

Sutura en polea para el tratamiento de las desviaciones caudales septales

Fernando Juan Ramírez Oropeza,* Marco Einar Mondragón Ángeles,** David Galarza Lozano,** Diana Heras Gómez**

Resumen

ANTECEDENTES

En los pacientes con desviación caudal septal se observa el margen desplazado de la espina nasal, cuyo origen puede ser traumático o congénito. La corrección de las desviaciones caudales septales es un gran reto, pues estos defectos causan obstrucción y problemas estéticos en la base nasal. Cualquier técnica utilizada debe implicar la reposición del cartilago afectado, preservar la función, el soporte de la punta nasal y la apariencia septo-columnelar.

OBJETIVOS

Describir la técnica y evaluar la efectividad de la sutura en polea para la corrección de las desviaciones caudales septales.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio cuasiexperimental, trasversal y prospectivo realizado en 18 pacientes con desviación caudal septal, previamente documentados de manera clínica y fotográfica. El procedimiento quirúrgico lo realizó un mismo cirujano, mediante la técnica de sutura en polea septal. El seguimiento de los pacientes fue a las dos semanas, uno y seis meses después del procedimiento por tres médicos diferentes al cirujano.

RESULTADOS

Se corrigió la desviación en todos los pacientes, ninguno refirió obstrucción nasal después de seis meses del procedimiento.

CONCLUSIONES

La sutura en polea es un método útil y sencillo para corregir las desviaciones caudales septales.

Abstract

BACKGROUND

In patients with caudal septal deviation it is observed the caudal septal border in one nare pushing beside the nasal spine, its etiology could be traumatic or congenital. The correction of the caudal septal deviation is a great challenge; these defects can cause obstruction or aesthetical problems to the nasal base. No matter the technique we use, it must be aimed to the reposition of the cartilage in the midline, preserve the function, nasal tip support and the septo-columellar aspect.

OBJECTIVES

To describe the technique and to evaluate the effectiveness of the pulley suture for the correction of the caudal septal deviations.

PATIENTS AND METHODS

The caudal septoplasty was practiced in 13 patients previously documented in a clinic and photographic way. The procedures were made by the same surgeon with the technique of the pulley suture and the evaluated at two weeks, one and six months after surgery by three different physicians.

RESULTS

The caudal septal deviation was corrected in the 100% of the cases; all the patients refused nasal obstruction 6 months after the procedure.

CONCLUSIONS

The pulley suture is a useful and simple method to correct the caudal septal deviations.

Palabras clave:

septoplastia caudal, desviación caudal septal, sutura en polea.

Key words:

caudal septoplasty, caudal septal deviation, caudal pulley suture.

Introducción

La porción caudal del cartilago septal da soporte al tercio medio del dorso y la punta nasal. La función de soporte estático del cartilago septal caudal es muy sensible a las lesiones. La intervención quirúrgica del tabique nasal ha evolucionado desde el siglo pasado; Killian introdujo la preservación del

poste dorsal y caudal para el soporte nasal, Peer y Foman utilizaron injertos de reemplazo en la columnela, y Cottle describió la técnica maxila-premaxila para la exposición máxima e integral en el abordaje del tabique nasal. Cuando un paciente tiene desviación caudal, puede observarse el margen septal de la narina desplazado de la espina nasal, cuyo origen

puede ser congénito o por traumatismo. La desviación aislada del borde caudal septal desvía la punta nasal y hace que la nariz adopte forma de C o S. La corrección de las desviaciones caudales septales es un gran reto para el otorrinolaringólogo, pues estos defectos suelen causar obstrucción y problemas estéticos de la base nasal (figura 1). Se han descrito diferentes técnicas para la corrección de alteraciones septales; si fuera sencillo se utilizaría un método universal. Las indicaciones para realizar una desviación del borde caudal del tabique son, principalmente, cosméticas y funcionales. Independientemente de la técnica utilizada debe reposicionarse el cartílago afectado, preservar el soporte de la punta nasal, la función y la apariencia septo-columnelar.¹⁻⁴



Figura 1. Desviación caudal septal que causa problemas obstructivos y estéticos de la base nasal.

Los objetivos de este estudio son: describir la técnica y evaluar la efectividad de la sutura en polea para la corrección de las desviaciones caudales septales.

Material y método

Se realizó un estudio cuasiexperimental, transversal y prospectivo, de marzo de 2007 a septiembre de 2008, en la Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología de Puebla, México. Se incluyeron 18 pacientes con diagnóstico de desviación caudal septal, con o sin antecedentes de intervención quirúrgica. Se excluyeron quienes se negaron al procedimiento quirúrgico y se eliminaron los que no cumplieron con la vigilancia posquirúrgica. La evaluación previa consistió en historia clínica y exploración física otorrinolaringológica, donde se documentó y comprobó la desviación caudal septal. Todos los pacientes cumplieron con los estudios de laboratorio preoperatorios y tomografía de nariz y senos paranasales para complementar el diagnóstico. La evaluación fotográfica consistió en imágenes de frente, base nasal, laterales derecha e izquierda, y tres cuartos de derecha e izquierda obtenidas antes de la operación. Todos los procedimientos los efectuó el mismo cirujano con anestesia general. Se realizó la evaluación clínica y fotográfica del problema caudal septal a las dos semanas, un mes y seis meses después del procedimiento quirúrgico por tres médicos diferentes al cirujano; también se interrogó a los pacientes acerca de la mejoría ventilatoria en cada consulta.

Técnica quirúrgica de septoplastia caudal

Con anestesia general, previa asepsia y antisepsia facial, y colocación de campos estériles, se infiltró 1 mL de lidocaína con adrenalina (dilución 1:200,000) en el sitio de hemitransfixión, que se practicó en el lado opuesto de la desviación caudal. Se realizó la disección por planos: mucoso, submucoso y pericóndrico, hasta localizar el borde caudal y cartílago septales. Posteriormente se efectuó el túnel subpericóndrico superior e inferior del lado opuesto a la desviación caudal septal, hasta llegar a la lámina perpendicular del etmoides. Cuando el

* Otorrinolaringólogo, Cirujano facial, director de la Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología de Puebla, Ex presidente de la Sociedad de Rinología y Cirugía Facial.

** Otorrinolaringólogo, residente de la especialidad de cirugía facial. Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología, Puebla, México.

Correspondencia: Dr. Fernando Juan Ramírez Oropeza. Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología. Tehuacán Sur 96, colonia La Paz, CP 72160, Puebla, Puebla.

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: enero, 2009.

Este artículo debe citarse como: Ramírez OFJ, Mondragón AME, Galarza LD, Heras GD. Sutura en polea para el tratamiento de las desviaciones caudales septales. *An Orl Mex* 2009;54(2):63-66.

paciente tenía un “espolón” o “cresta,” se resecó y alineó la lámina perpendicular, la premaxila y el vómer con la técnica de las tres hojas,⁵ para después corregir la desviación caudal de la siguiente manera: se realiza una incisión en la lámina cuadrangular, en sentido dorso-ventral, justo en el sitio donde el cartilago cuadrangular se flexiona hacia el lado opuesto, sin seccionarlo en su porción más dorsal, pero completando el corte hasta el punto en que hace contacto con la premaxila (figura 2A); después se liberan las fibras cruzadas y el tejido que une la porción caudal desviada con la premaxila y la espina nasal anterior. Después de liberar la porción caudal septal desviada, se coloca la sutura en polea (figuras 2B y 3) y se fija a la espina nasal anterior con un punto en ocho (figura 2C); posteriormente, se sutura la hemitransfixión y se colocan puntos transeptales con catgut simple de 4-0, aguja SC-20, y se deja al paciente sin taponamiento nasal.⁶

Resultados

De los 18 pacientes a quienes se practicó septoplastia caudal, 14 (77.7%) fueron hombres y 4 (33.3%) mujeres, con promedio de edad de 34.6 años (límites de 14 y 63 años). En relación con la alineación septal, todos mantuvieron recto y alineado el tabique a las dos semanas, un mes y seis meses después del procedimiento. En cuanto a la función ventilatoria, 100% refirió mejor respiración por ambas fosas nasales a las dos semanas, un mes y seis meses de la operación, al igual que mejor apariencia estética de la base nasal (figuras 4 y 5).

Discusión

La descripción de Freer de septoplastia tradicional puntualizó la importancia de preservar el marco cartilaginoso dorsal y caudal septal en forma de L, para evitar las deformidades nasales externas. Sin embargo, esta técnica no corrige las desviaciones caudales septales. La resección del margen



Figura 3. Colocación de punto en polea para la corrección del borde caudal septal desviado.

caudal septal provoca alteración estética de la columna y del soporte de la punta nasal.⁷

Metzenbaum describió un procedimiento para la corrección de las desviaciones caudales septales, en el que reconoció la importancia de la preservación septal para mantener el soporte de la nariz. Su técnica consistía en movilizar el tabique caudal a la línea media, en forma de puerta de vaivén, y fijarla a la espina nasal.⁸

Ellis reportó el uso de suturas no absorbibles, tipo Mustarde, en el lado cóncavo septal para corregir las desviaciones caudales.⁹ Otros autores señalan técnicas para debilitar el cartilago en su lado cóncavo de la desviación caudal, pero éstas desgastan el cartilago y se asocian con elevado índice de fracaso a largo plazo.

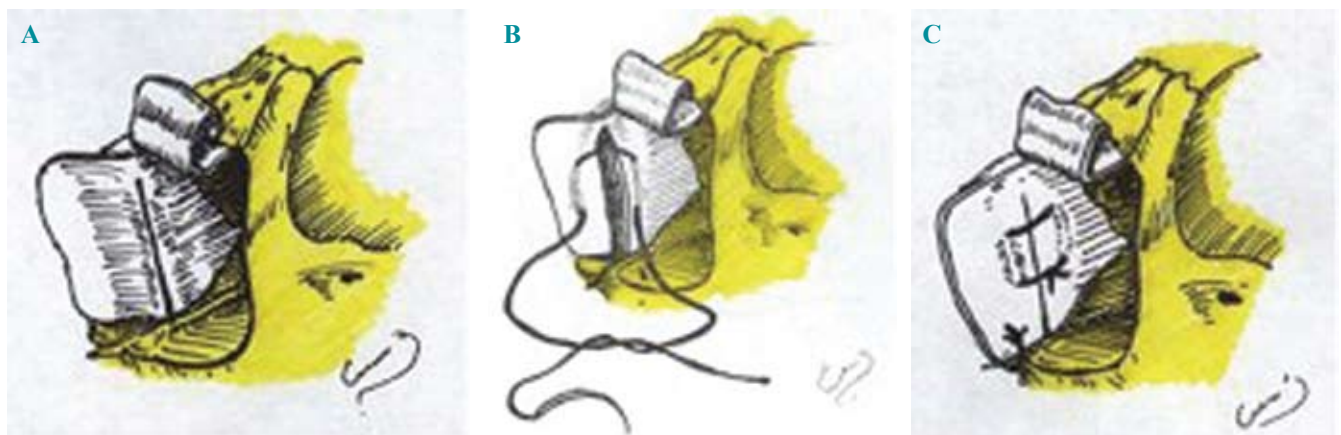


Figura 2. Técnica de colocación de punto en polea para la corrección de las deformidades caudales septales. A) Incisión dorsoventral en la flexión del cartilago septal. B) Colocación de punto en polea en ambas partes del cartilago cuadrangular. C) Fijación del borde caudal septal en la espina nasal anterior.

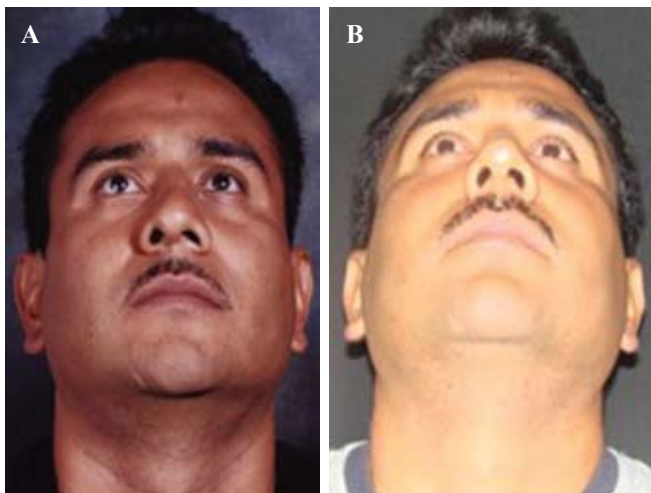


Figura 4. Paciente en periodo preoperatorio (A) y posoperatorio (B).

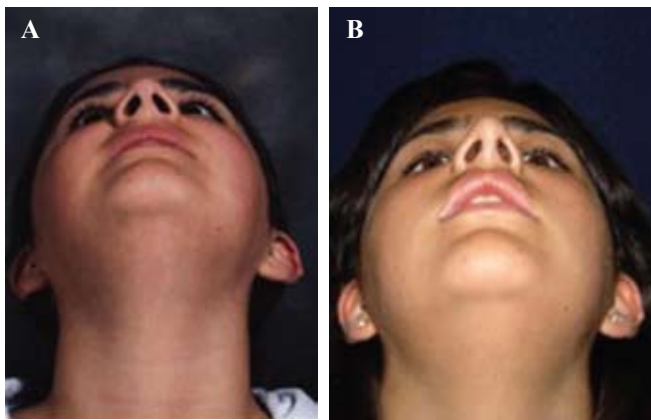


Figura 5. Otra paciente en periodo preoperatorio (A) y posoperatorio (B).

Anderson describió el injerto en emparedado de hueso etmoidal, en el que se colocan pequeños injertos óseos en cada lado del tabique caudal, para mantenerlo en la línea media. En su estudio limitado, 8 de 10 pacientes mantuvieron satisfactoriamente el tabique alineado.¹⁰

Pastorek¹¹ reportó la técnica de puerta de vaivén modificada, en la que el tabique caudal se voltea sobre la espina nasal (funcionando como detenedor del tabique en la línea media) y se sutura hacia la espina.

Kridel¹² describió la técnica de “tongue in groove” para las desviaciones caudales. El procedimiento consiste en colocar el tabique caudal en el surco, entre las cruras medias, para mantenerlo en su lugar (este procedimiento acorta la nariz). En un estudio reciente con 108 pacientes a quienes se les practicó esta técnica, todos tuvieron resultados satisfactorios y ninguno requirió revisión operatoria.

Para las desviaciones caudales septales graves, Toriumi¹³ señaló la resección del marco septal en L y su recolocación con cartílago septal. Aunque es un método potencialmente

efectivo, requiere gran cantidad de cartílago fuerte y una disección mucho más agresiva mediante abordaje externo (la pérdida potencial de soporte nasal se asocia con mayor pérdida de injertos, en comparación con otras técnicas).

Conclusiones

En los últimos tres años hemos realizado este procedimiento para la corrección de las desviaciones caudales septales y no se han registrado fracasos con la técnica. Este procedimiento es útil, porque preserva el cartílago en el área caudal septal y mantiene el soporte de la punta y la columna.

Aunque aún no se ha valorado a largo plazo, esta técnica es sencilla de realizar y efectiva en la corrección de las desviaciones caudales septales. En este estudio no se registraron complicaciones; en todos los pacientes se observó mejoría del flujo de aire y estética nasal.

Referencias

1. Kramer FM, Churukian M. High septal hemitransfixion for the correction of caudal septal deformities. *Laryngoscope* 1984;94:391-4.
2. Berthohm H, Tardy ME. *Essentials of septorhinoplasty. Philosophy, approaches, techniques.* 1st ed. New York: Thieme Medical Publisher, 1986;pp:108-15.
3. Toriumi DM, Becker DG. *Rhinoplasty dissection manual.* 1st ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 1999.
4. Sedwick JD, Bustillo A, Gajewski P, Simons R. Caudal septoplasty for treatment of septal deviation. *Arch Facial Plast Surg* 2005;7:158-62.
5. Ramírez OF, Bañuelos AA, Espinosa CM. Eficacia y seguridad de la septumplastía en tres hojas. *An Orl Mex* 2007;52(1):3-9.
6. Ramírez FJ, Saynes F. Sutura continua en rinoseptoplastía. *An Orl Mex* 2004;1:24-30.
7. Freer OT. The correction of the deflections of the nasal septum with a minimum of traumatism. *JAMA* 1902;38:636.
8. Metzenbaum M. Dislocation of the lower end of the nasal septum cartilage. *Arch Otolaryngol* 1936;24:78.
9. Ellis MS. Suture technique for caudal septal deviations. *Laryngoscope* 1980;90:1510-2.
10. Anderson JR. Ethmoid bone sandwich grafting for caudal septal defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:1121-5.
11. Pastorek NJ. Treating the caudal septal deflection. *Arch Facial Plast Surg* 2000;2:217-20.
12. Kridel RW. The tongue-in-groove technique in septorhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg* 1999;1:246-56.
13. Toriumi DM. Subtotal reconstruction of the nasal septum: a preliminary report. *Laryngoscope* 1994;104:906-13.