

Resección del tabique intersinusal frontal para el manejo de sinusitis frontal crónica unilateral

Frontal Intersinus Septum Takedown (FISST) as management of chronic unilateral frontal sinusitis

Rodolfo Nazar S¹, Cecilia Sedano M², Alfredo Naser G¹.

RESUMEN

La sinusitis frontal crónica es un problema complejo, de difícil manejo quirúrgico debido a la anatomía del seno frontal y el alto índice de recidiva posquirúrgica.

La resección del tabique intersinusal ha sido descrita escasamente en la literatura, pero es una técnica sencilla que aprovecha el drenaje del seno contralateral sano, evitando intervenir directamente el ostium comprometido, en especial en casos de estenosis u obliteración que probablemente se reproducirán después de permeabilizarlos mediante otras técnicas.

En este artículo describimos un caso clínico, la técnica quirúrgica utilizada y sus resultados en una paciente con múltiples cirugías de senos paranasales previas, tanto por vía endoscópica como abiertas, con buen resultado posoperatorio. Además realizamos una revisión de la literatura pertinente.

Palabras claves: Seno frontal, sinusitis crónica, sinusotomía frontal.

ABSTRACT

Chronic frontal sinusitis is a complex issue and its surgical management is difficult due to the anatomy of the frontal sinus and the high rate of recurrence after surgery.

Resection of the intersinus septum has been scarcely described in the literature, but is a simple technique that takes advantage of the drainage of the healthy contralateral sinus, avoiding the direct intervention of the compromised ostium, especially in cases of stenosis or obliteration that would probably reproduce after permeabilization by other techniques.

In this article we present a case report, the surgical technique that was chosen and the results in a patient with multiple previous sinus surgeries, both open and endoscopic, with a good postoperative outcome. Also, we provide a review of the relevant literature.

Key words: Frontal sinus, chronic sinusitis, frontal sinusotomy.

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Interna de Medicina. Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La sinusitis frontal crónica consiste en el compromiso inflamatorio persistente de la mucosa que recubre los senos frontales y que puede predisponer a complicaciones locales, orbitarias e intracraneanas. El compromiso del seno frontal es aún un problema de difícil manejo dentro de la rinosinusología, debido a la alta tasa de reestenosis posquirúrgica del tracto de drenaje del seno comprometido.

En este artículo presentamos el caso de una paciente con sinusitis frontal crónica con múltiples cirugías previas, que fue sometida a una resección del tabique intersinusal para manejo de su patología. Además se hace una revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 67 años, diabética insulinorrequiriente, con antecedente de rinosinusitis crónica no poliposa operada por vía endoscópica hace 3 años. Posteriormente evolucionó con osteomielitis frontal, razón por

la que fue manejada con tratamiento antibiótico endovenoso por 4 semanas. Por persistencia de los síntomas requirió 4 reoperaciones abiertas en los años siguientes; en la última intervención se colocó un drenaje externo transitorio del seno frontal izquierdo, que se dejó instalado por 3 meses.

A pesar de esto, la paciente persistió con cefalea frontal y descarga posterior, por lo que fue derivada al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) de cavidades paranasales que mostró una imagen sugerente de mucocelefrontoetmoidal izquierdo asociado a una dehiscencia ósea de las paredes anterior e inferior del seno frontal izquierdo; el seno contralateral se encontraba sano, con un receso y drenaje frontal permeables (Figura 1).

Se evaluó a la paciente en el Comité de Rinosinusología del servicio y se decidió resolución quirúrgica por medio de un abordaje combinado abierto y endoscópico.

Durante el procedimiento quirúrgico, se revisó el receso del frontal en forma endoscópica (Figura 2A), encontrándose ocluido por una

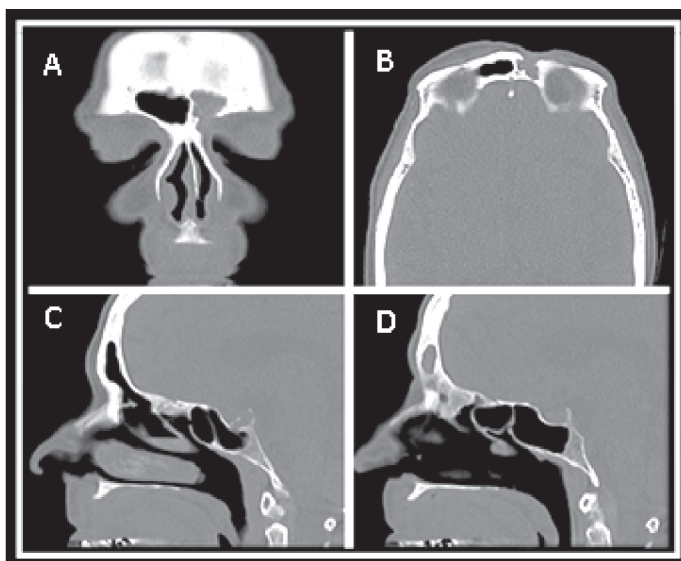


Figura 1. TC de cavidades paranasales sin contraste. A) Corte coronal que muestra un velamiento completo del seno frontal izquierdo, con una dehiscencia ósea de la pared inferior. B) Corte axial que muestra velamiento del seno frontal izquierdo y la dehiscencia de la pared anterior. C) Corte parasagital derecho que muestra receso frontal derecho permeable y seno frontal derecho libre de enfermedad. D) Corte parasagital izquierdo que muestra persistencia de celdillas etmoidales anteriores, obstrucción del receso fronalipsilateral y ocupación frontoetmoidal por material con densidad de partes blandas.

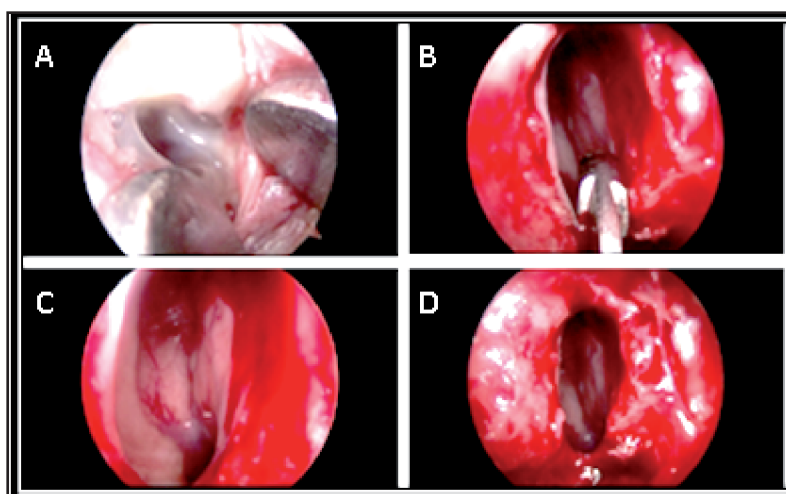


Figura 2. A) Visualización a través de endoscopia de seno frontal izquierdo, con mucosa inflamada y secreción mucosa. B) Imagen endoscópica que evidencia la resección del tabique intersinusal frontal. C) Visualización endoscópica del seno frontal derecho, desde el seno frontal izquierdo, con receso del frontal permeable. D) Apertura final del tabique intersinusal frontal.

barra osteítica. Se realizó un abordaje externo con incisión supraciliar izquierda, encontrando la pared anterior del seno frontal izquierdo dehiscente. Se realizó una mayor apertura de la pared anterior del seno frontal y luego se procedió a la resección del tabique intersinusal frontal, por medio de pinzas Kerrison y cinceles comunicando ambos senos frontales. Se removió la mucosa inflamada y se resecó el tabique intersinusal frontal lográndose una comunicación amplia entre ambos senos frontales (Figura 2B-D). Finalmente se comprobó la permeabilidad y drenaje inyectando azul de metileno en el seno frontal izquierdo, observándose su salida por la fosa nasal derecha bajo endoscopia. Este procedimiento es conocido en la literatura inglesa como *“frontal intersinusal septum takedown”* (FISST).

En el posoperatorio, la paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al día siguiente. Se mantuvo en tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico en dosis de 875/125 mg por 21 días, aseos nasales y corticoides intranasales con fluticasona. A los 7 días, la cefalea había disminuido significativamente, y a las cuatro semanas ya se encontraba asintomática.

DISCUSIÓN

Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para el manejo de la sinusitis frontal crónica. El abordaje puede ser tanto por vía endoscópica como por vía externa; esta última se prefiere generalmente cuando existe un fracaso terapéutico en el manejo por vía endoscópica¹.

Factores como la presencia de patología etmoidal, patrones de neumatización, exposición necesaria para abordaje de la patología, cirugías previas y la experiencia del cirujano van a influir en la elección de la vía de abordaje quirúrgico².

Dentro de las técnicas abiertas existen múltiples opciones de acceso como las descritas por Killian, Reidel, Lynch, Lothrop; y la que es actualmente considerada como el estándar de oro en el manejo abierto del seno frontal, la cirugía osteoplástica².

En nuestro caso, debido a las múltiples intervenciones previas, decidimos recurrir a una técnica simple basada en la utilización del drenaje natural del seno contralateral sano, la que sólo había sido descrita en 4 publicaciones previas; Kressner en 1950, Pope y Thompson en 1976, Goode y cols en 1980 y otra en 2011 por Reh y cols^{3,4}. En la mayoría de las series, la etiología principal de la

sinusitis frontal crónica fue por neosteogénesis y cicatrización por cirugías previas.

En la mayoría de los casos publicados, los resultados de la intervención fueron favorables, reportando una mejoría significativa en cuanto a los síntomas.

Al mismo tiempo de realizar el FISST, se sugiere tomar cultivos de la zona afectada y que si la mucosa estuviese sólo moderadamente edematosa o sin pólipos obstruyendo se pudiese dejar intacta⁵.

En cuanto al seguimiento de nuestra paciente, ésta se encuentra en el 5º mes de posoperada, y tenemos pendiente el TC de control.

En conclusión, el manejo quirúrgico de la sinusitis frontal es aún un desafío en rinosinusología, e invita a la discusión. Esto es aún más complejo en cirugías de revisión, debido a las alteraciones anatómicas, la eventual iatrogenia y la evolución tórpida de la propia enfermedad. Las alternativas de tratamiento son múltiples y pueden ser tanto abiertas como endoscópicas, o bien combinadas.

El FISST podría ser una técnica quirúrgica potencialmente segura, reproducible y eficaz para permitir el drenaje de senos frontales cuya permeabilidad no ha sido reestablecida, especialmente frente a estenosis severas, siempre y cuando exista un seno frontal contralateral indemne^{4,5}.

Los resultados en este caso son concordantes con lo reportado previamente en la literatura. Sin embargo, se requiere de un mayor número de casos y mayor seguimiento para poder realizar una recomendación general respecto a su utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. WEBER R, DRAF W, KRATZSCH B, HOSEMANN W, SCHAEFER SD. Modern concepts of frontal sinus surgery. *Laryngoscope* 2001; 111: 137-46.
2. KOUNTAKIS SE, SENIER BA, DRAF W, editores. *The frontal sinus*. Berling; New York: Springer; 2005; 294.
3. ANDRÉASSON L, JANNERT M, MALM L. Resectin of the interfrontal sinus septum in chronic or recurrent frontal sinusitis. Pre and post operative evaluation of the naso-frontal duct. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1985; 10: 151-5.
4. REH DD, MELVIN T-AN BOLGER WE, LANE AP. The frontal intersinus septum takedown procedure: Revisiting a technique for surgically refractory unilateral frontal sinus disease. *Laryngoscope* 2011; 121: 1805-9.
5. POPE TH JR, THOMPSON WR JR. Treatment of chronic unilateral frontal sinusitis by removal of the interfrontal septum. *South Med J* 1976; 69: 755-6.