

OZENA. TRATAMIENTO QUIRURGICO

DR. MÁXIMO GARCÍA CASTAÑEDA²

RESUMEN. Se comentan las hipótesis prevalentes acerca de la patogenia de la ozena, y se describe su cuadro clínico. En vista de los resultados poco satisfactorios obtenidos con tratamientos quirúrgicos propuestos anteriormente, motivados muchas veces por reabsorción o eliminación de los materiales empleados para la reconstrucción del cornete inferior, el autor propone el empleo de autoinjertos de dermis. Hasta ahora, los resultados parecen haber sido satisfactorios, tanto en lo referente a los logros técnicos, como a la restitución anatómica y funcional de la nariz. (Gac. Méd. Méx. 97: 42, 1967).

LA OZENA es un padecimiento incurable hasta la fecha, que ataca al hombre y también al ganado porcino.¹ No es transmisible experimentalmente a los animales de laboratorio. Tiene repercusiones en todas las estructuras de la nariz, en la mucosa respiratoria y en el área psíquica.² Es de una sintomatología abigarrada, aunque dominan el panorama tres síntomas capitales: fetidez nasal con formación de costras, resequedad rinofaríngea y, en ocasiones, anosmia. Los pacientes afectados por este mal son excluidos de la sociedad, creando problemas económicos y sociales a sus familiares y a ellos mismos. La literatura médica ofrece infinidad de teorías que tratan de explicar la etiología de este síndrome,^{3, 4} por lo que

el estudio clínico de estos enfermos debe seguir siendo enfocado hacia la evaluación integral de sus problemas. No existe ningún tratamiento médico o quirúrgico curativo para este mal pero sí es posible pensar en un programa de rehabilitación efectiva; hacia el logro de esa meta va dirigido el presente trabajo; tal vez la colaboración que proporcione ayude a resolver parcialmente el problema.

El padecimiento principia entre los 5 y los 25 años de la vida. Cuando el paciente llega a la consulta es porque la fetidez nasal ya lo está incapacitando; y aunque existen otras enfermedades que producen este síntoma, como el rinoscleroma, la sífilis, la lepra... los médicos hemos aprendido a diferenciarla desde 1876, cuando Fraenkel⁵ describió la ozena como una entidad clínica inconfundible. Es más frecuente en la mujer que en el varón en una proporción de 7 a 5. Es más frecuente entre

¹ Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en la sesión ordinaria del 3 de noviembre de 1965.

² Académico numerario, Hospital Juárez, México, D. F.

la población latina y en los orientales,⁶ siendo muy raro encontrarla entre los negros que viven en Africa. Roy en Panamá⁷ efectuó una exploración intencionada en 5,000 negros y no encontró un solo caso de ozena; aunque los negros residentes en el Brasil presentaron esta afección por rareza. En la República Mexicana se puede encontrar en todo su territorio; de las costas de los Estados de Oaxaca y Guerrero llegan esporádicamente ozenosos al Distrito Federal, generalmente asintomáticos y en unos cuantos días se presentan en ellos la resequedad rinofaringea y la fiteidez nasal. Al regresar a sus hogares los síntomas desaparecen o se enmascaran rápidamente; esto es debido a la influencia climatológica de nuestras costas húmedas que evitan la resequedad de la mucosa respiratoria.

Nunca he visto en nuestra raza indígena la ozena. En una revisión de los expedientes de la Consulta de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México, se encontró que existe el 1.7% de pacientes con rinitis atrófica o con ozena. Otra revisión de expedientes en mi consulta particular reveló la cifra de 0.4% en 10,000 enfermos de la especialidad. Como se observa, el porcentaje no es despreciable; la diferencia en los porcentajes tal vez podría ser explicada pensando en la gran concentración de pacientes avanzados que acuden de todo el país a los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Tanto el enfermo con rinitis atrófica como el que padece ozena, presenta similares problemas para su rehabilitación, pues sus síntomas son parecidos. Ruskin⁸ desde 1932 sentó las bases his-

topatológicas que diferencian ambos padecimientos, concluyendo que la rinitis atrófica es secundaria a una infección crónica; mientras que la ozena con sus lesiones de fibrosis y de endarteritis obliterante hace pensar en un padecimiento primario. Thornell⁵ desde 1946 afirmó que los cambios en la mucosa nasal son de degeneración y metaplasia del epitelio ciliado y columnar, hacia el escamoso y estratificado, existiendo fibrosis sub-mucosa e infiltración linfocitaria sobre todo en el área de las glándulas mucosas; las arterias y arteriolas revelan proliferación de la íntima y frecuentemente fibrosis perivascular; a veces se encuentran cuerpos hialinos en la submucosa y siempre evidencia de inflamación crónica.

En ambos padecimientos las lesiones de atrofia son irreversibles, dando por resultado una enorme cavidad en las fosas nasales y alteraciones morfológicas importantes de la pirámide nasal. En vista de que los tratamientos médicos sólo ofrecen alivio temporal, los cirujanos han ideado ya desde principios de siglo⁹ operaciones que tienden a reducir el calibre de las fosas nasales, pero con resultados muy mediocres, ya que no han tomado en cuenta los elementos básicos para efectuar una cirugía integral que resuelva los problemas de la fisiología y morfología nasal alterada. Por lo que a mí respecta, fue desde julio de 1960 cuando comencé a operar a mis pacientes ozenosos con un criterio funcional, a raíz de estudiar los resultados que el doctor Maurice H. Cottle y su grupo¹ difundieron. Este criterio puede resumirse así:

1. Reducir en altura y a lo ancho

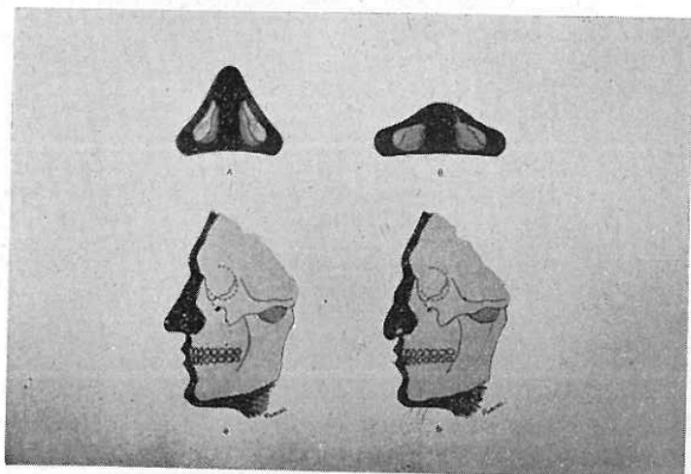


FIG. 1. A y a: Perfil, Vestíbulo y Cornetes Normales. B y b: Vestíbulo Nasal Fetaloid y Cornetes Atróficos.

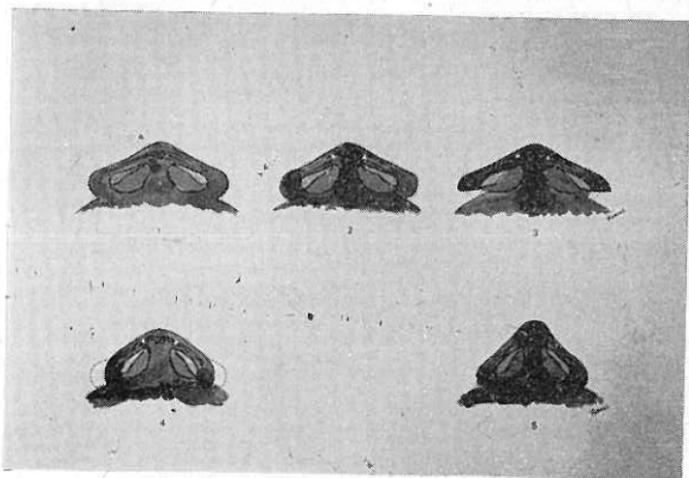


FIG. 2. Esquema de la modificación quirúrgica del vestíbulo nasal del ozenoso, hacia el aspecto normal y adecuado en cada paciente.

la parte ósea de la pirámide nasal, alineando el perfil (que en la mayor parte de los casos es típico (Fig. 1), a base de osteotomías medias y laterales extramucosas y reduciendo en altura el septum nasal. Estas maniobras hacen descender el techo de la nariz; así el riego sanguíneo se mejora, al quedar laxa la mucosa del septum nasal.

2. Estrechar el vestíbulo y el lóbulo nasal que en el ozeno se ha ido convirtiendo, durante la evolución de su padecimiento, en un vestíbulo fetaloido o negroide. Deberá modificarse de modo que presente los caracteres étnicos del enfermo, es decir, un vestíbulo con diámetros mayores verticales u oblicuos, no horizontales (Fig. 2). Esto se logra a base de trabajo en las cruras, seccionándolas en su parte alta y uniendo los segmentos internos en la línea media con puntos transfectivos. En ocasiones se debe alargar la columnela y reducir cuanto sea necesario la anchura de la pirámide nasal, reimplantando más cerca de la línea media las alas nasales.

3. Tratar de acercar los cornetes inferiores al septum, previa disección extramucosa de la pared externa de las fosas nasales, fracturando la implantación del cornete inferior atrófico a todo lo largo (Fig. 3). Después, en la bolsa extramucosa así formada, introducir "algo", de forma y consistencia tal que no se elimine o bien, que no se reabsorba totalmente para que la estructura del cornete inferior así formado persista, favoreciendo la conducción y la turbulencia normales del aire inspirado y espirado (Fig. 4).

No son tan importantes las variaciones en la técnica quirúrgica siempre y

cuando la cirugía rinoplástica no altere la anatomía básica de la nariz; es además indispensable, eso sí, efectuar todo el trabajo respetando la integridad anatómica de la mucosa nasal, ya que la infección o las adherencias en el postoperatorio inmediato pueden malograr definitivamente el resultado final.

Aun así, en este tipo de cirugía se encuentran dos escollos cuya solución nos preocupa:

a) El orificio nasal posterior o coanal no puede ser recalibrado; continúa amplio, y esto favorece la resequedad en la rinofaringe.

b) Los materiales interpuestos para reconstruir el cornete ausente o atrófico se reabsorben o son eliminados al cabo del tiempo. La solución de este último problema ha impulsado a elaborar el presente trabajo.

Las inyecciones de parafina o de plásticos líquidos, las resinas, los metales, los plásticos implantados en este sitio y en este padecimiento, tales como el teflón, el silastic, la esponja de ivalón,^{10, 11, 12, 13} se eliminan casi siempre. Los trasplantes autólogos, homólogos y heterólogos usados en años anteriores, tienden a absorberse y a desaparecer en poco tiempo. Cottle¹ cita un caso en el cual hubo de practicar 10 trasplantes de hueso en 10 años. Se han venido usando como trasplantes en la ozena, hueso y cartílago autólogo del tabique nasal, hueso despeciado y cartílago liofilizado homólogo y heterólogo, hueso homólogo y autólogo de cresta ilíaca y de cartílago costal.^{1, 6, 12, 13, 14, 15, 17}

Al principio de este año, observé una intervención quirúrgica en el Hospital Juárez, en la que los cirujanos recons-

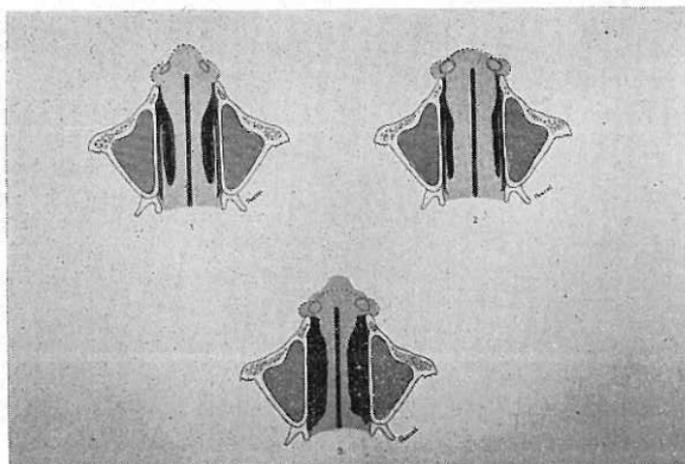


FIG. 3. 1, Corte esquemático de fosas nasales normales.. 2, Ozena: atrofia de cornetes y nariz negroide. 3, Cornete inferior reconstruido en su aspecto y volumen adecuado con trasplante de dermis.

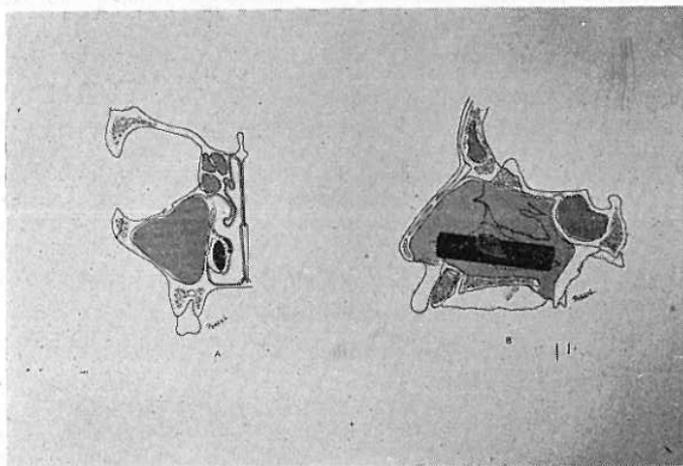


FIG. 4. A y B: Cortes esquemáticos de fosas nasales donde se aprecia el neo-cornete reconstruido con trasplante dérmico.

tractores²⁵ usaron como material de injerto para corregir un dorso nasal severamente hundido, dermis del mismo paciente. Esto me dio la idea de emplear este material en mis pacientes ozenosos. Revisando la literatura médica al respecto, no he podido encontrar ninguna referencia respecto al uso de dermis con objeto de reconstruir el cornete inferior en la ozena; aunque sí existen muchas citas^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24} en donde puede verse que desde hace varios lustros ha sido usada la dermis para rellenar depresiones, para reparar hernias o tendones seccionados, en cirugía de la articulación témporo-maxilar, en la dura madre, en el interior del tórax, en el abdomen. Lexer¹² usó dermis para levantar la punta de la nariz, el ala, y en la reconstrucción total de una oreja. Eitner¹² en 1920 la usó para rellenar depresiones subcutáneas en la cara de un paciente al que con anterioridad se le había inyectado parafina. Blair, Brown y Straatsma^{12, 24} la usaron para reparar dorsos nasales hundidos.

Se sabe también qué es lo que ocurre al cabo del tiempo con la dermis trasplantada: Peer y Paddock¹⁵ desde 1937 produjeron quistes epidermoides a partir publicaron que la dermis es capaz de de los elementos epiteliales del folículo doriparas; en algunos de estos quistes encontraron material córneo; aunque agregan que los quistes son siempre microscópicos. Se sabe también que la glándula sebácea¹⁹ ya no es reconocible después de dos semanas; que los folículos pilosos desaparecen después del segundo mes; que las glándulas sudoríparas pueden ser reconocidas al cabo de un año, aunque se nota que su sitio va

siendo ocupado por tejido conjuntivo. Cannaday¹² estudió en 1946, 129 trasplantes de dermis en diferentes partes del organismo humano y resume sus observaciones diciendo que la dermis se incorpora e irriga rápidamente, que tiene buena vitalidad, que puede sobrevivir en condiciones adversas, que posee gran fuerza a la tensión, muy buena circulación y que es gradualmente sustituida por tejido fibroso.

TÉCNICA USADA

Para la obtención del trasplante se ha seleccionado la zona cercana y por arriba de la cresta ilíaca del enfermo, ya que en este sitio la dermis presenta un grosor promedio de 5 a 6 milímetros.

Previo lavado y antisepsia adecuados de la región, se raspa la epidermis con una lija industrial esterilizada del 0 ó del 00; cuando la sangre brota uniformemente de toda la superficie delineada de antemano, se disecciona la dermis de su lecho adiposo. Este trasplante presenta entonces dos superficies cruentas, lo cual es más adecuado para una revascularización temprana.

Del tejido así obtenido se cortan tiras de 2 centímetros de ancho y de todo el largo necesario. Cada tira se introduce (Fig. 4) cuidadosamente, tratando de evitar contaminaciones en la bolsa sub-mucosa intranasal preparada con anterioridad. Así, se ofrece a nuestra vista el aspecto macroscópico de un enorme cornete inferior; con el tiempo, al venir la reducción normal en el volumen del injerto por ser sustituido éste por tejido fibroso, el cornete inferior ofrecerá un aspecto normal. Se suturan

las heridas cutáneas del vestíbulo nasal y del sitio donador con dermalón.

La fosa nasal no se taponan. Cuando ha sido necesario efectuar en el paciente algún trabajo rinoplástico o la rinoplastia completa descrita, esta será manejada en el postoperatorio en la forma acostumbrada por cada cirujano.

EVOLUCIÓN

Durante los primeros días se ha observado que puede existir epífora uni o bilateral, debida al bloqueo de la vía lagrimal baja; este síntoma desaparece pronto. La fetidez nasal se reduce de inmediato, desapareciendo las costras y la resequedad.

A partir de la segunda semana en la mayoría de los casos se observan dentro de la nariz algunos mamelones carnosos que emergen al través de la mucosa que cubre el neocornete; aunque desaparecen espontáneamente, me dan la impresión de pertenecer al trasplante dérmico; el estudio histológico del mamelón descrito²⁶ muestra que se trata de un tejido de granulacion, hipertrófico, con neoformacion capilar y una redundante actividad conjuntiva con abundancia de fibroblastos, con zonas hialinizadas y atrofia glandular; no se observa epitelio ciliado, lo que induce a pensar que se trata del tejido trasplantado. Las formaciones glandulares observadas corresponden probablemente a glándulas sebáceas en vías de regresión, rodeadas de tejido fibroso. Se aprecia componente infeccioso.

COMENTARIO

El tratamiento quirúrgico con miras a la rehabilitación de los pacientes con

rinitis atrófica avanzada o con ozena que se ha tratado de resumir aquí, es efectivo. El trasplante de dermis para rehacer la estructura del cornete inferior en los casos tratados hasta la fecha, parece resolver uno de los puntos débiles de la terapéutica previa. Al comparar clínicamente mis resultados de años anteriores, cuando usaba materiales plásticos de implante, de hueso y de cartilago, con los resultados obtenidos usando dermis, ambos en el mismo tiempo de observación, la calificación es en favor de la dermis según mi modo de ver el problema, ya que ésta no se elimina y conserva el aspecto macroscópico de la estructura reconstruida. No se pueden presentar conclusiones, ya que los resultados son aún a corto plazo. Debe esperarse el paso del tiempo, nuevos estudios histológicos, clínicos y estadísticos que vengan a confirmar lo observado en estos primeros meses. No obstante, se puede afirmar que la mejoría clínica de los operados hasta el momento actual es evidente.

REFERENCIAS

1. Cottle, H. M.: *Cirugía reconstructiva de la pirámide nasal y septum*. Editado por la U.N.A.M., Julio, 1960.
2. Fabricant, N. D.: *Sexual functions and the nose*. Amer. J. Med. Sci., 239: 499, 1960.
3. Fitzg r., W. M.: *Atrophic rhinitis and ozena*. Arch. Otolaryngol., 42: 405, 1945.
4. Jackson, R. C.: *Use of antireticular cytotoxic serum in atrophic rhinitis and ozena*. The Laryngoscope, 56: 343, 1946.
5. Thornell, W. C.: *Ozena*. Arch. Otolaryngol., 52: 97, 1950.
6. Coates, M. G.: *Ozena*. Otolaryngology. W. F. Prior Co., Inc. Tomo V. Cap. 19: 50, 1950.
7. Roy, J. N.: *Ozena among various races of the earth*. Laryngoscope, 27: 679, 1917. Citado por ⁶.

8. Ruskin, L. S.: *Rationale of estrogen therapy of primary atrophic rhinitis (ozena)*. Arch. Otolaryn. 36: 632, 1942.
9. Kirschner, M.: *Tratado de técnica operatoria general y especial*. Editorial Labor. Tomo 3, 1937.
10. Pressman, J. J.: *Nasal implants*. The Laryngoscope, 52: 582, 1952.
11. Proud, G.: *Acrylic resin implant for atrophic rhinitis*. The Laryngoscope, 57: 256, 1947.
12. Woodruff, M. A. M.: *The transplantation of tissues and organs*. Springfield. Charles C. Thomas. 1960, p. 286.
13. Azuara, T. I.: *El uso del teflón en la cirugía nasal*. An. Soc. Mex de Otorrinolar. 7: 31, 1964.
14. Ruskin, S. L.: *A differential diagnosis and therapy of atrophic rhinitis and ozena*. Arch. Otolaryngol. 15: 222, 1932.
15. Peer, L. A.: *The transplantation of tissues and organs*. Baltimore. Williams and Wilkins. 1955, p. 398.
16. Degels, L.: *Some technical improvements when operating for ozena*. Acta Oto-Rhino-Laryng. Belga, 14: 474, 1950.
17. Wingrave, W.: Cit. por Cullom, M. M.: *Ozena*, J.A.M.A 117: 987, 1941.
18. Georgiade, N. G.: *The surgical correction of temporo-mandibular joint disjunction by means of autogenous dermal grafts*. Plastic & Reconstructive Surgery, 1: 68, 1962.
19. Armstead, W. W.: *The experimental use of skin autografts intraperitoneally*. Plastic & Reconstructive Surgery, 18: 9, 1961.
20. Horton, Ch., Campbell, F., Connor, R.: *Behavior of split, dermal and full thickness grafts in thoracic cavity: An experimental study*. Arch. Surg. 70: 221, 1955.
21. Cannaday, J. E.: *The use of the cutis graft in the repair of certain types of incisional herniae and other conditions*. Ann. Surg. 115: 775, 1942.
22. Crawford, H.: *Dura replacement. An experimental study of dermal autografts and preserved dura homografts*. Plastic & Reconstructive Surgery, 19: 299, 1957.
23. Johnson, H. A.: *Dermis graft for post-leprosy muscular wasting in the hand*. Plastic & Reconstructive Surgery, 27: 624, 1961.
24. Straatsma, C. R.: *Use of the dermal graft in the repair of small saddle defects of the nose*. Arch. of Otolaryngol. 16: 506, 1932.
25. Prado, P. R.: Comunicación personal.
26. Torres, C. A.: Estudio histológico de Figs. 5 y 6.

COMENTARIO OFICIAL

DR. RICARDO TAPIA ACUÑA¹

ME ES MUY grato ser la persona encargada de dar la bienvenida desde el punto de vista científico, al Sr. Dr. Máximo García Castañeda, quien ocupa con todo derecho un sitio en la Sección de Otorrinolaringología y Broncoesofagología.

El tema escogido como trabajo de ingreso por García Castañeda es de mucho in-

terés y señala una vez más que al otorrinolaringólogo preocupan por igual todos los problemas de su especialidad. La nariz es uno de los órganos más nobles y necesarios. Además de cumplir con múltiples funciones, su labor es infatigable y no termina hasta setenta y dos horas después de la muerte, ya que hasta ese momento cesa el trabajo del epitelio nasal.⁵

La ozena, mal crónico que ataca a los sujetos de ambos sexos y en edades en las

¹ Académico numerario, Hospital General de México.