

REPARACION QUIRURGICA DE LAS PERFORACIONES DEL SEPTUM NASAL¹

UNA TECNICA Y UN CRITERIO

DR. MÁXIMO GARCÍA CASTAÑEDA²

Se recuerdan las principales técnicas publicadas en los últimos 36 años, en las que predomina el criterio de cerrar la perforación del septum nasal como única meta a lograr, sin tomar en cuenta conceptos de anatomía y fisiología nasal, razón por la cual los fracasos eran frecuentes. Se esboza un criterio clínico y quirúrgico en el sentido de considerar la perforación en el septum de la nariz como frecuentemente coexistente con alteraciones en el tabique y/o con anomalías morfológicas en la pirámide. Estos defectos deberán ser corregidos en el mismo acto operatorio para restaurar a la normalidad las funciones de las fosas nasales. Se señalan los diámetros de las distintas perforaciones para los cuales esta técnica ha sido planeada. Se relata la técnica operatoria con detalle y se ilustra con 12 intervenciones quirúrgicas practicadas en 11 pacientes. Se describen los cuidados postoperatorios. Se señala que en la literatura médica consultada nadie ha usado el periostio como material de injerto para cerrar las perforaciones en el septum. (GAC. MÉD. Méx. 97: 1201, 1967).

EL PRESENTE trabajo se refiere exclusivamente a las perforaciones del septum nasal ya establecidas en forma permanente, sin enumerar las causas productoras, por ser éstas bien conocidas.

Las perforaciones del septum nasal determinan un complejo sintomático que más que peligroso es molesto, creando

para siempre la infelicidad del enfermo que lo sufre; por otro lado, son las perforaciones situadas en los dos tercios anteriores del tabique nasal las más frecuentes y las únicas que producen síntomas como: 1. Obstrucción nasal crónica¹ ocasionada muchas veces por desviaciones de las estructuras óseas y cartilaginosas que aún existen en el septum o en la pirámide nasal; otras veces por la acumulación de grandes costras en los márgenes de la perforación; 2. epistaxis muy frecuentes que ocurren

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 29 de marzo de 1967.

² Académico numerario, Hospital Juárez, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

en forma sorpresiva, o como resultado de intentos para extraer las costras; 3. sequedad del vestíbulo, de las fosas nasales o en la rinofaringe; 4. en muchos casos, hiposmia; 5. cuando la perforación es pequeña, el paciente emite al hablar silbidos muy desagradables, que lo llevan a transformarse en un sujeto introvertido.

La literatura médica consultada abarca los últimos 36 años; de tiempo en tiempo se encuentran publicadas técnicas diversas que reflejan los esfuerzos de los rinólogos que han tratado de ocluir una perforación del septum en forma permanente. Las más conocidas son: la del colgajo plástico u operación de Goldstein;² el procedimiento recomendado por Chevalier Jackson,³ de obtener un colgajo de uno de los cornetes inferiores para ocluir el orificio; la operación de Hazletine;² la sutura intransal de Yankauer;² la de Pratt, deslizando un colgajo de la mucosa septal remanente y suturándola; la técnica de Sceley,⁴ con amplios despegamientos de la mucosa, suturando el orificio para tapar la perforación; la de Carrillo,⁵ de colgajos imbricados y mantenidos en posición con placas de "gel film"; el método de McGiven,⁶ en el que despega y aviva los bordes de la perforación, ocluyendo ésta con un fragmento de mucosa que sutura al septum; la dermoplastia septal creada originalmente por Saunders⁷ para el tratamiento de la telangiectasia, y recomendada más tarde por Lewy⁸ para la oclusión de perforaciones, en la cual se sutura piel del mismo enfermo al septum, previas rinotomías muy amplias. Ismail⁹ en

1964 publica su técnica consistente en ocluir la perforación con un fragmento de cornete medio, el cual es suturado al tabique; Wright¹⁰ informa haber obtenido resultados halagadores usando esta técnica.

Solamente tres de todos los autores mencionados ofrecen casuística,^{7, 9, 10} y ésta muy escasa en relación con perforaciones pequeñas. Todos también dirigen sus esfuerzos a cerrar un orificio contranatura, en forma obsesiva, sin tomar en cuenta aspectos muy importantes que los conduzcan a integrar un diagnóstico previo y a planear un tratamiento adecuado, basados en las alteraciones que en la forma y en el funcionamiento existen o coexisten con la perforación. En otras palabras, no es solamente un orificio el que debe cerrarse, sino también corregir las alteraciones de las estructuras en el tabique y/o en la pirámide nasal en el mismo plan quirúrgico, si se quieren lograr buenos resultados. Para ello, he tratado de recordar ahora conceptos, clásicos algunos,¹¹ de anatomía y de fisiología nasal; y otros, que por lógicos debieron habérsenos ocurrido hace tiempo:

1. El mayor número de perforaciones son de origen iatrogénico: desviaciones imperfectamente corregidas, intervenciones desafortunadas en esta zona o electrofulguraciones muy profundas durante el tratamiento de epistaxis.

2. Algunas veces también la pirámide nasal participa de las desviaciones del septum; deberán ser corregidas también si se desea ocluir la perforación, evitando así tensiones intranasales en el postoperatorio tardío.

3. Cuando no se corrigen las desviaciones en las estructuras rígidas, las "zonas de impacto"¹² del aire respirado no desaparecen, y crean sequedades intensas capaces de hacer fracasar el resultado quirúrgico.

4. La falta de una estructura rígida en el área de la perforación nos obligó en años anteriores a utilizar cartílago y hueso homólogo o heterólogo, que se colocaban entre las dos mucosas septales, tratando de obtener un lecho firme en el que la mucosa cubriera el defecto; pero éstos injertos se absorben o bien se eliminan en este sitio siempre. De ahí la necesidad de encontrar uno que se vascularizara rápidamente, que pudiera integrarse aunque fuera en forma parcial y que sirviera de lecho al epitelio intranasal.

5. Que siempre se debe tener presente evitar, hasta donde sea posible, los desgarros de la mucosa durante el acto operatorio, para no ampliar demasiado la perforación que tratamos de ocluir.

6. Que es indispensable señalar de una vez por todas las dimensiones del diámetro mayor de una perforación; así, con el paso del tiempo se podrá elaborar una casuística importante con la que se pueda valorar esta técnica o las que vayan a idearse en el futuro: perforación pequeña: de 1 a 5 milímetros; perforación mediana: de 6 a 15 milímetros; perforación grande: de 16 a 20 milímetros.

En perforaciones mayores a 20 milímetros la técnica es diferente y está aún planeándose con otra vía de abordaje, amplias rinotomías, diferente ma-

terial de injerto y posiblemente en varios tiempos quirúrgicos.

TÉCNICA OPERATORIA

Se prepara la cara y la cabeza del enfermo en la forma habitual para trabajo rinoplástico. La incisión es única en el vestíbulo nasal y se efectúa por hemitransfixión,¹² prosiguiendo el despegamiento de las mucosas adheridas entre sí y a su cartílago hasta alcanzar el borde anterior de la perforación (Fig. 1). Se efectúa luego el despega-

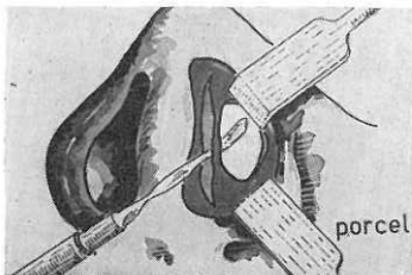


FIGURA 1

miento de todo el piso nasal en ambas fosas nasales, hasta formar lo que se ha dado en llamar los túneles inferiores, continuando en forma cuidadosa y progresiva la disección, hasta lograr la completa liberación de las estructuras rígidas (cartílago y hueso) que forman el tabique nasal, o lo que queda de él en toda su extensión (Fig. 2). Este es el momento de alinear el septum y si fuera necesario proceder también a corregir la morfología alterada de la pirámide nasal.

Después de una rigurosa antisepsia de una de las piernas del paciente, se

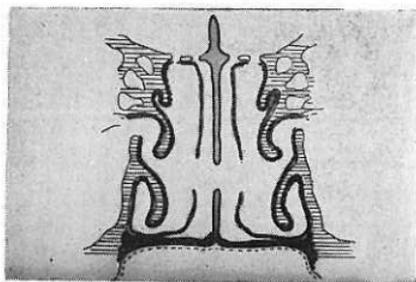


FIGURA 2

obtiene de la cara anterointerna de la tibia un segmento rectangular de periostio, procurando resear una superficie 3 veces mayor que las dimensiones de la perforación, tal y como se encuentra al terminar la disección (Fig. 3), ya que el periostio extraído

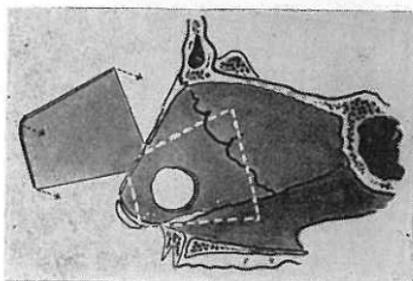


FIGURA 3

siempre se retrae considerablemente. La herida en forma de S muy alargada, es suturada cuidadosamente con material adecuado para evitar cicatrices muy notables en la pierna. A continuación el periostio se introduce delicadamente, procurando no estirarlo, entre el tabique nasal rígido alineado y una de las mucosas del septum. En ocasiones es necesario colocar hasta 3 puntos de an-

claje, para mantener en el sitio correcto el injerto:¹³ uno en el dorso nasal, otro en la punta de la nariz y el tercero en la parte donde la columela y el labio superior se unen (Fig. 4); este úl-

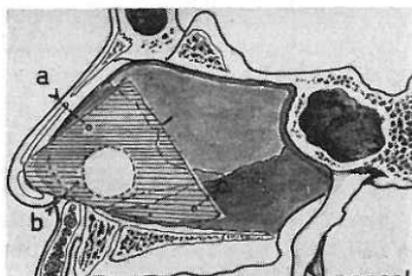


FIGURA 4

timo, previa preparación de una "bolsa" en el subtabique que reciba el periostio. El injerto debe ser extendido por el piso nasal, de manera tal que cubra el hueso en sentido transversal hasta las proximidades del cornete inferior; en esta forma se evitan retracciones indeseables, obteniéndose las mejores condiciones de amplio contacto para una pronta irrigación (Fig. 5).

La incisión del vestíbulo nasal se cierra con dos puntos separados. Se co-

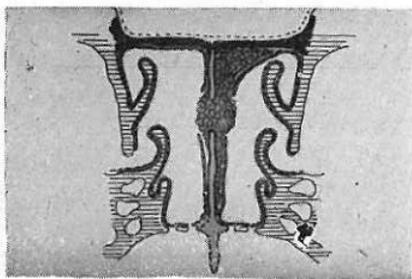


FIGURA 5

locan varios rectángulos de "gel foam" en cada fosa nasal para proteger el injerto y mantener adosadas las mucosas. Se ocluye el vestíbulo nasal con tela adhesiva, colocando el aparato externo de contención indicado en cada caso.

Los cuidados postoperatorios son sencillos: aspiración de secreciones solamente del vestíbulo, tres veces por semana, volviendo a colocar nuevos rectángulos de "gel foam" en cada fosa. En cada curación el vestíbulo debe ser ocluido parcialmente hasta el fin de la tercera semana cuando menos; esta medida es importante para mantener húmedas las fosas; si el injerto llegara a secarse con el paso del aire inspirado, se evitaría la formación del nuevo epitelio asal, que deberá cubrir en definitiva el periostio injertado. Los puntos de anclaje, cuando se colocan, deberán ser retirados en la primera curación. Cuando además se ha tenido que efectuar trabajo rinoplástico, los cuidados serán los habituales.

Hace aproximadamente dos años que el autor practicó por vez primera esta técnica en el Servicio de Otorrinolarin-

gología del Hospital Juárez; los casos que hoy se presentan, pertenecen a este nosocomio. Se han efectuado 12 intervenciones en 11 pacientes:

Perforaciones grandes: 2 casos (con una reintervención), 2 éxitos; perforaciones medianas: 5 casos (con un fracaso), 4 éxitos; y perforaciones chicas: 4 casos, con 4 éxitos.

La única intervención señalada como fracaso, ocurrió en una mujer como de 50 años de edad (caso 11) en la cual el injerto no logró vascularizarse y fue eliminado. La única reintervención (caso 2 y 10), fue practicada a un joven que en el postoperatorio desapareció de la consulta durante casi un mes, regresando con su perforación abierta; fue reoperado con éxito, alineándose además el septum y la pirámide. La casuística se señala en la Tabla 1.

El autor, cree muy posible que al ser conocida por los rinólogos esta técnica, basada en criterios funcionales, y al ser usada cada vez con más buenos resultados, se irán desterrando poco a poco los temores de los cirujanos para prac-

TABLA 1
CASUISTICA

1.	G. C. A.	Exp. 1960/65.	Perf. Mediana	23/III/1965
2.	J. C. V.	Exp. 4407/67.	Perf. Grande	1/IV/1965
3.	R. A. G.	Exp. 16183/65.	Perf. Chica	14/ X/1965
4.	G. V. L.	Exp. 778/65.	Perf. Med. y Tabique	19/ X/1965
5.	J. G.	Exp. 874/66.	Perf. Med. y Tabique	17/ V/1966
6.	R. S. R.	Exp. 2950/66.	Perf. Med. y Tabique	28/VI/1966
7.	M. R. C.	Exp. 9166/66.	Perf. Gran. Tab. y Piram.	6/IX/1966
8.	A. R.	Exp. 1764/66.	Perf. Chica y Tabique	22/IX/1966
9.	I. C. E.	Exp. 2228/66.	Perf. Chica y Tabique	25/ X/1966
10.	J. C. V.	Exp. 19040/66.	Perf. Gran. Tab. y Piram. <i>Reop.</i>	8/XI/1966
11.	R. G. S.	Exp. 24477/66.	Perf. Mediana, <i>Fracaso</i>	17/XI/1966
12.	A. M. S.	Exp. 26220/67.	Perf. Chica	19/ I/1967

ticar la intervención; y cada vez más enfermos aceptarán la idea de que se opere su perforación, idea que por hoy casi todos rechazan en principio.

REFERENCIAS

1. Ballenger, W. L. y Ballenger, H. C.: *Diseases of the nose, throat and ear*. Nueva York, Lea & Febiger, 1944, p. 66.
2. Imperatori y Burman: *Diseases of the ear, nose and throat*. Nueva York, J. B. Lippincott, 1935, p. 122.
3. Jackson, C. y Coates: Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1930, p. 77.
4. Seeley, R. C.: *Repair of the septal perforation, a rhinologic problem, A rhinoplastic approach*. The Laryngoscope 59: 130, 1949.
5. Carrillo, J.: *Perforaciones del septum. Su tratamiento quirúrgico*. Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. 30: 15, 1956.
6. McGivern, M.: *Simple method for closing perforations of the septum*. Rec., 151: 267, 1940. Cit. por (4).
7. Saunders W. H.: *Septal dermoplasty for control of nosebleeds caused by hereditary hemorrhagic telangiectasis or septal perforations*. Tr. Am. Acad. Ophth. and Otol. 6: 500, 1960.
8. Lewy, R. B., y Hammond, A.: *Septal dermoplasty*. Ann. of Otol. Rhinol. and Laryngol. 71: 411, 1962.
9. Ismail, H. K.: *Closure of septal perforation. A new technique*. J. Laryng. Otol. 77: 620, 1964.
10. Wright, W. K.: *Otolaryngologic plastic surgery*. Arch. of Otolaryngol. 83: 626, 1966.
11. Proetz, W.: *Applied physiology of the nose*. Annals Publishing Co. Segunda edición, 1953.
12. Cottle, M. H.: *Notas sobre el funcionamiento de la nariz*. Curso de Cirugía Reconstructiva de la pirámide nasal y septum, Universidad Nal. Aut. de México, 1960, p. 10.
13. García Castañeda, M.: *Perforaciones del septum nasal. Periostoplastia*. (Reporte preliminar). Cir y Ciruj. (En prensa).