

Cirugía Endoscópica Nasosinusal y Más

Abhilash Balakrishnan

Introducción

Me gustaría dejar clara mi filosofía desde el inicio. Creo que la rinosinusitis pediátrica es una patología clínica y solamente cuando las terapias clínicas ideales u óptimas dejan de funcionar es que se deben indicar las intervenciones quirúrgicas¹. Sabemos que los niños tienen de 6-8 episodios de infecciones respiratorias por año y algunas de estas llevan a rinosinusitis. Si el abordaje clínico falla, debemos considerar las causas contributorias. Una de las principales razones de falla lo constituye el no tratar concomitantemente la rinitis alérgica. Debemos tener en mente las otras causas de la rinorrea infantil y siempre hacer los tests cutáneos de alergia en cada niño que presenta rinosinusitis crónica o recurrente. La terapia antibiótica debe basarse en un cultivo aunque la terapia inicial en general utilice antibióticos de amplio espectro dependiendo de la experiencia de la comunidad donde vive el niño². Creo que en el uso de terapia clínica adyuvante y terapia quirúrgica - como, por ejemplo, lavados del antro y adenoidectomía. Cuando debe realizarse la cirugía endoscópica funcional, ella se limita al procedimiento FESS (cirugía endoscópica funcional de los senos de la cara). Una investigación reciente realizada entre otorrinopediatras de la ASPO (Sociedad Americana de Otorrinopediatria) parece concordar con esta opinión³.

Duración de la terapia

No creo que haya ningún estudio sistemático que diga por cuanto tiempo debe tratarse de rinosinusitis crónica. Con seguridad se deben agotar todas las opciones clínicas. Y a veces se trata hasta seis semanas antes de considerarse la cirugía endoscópica. Recuerden siempre que la mucosa sinusal lleva un largo tiempo para cicatrizar.

Antes de hacer una cirugía endoscópica, el padrón oro consiste en realizar una tomografía computadorizada (TC) coronal. Pero este estudio no debe hacerse precozmente durante el tratamiento porque debe ser lo que llamamos de “examen tratado clínicamente”. Hay un periodo de hasta tres meses para la cicatrización completa de las cavidades paranasales llamado tiempo radiológico. Si se hace el estudio muy temprano el reporte del radiólogo puede ser confuso.

Es claro que hay grandes diferencias entre la cirugía endoscópica de adultos y de niños. Este es un mensaje que siempre pasamos a nuestros residentes: la realización del procedimiento en niños exige gran experiencia y capacitación.

En la mayoría de los niños, se puede resolver el asunto con cirugía limitada, como una uncinectomía o etmoidectomía anterior. Solamente retiramos los tejidos afectados y hacemos una antróstomía meatal media.

Control pós-operatório

Dejé de utilizar la técnica de revisión en el quirófano. Uso MeroGel (un éster de ácido hialurónico) como tapón y muchas veces podemos hacer la evaluación endoscópica en la clínica para ver si hay adherencias o remanentes de MeroGel después de cerca de 2 semanas.

Los relatos en la literatura sugieren una tasa de éxito de 80% para la cirugía endoscópica pediátrica. Cada vez más otorrinolaringólogos concuerdan con que en muchas situaciones el procedimiento endoscópico no está indicado en la rinosinusitis pediátrica y debe reservarse para las complicaciones u otros casos específicos.

Un panel de consenso para el tratamiento de la rinosinusitis en niños se reunió en Bruselas, Bélgica en 1996 y formuló las indicaciones absolutas para el procedimiento endoscópico quirúrgico en niños, o sea, complicaciones orbitarias de la rinosinusitis y fístulas liquóricas ⁴.

Si analizamos la fibrosis quística, su prevalencia en Europa y en América del Norte es de cerca de uno en cada 2.000 casos, pero esta es una patología prácticamente desconocida en otras partes del mundo. En el Sudeste de Asia raramente vemos la fibrosis quística en niños, portanto hay pocos pólipos en niños jóvenes. Así, no tenemos razón para indicar una cirugía endoscópica, excepto en los casos de indicación absoluta.

A partir de una serie personal de casos atendidos en un período de 10 años, realizamos el procedimiento para las indicaciones absolutas. Voy a cubrir algunos ejemplos de esas condiciones para demostrar como el uso del endoscopio cambió nuestra práctica clínica en el abordaje de esas patologías.

Sabemos que cuando operamos a estos niños pequeños de 3-4 años de edad los tejidos estan inflamados, hay poco espacio para operar y es extremadamente difícil trabajar. No recomendamos a los residentes que operen complicaciones orbitarias usando técnicas endoscópicas. Intento usar un endoscópio de 4mm, si es posible, pero a veces es muy difícil - tenemos que pasar para el endoscopio de 2.7mm. Debemos tener disponibles ambos tamaños de endoscopios asi como el microdebridador.

Atresia de coana

Oí hablar sobre esta técnica endoscópica em 1989. Uso el telescopio de Hopkins de 120° y mientras hago el control videoendoscópico retropalatal, opero la nariz. Es importante tener este control visual en el monitor mientras se opera a través de la cavidad nasal pues la base del cráneo está en riesgo. Uso un instrumento prestado de Ginecología (el dilatador de Hegar) para perforar la placa atrésica de la membrana, entonces uso el microdebridador para remover los tejidos blandos y el hueso. Esto ayuda a prevenir las recidivas.

Los pólipos antrocoanales pueden operarse totalmente por el endoscopio.

El punto mas importante que deben saber quienes trabajan en el seno maxilar es que la base del pólipo está normalmente en el área antero-lateral y algunas veces

tenemos que usar el microdebridador angulado para removerlo, caso contrario hay tendencia a la recidiva.

También podemos corregir las fistulas liquóricas. Atendimos un paciente con avance fronto-orbitario por craneosinostosis que presentó una fistula iatrogénica causada por la fractura de la base del cráneo. La TC y la resonancia confirmaron un encefalocele. Primero, lo empujamos hacia atrás lo máximo posible, y entonces usamos la diatermia bipolar para reducir el remanente de la dura-madre. Como no se trata de tejido cerebral funcionante, podemos remover el remanente si no conseguimos empujarlo a través de la duramadre.

Para las lesiones con menos de 4mm, uso *fáscia lata* como una primera capa de cierre y luego de reducir la protrusión coloco grasa del abdomen como una segunda capa. Entonces, coloco pegamento de fibrina sobre la herida.

Conclusión

Las condiciones descritas nos dan idea de como aplicar la técnica de la cirugía endoscópica para otras condiciones que no son la rinosinusitis crónica en niños. Queda el mensaje de intentar la terapia clínica y adyuvante antes de lanzar mano de la cirugía endoscópica en niños muy pequeños, y utilizarla solo cuando hubiera falla terapéutica.

Referencias bibliográficas

1. Parsons D. Pediatric Sinusitis. The Otolaryngological Clinics of North America Vol 29, Number 1, Feb 1996.
2. Goldsmith AJ, Rosenfeld RM. Treatment of pediatric sinusitis. Pediatric Clinics of North America. Apr 2003. 50(2).
3. Sobol et al. Laryngoscope 2005. Jan; 115(2): 78-80.
4. EACCI Consensus Panel for the Management of Rhinosinusitis in Children, Brussels, Belgium 1996.