

Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima», Cienfuegos
Servicio de Otorrinolaringología

Sutura de la mucosa en la cirugía funcional del tabique nasal

Dr. René Esteban Moreno Rajadle,¹ Dr. Ricardo García Cruz,² Dr. Nelson Geroy Amador,³ Dra. Marlén Corzón Fernández⁴ y Dr. Frank Carlos Álvarez Li⁵

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo para evaluar la evolución posoperatoria de los pacientes intervenidos por desviación del tabique nasal, en los que se utilizó sutura de la mucosa como método hemostático. Se incluyeron los 502 pacientes intervenidos por desviación del tabique nasal, en los que se utilizó sutura de la mucosa y que fueron operados en el período comprendido entre julio de 1999 y julio del 2005, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima» de Cienfuegos. Las variables seleccionadas para el estudio fueron: edad, sexo, criterio para la intervención quirúrgica según localización de la deformidad del tabique nasal, comportamiento de las secreciones serohemáticas posquirúrgicas, síntomas posoperatorios y complicaciones. Predominó el sexo masculino (65,3 %) y el mayor porcentaje de los operados se encontraba entre los 21 y 40 años de edad. Las desviaciones bajas del tabique nasal fueron el criterio quirúrgico más frecuentemente encontrado (88,4 %); fueron escasos los síntomas postoperatorios y sólo el 3,6 % de los pacientes intervenidos presentó complicaciones, entre las cuales el sangrado fue la más frecuente (2,0 %). Consideramos que este proceder es favorable por las múltiples ventajas que ofreció en el orden clínicoquirúrgico, de eficiencia hospitalaria y en términos de comodidad para el paciente.

Palabras clave: Desviación del tabique nasal, septoplastia, cirugía funcional del tabique nasal, sutura de la mucosa.

La deformidad del tabique nasal es una alteración frecuente en la práctica del otorrinolaringólogo. *De Sousa* reporta que ya desde 1757, *Quelmaltz* realizó intentos por corregir la deformidad septal mediante presión digital diaria.¹ En 1875, *Adams* fracturó, reposicionó e inmovilizó el septo con tablillas (*splints*).² *Asch* (1899) propuso la realización de incisiones cruzadas del espesor total del cartílago septal, para alterar la memoria que éste adquiere con su desviación.³ *Freer* (1902) y *Killian* (1904) propusieron por separado la técnica que hoy día se conoce como resección submucosa o subpericóndrica del septo nasal,¹ pero la era moderna de la cirugía del septo nasal

comienza a partir de 1947 con el nuevo concepto de septoplastia introducido por *Cottle* y *Loring*.^{4,5} En 1960 *Cottle*, *Goldman* y *Smith* por separado, expusieron las virtudes comparativas de la septoplastia con respecto a la resección submucosa del septo nasal, pero a pesar de los progresos introducidos por estos autores, nuevas propuestas de técnicas siguen invadiendo la práctica quirúrgica diaria y entre ellas se encuentra la cirugía endoscópica del septo nasal.^{1,4-6}

Si bien ha sido una preocupación cómo corregir la deformidad septal, la inquietud de cómo lograr una hemostasia segura, más confortable para el paciente y que no dañe la función ciliar, ha pasado en los últimos años a ser el centro de la atención. En la actualidad existen múltiples métodos que van desde el taponamiento nasal anterior tradicional, hasta la sutura de la mucosa, colocación de tubos de ventilación nasal, esponjas hidratables y otros materiales biocompatibles,^{1,5-8} los cuales, habitualmente, no están disponibles en nuestro medio, por lo que nuestros otorrinolaringólogos en su mayoría optan por el taponamiento nasal anterior como método hemostático.

Después de hacer una revisión de esta temática nos surgió la interrogante siguiente: ¿cómo será la evolución posoperatoria de los pacientes intervenidos de desviación del tabique nasal en los que se utiliza sutura de la mucosa como método hemostático?

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima», en Cienfuegos. Los pacientes fueron todos los intervenidos quirúrgicamente por desviación del tabique nasal en los que se utilizó sutura de la mucosa nasal como método hemostático (502 en total), en el período comprendido entre julio de 1999 y julio del 2005.

La información necesaria para la realización de la investigación fue obtenida de las historias clínicas de los pacientes. Entre las variables seleccionadas para el estudio estuvieron la edad, el sexo, el criterio para la intervención quirúrgica según localización de la deformidad del tabique nasal, el comportamiento de las secreciones serohemáticas posquirúrgicas, los síntomas postoperatorios y las complicaciones. Los pacientes operados fueron seguidos con una periodicidad semanal hasta la segunda semana, luego mensual hasta los tres meses y se decidió el alta a los seis meses de operados, tal y como se recomienda en las *Guías de Buenas Prácticas Clínicas* de nuestra institución.⁹

Descripción del proceder

Después de corregida la deformidad, colocamos un espéculo nasal de valvas medianas, introducimos aguja (lo más posterior posible) próximo al piso o el techo, luego la recuperamos por la fosa nasal contralateral y volvemos a puncionar la mucosa nasal, pero ahora más anterior y en sentido contrario, con el propósito de describir una cruz. Esta misma maniobra se repetirá en la porción más anterior del septo nasal (otra cruz), para evitar la existencia de espacios muertos, en este momento se puede incluir la incisión para finalmente anudar los cabos sueltos. Para la sutura de la mucosa, la

mayoría de los autores recomiendan el catgut cromado 4/0 con doble aguja, para tener mayor maniobrabilidad en las fosas nasales (campo muy restringido). Nosotros, por la carencia de este material de sutura, decidimos utilizar el catgut cromado 3/0, 4/0 y catgut simple 3/0, indistintamente, según la disponibilidad. Se sustituyó la aguja de estos hilos por agujas atraumáticas con las curvaturas necesarias para facilitar la instrumentación.

Toda la información obtenida se introdujo en una base de datos y fue procesada con el paquete estadístico SPSS 11.0. Los resultados se expresan en números absolutos y porcentajes y se presentan en tablas y figuras.

RESULTADOS

Predominaron los pacientes del sexo masculino en todos los grupos etáreos (328 de 502; 65,3 %), y el grupo de 21 a 30 años de edad aportó el mayor número de casos (150; 25,9 %). Fueron intervenidos quirúrgicamente solamente 4 con 61 años o más (0,8 %), todos del sexo masculino (tabla 1).

Tabla 1. *Distribución porcentual de pacientes intervenidos por desviación del tabique nasal, según grupos etáreos y sexo*

Grupos etáreos	Pacientes operados	Sexo masculino	
		N.º	%
16 a 20	81	55	67,9
21 a 30	150	98	65,3
31 a 40	130	81	62,3
41 a 50	96	60	62,5
51 a 60	41	30	73,2
61 y más	4	4	100
Total	502	328	65,3

La mayoría de los pacientes intervenidos presentaban desviaciones bajas del septo nasal que repercutían sobre la ventilación nasal o que actuaban como espina irritativa que exacerbaba los episodios de rinitis vasomotora (444; 88,4 %) y en sólo una minoría (2; 0,4 %) se actuó quirúrgicamente sobre el septo para dar solución a las epistaxis secundarias a la desviación de este (tabla 2).

Tabla 2. *Distribución porcentual de pacientes intervenidos por desviación del tabique nasal, según criterios quirúrgicos*

Criterios quirúrgicos	N.º	%
-----------------------	-----	---

Desviaciones bajas del septo nasal que:	<ul style="list-style-type: none"> Alteren la función respiratoria de las fosas nasales 	359	71,5
	<ul style="list-style-type: none"> Contacten con el cornete inferior y actúen como espina irritativa que exacerbe episodios de rinitis vasomotora 	85	16,9
Desviaciones altas del septo nasal que:	<ul style="list-style-type: none"> Obstruyen el meato medio e impiden el avenamiento de secreciones de los senos perinasales (grupo anterior) 	28	5,6
	<ul style="list-style-type: none"> Contacten con el cornete medio y causen cefaleas rinógenas 	15	3,0
	<ul style="list-style-type: none"> Alteren la función olfatoria de las fosas nasales 	13	2,6
Deformidades septales que además de alterar la fisiología nasal son causa de epistaxis		2	0,4
Total		502	100

La evolución posoperatoria de los pacientes fue satisfactoria, con escasos síntomas posoperatorios y pocas complicaciones. En la figura 1 exponemos los síntomas referidos por los pacientes en el posoperatorio. Presentaron síntomas 115 pacientes (22,9 %), 13 de los cuales presentaron más de un síntoma. Entre estos la obstrucción nasal fue la predominante (63 pacientes; 54,8 %), la que no sobrepasó las 24 hs y estuvo en relación con la presencia de secreciones serohemáticas.

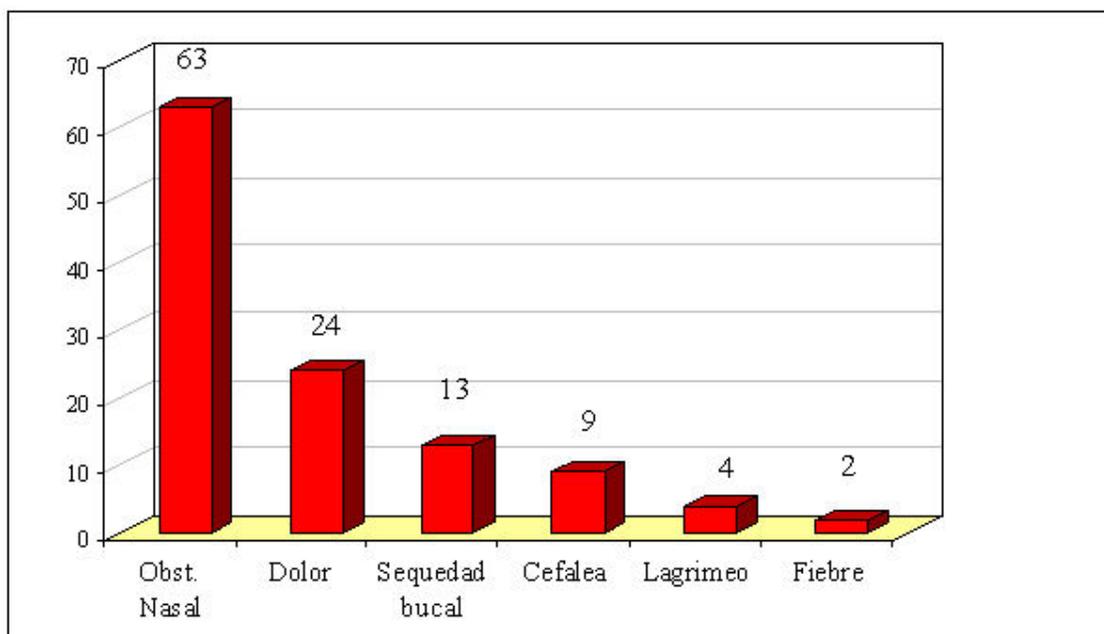


Figura 1. Pacientes intervenidos por desviación del tabique nasal, según síntomas posoperatorios.

Las secreciones serohemáticas desaparecieron antes de las 24 h en el 82,1 % de los pacientes y sobrepasaron las 48 h sólo pacientes en 4 (0,8 %) (figura 2). Se presentaron tres complicaciones posoperatorias en 18 de los pacientes (3,6 %): sangrado (10; 2 %), granuloma en el área de la incisión (6; 1,2 %) y sepsis (2; 0,4 %). El sangrado se presentó por hipertensión arterial en el 70 % de los casos y por exposición al sol en los restantes. Los granulomas que aparecieron estuvieron relacionados con el material de sutura empleado. La sepsis reportada consistió en una rinorrea mucopurulenta. Se aisló el *Estafilococo aureus* como germen causal y fue controlada con tratamiento antimicrobiano.

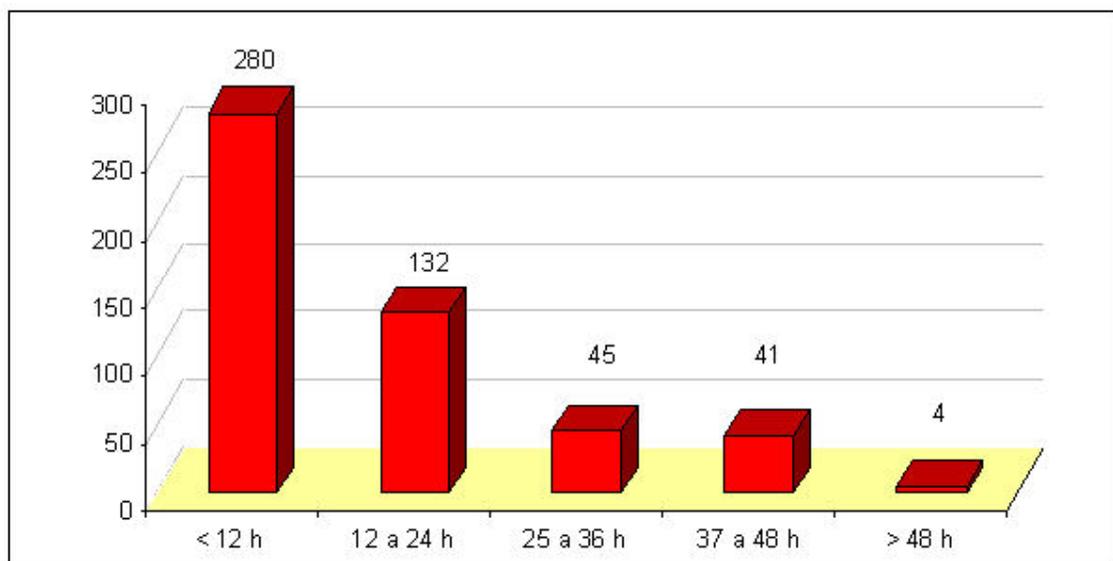


Figura 2. Pacientes intervenidos por desviación del tabique nasal, según comportamiento de las secreciones serohemáticas.

Este proceder ofreció múltiples ventajas en el orden clinicoquirúrgico y de eficiencia hospitalaria. Además, es superior en términos de comodidad para el paciente. Como desventaja, sólo debemos señalar que se requiere del tiempo necesario que demanda la curva normal de aprendizaje para adquirir la habilidad.

DISCUSIÓN

En un examen rutinario de otorrinolaringología no es común observar un septo nasal totalmente recto, por eso la mayoría de los autores coinciden en plantear que las deformidades del septo nasal son extremadamente frecuentes,^{3-5,8-12} pero no todas reúnen criterios quirúrgicos: sólo serán intervenidas quirúrgicamente aquellas que interfieran la fisiología nasal y que repercutan negativamente a diferentes niveles de la esfera otorrinolaringológica.

Varios autores^{4,8,12-14} comentan que las desviaciones bajas del septo nasal son las de mayor morbilidad. Esto coincide con nuestro estudio, ya que el 88,4 % de los operados presentaban desviaciones bajas.

Esta no es una afección que se aborda quirúrgicamente en la edad pediátrica, porque se pueden dañar los núcleos de crecimiento y pueden desarrollarse desviaciones viciosas al producirse el desarrollo pondoestatural del niño.¹ En nuestro estudio más de la mitad de los operados (280; 55,8 %) se encontraban entre los 21 y 40 años de edad. Similares resultados expuso *Fajardo-Dolci*,¹⁵ quien reportó un promedio de edad de 37,4 años en una serie de 3 054 pacientes intervenidos mediante rinoseptoplastia en un período de 48 meses y, contrariamente a lo encontrado en nuestra serie, este autor reportó mayor frecuencia en el sexo femenino (61 %).

La evolución posoperatoria de los operados fue satisfactoria, con sólo 18 complicaciones (3,6 %) que no comprometieron la vida del paciente ni requirieron ingreso hospitalario. Estas complicaciones sólo se presentaron en los dos primeros años de la aplicación del proceder. Hace aproximadamente cuatro años no reportamos complicaciones ni accidentes quirúrgicos, hecho que atribuimos a la curva normal de aprendizaje en una primera etapa. *Fajardo-Dolci* y *Seijas*,^{15,16} al evaluar la evolución de la rinoseptoplastia funcional, atribuyen los fracasos de la cirugía, los accidentes quirúrgicos y la aparición de complicaciones posoperatorias, a impericia médica o la falta de experiencia, sobre todo cuando la cirugía es practicada por residentes. A esto se suman el diagnóstico incompleto, la valoración insuficiente del paciente o el mal cuidado en el posoperatorio.

La resección submucosa del septo nasal descrita por *Freer* y *Killian* a principios el siglo XIX y la septoplastia introducida por *Loring* y *Cottle* en 1947^{4,5} tienen sus diferencias. La primera requiere de antibioticoterapia, provoca síntomas molestos y no excluye la posibilidad de complicaciones del oído medio o nasosinuales, pero aún así existen profesionales dedicados a la rinología que prefieren la resección submucosa. Autores consultados^{1,16,17} mencionan la sutura de la incisión y luego la colocación de taponamiento nasal anterior durante 48 a 72 horas. Nosotros optamos por la septoplastia y la sutura de la mucosa sin colocación de taponamiento, que ofrece ventajas no reportadas en la bibliografía consultada, tales como: a) es posible la reinserción de fragmentos de cartílago sin que éste se desplace; b) permite retirar fragmentos de mucosa redundante sin riesgo que ésta se adhiera al cornete y produzca sinequia del septo nasal; c) el paciente mantiene buena ventilación nasal (no interfiere con el acto de la deglución); d) los síntomas posoperatorios son escasos; e) las secreciones serohemáticas no sobrepasan las 24 horas en la mayoría de los pacientes; f) el enfermo no tiene que acudir al médico para que se le retire el taponamiento nasal (método tradicional); g) aumenta la eficiencia hospitalaria al reducirse la estadía y prolongarse los intervalos de reconsulta y h) por los beneficios en términos de comodidad y menores molestias en el posoperatorio, tiene gran aceptación por el paciente y sus familiares.

A modo de comentario final, consideramos que este proceder es favorable por las múltiples ventajas que ofreció en el orden clinicoquirúrgico, de eficiencia hospitalaria y en términos de comodidad para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Sousa A, Salas A, Inciarte L, Valles I, Chávez H. ¿Por qué fracasa la cirugía del septum nasal?. [en línea]. [24 de septiembre del 2005]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque.htm>
2. Adams W. The treatment of the broken nose by forcible straightening and mechanical apparatus. Br Med J. 1875; 2:421.
3. Asch M. Treatment of nasal stenosis due to deflective septum with and without thickening of the convex side. Laryngoscope. 1899;6: 340.
4. Cottle MH. The "maxilla-premaxila" approach to extensive nasal septum surgery. Arch. Otolaryngology. 1958; 68: 301.
5. Cottle M, Loring R. Corrective surgery of the external nasal pyramid and the nasal septum for restoration of normal physiology. ENT Monthly.1947; 26:147.
6. Buckley JG, Witchell DB, Hickey SA, Fitzgerald O, Connor A. Submucous resection of the nasal septum an outpatient procedure. J Laryngol Otol 1991; 105(7):554-6.
7. Giles WC, Gross CW, Abram AC, Greene M, Avner TG. Endoscopy Septoplasty. Laryngoscope. 1994; 104:1507-9.
8. Durr DG. Endoscopic septoplasty: Technique and outcomes. J Otolaryngol. 2003; 32(1): 6-11.
9. Moreno R. Desviación del septum nasal.[en línea].[4 de abril del 2005].Disponible en: http://www.gal.sld.cu/gbp/Cirurgia/ORL/desv_septum_nasal.html
10. Gobbo TF, Arteta LM, Rodríguez RP, Andrade J. Estudio retrospectivo de 1692 casos de turbinectomías, septoplastias y polipeptomías por microcirugía endonasal. Rev Bras Otorrinolaringol. 1995; 61(2):114-20.
11. Vera S. Efectos de la desviación del tabique de la nariz. [en línea]. [24 de septiembre del 2005].Disponible en: <http://www.trejos.com/ENT/TabiqueNasal.stm>
12. Gutiérrez JM, Fajardo G, Fandiño J, Giorgana L, Gutiérrez LM, López K. Evaluación y manejo rinofacial. Acta Otorrinolaringol 1997; 9(1):11-8.
13. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and suddarth's textbook of medical surgical nursing. 7ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. pp. 488-9.
14. Giacomoni PG, Alessandrini M, De Padova A. Septoturbinar surgery in contact point headache syndrome: long-term. Cranio. 2003; 21(2):130-2.
15. Fajardo-Dolci G, Chavolla-Magaña R. Estudio descriptivo de pacientes con fracaso en la cirugía funcional de la nariz. Cir Ciruj. 2001; 69(2):84-86.
16. Seijas T, Alcover D, Pérez T, Sánchez M. Resultados y evaluación de septoplastia en una unidad de cirugía ambulatoria. AnOtorrinolaringol Obero Am. 1999; 26: 461-8.
17. González García F. Desviación del tabique nasal. [en línea]. [24 de septiembre del 2005]. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~fcoglez21/Desviacion.htm>

Recibido: 6 de marzo de 2006. Aprobado: 15 de abril de 2006.

Dr. René Esteban Moreno Rajadel. Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima», Calle 51-A y Avenida 5 de Septiembre, Cienfuegos. Cuba, CP 55 100.

Correo electrónico: rene@gal.sld.cu y rene67@jagua.cfg.sld.cu

¹Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor.

²Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología. Profesor Instructor.

³Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor.

⁴Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.

⁵Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Máster en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud.