Revista Médica de Costa Rica XXXIX (436) 157-161; 1972

"La Vía Transpalatina en las Imperforaciones Coanales"

REPORTE DE UN CASO DE IMPERFORACION COANAL BILATERAL OSEA EN UNA PACIENTE DE 16 AÑOS.

Joaquín Berrocal Binde*

INTRODUCCION

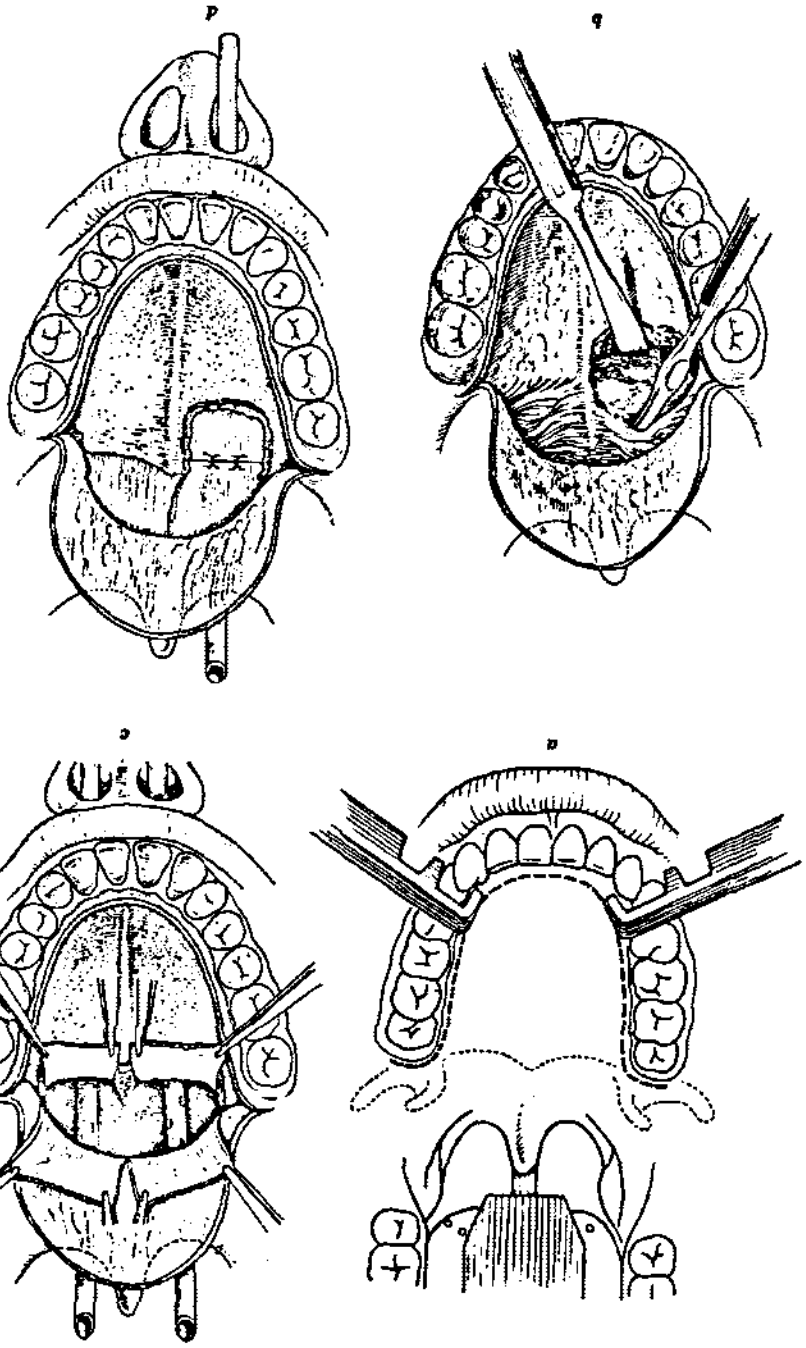
La imperforación coanal es una enfermedad rara pero no excepcional. Nosotros hemos tenido en un periodo de cinco años tres imperforaciones coanales, de las cuales dos fueron unilaterales membranosas y una bilateral osea. Pero lo más interesante es que la paciente portadora de esta imperforación bilateral lo fue por espacio de diez y seis años. En efecto hasta esa edad consultó por primera vez. El hecho de tratarse dentro de las imperforaciones coanales de un caso tardío y excepcional; así como el empleo por primera vez en Costa Rica de la **vía Trans-Palatina** para el tratamiento quirúrgico de este caso, nos inclinaron a realizar esta publicación.

ETIOLOGIA: Las causas de la imperforación coanal son desconocidas. Esta afección congénita entra en el cuadro de las malformaciones, siendo clásico distinguir dos formas: a) Embriopatías de origen genético, hereditarias y b) Embriopatías adquiridas después de una enfermedad fetal (Intoxicación, virosis, avitaminosis).

FRECUENCIA: Bastante rara, en el curso de cinco años hemos solamente observado tres imperforaciones. En un trabajo reciente Muller y Cotin (1) pudieron estudiar 46 imperforaciones coanales después de muchos años, dando los siguientes datos:
a) **Sexo:** de 46 casos 27 eran niñas y 19 varones.
b) **Lado:** 16 bilaterales; 30 Unilaterales (de las cuales 17 niñas y 13 varones). El lado derecho es generalmente el lado obturado. El caso que se encuentra con más frecuencia es el de una niña con imperforación coanal derecha. En cuanto a las formas anatómicas distinguen los autores tres tipos a saber: Formas oseas, membranosas y fibrosas. Las formas oseas son bastantes raras. Desde el punto de vista quirúrgico existe un gran interés al respecto. Sobre 7 formas oseas hubo 7 éxitos post-operatorios. Sobre 3 formas membranosas 3 éxitos. Sobre 7 formas fibrosas 3 éxitos, 1 resultado mediocre y 3 fracasos. Las formas fibrosas son pues las menos favorables al pronóstico post-operatorio.

CLINICA: Desde el punto de vista clínico, la imperforación coanal se encuentra fundamentalmente en dos circunstancias: Imperforación bilateral del recién nacido e imperforación unilateral en el niño. Antes de dos o tres semanas el recién nacido no es apto para la respiración bucal. Una obstrucción coanal bilateral determina una dificultad respiratoria sumamente dramática que **no tiene ninguna oportunidad de pasar inadvertida.** En nuestro caso era bilateral y la paciente la toleró hasta los 16 años. El diagnóstico no es difícil, siendo típico el tiro cérvico facial inspiratorio. Así mismo los trastornos para la alimentación, complicaciones broncopulmonares por falsas vías etc. El examen

* Jefe de Clínica del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios.


p
q
o
n

de las fosas nasales da la clave del diagnóstico: Inmovilidad de las alas de la nariz, fosas nasales llenas de moco filante difícil de aspirar, y sin ningún alivio a la asfixia; ausencia de mancha de vapor al colocar un espejo sobre la nariz. Hay que operar de urgencia, de no hacerlo hay dos eventualidades: a) Muerte por síncope o Bronco-Neumonía de aspiración y b) Adaptación que es la eventualidad más frecuente tal es la capacidad de adaptarse del recién nacido. Es ciertamente una malformación compatible con la vida. Por el contrario la imperforación unilateral pasa inadvertida, pues los síntomas son discretos consistiendo en una fosa nasal llena de mucosidades, que es tomada por una rinitis banal.

LA RADIOGRAFIA: Es el examen esencial sobre todo con lipiodol, la cabeza en hiperextensión con poca presión para no llenar los sinus. Se pide un perfil y una insidencia de base que confirma el diagnóstico (ver el estudio radiológico de nuestra paciente).

TRATAMIENTO: En el recién nacido, tratándose como es lo habitual de una imperforación bilateral (las unilaterales pasan inadvertidas), siempre es posible restablecer la permeabilidad a esta edad por simples métodos. Más tarde, nos encontramos en presencia de un niño con imperforación unilateral que acaba de ser descubierta, o el caso raro de una imperforación bilateral que pasó por el cuadro dramático antes descrito. Se trata casi siempre de niños entre uno y diez años. La vía de abordaje Trans-Palatina es según nuestro criterio y el de numerosos autores, la mejor. Es la vía más fácil, siendo la fosa nasal muy estrecha para operar a traves de ella. Describiremos en detalle este procedimiento al hacer la descripción de nuestro caso.

NUESTRO CASO: Paciente de 16 años (MHR) que consulta por primera vez el 4 de Abril/68, por dificultad respiratoria bilateral desde niña. A la inspección hay una atrofia de ambos orificios narinarios muy ostensible (ver fotografías adjuntas). El 7 de Agosto/68 se interviene quirúrgicamente utilizando la vía Transpalatina. Anestesia General con intubación. La paciente es colocada en decúbito dorsal, la cabeza deflexionada al máximo. El cirujano se coloca a la derecha y utiliza los abre-bocas de la cirugía velo-palatina. Se infiltra la fibromucosa palatina con suero adrenalinado, para así disminuir el sangrado.

a) **Incisión:** Curvilínea pasando a 2 mm. de las arcadas dentales (ver esquemas adjuntos). Parte detrás de la última molar cuando esta existe o de la porción más posterior del reborde gingival. Llega al lado opuesto en un punto simétrico (esquema letra "a"). Esta incisión evita hacia atrás y lateralmente el pedículo vascular palatino posterior que queda hacia adentro. Hacia adelante evita también el canal palatino anterior no acercándose mucho de los insicivos medios. La incisión se hace de una vez hasta el hueso.

b) **Despegamiento:** La fibromucosa en conjunto es despegada con un desperiostiador curvo. El despegamiento llega hasta el borde posterior de ambos palatinos. De aquí en adelante o se incide la mucosa o se despega de tal manera de entrar hacia la rino-faringe. El despegamiento de la mucosa que recubre la parte posterior de ambas coanas es difícil y se hace por palpación. Queda así al final del despegamiento, un amplio colgajo palatino irrigado en sus extremos. (esquema letra "b").

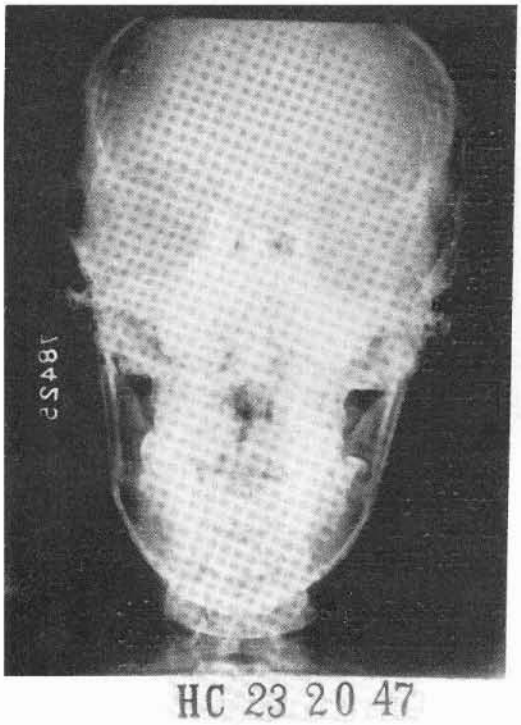


Figura 1

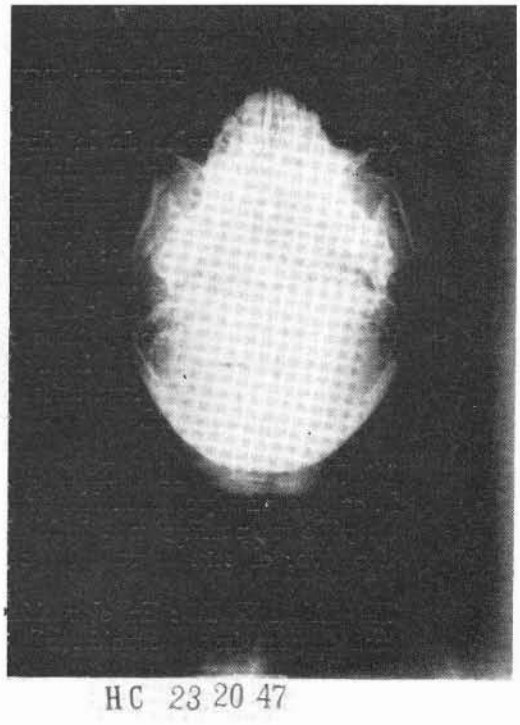


Figura 2

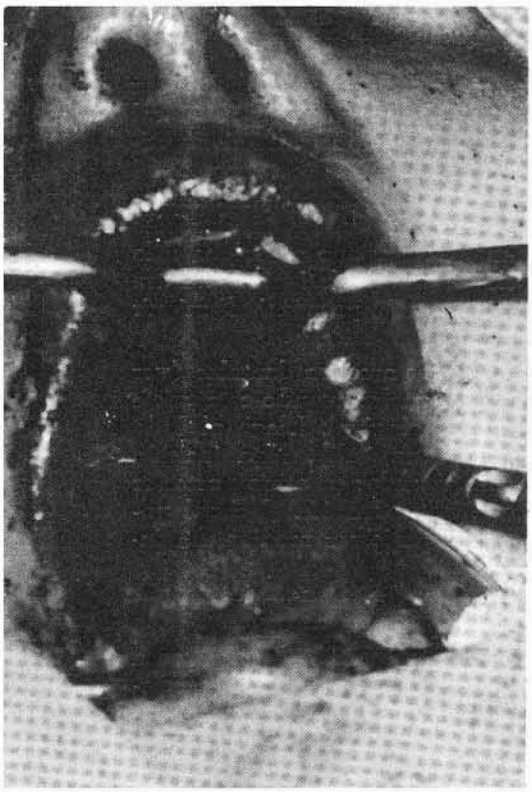


Figura 3

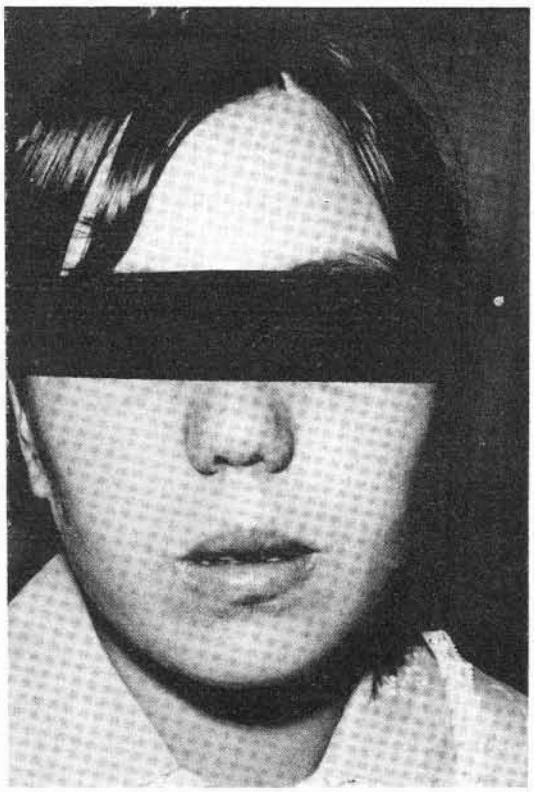


Figura 4

c) **Resección del Muro Coanal:** Para llegar al muro coanal se hace necesario abrir dos orificios sobre el hueso palatino (piso de ambas fosas nasales). Esto se realiza o con cincel o con la fresa eléctrica. Una vez abiertos ambos orificios, se visualiza la mucosa nasal, la cual es despegada hasta llegar al bloque oseo que obtura la coana, de ambos lados (ver fotografías en curso de operación de nuestro caso). El bloque oseo es quitado con cincel. Posteriormente y cuando la mucosa tanto del lado nasal como rino-faríngeo, han sido conservadas (esto no siempre es posible), se hacen incisiones de tal manera que dicha mucosa se aplique sobre el borde coanal y evite así la estenosis post-operatoria. Dos tubos de material plástico son colocados en ambos orificios, saliendo por la parte anterior del vestíbulo nasal. Para mantenerlos en su sitio se fijan con seda al septum nasal. El co'gajo palatino es colocado de nuevo en su sitio y suturado con catgut crómico.

Evolución Post-Operatoria: Los tubos colocados en la nariz son mantenidos por espacio de un mes. Al ser quitados la paciente respira normalmente por la nariz, sin formación ulterior de estenosis. En efecto un último control llevado a cabo en Febrero/70, reveló perfecta permeabilidad nasal después de casi un año y seis meses.

BIBLIOGRAFIA

1.—AUBRY M. Pialoux P. Jost G. "Chirurgie Cervico Faciale et O.R.L. Masson Edit. Paris 1966. 289-294.

2.—MULLER. H.; Cotin G. "Pronostic operatoire del Imperforations Choa nales Formes cliniques anatomiques sur 46 cas". Comptes Rendus des Seances Congrés Francais de O.R.L. Oct. 1968, 38-41.

3.—MULLER H. "Imperforation Choanale". Encyclopedie Medico-Chirurgicale O.R.L. Feb. 1963 - 20320.