

ARTÍCULO ORIGINAL

Cirugía endoscópica nasosinusal de revisión



Pablo Cantillano^a, Fabián Rubio^b, Alfredo Naser^b y Rodolfo Nazar^{b,*}

^a Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 3 de agosto de 2015; aceptado el 8 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Cirugía endoscópica nasosinusal;
Sinusitis;
Poliposis;
Endoscopia

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía endoscópica nasosinusal es el procedimiento de elección para tratar la rinosinusitis crónica y poliposis nasosinusal refractarias a tratamiento médico, con un alto porcentaje de éxito (76 a 97,5%). Sin embargo, de 2,5 a 24% de los pacientes requieren cirugía de revisión. En este estudio describimos las características clínicas, anatómicas, radiológicas e histológicas de pacientes sometidos a cirugía de revisión en nuestro centro, en un período de 3 años.

Métodos: Revisión retrospectiva de datos clínicos, anatómicos, radiológicos e histopatológicos de pacientes sometidos a revisión entre 2012 y 2014.

Resultados: De 299 procedimientos quirúrgicos realizados, 27 (9%) fueron de revisión. La edad promedio de los pacientes fue 46 años, con una relación hombre:mujer de 1,4:1. El diagnóstico preoperatorio y postoperatorio más frecuente fue rinosinusitis crónica poliposa. El tiempo promedio desde la cirugía previa fue de 6,1 años, con 11,9 meses de seguimiento promedio desde esa cirugía. Un 81,5% de los pacientes presentaba antrostomía estenótica durante la revisión, y un 59,3% etmoidectomía anterior incompleta y proceso unciforme persistente. El 70,4% de los pacientes tenía celdillas etmoidales anteriores persistentes en radiología. Se realizó en un 96,3% de los casos antrostomía o ampliación de esta, y en un 66,7% se realizó o se completó la etmoidectomía anterior.

Conclusiones: Las causas más frecuentes de revisión fueron los pólipos, antrostomía estenótica y etmoidectomía incompleta, concordante con los procedimientos realizados. Los pacientes tuvieron largos períodos sin seguimiento entre cirugías. Es necesario continuar la investigación para generar medidas que reduzcan el número de cirugías de revisión.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rnazars@gmail.com (R. Nazar).

KEYWORDS

Endoscopic sinonasal surgery;
Sinusitis;
Polyposis;
Endoscopy

Revision endoscopic sinonasal surgery**Abstract**

Introduction and objectives: Endoscopic sinonasal surgery is the procedure of choice in the treatment of chronic rhinosinusitis and sinonasal polyposis refractory to medical treatment, with high rates of success (76% to 97.5%). However, 2.5%-24% of those patients will require revision surgery (RESS). In this study, we present the clinical, anatomical, radiological and histological features of patients receiving RESS in our centre during a 3-year period.

Methods: A retrospective review of clinical, anatomical, radiological and histopathological data of patients receiving revision endoscopic sinonasal surgery between 2012 and 2014 was carried out.

Results: From 299 surgery procedures performed, 27 (9%) were revision surgeries. The mean patient age was 46 years, with a male/female ratio of 1.4/1. The most frequent preoperative and postoperative diagnosis was chronic polypoid rhinosinusitis. The mean time since the previous surgery was 6.1 years, with 11.9 months of mean follow-up since that surgery. Stenotic antrostomy was found during revision in 81.5% of the patients and incomplete anterior ethmoidectomy and persistent uncinata process, in 59.3%. In radiology, 70.4% of patients had persistent anterior ethmoidal cells. Antrostomy or widening of antrostomy was performed in 96.3% of cases and anterior ethmoidectomy or completion of it was performed in 66.7%.

Conclusions: Polyps, stenotic antrostomy and incomplete ethmoidectomy were the most frequent causes of revision surgery, in concordance with the procedures performed. The patients had long periods of time without follow-up between surgeries. Further investigation is necessary to generate measures to reduce the number of revision surgeries.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. All rights reserved.

Introducción

La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) constituye actualmente el tratamiento de elección en la rinosinusitis crónica (RSC) y poliposis nasal (PN) refractarias al tratamiento médico¹, siendo un procedimiento seguro y efectivo para resolver dichas patologías, con una tasa de éxito que varía entre un 76% y un 97,5%, pero que puede disminuir a un 50-70% en presencia de PN¹, entre otros factores.

Entre los factores que repercuten sobre la tasa de éxito de dicho procedimiento se mencionan los siguientes: extensión de la enfermedad e inflamación a la tomografía computada (TC), historia de CENS previa con o sin polipectomía, alergia, asma (50% de éxito en pacientes asmáticos vs. 88% en pacientes no asmáticos), sensibilidad a la aspirina, fibrosis quística, disquinesia ciliar, presencia de PN (clásicamente considerada un predictor de malos resultados posterior a CENS de revisión) y depresión¹.

Los pacientes cuya patología no responde adecuadamente a una CENS son sometidos, con o sin un período de tratamiento médico previo, a una o más CENS de revisión (CENS-R). En la literatura se reporta que de un 2,5 a 24% de los pacientes requerirán alguna cirugía de revisión². Se ha estimado que el tiempo promedio entre cada CENS es de $4,8 \pm 3,6$ años (rango entre 0,7 y 18,6 años), siendo este tiempo más corto en pacientes fumadores (2,8 años en fumadores vs. 4,3 años en no fumadores)³.

La CENS-R, como todo procedimiento médico, tiene indicaciones bien establecidas, tales como: 1) cirugía previa incompleta; 2) complicaciones derivadas de la cirugía previa; 3) enfermedad sinusal recurrente o persistente, y 4)

evidencia histológica de neoplasia⁴. Las causas más frecuentes de CENS-R son las derivadas de los primeros tres puntos mencionados; estas son la PN recurrente, las sinequias en el meato medio y la estenosis u obstrucción del ostium del seno maxilar y/o frontal¹ (figs. 1A, B y 2).

Se ha estudiado la anatomía nasosinusal de los pacientes sometidos a CENS-R con el fin de buscar posibles causas del fracaso de la cirugía primaria. El estudio de Khalil et al⁵, del año 2011, caracterizó radiológicamente a los pacientes sometidos a CENS-R; sus hallazgos fueron los siguientes: celdillas frontales residuales (96%), celdillas etmoidales posteriores (96%) y anteriores persistentes (92,1%), proceso unciforme residual (57,1%), desviación septal significativa (15,9%) y cornetes medios lateralizados (11,1% de los lados estudiados).

En el año 2004, Musy y Kountakis⁶ realizaron un estudio en el cual también estudiaron la anatomía radiológica e intraoperatoria de este grupo de pacientes. Sus resultados fueron los siguientes: cornete medio lateralizado (78%), etmoidectomía anterior incompleta (64%), receso frontal cicatrizado (50%), *aggr nasi* retenido (49%), etmoidectomía posterior incompleta (41%), estenosis de antrostomía del meato medio (39%), proceso uncinado retenido (37%) y poliposis recurrente (37%). Además, encontraron enfermedad esfenoidal persistente y estenosis del ostium esfenoidal en menor frecuencia.

En el estudio mencionado⁶ también se analizaron los procedimientos realizados durante la CENS-R, con los siguientes resultados: etmoidectomía anterior (96%), sinusotomía frontal (95%), etmoidectomía posterior (74%), antrostomía (68%), uncinectomía (53%), esfenoidotomía (52%) y turbinectomía (10%).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713505>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713505>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)