

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

Consideraciones sobre el Tratamiento Quirúrgico en la Rinitis Atrófica

**TESIS presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala, por**

MIGUEL ANGEL SOTO BUSTAMANTE,

Ex-interno del Hospital General: Otorrinolaringología de Mujeres; Otorrinolaringología de Hombres; 1ª Medicina de Mujeres; 3ª Medicina de Mujeres; Traumatología de Mujeres; 4ª Cirugía de Mujeres. Ex-interno por oposición del Servicio de Emergencia. Ex-interno del Hospital Militar. Ex-interno del Servicio de Otorrinolaringología de la Consulta Externa del Hospital General. Ex-interno del Consultorio de la Cruz Blanca en El Gallito. Jefe de la Unidad Sanitaria de Chimaltenango.

en el acto de su investidura de

MEDICO y CIRUJANO.



GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1952

RINITIS ATROFICA (Ocena)

Es una enfermedad crónica de la cavidad nasal, caracterizada por atrofia de la mucosa y los cornetes de la nariz; por producción de una secreción rápidamente desecable y formación subsecuente de costras secas verduzcas o grisáceas, y secundariamente, producción de un olor sumamente fétido.

Etiología:

La verdadera causa es desconocida.

Varias teorías han sido expuestas para explicarla pero ninguna ha podido ser definitivamente aceptada. Algunos la han atribuido a una deformidad congénita de las fosas nasales, las cuales se presentarían anormalmente amplias lo que favorecería posteriormente la atrofia de la mucosa por la poca corriente de aire, ya que ésta en los sujetos normales produce una especie de succión en cada inspiración lo cual favorece la circulación capilar.

Otros consideran como causa predisponente de importancia, las rinitis y senositis crónicas padecidas en la infancia.

Se ha expuesto una teoría microbiana que considera a la ocena como una enfermedad infecciosa específica, pero el microbio está lejos de conocerse; se han incriminado al Cocobacilo de Loewemberg, al Bacilus Mucosus de Abel, al Bacilus Fétidus de Hazeck, al Bacilo Pseudodiftérico de Belfanti y finalmente al Cocobacilo de Pérez. Es cierto que casi todos se pueden encontrar en las secreciones de los ocnosos pero falta demostrar si son los causantes o más bien son secundarios a las condiciones que se presentan con la enfermedad.

Se ha pensado también en un origen sifilítico, una heredosifilis, pero este origen tampoco puede sostenerse.

Hay quienes le dan importancia a un origen simpático, por producción de una vasoconstricción permanente de los vasos de la mucosa pituitaria a consecuencia de una lesión del ganglio esfenopalatino. Finalmente, también se le ha atribuido un origen endocrino, una disendocrinia probablemente de origen hipofisario.

La enfermedad principia generalmente en, o después de la pubertad, es mucho más frecuente en mujeres que en hombres en una relación de cinco a uno. Es raramente vista en familias acomodadas, pudiéndose tomar como predisponente la mala nutrición y la avitaminosis. El factor herencia suele estar presente pero no en forma acentuada. El factor racial tiene relativamente poca importancia, sin embargo parece que la raza nórdica es menos afectable.

Anatomía Patológica:

Hay pérdida de las cilias y transformación del epitelio cuboideo de la mucosa normal, en un epitelio estratificado. La mucosa se hace fibrosa y contiene colecciones de linfocitos, plasmacels y fibras hialinas. Hay atrofia de las glándulas mucosas y de los plexos venosos cavernosos. Las arterias y las venas de menor grado, de la mucosa, periostio y hueso, presentan una edarteritis obliterativa. La mucosa de las senos paranasales generalmente presenta cambios similares aunque menos severos y sin formación de costras.

La atrofia de las glándulas, cuya secreción tiene poder bactericida, unida a la lentitud de la corriente del aire a través de la cavidad nasal ensanchada, favorecen el desarrollo de microbios saprofitos y fermentaciones que son los que vienen a producir la fetidez.

Síntomas:

El desagradable olor de la nariz, hace al paciente un proscripto de la sociedad. Raramente éste se da cuenta, del olor, pues la enfermedad se acompaña de pérdida del sentido del olfato, anosmia que es casi patognomónica.

Los ocnosos suelen tener la sensación de obstrucción nasal, debido a la poca corriente de aire en la cavidad nasal y sienten sequedad de la nariz, de la faringe y laringe. A veces hay alteraciones de la voz, como ronquera, por formación de costras sobre las cuerdas vocales y la tráquea. Suelen aquejar cefalea frontal y occipital y es frecuente que presenten trastornos auditivos como sordera, tinitus e infección del oído medio debido a formación de costras en la entrada de las trompas.

La salida de costras secas, grises o verduzcas de olor fétido es lo que más les llama la atención y es por ello por lo que consultan al médico.

Al examen externo de la nariz, se encuentra corrientemente aplanada y ensanchada, a veces en forma de silla de montar.

Al examen de la cavidad nasal, se ve ésta muy agrandada y en lugar de la mucosa rosada y húmeda normales, se encuentra una mucosa roja pero sin brillo, seca, lisa, adelgazada, recubierta en distintas partes por costras secas de olor fétido repulsivo. En ocasiones dichas costras son tan grandes que forman un molde completo de la cavidad nasal.

Los cornetes inferiores, atrofiados, están reducidos a delgadas crestas apenas salientes de las paredes laterales y la vista puede penetrar hasta la rinofaringe.

Al remover las costras puede presentarse la mucosa sangrante, pero nunca se encuentran ulceraciones.

Al examen por la boca, la mucosa faríngea suele apreciarse también seca y con secreción verduzca mucopurulenta y en casos más avanzados, con costras secas.

Al examen laringoscópico puede descubrirse algunas costras sobre las cuerdas vocales en casos en que se ha propagado a la laringe.

Complicaciones:

El proceso de atrofia y formación de costras se extiende lentamente a la nasofaringe, faringe, laringe y tráquea. Con frecuencia hay desórdenes crónicos del aparato lagrimal y trastornos auditivos.

En casos muy avanzados puede llegarse a producir asfixias, obligando a hacerse traqueotomías y en algunos casos producen la muerte del enfermo.

Diagnóstico:

La presencia del olor nauseabundo; las costras verdes o grises que cubren porciones de los lados de las cavidades nasales, en la nasofaringe y pared posterior de la faringe; la atrofia de los cornetes hasta el grado de ser sólo arrugas en la pared nasal, son muy características en la ocena.

Sin embargo, no toda fetidez de la nariz es Rinitis Atrófica.

La sífilis terciaria puede dar algunas condiciones parecidas, con formación de costras y mal olor, hasta el grado de considerarse una ocena sifilítica, pero no se observa en cambio el agrandamiento tan marcado de la cavidad nasal y por otra parte existen los antecedentes del caso y las reacciones de laboratorio.

Un cuerpo extraño en la nariz, con supuración, también produce fetidez, pero no están presentes las alteraciones atróficas.

Tampoco hay atrofia en la senositis maxilar crónica, con descargas de mucosidad fétida y en estos enfermos hay cacosmia subjetiva y no anosmia, como en la Rinitis Atrófica.

El rinoescleroma de forma atrófica puede prestarse a confusión y en este caso una biopsia nos sirve para la diferenciación.

Tratamiento:

Ningún tratamiento curativo absoluto se conoce.

Se han ensayado muchos tratamientos: pomadas, gotas y pulverizaciones nasales con preparados yodados, mentolados, etc., soluciones de estrógenos y aplicaciones de acetilcolina, todos con resultados poco efectivos. Tampoco ha dado mayores resultados el tratamiento a base de vacunas ni con el suero antidiftérico, éste último, usado por la similitud con el bacilo diftérico de algunos bacilos encontrados en las secreciones.

El tratamiento paliativo está dirigido a mantener la nariz, limpia de costras, evitando con ello la fetidez, con lo que logra el paciente que no sea excluido del medio social y pueda desenvolverse en él y asimismo, se le evita la formación de complejos que pueden contribuir al agravamiento de la enfermedad.

Lo más corrientemente usado, son los lavados nasales por medio de jeringas especiales o bien con irrigadores, siendo necesario que el líquido lleve cierta presión para remover las costras. Se emplea solución salina, soluciones bicarbonatadas, soluciones con agua boricada al 4%, etc.

Lo más económico resulta agua tibia con sal fina, sal de mesa, una cucharada para un litro de agua.

Estos lavados deben hacérselos según el grado de formación de costras, ya que algunos pacientes deben hacérselos dos veces diarias, otros sólo una vez al día y en algunos casos cuando la fetidez y las costras son pocas, pueden hacérselos cada dos o tres días.

Es conveniente, después de cada lavado, hacerse toques o pulverizaciones con preparados aceitosos, sobre todo a base de estrógenos como la amniotina en solución aceitosa.

Los franceses recomiendan curas hidrominerales en las aguas de Luchon, Cauterets, Saint Honoré, etc., como coadyuvantes.

Es recomendable también hacer un tratamiento del estado general y administración de un buen suplemento vitamínico.

Otro procedimiento para la remoción de las costras es colocando empaques de algodón en la cavidad nasal, embebidos en solución glucosada y dejados durante 15 a 30 minutos y luego extraídos con pinzas. Goltstein recomienda introducir algodones con aceite, vaselina o aceite mentolado al 1×50 y los deja durante 10 minutos.

Respecto al tratamiento quirúrgico, se han hecho varios ensayos para angostar la cavidad nasal, con éxitos parciales, para evitar la formación de costras y fetidez.

Se han hecho implantaciones de cartílagos, hueso de res, marfil, bajo el mucopericondrio del septum nasal y del piso de las fosas, pero frecuentemente son eliminados, "escupidos", al cabo de poco tiempo. También se han hecho inclusiones de parafina, tratando de hacer un cornete artificial, pero aparte de las dificultades de técnica, tienen el grave inconveniente que llegan a producir parafinomas. Algunos han usado también inyecciones de sales de bismuto insolubles, en los cornetes y mucosa del tabique pero con resultados poco alentadores.

Lautenschlager ideó un procedimiento consistente en la movilización de las paredes internas del seno maxilar, para acercarlas al tabique nasal; la forma de sostener dichos fragmentos lo hacía poniendo un hilo a través de ellos y del tabique lo cual expone a que se necrose la mucosa, con resultados completamente contraproducentes.

La operación, que a continuación voy a describir, viene a ser una modificación, en el sentido de la manera de lograr detener la pared del seno, movilizada, en contacto del septum. Esta operación se está efectuando en el servicio de

otorrinolaringología de mujeres del Hospital General, desde hace más o menos dos años, llevando a la fecha más de 150 operaciones, habiéndose obtenido aproximadamente un 65% de buenos resultados.

PREPARACION DEL ENFERMO:

El día antes de la operación se hace un lavado nasal cuidadoso.

El día de la operación, media hora antes de que principie ésta, se le pone una ampolla de morfina-atropina y se le da un nembutal.

Anestesia:

Antes de practicar la anestesia, debe hacerse la antisepsia de la región a operar con mertiolato, a continuación se colocan los campos para delimitar el área operatoria.

Se colocan unas torundas de algodón embebidas en solución de cocaína al 10% en la mucosa nasal.

Con escurocaína, se hace una infiltración en el surco gingivolabial y en el nervio suborbitario.

Técnica Quirúrgica:

- 1) Incisión gingivolabial a nivel de la fosa canina, que puede hacerse vertical u horizontal de unos dos centímetros, o más en caso de hacerla horizontal.
- 2) Separación de los tejidos superficiales para descubrir la cara anterior del cuerpo del maxilar superior.
- 3) Si todavía el paciente acusa dolor, se pone más anestesia en el propio nervio suborbitario.
- 4) Apertura de la pared anterior del seno, con cincel, como para hacer una operación de Cadwell Luk.

- 5) Localizar la entrada anterior de las fosas nasales, respetando la mucosa.
- 6) Separación de la mucosa de la parte ósea.
- 7) Sección en dos partes diferentes, paralelas, de la apófisis ascendente del maxilar superior, tratando que sea lo más arriba y más abajo posible, con el fin de obtener un mejor fragmento desplazable.
- 8) Prolongar la sección de toda la pared interna del seno maxilar, siempre teniendo mucho cuidado en respetar la mucosa.
- 9) Con instrumento romo y martillo, se empuja la pared interna del seno para que quede flácida y desplazable.
- 10) Se extraen las torundas de algodón que se pusieron en la mucosa nasal y se empuja la pared interna del seno maxilar hacia el tabique nasal, hasta que quede en contacto con dicho tabique.
- 11) Con cucharilla, se raspa suavemente la mucosa nasal para irritarla, con el fin de que se formen sinequias.
- 12) Se empaca el seno con una mecha embebida en B. I. P. P. (bismuto y yodoformo a partes iguales con vaselina).
- 13) Sutura de los planos superficiales con catgut crómico dos cerros, dejando un extremo de la mecha fuera, para poderla retirar.

Post-Operatorio:

- 1) Bolsa de hielo.
- 2) Analgésicos.
- 3) Penicilina por dos o tres días.
- 4) Al mes, se retira la mecha.

Tratamiento ulterior:

- 1) Pulverizaciones de estrógenos en aceite.

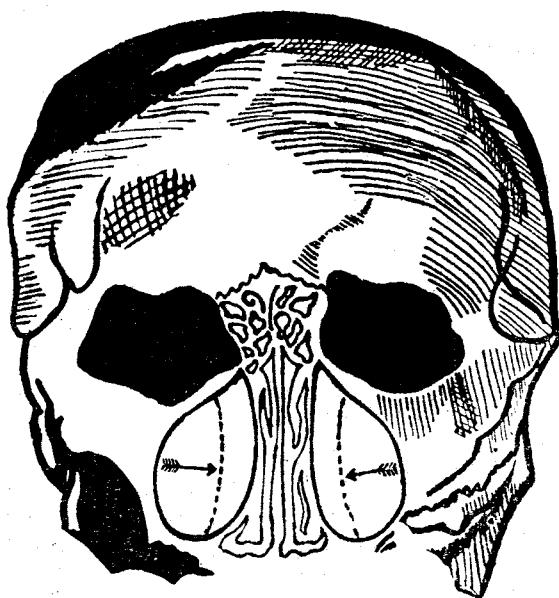
Complicaciones:

- 1) Dacriocistitis, 5 casos en 150 intervenciones. Curadas con dacriorinocistoscopia.
- 2) Edema del párpado superior, un caso, que no cedió a ningún tratamiento.

Contraindicaciones:

- 1) Edad, no hacerla antes de los 10 ni después de los 45 años.
- 2) Estado general malo.
- 3) Rinoscleroma.
- 4) Sífilis.

DIBUJO



En el dibujo se aprecia cómo se ha llevado la pared interna del seno maxilar al ponerla en contacto con el tabique.

CONCLUSIONES

- 1º—El tratamiento quirúrgico en la Rinitis Atrófica, viene a ser uno más, de tantos medios probados para librar a estos enfermos del infortunio de su exclusión social.
- 2º—El tratamiento quirúrgico está exento de mayores peligros, y en muchos casos se han obtenido resultados altamente satisfactorios.
- 3º—Una vez producida la sinequia del tabique, se evita la formación de costras, con lo cual el enfermo se evita, asimismo, el cuidado cotidiano y molesto de la limpieza nasal.
- 4º—El tratamiento quirúrgico, cuando es efectivo, pone el enfermo a salvo de complicaciones, a que de otra forma está expuesto por el progreso de la enfermedad.
- 5º—No habiendo a la fecha, un tratamiento verdaderamente efectivo para la Rinitis Atrófica, bien puede el enfermo intentar su curación por un medio que le evitaría por algún tiempo o definitivamente, hacerse diariamente los otros tratamientos.

MIGUEL ANGEL SOTO BUSTAMANTE.

Vº Bº,

Dr. Héctor Cruz.

Imprímase,

Dr. Carlos Mauricio Guzmán,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Enfermedades de la nariz y garganta.—*Charles J. Imperatori.*

Otología, Rinología y Laringología.—*Ballenger.*

Patología Interna.—*Charles Laubry.*

Patología Médica.—*Collet.*

Diseases of the nose, throat and ear.—*W. Wallace Morrison.*

Revue de Laryngologie, otologie, rhinologie.— Publie par *Georges Portmann.*