

HIPERTROFIA DE CORNETES Y TRATAMIENTO QUIRURGICO

Hanns Niehaus Quesada*

María del Socorro Vellegas R.**

Ante la problemática de la hipertrofia mucosal de los cornetes nasales en casos donde llega prácticamente a obstruirse la permeabilidad de la fosa nasal y cuando el tratamiento terapéutico no da resultado, hemos considerado interesante realizar un trabajo sobre la extirpación quirúrgica del tejido hipertrófico del cornete inferior denominado resección submucosal de cornetes.

ANATOMIA Y FISILOGIA:

En la pared lateral nasal se encuentran cuatro elevaciones o prolongaciones las cuales contienen hueso en su interior y corren en dirección más o menos horizontal reduciendo su longitud abajo arriba, que se denominan conchas o cornetes, inferior, medio, superior y supremo. La porción entre cada cornete de la fosa nasal se llama meato y la parte por encima del cornete supremo se llama nicho esfenoidal, la parte entre el tabique y los cornetes es el meato nasal común y lo que queda por detrás de los extremos posteriores de los cornetes el meato nasofaríngeo. En el meato nasal inferior desemboca el conducto nasolagrimal. En el meato nasal medio desemboca el orificio de las células del seno etmoidal anterior y del seno maxilar. En el meato supremo el 75% de individuos contiene el orificio de una célula del seno etmoidal superior. El nicho esfenoidal se haya entre la concha o cornete supremo o cuando este no existe entre la concha o cornete nasal superior y el techo de la fosa nasal en donde en su pared posterior está situado el orificio del seno esfenoidal. La mucosa de la fosa nasal es de dos diversos tipos de una membrana mucosa olfatoria y otra membrana mucosa respiratoria. La mucosa respiratoria que tapiza la porción de la fosa nasal propiamente dicha no revestida de mucosa respiratoria está formada de epitelio y de túnica propia. El epitelio en su mayor parte es de la variedad ciliada pseudoestratificada ciliada con muchas células calciformes. La túnica propia contiene multitud de glándulas tuboalveolares. En la túnica propia particularmente en el cornete nasal inferior, en el borde inferior y en el posterior del medio y hasta cierto punto en la porción respectiva del tabique nasal hay abundantes plexos venosos que forman un tejido cavernoso lo cual hace la mucosa más gruesa en esas regiones. En el riego sanguíneo de las paredes de la fosa nasal hay una copiosa rama arterial que riega el mucoperiostio y

mucopericondrio que tapizan la fosa nasal; igualmente hay una trama de vasos capilares linfáticos bastante bien desarrollada en todo el revestimiento de la fosa nasal, también la red arterio-venosa es abundante. Además de la función olfatoria nasal tenemos una función modificadora del aire el cual al ser inspirado se humidifica, se limpia y se regula permostáticamente. Esta función es llevada a cabo por medio de las vibras así como el frote de aire en las superficies de las corrientes de la nariz y por medio de descargas eléctricas superficiales que hacen que las partículas extrañas se adhieran a la mucosa. Por último la función autodesertoria que es la que se encarga del mecanismo de defensa de eliminar todos los microorganismos de las diversas enfermedades que podrían penetrar por la vía nasal; y en la nariz normal el epitelio ciliado con excepción del área olfatoria se extiende para este propósito en forma de una túnica ininterrumpida desde el vestíbulo hasta la nasofaringe.

TECNICA:

Si la hiperplasia del tejido mucosal específicamente del cornete inferior no se ha podido corregir por otros métodos como aplicación de vasoconstrictores nasales locales, descongestionantes orales, inyección local de corticosteroides, deslocación o fractura del cornete, nosotros aplicamos la resección submucosal del cornete inferior. Con una pinza recta que logre coger todo el tejido mucosal hiperplásico sobrante, realizamos dejando la misma un par de minutos en el lugar indicado; el trazo quirúrgico para posteriormente con una tijera diseñada especialmente para este tipo de cirugía cortar la parte sobrante a la par del borde óseo del cornete sin extraer este último a lo mínimo posible del mismo, tratando de sacar todo este sobrante de aspecto polifoideo en una sola pieza desde el vestíbulo nasal hasta la parte posterior del cornete. Posteriormente se realiza para detener el sangrado generalmente abundante un taponamiento metálico y fuerte anterior tratando de presionar el resto del cornete y si es necesario se pone también el taponamiento posterior, ambos para retirar a las 24 ó 48 horas. Es importante la aspiración posterior nasal de día por medio la primera semana y luego dos veces por semana hasta la re-epitelización total para evitar sinequias.

Estudio:

En nuestro estudio se trataron 66 pacientes comprendidos entre los años 1965 a 1977, el cual ilustramos en los siguientes cuadros:

* Jefe Servicio O.R.L.

** Asistente Servicio O.R.L.

TABLA No. 1.

INCIDENCIA SEGUN SEXO

| | | |
|-----------|----------|-------|
| Femenino | 22 casos | 33.3% |
| Masculino | 44 casos | 66.7% |

TABLA No. 2

INCIDENCIA SEGUN EDAD

| EDAD | No. CASOS | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| 0-3 años | 0 casos | 0.0% |
| 3-4 años | 1 caso | 1.5% |
| 4-5 años | 0 casos | 0.0% |
| 5-6 años | 5 casos | 7.6% |
| 6-7 años | 3 casos | 4.5% |
| 7-8 años | 7 casos | 10.6% |
| 8-9 años | 7 casos | 10.6% |
| 9-10 años | 12 casos | 18.2% |
| 10-11 años | 6 casos | 9.1% |
| 11-12 años | 8 casos | 12.1% |
| 12-13 años | 17 casos | 25.8% |

TABLA No. 3

PROCEDENCIA

| | |
|------------|----------|
| San José | 52 casos |
| Alajuela | 5 casos |
| Heredía | 3 casos |
| Cartago | 2 casos |
| Puntarenas | 2 casos |
| Guanacaste | 1 caso |
| Limón | 1 caso |

TABLA No. 4

OPERACION PRACTICADA

| | |
|--|----------|
| Resección de cornetes | 35 casos |
| Resección de cornetes + Adenoidectomía | 19 casos |
| Resección de cornetes + Septoplastia | 5 casos |
| Resección de cornetes + Septoplastia + Adenoidectomía | 2 casos |
| Resección de cornetes + Adenoidectomía + Punción senos | 3 casos |
| Resección de cornetes + Adenoamigdalectomía | 1 caso |
| Resección de cornetes + Adenoidectomía + Miringotomía | 1 caso |

Hubo 4 pacientes que presentaron como complicación sangrado importante por nariz y boca y que ameritaron taponamiento posterior. El resto de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

Todos los pacientes recibieron como tratamiento antibióticos (eritromicina o ampicilina) y descongestionantes nasales. (ifiadín).

EVALUACION QUIRURGICA:

Aproximadamente un setenta y cinco por ciento de los pacientes operados, ya que no todos se presentaron posteriormente para su estudio en la Consulta Externa, mostraron a un año plazo una buena permeabilidad nasal. La complicación más frecuente en el post-operatorio tardío fue a la sinequia nasal la cual se presentó en un 5% de los pacientes evaluados.

RESUMEN:

Se operaron 66 pacientes de resección submucosal de cornetes de los cuales 44 casos fueron masculinos y 22 femeninos. Las edades más frecuentes de esta patología fueron la de 12 a 13 años con 17 casos y 9 a 10 años con 12 casos. La provincia más afectada fue San José con 52 casos. El abordaje quirúrgico más frecuente fue la resección de cornetes con 35 casos y en segundo lugar combinada con Adenoidectomía en 19 casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— *Ballenger John Jacob: Diseases of the nose throat and ear. Lea and Febiger — Philadelphia. USA. pág. 128, 1977.*
- 2.— *Berendes, J., Link R., Zollner F., Thieme Verlag Georg., Stuttgart. Hals Naren Otwen Halkunde. Band I. Pág. 5, 1964.*
- 3.— *Chevalier Jackson: Otorrinolaringología y Broncoenfalografía. Unión tipográfica editorial Hispano-Americana, México. Pág. 7-8, 1949.*
- 4.— *Bols, Hilger — Priest, Saunders W.B.: Fundamentals of Otolaryngology A textbook of Ear Nose and throat diseases. Philadelphia. Pág. 174, 1964.*
- 5.— *Manuale di Otorinolaringología. Socuta Editria Universo. Roma. Pág. 283, 1963.*
- 6.— *Portmann, Georges: Oto-Rhino-laringología. G. Dolin y Cía. Tomo 1, pág. 551, 1960.*