

Artículo original

Tratamiento del área valvular con suturas de anclaje

Fernando Juan Ramírez Oropeza,* Francisco Javier Saynes Marín,** Miriam Elizabeth Herrera Chávez***

Resumen

ANTECEDENTES

La sutura inadecuada de las heridas quirúrgicas, utilizada en la operación nasal, en particular en la región valvular, puede provocar estenosis o áreas retractales. La técnica de sutura anclada en la región valvular permite la apertura de la válvula nasal al controlar los vectores de cicatrización.

OBJETIVO

Mostrar la técnica de sutura anclada de incisiones de hemitransfixión e intercartilaginosa para el tratamiento de la región valvular.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y transversal, con resultados de 250 pacientes posoperados de rinoseptoplastia, en los cuales se utilizó la técnica de anclaje de la región valvular por medio de suturas absorbibles. Se presentan gráficamente las características de la técnica utilizada y sus ventajas.

RESULTADOS

En ningún paciente hubo datos de infección o dehiscencia de la herida quirúrgica, formación de hematoma o alguna otra colección (serosas).

CONCLUSIONES

El anclaje de suturas en la región valvular es un método útil para cerrar las incisiones de tipo hemitransfixión e intercartilaginosa, con resultados satisfactorios para fijar las estructuras nasales manipuladas. Debido a los vectores de cicatrización que crea, favorece la apertura valvular y evita áreas de retracción o estenosis valvular.

Abstract

BACKGROUND

The inadequate suture of the surgical wounds used in particular in the approaching of the nasal surgery at level of the valvular region can cause stenosis or retract areas. The suture technique anchored at level of the valvular region offers and allows the opening of the nasal valve controlling the scarring vectors.

OBJECTIVE

To present the technique of anchored suture of hemitransfixion and intercartilaginous incisions for the handling of the valvular region.

MATERIAL AND METHODS

A descriptive, observational, and trasversal study was carried out; we obtained results of 250 patients that were included, with rhinoseptoplasty in whom the technique of anchorage of the valvular region was used with absorbable sutures. It is presented the characteristics of the technique used and the advantages that it offers graphically.

RESULTS

None patient had surgical wound infection, surgical wound dehiscence, hematomas or another collection (serosa).

CONCLUSIONS

The anchorage of sutures in the valvular region offers an useful method to close the incisions of type hemitransfixion, and intercartilaginous with a satisfactory result for keeping in a unique place the manipulated nasal structures, and thanks to the scarring vectors that it allows; it favors the opening valvular region avoiding retraction areas or valvular stenosis.

Palabras clave:

región valvular, sutura anclada.

Key words:

valvular region, sutures anchored.

* Otorrinolaringología y cirugía estética facial, Puebla, Puebla. Expresidente de la Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía Facial. Posgraduado del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

** Otorrinolaringología y cirugía estética facial, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, México, DF.

*** Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Juárez de México, México, DF.

Correspondencia: Dr. Fernando Juan Ramírez Oropeza. Tehuacán Sur 96, colonia La Paz, Puebla, CP. Tels.: (01222) 231 6777, (01222) 231 6776, (01222) 238 6789, (0155) 1858 0368, (0155) 1452 5613. E-mail: www.fro@doctor.com (Dr. Fernando Ramírez Oropeza), www.drsaynesmarin@hotmail.com (Dr. Francisco Javier Saynes Marín).

Introducción

El tratamiento del área valvular tiene gran importancia funcional, ya que por su estructura y ubicación no sólo proporciona al paciente la sensación de respirar bien, sino que interviene en la resistencia al paso del aire y en la laminación de flujos aéreos. Es el punto principal de resistencia al paso del aire de toda la vía aérea; por lo tanto, las alteraciones de esta región se manifiestan como problema obstructivo.

Anatomía de la región valvular

La describió Mink en 1903. La válvula nasal es la estructura comprendida en el ángulo formado por el borde caudal de los cartílagos laterales superiores y el septum. En condiciones normales este ángulo es de 15 a 20 grados. La conformación anatómica de esta válvula se modifica activamente por el paso del aire. En la actualidad no se refiere específicamente a la válvula nasal, sino a la región valvular. Esto se debe a que estos elementos anatómicos interactúan de forma armónica y equilibrada. La alteración de alguno de ellos repercute en los demás y en el resultado final, el cual es el paso del aire. Esta zona comprende:^{1,2}

- el septum nasal
- el borde caudal de los cartílagos laterales superiores
- el ala premaxilar
- el piso de la apertura piriforme
- el tejido fibroaponeurótico
- la cabeza del cornete inferior
- la mucosa que cubre estas regiones

Técnicas quirúrgicas del área valvular

Mediante la operación nasal se pueden corregir distintas alteraciones de la válvula nasal y es posible re establecer las estructuras de esta región para que estén en una situación más anatómica y funcional, en la medida de lo posible.³ Un punto básico en el tratamiento de estas estructuras, y de las demás áreas

nasales, es la sutura. Una mala sutura puede echar a perder todo el trabajo realizado en los cartílagos, la mucosa o los tejidos blandos, y crea áreas de retracción o estenosis a pesar de haber corregido el problema anatómico original. Por lo tanto, es importante conocer las direcciones en que puede cicatrizar la mucosa y colocar la sutura en el área adecuada para evitar una complicación posterior, que lleve a la insatisfacción funcional del paciente.⁴

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado significativamente en los últimos años con el propósito de facilitar los abordajes y el tratamiento de las estructuras en espacios muy reducidos, como los que realiza el otorrinolaringólogo.⁵⁻⁷ Estas técnicas proporcionan menor riesgo de problemas para el paciente y para el cirujano durante la intervención quirúrgica, y disminuye los riesgos de complicaciones y las molestias. Se han descrito e ideado varios mecanismos para realizar colgajos de la mucosa nasal que eviten estas complicaciones. En México se realizó el colgajo en "M", descrito por Fausto López Infante. Es el más común, ya que evita la formación de retracciones y estenosis al favorecer la dirección de la cicatriz de esta región y la apertura valvular, y hace de la cicatriz "un aliado". Otras corrientes están a favor de realizar incisiones más altas para evitar la cicatrización inadecuada próxima al área del ángulo valvular y realizar incisiones más cuidadosas para evitar cicatrices viciosas.^{8,9}

A través del tiempo, algunas corrientes aconsejaron colocar dos o tres puntos separados en la incisión intercartilaginosa y en la hemitransfixión. En este artículo se muestra la técnica de sutura con anclaje de esta área, la cual permite abrir, mediante suturas, el área valvular. Con ello se propone un medio mediante el cual cicatricen las heridas en direcciones opuestas, lo que favorece la apertura de la válvula sin que el proceso de cicatrización lo afecte. Esta técnica

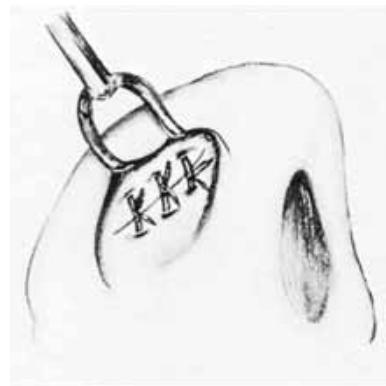


Figura 1.

puede combinarse de forma simultánea con la sutura continua de todas las heridas quirúrgicas, o puede realizarse de forma independiente. En cuanto al tipo de sutura, se sugiere el uso de catgut simple 4/0, con aguja SC20.

Objetivo principal

Mostrar la técnica de sutura con anclaje en el tratamiento del área valvular.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y trasversal realizado entre enero del 2003 y diciembre del 2004 en la Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología de la ciudad de Puebla. Se muestran los casos de 250 pacientes seleccionados al azar, que se les realizó rinoseptumplastia. Todos los pacientes se documentaron de manera previa, clínica y fotográficamente. La evaluación clínica consistió en un interrogatorio dirigido hacia la enfermedad obstructiva nasal y los deseos del paciente acerca del aspecto estético de la operación. También, se realizó una exploración física otorrinolaringológica detallada para corroborar la enfermedad obstructiva nasal. Todos los pacientes cubrieron los requisitos de exámenes de laboratorio preoperatorios y la evaluación por tomografía computada para confirmar el diagnóstico. Los procedimientos se realizaron con anestesia general. Al final de la intervención quirúrgica la sutura se realizó de manera

continua, y se combinó surgete continuo con surgete anclado en puntos clave. El material utilizado fue catgut simple 4/0 con aguja SC20 (catgut simple, ETHICON, con aguja de 3/8, de 2 cm, Reg. SSA 38914).

Técnica quirúrgica

Si no se realizó incisión marginal, entonces se iniciará la sutura de la incisión intercartilaginosa en su extremo lateral del lado derecho, para pasar a la hemitransfixión del mismo lado. Se cruzará la línea media a través de un punto transfictivo y se terminará en la incisión intercartilaginosa contralateral, para finalmente pasar a los puntos transfictivos septales.

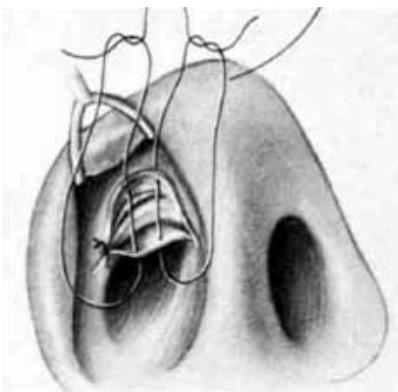


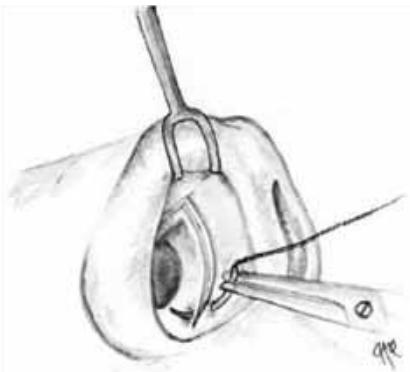
Figura 2. Técnica quirúrgica.

Otro punto importante de la sutura es que se combinan puntos de tipo surgete continuo y surgete anclado. La ventaja del surgete anclado es que permite cambiar de dirección la sutura, que es un punto importante para cubrir las direcciones de todas las incisiones. Despues de estas aclaraciones se muestra la técnica de sutura de la región valvular.

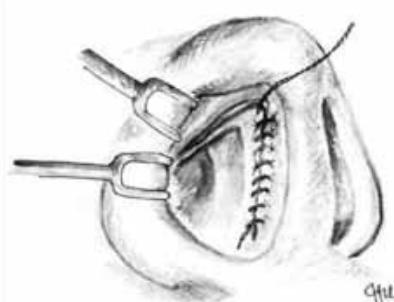
1. Se inicia con un punto simple con catgut simple 4/0 aguja SC20 en el extremo inferior de la hemitransfixión del lado derecho, sin cortar el hilo.

2. Se prosigue con surgete continuo hasta la región medial de la válvula de ese lado.

3. En el área de la válvula todos los puntos son con surgete anclado, lo que



Figuras 3 y 4. Inicio de sutura en un caso con incisiones de hemitransfixión e intercartilaginosa.



Figuras 5 y 6. Inicio de sutura en un caso con incisiones de hemitransfixión e intercartilaginosa.

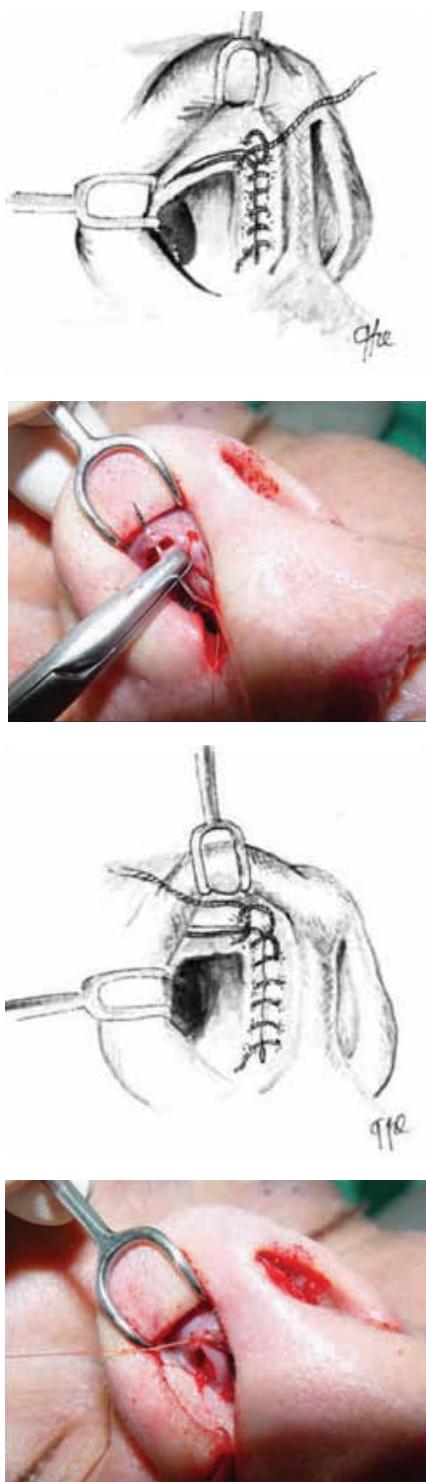
permite cambiar de dirección la sutura. En el borde medial de la válvula el surgete se ancla y se jala hacia la línea media. Una vez hecho este paso se vuelve a dar un punto anclado en el borde lateral de la válvula y se jala lateralmente, con lo cual se abre la válvula de tal forma que cuando cicatriz no se cierre por alguna cicatriz retráctil y sea favorable para la apertura de la válvula.

4. Una vez colocado el punto anclado en el borde lateral de la válvula se continúa con surgete continuo en la incisión intercartilaginosa hasta su extremo lateral, donde se finaliza la sutura de ese lado con un punto simple. En el caso particular del autor, se practica la sutura continua de todas las heridas quirúrgicas, por lo que si hay incisiones marginales en este punto se vuelve a anclar para cambiar de dirección y continuar por la incisión marginal con surgete continuo.

En el caso particular de no haber realizado incisiones marginales, la sutura comenzará en el extremo distal de la incisión intercartilaginosa, ya sea del lado derecho o izquierdo según la preferencia del cirujano. La sutura comenzará en el punto antes descrito, recorrerá la región valvular con los mismos lineamientos de anclaje mencionados y bajará por la incisión de hemitransfixión, cruzará la línea media, subirá nuevamente por la hemitransfixión del lado contralateral, hasta acabar con la incisión intercartilaginosa del lado contralateral. En este punto generalmente se dan dos o tres puntos de anclaje para llegar al septum. En este punto se iniciarán los puntos transfictivos mencionados y se terminará con un punto ciego en alguna de las incisiones de hemitransfixión.

Resultados

Se incluyeron 250 pacientes elegidos al azar. El rango de edad fue de 18 a 50 años de edad, con promedio de 29.8 años. Del total, 37.4% fueron varones y 61.6% mu-



Figuras 7, 8, 9 y 10. Se muestra el orden de la sutura en la región valvular. Los sitios de anclaje son importantes para evitar la estenosis posterior.

jeres. El periodo de reclutamiento fue de enero del 2002 a diciembre del 2003.

En ningún paciente hubo datos de infección de la herida quirúrgica debida

al uso de esta técnica. Ningún paciente tuvo dehiscencia de la herida quirúrgica o formación de hematoma o alguna otra colección (serosas). En lo referente a la función ventilatoria, durante el posoperatorio inmediato en 100% de los casos se refirió que podía respirar por ambas fosas nasales, con adecuado grado de satisfacción física y emocional por parte del paciente. En 100% de los casos la evolución posoperatoria de la herida quirúrgica fue adecuada y sin complicaciones.

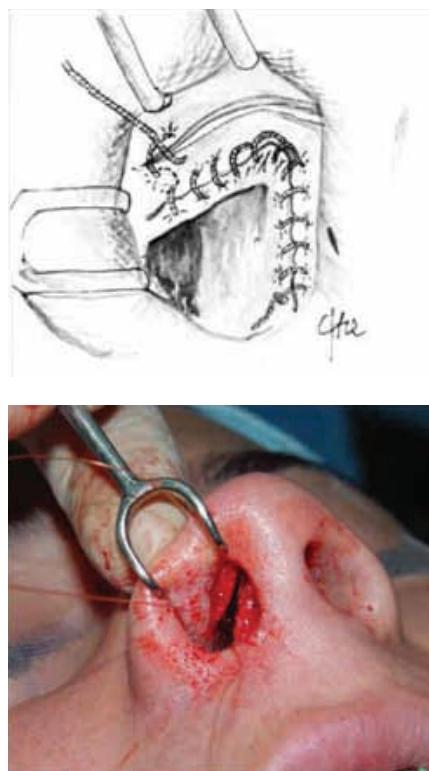


Figura 11. Si hay incisión marginal puede continuarse con la sutura.

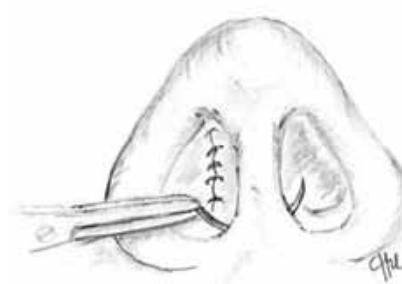


Figura 12. Punto trascolumelar, de tipo transfixivo, para continuar la sutura del lado contralateral.



Figura 13. Inicio de la sutura en un caso con incisión de hemitransfixión e intercartilaginosa.

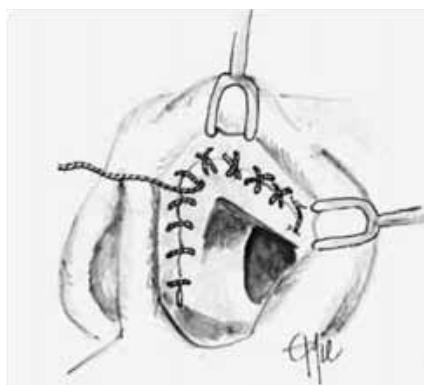


Figura 14. Estado final de la sutura continua en un caso con incisión de hemitransfixión e intercartilaginosa  unicamente.

Discusión

Un aspecto importante de esta técnica, como de cualquier otra en cirugía, es el tratamiento de las mucosas. La realización de cortes nítidos evitar  complicaciones posteriores durante la disección de los cartílagos. Durante el tiempo de sutura permitirá reorientar adecuadamente estos colgajos para favorecer los vectores de cicatrización y evitar la estenosis.

Existen varias publicaciones en la bibliografía en las que se mencionan diversas formas de tratar el \'rea valvular, como: dejar los colgajos de mucosa abiertos para favorecer "un mejor drenaje", la colocación de puntos separados con materiales absorbibles, la colocación de materiales como gelfoam, telfa o surgicel en el \'rea valvular y no colocar puntos y permitir la reepitelización de

área al mantener la región valvular libre a través de alguno de los materiales antes mencionados.

Durante la revisión bibliográfica para realizar este estudio, para esta región nasal no se encontraron referencias relacionadas con la colocación de suturas tipo de surgete anclado o continuo. Tampoco las ventajas o desventajas de usar suturas en esta región; por lo tanto, este estudio se considera original. El autor publicó una técnica denominada "sutura continua en rinoseptoplastia",¹⁰ en la cual se menciona que este tipo de sutura puede combinarse con la sutura de la región valvular para orientar los vectores de cicatrización y evitar retracciones o colapso de la válvula. Esta técnica ofrece una posibilidad más en el arsenal técnico-quirúrgico del otorrinolaringólogo, quien de forma particular decidirá qué técnica es la que mejor resultados le ofrece a él y al paciente.

Conclusiones

El anclaje de suturas en la región valvular es un método útil para cerrar las incisiones de tipo hemitransfixión e intercartilaginosa y el resultado es satisfactorio para fijar las estructuras nasales manipuladas. Gracias a los vectores de cicatrización que crea favorece la apertura valvular y evita áreas de retracción o estenosis.

Referencias

1. Quiroz GF. Anatomía humana. México: Porrúa, 1991;pp:63-93.
2. Skoog T. Atlas de cirugía plástica. Barcelona: Salvat, 1987.
3. Constantian MB. The two essential elements for planning tip surgery in primary and secondary rhinoplasty: observations based on review of 100 consecutive patients. Plast Reconstr Surg 2004;114(6):1571-81; discussion 1582-5.
4. Tardy ME. Rhinoplasty, the art and the scene. Philadelphia, Pa: WB Saunders Company, 1997.
5. Adamson PA. Nasal tip surgery in open rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am 1993;1:39-52.
6. Goldman IB. The importance of the medial crura in nasal tip reconstruction. Arch Otolaryngol 1957;65:143.
7. Johnson CM, Toriumi DM, editors. Open structure rhinoplasty. Philadelphia, Pa: WB Saunders Company, 1990.
8. Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía facial. Rinología, ciencia y arte. México: Masson-Salvat, 1996.
9. Lee KC, Kwon YS, Park JM. Nasal tip plasty using various techniques in rhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 2004;12:2.
10. Ramírez Oropeza JF, Saynes Marín FJ, Herrera Chávez ME. Sutura continua en rinoseptoplastía. An Otorrinolaringol Mex 2004;49(2):23-30.