

Universidad del sureste Clínica

Quirúrgica Complementaria

Resumen

Catedrático: Alfredo Lopez Lopez

Alumno: Luis Francisco Chivardi

Hernández

Carrera: Medicina Humana

7mo Semestre 4to Parcial

METAS DE LA SEPTOPLASTIA

La septoplastia tendrá como objetivo la reposición de la lámina cuadrangular en la línea media sin que sobre ella se ejerzan fuerzas o tensiones y continúe dando soporte al techo cartilaginoso de la nariz.

Seremos como en todo el proceso de la cirugía de la nariz conservadores. Limitando la resección de cartílago sólo a las zonas desviadas para que sea posible la reposición en la línea media. Las angulaciones del cartílago desaparecen con frecuencia al ser liberados de la mucosa o de su relación con otras estructuras (cartílagos triangulares, vómer, etmoides o la cresta.)

Otras indicaciones de la septoplastia fuera del contexto de la rinoplastia se exponen a continuación:

- Obstrucción al flujo nasal por desviación del tabique nasal
- En pacientes roncópatas o diagnosticados de SAOS (la reducción del flujo aéreo nasal promueve un mayor colapso faríngeo y como procedimiento previo al uso de la CPAP)
- En patología inflamatoria nasosinusal (la alteración del drenaje fisiológico de los senos produce retención de secreciones)
- Obtención de injertos cartilagosos u óseos
- Cefalea de región nasal (por compresión del cornete medio por una desviación septal)
- Vía de abordaje (vía transnasal para alcanzar hipófisis)

TÉCNICA

- **POSICIÓN DEL PACIENTE**

Colocaremos al paciente en posición anti-Trendelenburg, a unos 20-30 °, con la cabeza algo flexionada (pero estable en su apoyo), de tal forma que el plano horizontal de Francfort sea perpendicular a la horizontal de la mesa. Con esta posición conseguimos una mejor visión del campo quirúrgico y favorecemos una cirugía más exangüe al dificultar el aporte sanguíneo.

- **ABORDAJE**

De forma universal se acepta el abordaje descrito por *Cottle, maxila-premaxila*. La incisión normalmente es en el lado de mayor convexidad, pero existe la costumbre de realizar la incisión en el lado derecho, por la comodidad para el cirujano diestro, realizándose en el izquierdo si éste es zurdo.

La incisión puede ser hemitransfixiante o transfixiante. Normalmente la transfixiante (siguiendo el borde caudal del septo desde el ángulo septal a la espina nasal, comunicando ambas fosas nasales) se reserva en casos de septorinoplastia, por el riesgo de pérdida del sostén mesial, al manipular la unión entre ramas mediales de los cartílagos alares y el cartílago cuadrangular (produciendo la caída de la punta nasal y problemas en la válvula nasal). La incisión hemitransfixiante corta sobre el mucopericondrio en el borde caudal del septum (bien en el mismo borde caudal del cartílago septal o bien a medio centímetro de dicho borde) y se suele prolongar al suelo de la fosa para facilitar el acceso a la espina nasal. Como variante existe otro tipo de incisión, la de Morched y Bachei-Rad (parte por arriba de la arista nasal, bajo el borde de los huesos propios, se incurva hacia delante para hacerse vertical como la incisión clásica y después se incurva hacia atrás hacia el suelo de las fosas nasales).

Para facilitar este primer paso se puede utilizar distinto instrumental. Con el retractor de columela fijamos y desplazamos el septum membranoso, permitiendo exponer el borde caudal del septum cartilaginoso; al igual que ocurre al colocar las valvas del rinoscopio sobre dicho borde. Otros utilizan erina doble o simplemente dislocan caudalmente el septum con el dedo pulgar.

La incisión se practica con un bisturí del número 15, de abajo hacia arriba, para impedir que la sangre disminuya la visibilidad. Con la parte más convexa del bisturí o con instrumental diseñado para este fin (como el bisturí lenticular), se incide sobre el pericondrio hasta encontrar el plano subpericóndrico (el cartílago tiene un tinte blanco-nacarado). A partir de aquí con el aspirador-despegador de Guillén o a través de unas tijeras de punta fina (como la de Converse), se va despegando el cartílago, creando los túneles. En total son cuatro (superior e inferior de cada lado), pero según la experiencia del cirujano y la anatomía de la desviación, puede no ser necesaria la realización de todos ellos (de hecho, la conservación del mucopericondrio sin despegar del cartílago en un lado, ayuda a dar soporte y nutrición a la reconstrucción posterior).

- **CREACIÓN DE TÚNELES. EL PLANO MÁGICO:**

Se empieza por el túnel superior del lado convexo, a partir del punto en el que se despegó el pericondrio, con movimientos tangenciales al cartílago, de arriba-abajo y desplazamiento posterior del instrumental. Para alcanzar la parte dorsal del septum, se realiza movimientos verticales, al igual que en la parte inferior, donde se sitúa la cresta. El despegamiento del túnel superior debe hacerse hasta la desviación (que es el límite inferior de este túnel), sin sobrepasar ésta hacia abajo. La porción inferior de la desviación, aunque sea cartilaginosa, debe abordarse desde el túnel inferior. Así se evitarán las perforaciones nada más entrar. Para prevenir desgarrar la mucosa, se suele proteger ésta con una de las ramas del rinoscopio, de tal forma que el aspirador-despegador o el instrumental utilizado para el despegamiento no sobrepase dichas valvas.

Para la creación de los túneles inferiores, se debe recurrir a puntos de abordaje atraumáticos desde la espina nasal, a través del plano mágico de Cottle. Este plano no es más que una bolsa intraaponeurótica horizontal entre el periostio de la espina nasal y las fibras conjuntivas que la recubren. Sus límites son: superficialmente el orbicular de los

labios; en profundidad por la espina nasal, maxila y premaxila; arriba la columela e inferiormente la mucosa gingivolabial. A través de la incisión hemitransfixiante, se introduce unas tijeras (tijeras tipo Mc Indoe) en el espacio intercrural, abriéndolas 1-1,5 cm. de forma que sus ramas se dirijan una hacia la punta de la nariz y otras hacia la base de la columela (para orientarnos y notar la posición correcta de las tijeras, se coloca el pulgar bajo la columela ante la espina nasal anterior, el índice en la punta de la nariz y el medio sobre el ala nasal izquierda o sobre la porción izquierda de la columela). Posteriormente se cambian hacia la base de la columela, donde se abrirán de nuevo en un plano frontal, situándose en el área preespinal (despegando el músculo depresor de la columela y el orbicular de los labios de las fibras conjuntivas que envuelven la espina nasal). Se vuelve a la base de la columela y se dirigen las tijeras horizontalmente hacia la izquierda hasta una línea imaginaria que nos une el punto más extremo de la curvatura del ala con la comisura labial izquierda y nuevamente abrimos las tijeras. Lo mismo en el lado derecho. De tal forma que ya se ha creado el “plano mágico” (excepcionalmente es necesario en su totalidad, por lo que muchos cirujanos evitan los últimos pasos). La desperiostización de la espina, maxila y premaxila, nos permite ver la abertura y cresta piriforme para el abordaje de los túneles inferiores.

Al introducir de nuevo las valvas del rinoscopio pequeño por la incisión hemitransfixiante y orientado a la espina nasal, vemos las fibras conectivas que unen fuertemente la espina con el ángulo ventrocaudal del septum y pie del tabique. A continuación se esqueletiza la espina, bien con bisturí, o bien con tijeras. Con el bisturí se prolonga la incisión desde la parte anteroinferior del septum ya despegado, hasta la propia espina (se secciona las fibras preespinales que tapan la unión condropremaxilar y se continúa su sección hacia abajo, por delante de la espina). Si se utiliza tijeras, se introducen con sus ramas mínimamente abiertas y abarcando entre ellas el grosor de la misma espina. Se aprietan las ramas, como si se fuera a cortar la espina, para que las ramas entren en contacto con el hueso y luego se inicia un movimiento a todo lo largo de la espina. Con el despegador de Killian, el de Monserrat o el de Mc Kenty, rascando contra el lateral de la espina nasal en búsqueda de la abertura piriforme,

Después con el despegador de Cottle, primero por su extremo de curvatura mayor, se despega el periostio hacia la parte inferior de la fosa nasal y luego se despega la porción más interna (septal) con el extremo menos angulado del despegador. Como el borde anterior de la fosa tiene un resalte de unos 2-3 mm, la cresta piriforme, el instrumento tendrá que salvarlo, hasta descender por la vertiente posterior hacia el suelo de la fosa. Así, el eje del despegador se tiene que dirigir al suelo de la fosa con un ángulo de 45° (se gira sobre su eje hacia el septum, en sentido horario en la fosa nasal izquierda y en sentido antihorario en la fosa nasal derecha). De esta forma se evita desgarrar la mucosa. Se continúa con pequeños movimientos hacia atrás, dando la sensación de “rascar” el hueso. Una vez despegados los dos primeros centímetros del suelo de la fosa (siempre subperióticamente) el despegamiento se hace muy fácil. Este despegamiento se debe realizar lo más próximo al ángulo formado por el septum y el suelo de la fosa

Para la unión de los túneles superior e inferior del lado desviado, se emplea el despegador recto de Cottle, despegando de atrás hacia delante y de arriba abajo.

Con la desarticulación condroetmoidal o posterosuperior se intenta liberar el cartílago cuadrangular de la lámina perpendicular del etmoides (unión condroetmoidal), localizando a través del túnel superior despegado cualquier lugar de la unión condroetmoidal. Con la punta del aspirador despegador, de arriba abajo y de delante atrás, se luxa el cartílago (se

hace una pequeña solución de continuidad puntual en ese sitio sin romper el mucopericondrio contralateral). Desde este punto de luxación, colocando el bisel del despegador contra el hueso, se inicia el despegamiento del otro lado de la lámina perpendicular y se va desarticulando toda la unión condroetmoidal hasta el vómer por abajo

El túnel inferior contralateral se crea por el mismo proceso descrito anteriormente o a través de una condrotomía inferior (se realiza un corte a lo largo de la inserción del septum en la cresta, desinsertándolo y dislocándolo a fosa contralateral, para posteriormente elevar el mucopericondrio y el mucoperiostio contralateral).

