



IMSS

Instituto Mexicano del Seguro Social

DIRECCION REGIONAL SUR
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE
CENTRO MEDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NUM. 14

"UTILIDAD DEL TAPONAMIENTO NASAL EN LA SEPTOPLASTIA"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:

**Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello**

P R E S E N T A

Dr. Carlos Manuel Muñoz Barrera

A S E S O R :

Dr. Alberto Pinzón Muslera

H. VERACRUZ, VER.,

FEBRERO DE 1998

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Antecedentes científicos	3
Material y métodos	6
Resultados	7
Discusión	8
Conclusiones	11
Bibliografía	12

RESUMEN

TITULO: Utilidad del taponamiento nasal en la septoplastia.

OBJETIVO: Determinar la utilidad del taponamiento nasal en la septoplastia.

MATERIAL Y METODOS: Del 1o. de agosto al 31 de diciembre de 1997, en el Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Adolfo Ruíz Cortines", se estudiaron 40 pacientes postoperados de septoplastia divididos en 2 grupos: grupo 1 (n=20) con colocación de taponamiento nasal y grupo 2 (n=20) sin colocación de taponamiento nasal. A todos se les realizaron estudios preoperatorios y se les vigiló su evolución postoperatoria, dándoseles de alta a los 15 días. Los resultados se analizaron mediante χ^2 cuadrada con corrección de Yates.

RESULTADOS: Del grupo 1: Un paciente (5%) presentó epistaxis y 2 (10%) hematomas. En el grupo 2: Un paciente (5%) presentó epistaxis. No hubo diferencia estadística significativa entre los dos grupos. ($p > 0.05$).

CONCLUSIONES: En ambos grupos se presentaron complicaciones mínimas, todos cursaron con adecuada resolución de las mismas.

INTRODUCCION

En un sentido general la septoplastia es un término que se utiliza para describir cualquier procedimiento quirúrgico que vaya a realizarse en el septum, con la intención de obtener una armonía anatómica que permita una mejor función ventilatoria nasal (1). Como parte de este procedimiento se realiza el taponamiento nasal que consiste en la ferulización interna de la nariz con el propósito de absorber secreciones, evitar espacios muertos, epistaxis, hematomas, adherencias y finalmente para facilitar la higiene nasal. Hasta el momento no se conoce un taponamiento nasal ideal que cumpla con los requisitos antes mencionados y que no pueda causar complicaciones secundarias al mismo o a su retiro, motivo por el cual muchos cirujanos ya no realizan dicho procedimiento de rutina (2). El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad del taponamiento nasal posterior a una septoplastía.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La historia de la rinoplastia y muy probablemente la septoplastía se remonta hasta hace 3,500 años AC., ya sea para corregir defectos estéticos o funcionales de la nariz. Las técnicas de la cirugía septal fueron evolucionando a través de los años, pero no fue hasta los años 50 de este siglo, en que el Dr. Cottle y cols. hicieron una descripción objetiva y anatómica del septum nasal en diferentes áreas: I vestibular, II valvular, III atical, IV turbinal y V coanal; dando por entendido que las desviaciones podrían ocurrir en cualquiera de las áreas mencionadas, dando diferente sintomatología. Con base en lo anterior se describió la técnica de MAXILA-PREMAXILA como una vía para la cirugía septal amplia y como parte final de ella, a la ferulización interna de la nariz o taponamiento nasal. (3). Dada la rica irrigación e inervación de la nariz, y con el fin de llevar a cabo las funciones del taponamiento nasal, este ha sido modificado a través del tiempo para mejorar la función del mismo. Motivo por el cual se menciona en varios artículos, los tipos del taponamiento nasal, los materiales de que están hechos, sus ventajas y desventajas, el tipo de complicaciones con los que se pueda cursar y como manejarlas, así como el tiempo de utilización de los mismos. (4). También hay que mencionar que muchos trabajos si apoyan directamente o

indirectamente el uso del taponamiento nasal, basados en el hecho de que los pacientes cursan con menor presencia de complicaciones. (5). El tiempo del taponamiento nasal puede ser variable, pero hay estudios que reportan los mismos resultados, independientemente del tiempo de uso del mismo. (6). Los materiales con los que se realizan los taponamientos nasales son diversos, van desde gasas vaselinadas o con antibióticos (5), pasta parafinada con ioduro de bismuto en gasas que se reportan como desagradables, tapones de merocel con y sin tubos para respirar, pero muy molestos para el retiro del mismo y pudiendo ocasionar trauma a la mucosa nasal (7) y supuestamente tapones de óxido de polietileno que se refiere son mas absorbentes y no adherentes, pero no permiten la ventilación nasal concomitante (3) Los tapones nasales no son tan inocuos y se han reportado pequeñas disfunciones tubarias secundarias a los mismos, que funcionalmente pudieran estar en continuidad con la trompa tubárica, o por inflamación o edema de la mucosa nasofaríngea peritubaria por el tapón o debido a la cirugía misma, inactivando el surfactante que facilita la apertura de la trompa de Eustaquio (8), alteraciones de los gases arteriales, por retención de PCO_2 o disminución de la PO_2 aunque cursen con un mecanismo compensador. Y esta no es una situación deseable, sobre todo en pacientes con antecedentes de cardio o neumopatía (9), hasta complicaciones francamente graves y que

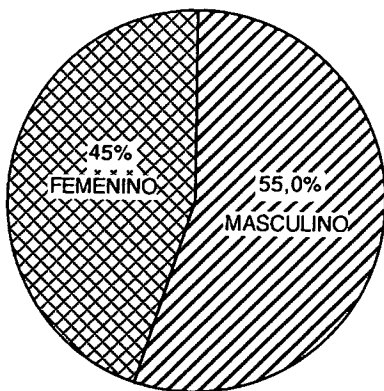
podrían ser letales como el Síndrome de choque tóxico posterior a taponamiento nasal y que es ocasionado por la toxina I del estafilococo aureus. (10). Finalmente complicaciones inusuales, pero que ya están reportadas como los parafinomas por uso de tapones de o con parafina (11) o la presencia de fracturas orbitarias a nivel de la lámina papirácea por tensión excesiva de los tapones nasales (12). Por último, el uso y cuidado de técnicas y manejo de tejidos en forma cuidadosa, una buena historia clínica, un paciente en adecuadas condiciones y la colocación de puntos transeptales con un buen adosamiento de las capas mucosas del septum, es suficiente para evitar la colocación de taponamientos nasales en forma rutinaria. (4).

MATERIAL Y METODOS

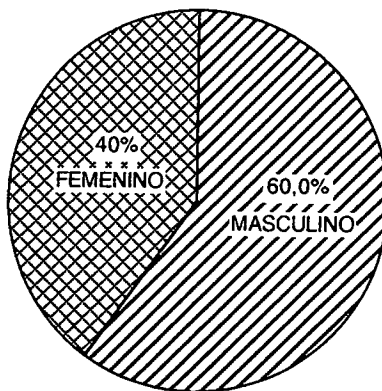
Se realizó un ensayo clínico controlado en 40 pacientes con diagnóstico de desviación septal obstructiva de la consulta del servicio de otorrinolaringología del Hospital de Especialidades No. 14 del Centro Médico Nacional "Adolfo Ruíz Cortines" del 1o. de agosto al 31 de diciembre de 1997. Los pacientes se dividieron en dos grupos de 20 cada uno, a todos se les realizó una septoplastía. A los del grupo 1 se les colocó un taponamiento nasal posterior a la cirugía, y a los del grupo 2 no se les colocó taponamiento nasal. Todos los pacientes tenían estudios preoperatorios normales y acudieron a su control postoperatorio durante 15 días, fecha en la cual se les dio de alta. Todos recibieron manejo médico postoperatorio con: antibiótico sistémico, lavados nasales con soluciones salinas, vasoconstrictores y esteroides locales y sistémicos. Las complicaciones se manejaron de acuerdo a la naturaleza de las mismas. Se aplicó Xi cuadrada con corrección de Yates para establecer las diferencias entre los grupos.

RESULTADOS

De los pacientes del grupo 1, once fueron masculinos (55%) y nueve femeninos (45%) con una \bar{X} de edad de 28.35 años \pm 12.19 D.E. años; en el grupo 2, doce fueron masculinos (60%) y ocho femeninos (40%) con una \bar{X} de edad de 32.7 \pm 15.37 D.E. años, la relación hombre mujer fue 1.3:1 (figura 1). En los pacientes del grupo 1 se observaron las siguientes complicaciones: Hematoma en dos (10%) y Epistaxis en uno (5%). En el grupo 2 sólo un paciente presentó epistaxis. No hubo diferencia significativa entre los dos grupos. ($p>0.05$). (figura 2). Las epistaxis se manejaron con limpieza, aspiración y colocación de satín hemostático y taponamiento nasal leve por tres días. Los hematomas se drenaron y se les colocó un vendaje y taponamiento nasal justo por tres días; ambos respondieron adecuadamente al manejo sin mayor complicación. Aunque no fue el objeto del estudio se observó que el lado desviado predominante fue el izquierdo en 20 pacientes (50%), lado derecho en 16 pacientes (40%) y desviaciones mixtas en 4 pacientes (10%) (figura 3). También observamos que las desviaciones tipo cresta correspondieron a 20 pacientes (50%), deflexiones en 9 pacientes (22.50%), espolones en 7 pacientes (17.50%) y fueron mixtas en 4 pacientes (10%) (figura 4). El edema varió de leve a moderado con predominio en el grupo dos.



GRUPO 1



GRUPO 2

Figura 1.- Porcentaje por sexo en los 2 grupos.

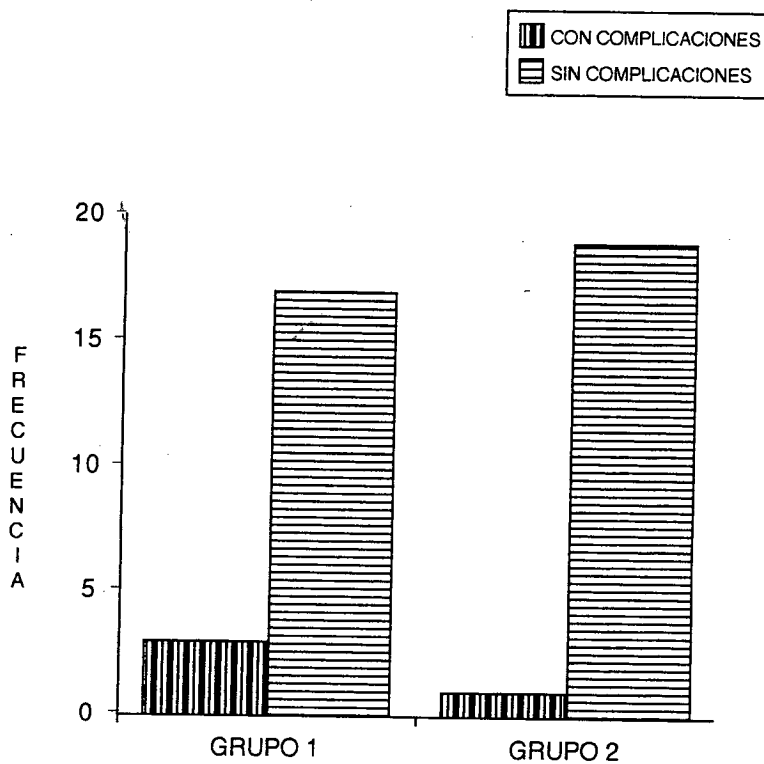


Figura 2.- Complicaciones postoperatorias en los grupos de estudio.

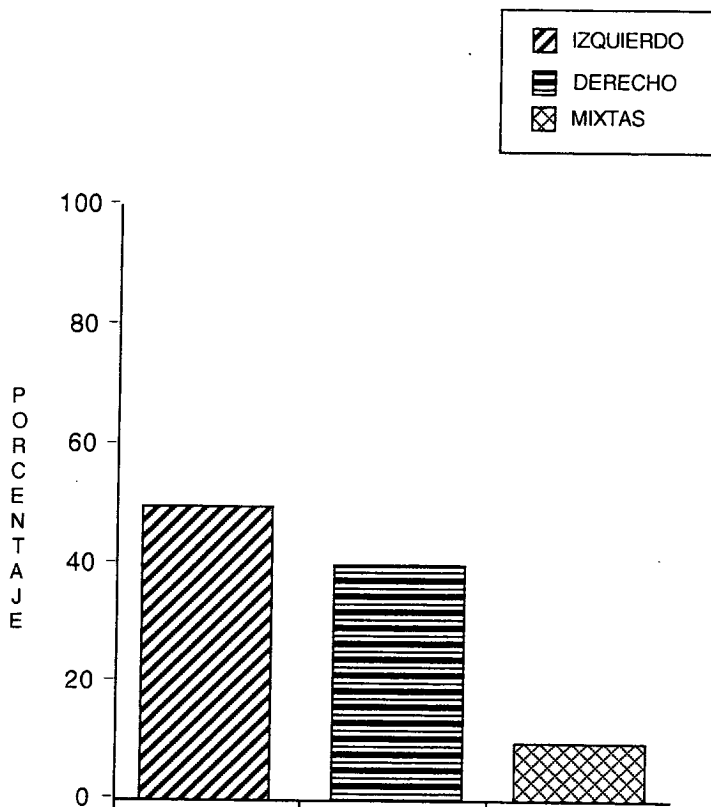


Figura 3.- Lado desviado.

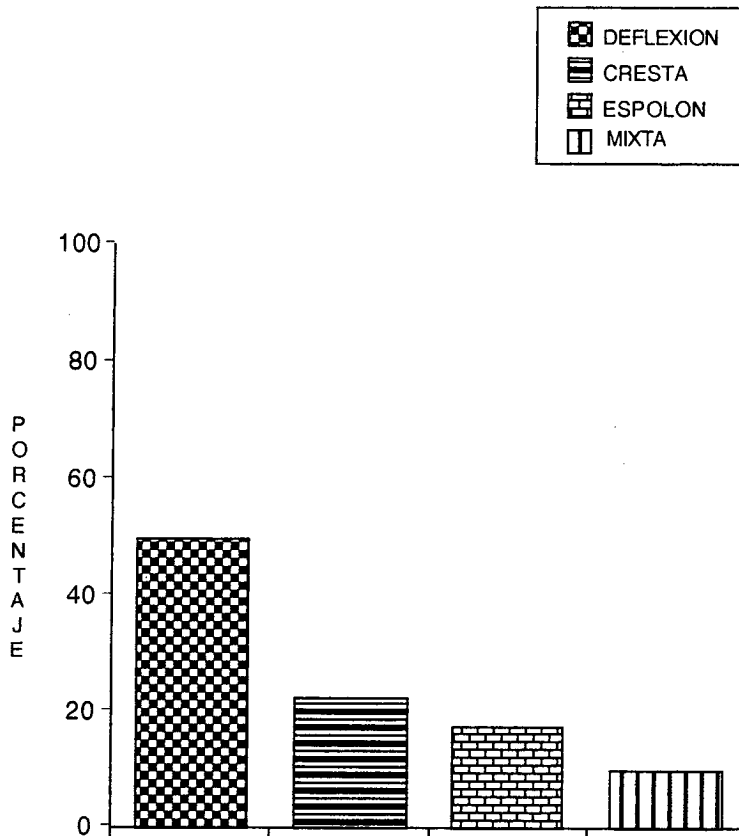


Figura 4.- Tipo de desviaciones septales.

DISCUSION

En este trabajo se observó que la presencia de desviaciones septales fue más frecuente en el sexo masculino (1.3:1) probablemente debido a las actividades propias de edad y sexo. La frecuencia del lado afectado fue mayor para el lado izquierdo que para el lado derecho. Con respecto al lado de la desviación muchas de estas pueden ser originadas en la infancia dado el tipo de presentación fetal en el parto (occipito izquierda anterior) (70 a 80%) con la consecuente dirección de rotación de la cabeza en el canal del parto y desviación secundaria del septum nasal a la izquierda (70 a 80%) lo cual concuerda con los reportes de Jeppesen, F. y cols. en su estudio de dislocación del cartílago septal en recién nacidos (13). Puede deberse a ruptura de la cápsula articular condro-ósea y maxila-premaxilar con la consecuente ruptura parcial o total o dislocación del cartílago septal hacia uno u otro lado predominando el lado izquierdo en 60%, situación que si no se corrige ocasiona otras alteraciones de crecimiento de la nariz como asimetría del piso y alteraciones a nivel del os internum nasal secundariamente. (14). El tipo de desviación predominante en nuestro estudio fue la cresta, seguida de las deflexiones, los espolones y finalmente las del tipo mixto.

El edema, que fue mas franco en el grupo 2, consideramos que

influyó en la cantidad y calidad subjetiva de la ventilación nasal del paciente, que se fue recuperando rápidamente entre el quinto y séptimo día; esto se debió probablemente a la presencia de trasudado en el espacio muerto de las capas mucopericondrícas o periostícas del septum, neocondrogénesis, memoria de cartílago o por formación de costras. En ambos grupos el edema estuvo presente y el incremento de la ventilación fue paulatino y lento, lo que demuestra que el tapón nasal no evita el edema al 100%, situación ya reportada por Reiter & cols. en un estudio de 75 pacientes y Guyuron Bahman en otro estudio similar. (4,5). Con respecto a las complicaciones presentes en este trabajo, no fueron significativas estadísticamente, aunque cabe mencionar que fueron más en el grupo 1, probablemente porque a los pacientes del grupo 2 se les hizo mayor énfasis en el reposo en casa, sin realizar ningún esfuerzo y con alimentación fresca o fría así como evitando fuentes de calor cercanas; mismos cuidados que tuvo el grupo 1 pero con mayor libertad. También probablemente haya influido que el grupo 2 tuvo contacto con las irrigaciones nasales, el vasoconstrictor nasal y el esteroide tópico dentro de las 24 horas post quirúrgicas. También fue benéfico el cuidado de la técnica quirúrgica y la colocación de puntos transeptales de contención en el cartílago septal de acuerdo a los descritos previamente por el Dr. Reiter en su estudio de 75 pacientes postoperados de rinoseptoplastía en los que utilizó

dicha colocación de puntos (Whipstiches o quilting stiches), mismos que han utilizado el Dr. Guyuron Bahman en otro estudio similar. (4,5).

CONCLUSIONES

1. La realización de septoplastías en forma cuidadosa y adecuada, con cuidados pre y postoperatorios en forma adecuada, permiten la realización de una septoplastía sin taponamiento nasal obligatorio dejando este para los casos en que si se amerite.

BIBLIOGRAFIA

1. Azuara Pliego E. Cirugía del septum. En: Azuara Pliego E. Rinología Ciencia y Arte. 1era. Edición Salvat. México D.F. 1996:219-29.
2. Salassa John R. & Cols. Polyethylene oxide gel, a new intranasal dressing aftes septorhinoplasty. Arch. Otolaryngol. Head & Neck Surg. 1991; 117:1365-67.
3. Hinderer K. Historia de la cirugía nasal. En: Hinderer K. Fundamentos de anatomía y cirugía de la nariz. 3era. edición latinoamericana Birmingham Aesculapius Publishing 1978:6-7.
4. Reiter David & Cols. Alternativas to packing in septorhinoplasty. Arch, Otolaryngol Head & Neck Surg. 1989; 115:2103-05.
5. Guyuron Bahman. Is packing after septorhinoplasty necessary? A randomised study. Plastic & Rec. Surg. 1989; 84(I):41-44.
6. Fandiño Izundegui J. Estudio comparativo de taponamiento nasal. Anales de Otorrino. Mex. 1992 (2) XXXVII:183-5.
7. Pringle M.B. The use of merocel nasal packs in the treatment of epistaxis. J. of laringol. & Otol. 1991;105:539-40.
9. Camelo Schwarz A. Alteración en los gases arteriales en pacientes con taponamiento nasal. Anales de Otorrino. Mex. 1985; (4) XXX:235-37.
10. Jacobson Jay. A. Toxic. schock syndrome after nasal surgery. Arch

Otolaryngol. Head & Neck Surg. 1986;112:329-32.

11. Montgomery P.Q. Paraffinoma revisited: a postoperative condition following rhinoplasty nasal packing. J. of Laringol. & Otol. 1996;110:785-86.
12. Oluwole M.O. Proptosis following nasal tamponade. J. of Laringol. & Otol. 1996; 110:265-66.
13. Jeppesen, F. Windefeld, I. Deslocation of the nasal cartilage in the newborn. Acta Obstet.Gynec. Scand. 1972;51:5-15.
14. Cottle M.H. "The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery: Acta otolaryngol 1958;68:301-13.

No cabe duda que en la vida cualquier proyecto inicia
y culmina con los padres.

Sin Ustedes no hay principio y en su ausencia
ya nada es igual. Gracias, por estar siempre conmigo.

Al final de mi carrera, no puedo dejar de apreciar
y agradecer la positiva influencia de todos mis maestros y amigos
presentes y ausentes, que me apoyaron
y creyeron que podía lograr este objetivo.

Gracias.



I.

M.

S.

S.

C.M.N ADOLFO RUIZ CORTINEZ
DIV. EDUC. E INVEST. MEDICA

C. M. N. Adolfo Ruiz Cortinez
DR. JUAN ROMERO VERA
JEFE DEPTO. CLINICO ORL.
MAT. 2635771
Céd. Prof. 486566