

Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses¹

La Otorrinolaringología y la Radiología

¹ Editor Huésped. Subdirector Médico del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.

El día que la Editora de la Revista **Anales de Radiología, México**, me distinguió con el honor de ser Editor Huésped de un número especial enfocado a la Otorrinolaringología, mi aceptación fue inmediata, ya que en la actualidad no contemplo el desempeñarme en mi especialidad sin poder contar con el apoyo de la Imageología. Vinieron recuerdos de aquellas sesiones Clínico Radiológicas, los jueves por las noches, en Durango # 90, donde acudíamos médicos residentes de Otorrinolaringología de distintos hospitales y que sólo la fuerza de la naturaleza (el sismo de 1985) fue capaz de interrumpirlas. Ahí se hacía la presentación del caso y se discutía, bajo la sigilosa mirada de los doctores Ramón Ruenes, Fernando Couto, Fernando Rodríguez y Fernando Martín Biasotti, quienes, con su gran experiencia en la Radiología de Cabeza y Cuello, eran los últimos en dar su atinada opinión y como médico residente no cabía uno de orgullo cuando ésta coincidía con nuestra interpretación; mal nos iba si así no era y no con ellos, más bien con nuestros compañeros residentes de mayor jerarquía; la guardia de castigo y la revisión de artículos no se hacía esperar.

El Dr. Ramón Ruenes, quien por pertenecer a dos de las sociedades médicas más prestigiadas y antiguas en el país: la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, ha tenido el honor de ser Presidente de ambas; la primera en los años 1970 a 1971 y la segunda de 1971 a 1972. Las generaciones noveles han oído hablar poco de él, pero si les pregunto cómo podrían demostrar un colesteatoma de ático o un neurinoma intracanalicular sin Tomografía Computarizada o Resonancia Magnética, saltarían las dudas. El Dr. Ruenes, después de haber estado en Francia, introdujo en México técnicas vanguardistas en los años sesenta, como la proyección transorbitaria de Guillen,

la que permitía ver y medir el conducto auditivo interno, identificando a la cresta falciforme, de la cual por cierto no hace mucho le pregunté a un muy prestigioso Médico Radiólogo, del que por admiración y respeto omito su nombre, si conocía la técnica y la duda salió a flor; asimismo, podría hacer el ejercicio con otras técnicas como la de Schüller, en la que la extensión de la neumatización mastoidea y la posición del seno sigmoide pueden ser valoradas, la de Owen parecida a la de Mayer, pero con menor distorsión, que deja ver parte del yunque y el martillo, la de Chausse III, donde se ven los dos tercios anteriores de la pared lateral de ático y la de Stenvers que permite observar al conducto auditivo interno, sólo que acortado por la rotación y los canales semicirculares, todos éstos fueron elementos clave para el diagnóstico de la patología de oído.

Es indiscutible la aportación que el Dr. Ramón Ruenes ha dado en el ámbito de las dos especialidades, pero es mucho más grande la falta de un merecido reconocimiento que en conjunto deberían de darle la Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen y la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Con la aparición de estudios tomográficos, en un principio lineales y después los de movimiento complejo, ya se pudo identificar el trayecto intramastoideo del nervio facial, la cóclea y el vestíbulo, asomarnos dentro de los senos paranasales, medir que tan larga era la estenosis subglótica; cabe hacer mención que de nuevo el grupo del Dr. Ruenes marcó la pauta al adquirir un poliotomógrafo, cuando a nivel institucional, sólo el ISSSTE, en el entonces Hospital "20 de Noviembre", contaba con uno.

Con el advenimiento de la tomografía computarizada (TC), en los años 70, las imágenes ya fueron mejores y se podía hacer una correlación clínica, más ahora cuando el mismo desarrollo de la TC ha permitido ha-

cer cortes de hasta un milímetro con alta resolución, magnificar las imágenes y hacer reconstrucciones multiplanares y en 3a dimensión. En términos generales la anatomía de cabeza y cuello estaba al alcance de uno. Aún recuerdo cómo mi maestro, el Dr. Juan Felipe Sánchez Marle, hacía un ejercicio, que hoy aplico con los residentes; algo tan sencillo como colocar un estudio tomográfico de oído, cuello o senos paranasales y pedir a cada uno de nosotros que identificáramos cinco estructuras anatómicas. Cuando le tocaba a uno en los primeros lugares todo era muy sencillo, pero si había que identificar esas cinco estructuras después de que habían pasado ya varios compañeros, las posibilidades de contestar se reducían y las de tener que presentar por lo menos dos artículos traducidos, al día siguiente, se incrementaban.

Como Otorrinolaringólogo fue de gran ayuda el poder visualizar estructuras tan finas como la cadena oscilar, la ventana oval, cada una de las vueltas de la cóclea, los conductos semicirculares, el acueducto vestibular, el conducto auditivo interno y en especial con la neumocisternografía, poder ver en su interior los nervios; facial, coclear y vestibulares, usando como contraste el aire; técnica que implica riesgos al paciente y deja duda para demostrar un neurinoma del acústico intracanalicular, menor de dos centímetros.

En el área rinosinusal, la TC ha hecho una contribución muy importante, pues ahora las estructuras de la nariz, en especial de la pared lateral y los senos paranasales, son fácilmente identificables y al practicar la correlación de la fisiología rinosinusal propuesta por Messerklinger¹ y los hallazgos tomográficos, se logró desde hace más de diez años un cambio importante en la forma de tratar la patología rinosinusal; de ahí que la TC se haya vuelto una herramienta indispensable para realizar la cirugía endoscópica de senos paranasales, ya que así podemos clasificar la fosa olfatoria en tres tipos como lo propuso Keros,¹ evitando una comunicación a la fosa cerebral anterior y la formación de una fístula de líquido cefalorraquídeo. El poder ver a detalle el complejo ostiomeatal e identificar lo que puede estar alterando su permeabilidad, ya sea un proceso inflamatorio, alteraciones y variantes anatómicas, como la morfología de la apófisis uncinada, cornetes medios parados, la misma neumatización de éstos y las celdi-

llas de Haller y Onodi, todo ello es importante para poder planear un abordaje endoscópico y en aquellos casos de poliposis nasosinusal con antecedente de cirugía previa, es de gran ayuda el uso de un endonavegador, el cual requiere de la TC.²

En los casos de tumores rinosinuales, la TC juega un papel elemental, permitiendo la clasificación, la selección del abordaje y la terapia coadyuvante. En este rubro hay una parte de la Radiología que se ha vuelto indispensable para los Otorrinolaringólogos, me refiero a la Radiología Intervencionista, que permite que hagamos resección de tumores vascularizados con un mínimo sangrado o en aquellos casos de epistaxis incoercible, dependiente de cualquiera de las ramas de la arteria carótida externa, embolizarla selectivamente antes de tener que ligarla como antaño.

En laringe el uso de la TC no queda en duda, permite de forma rápida y efectiva una exploración no invasiva de ésta, en especial del espacio preepiglótico, la comisura anterior, área cricoaritenoides, puntos fundamentales para la estadificación y planeación quirúrgica de los tumores.

Con la llegada de la Resonancia Magnética se generó de nuevo en la especialidad una gran innovación: la capacidad de hacer cortes en distintos planos; la mejor definición de los tejidos, hace factible identificar en etapas tempranas neurinomas del acústico intracanaliculares, siendo hoy el estudio de elección, o cuando hay duda acerca de la extensión de un tumor en nariz y senos paranasales, permitiendo diferenciar al verdadero tumor de la inflamación mucosa y la retención de moco; la RM como herramienta diagnóstica tiene ya su lugar.

Actualmente no es concebible el ejercer la especialidad de Otorrinolaringología sin tener que recurrir a la Imagenología, como auxiliar en el diagnóstico o como guía para planear el procedimiento quirúrgico y en pleno siglo XXI, con el código genético en nuestras manos, que más podemos pedir para ayudarnos a diagnosticar y curar a los enfermos; ya el Dr. Bernardo Boleaga hizo comentarios muy atinados sobre la Imagenología Funcional y Molecular³ y coincidimos en que la evolución tecnológica mantendrá ocupada nuestra capacidad de asombro.

Referencias

1. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery: The Messerklinger Technique. Philadelphia: Decker, 1991.
2. Bhattacharyya N, Fried MP. The accuracy of computed tomography in the diagnosis of chronic rhinosinusitis. Laryngoscope 2003; 113(1): 125-9.
3. Boleaga DB. Imagenología Molecular (Editorial). An de Radiol Mex 2004; 2: 63-4.