la punta nasal. Cir. Plast. Ibero. Lat. Vol. XIV No. 2 Ab.-Jun. 1988.
- 13.- Lessard ML, Daniel RK. Surgical anatomy of septorhinoplasty. Arch. Laryngol. 111:25, 1985.
- 14.- Mauri L. Parkes High septal transfixion to shorten the nose. Plast. and Reconst. Surg. Vol. 45 No. 8 May. 1970.
- 15.- Ortiz Monasterio F. et al the use of cartilage grafts in primary rhinoplasty. Plast. reconst. Surg. 67:597, 1981.
- 16.- P. Jacovella, E. Manchioni, Bases morfológicas de la rinoplastía prima ria. Cir. Plast. Ibero. Lat. Vol. XIV No. XIV No. 2 Ab-Jun. 1988.
- 17.- Peter Mc Kinney, William Miller, Nasal Xerorediography. British Journal of plast. Surg. 27:352 - 356, 1974.
- 18.- Ricketts RM. Divine proportion in facial aestheric. Clin. Plast. Surg. 9:401, 1982.
- 19.- Robert H. Stubbs. External Septorhinoplasty Exposure for the difficult nose. Annals of Plast. Surg. Vol. 22 No. 4 pp. 289 - 292 April, 1989.
- 20.- Rollin K. Daniel. Rhinoplasty Nasal Anatomy. Plast. and reconst. Surg. 1988.
- 21.- Thomas D. Rees, Serge Krupp. Secondary Rhinoplasty Plastic. and Reconst. Surg. Vol. 46 No. 4 pp. 332 - 340, November 1970.
- 22.- William H Friedman. The Goldman tip in Secondary Rhinoplasty. Plastic. and Reconst. Surg. Surg. Vol. 79 No. 3 March. 1987.

OBRAS CONSULTADAS

- 1.- Alatorre, S. de la B. Guillermo, Manual de técnicas básicas funcionales del septum y de la pirámide nasal externa. IMSS 1981.
- 2.- Becker Walter, otorrinolaringología. Manual ilustrado. España Doyma. 1983. pp. 123 - 172.
- 3.- Berman Walter. Rhinoplastic Surgery CV Mosby Company 1989.
- 4.- Converse John M., reconstructive Plastic Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders, 1973.
- 6.- Deluca Rubén . Rinología. Cirugía Funcional de la nariz. Argentina, El Ateneo, 1989.
- 7.- Hinderer Kenneth. Fundamentos de anatomía de la cirugía de la nariz. Birmigham, Alabama, 1978.
- 8.- Mc. Carthy Joseph. Plastic Surgery. CV. Mosby Company 1990.
- 9.- Meyer Rodolphe. Secondary and Functional Rhinoplasty. The Difficult Nose , Hong Kong, 1988.
- 10.- Paparella, Shumrick. Otolaryngology. Philadelphia, W.B. Saunders, 1988
- 11.- Peck George C, Rhynoplasty. Hong Kong. Gower Medical Publishing. 2nd. ed. 1990.