

Abordaje prelagrimal en las patologías del seno maxilar

DOI: 10.5377/alerta.v7i2.17569

Javier Isaac Molina Velásquez

Consultorio de Especialidades, Servicio de Otorrinolaringología. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). San Salvador, El Salvador.

Correspondencia

✉ javier_molina100@hotmail.com

0000-0002-0520-2707



ACCESO ABIERTO

The prelacrimal approach in maxillary sinus pathologies

Citación recomendada:

Molina Velásquez JI. Abordaje prelagrimal en las patologías del seno maxilar. Alerta. 2024;7(2):212-213. DOI: 10.5377/alerta.v7i2.17569

Editor:

Nadia Rodríguez.

Recibido:

19 de enero de 2024.

Aceptado:

27 de junio de 2024.

Publicado:

24 de julio de 2024.

Contribución de autoría:

JIMV: concepción del estudio, diseño del manuscrito, búsqueda bibliográfica, recolección de datos, análisis de los datos y redacción, revisión y edición.

Conflicto de intereses:

El autor declara no tener conflicto de intereses.



© 2024 por el autor. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Señora Editora.

El conocimiento sobre las diversas técnicas para el abordaje de distintas patologías en las diferentes especialidades médicas es importante. Tal es el caso, de la patología del seno maxilar que es muy frecuente en el ámbito de la otorrinolaringología; y en el área de la cirugía endoscópica nasosinusal, es indispensable realizar la uncinectomía y la antrostomía maxilar. La cirugía endoscópica nasosinusal convencional permite el tratamiento de las patologías del seno maxilar, sin embargo, algunas de ellas son muy difíciles de abordar de manera adecuada, en consecuencia, es trascendental adquirir las competencias a través de los diferentes abordajes que existen para el tratamiento de estas enfermedades.

El abordaje endoscópico prelagrimal del seno maxilar es una propuesta reciente, a través de esta técnica, se logra el acceso al seno maxilar de una manera más práctica, sin que se modifique la anatomía del cornete inferior y el ducto nasolagrimalⁱ.

Es relevante que se recuerde la anatomía del piso del seno maxilar que está formado por el proceso alveolar del maxilar; esta estrecha relación anatómica forma una interfaz para el manejo terapéutico con la colaboración de rinólogos, cirujanos maxilofaciales y dentistasⁱ. El desarrollo de la endoscopía nasal y la alta resolución en las técnicas de imagen han permitido que la cirugía endoscópica nasal se convierta en el tratamiento más utilizado y el más eficaz para muchas enfermedades del seno maxilar; sin embargo, por razones anatómicas, tales como las posiciones de las paredes anterior, medial y del proceso alveolar del

seno maxilar, muchas patologías no son fácilmente visibles y manejables, por lo tanto, se dificulta la resección a través del abordaje endoscópico tradicionalⁱⁱ.

Mediante el abordaje prelagrimal se logra el acceso al seno maxilar de manera anterior al conducto nasolagrimal en forma oblicua, y a través de este, se logra un control adecuado de las paredes anterior y lateral, con ópticas de 0 y 45 grados. Esta es una técnica rinológica innovadora que tiene ventajas demostradas sobre las técnicas externas y endoscópicas convencionales y que ha proporcionado el óptimo acceso quirúrgico a la parte anterior del seno maxilarⁱ.

El receso prelagrimal, se caracteriza por ser un área cuyos límites están constituidos por la pared medial del seno maxilar por el lado interno; la pared del seno maxilar, por la parte anterior; la región infraorbitaria, por la parte externa, y por el lado posterior, el nivel del conducto nasolagrimalⁱⁱⁱ. Por lo expuesto previamente, se comprende que el abordaje prelagrimal requiere la remoción de 2 a 3 mm de hueso anterior del conducto lagrimal con retracción y un desplazamiento minucioso de la pared maxilar medial durante la cirugíaⁱⁱⁱ.

Simmen *et al.* propuso que una distancia de > 7 mm (Tipo 3) permite realizar el abordaje prelagrimal con poca dificultad, una distancia de > 3-7 mm (Tipo 2) permite realizar el abordaje prelagrimal con dislocación parcial del conducto lagrimal y una distancia de 0-3 mm (Tipo 1) requerirá una cantidad significativa de extirpación de hueso, dislocación del saco lagrimal y una ventana prelagrimal más pequeña, lo que hace que este enfoque sea menos factibleⁱⁱⁱ.

Esta técnica implica primero hacer una incisión curvilínea en la pared nasal lateral, anterior a la cabeza del cornete inferior, luego, se ingresa al seno maxilar a través de un corte óseo anterior al conducto lagrimal con un cincel, conservando el conducto lagrimal. La mucosa medial al hueso y la pared nasal lateral se disecciona subperiósteicamente hasta la cabeza del cornete inferior y el borde anterior del ostium del seno maxilar. El canal óseo del conducto lagrimal se elimina con esta pared nasal lateral ósea diseccionada. El remanente óseo de la pared nasal lateral que surge de la unión de la porción anterior y medial del seno maxilar, se elimina con las pinzas Kerrison. La retracción medial del conducto lagrimal y el remanente de la pared nasal lateral restante que contiene el cornete inferior, permite la visualización directa y acceso quirúrgico a la pared anterior y al suelo del seno maxilarⁱⁱⁱ.

Se recomienda el abordaje prelagrimal en algunas patologías graves del seno maxilar, especialmente en las que se originan en la pared anterior, lateral o en el piso del seno maxilar. Así mismo, este abordaje ha registrado un tasa de recurrencia inferior en comparación con la antrostomía maxilar^{iv}.

Otro punto que se debe considerar es la recomendación relacionada con evitar la resección de la mucosa adherida, en los casos en que se realiza el abordaje prelagrimal por inflamación o enfermedad infecciosa como sinusitis odontogénica, sinusitis fúngica, sinusitis crónica y pólipos nasales.

En referencia a lo anterior, se deduce que el abordaje prelagrimal del seno maxilar es un método mínimamente invasivo, seguro y eficaz para las patologías del seno maxilar, como sucede en los casos de tumores ubicados en la pared anteroinferior o inferolateral o en múltiples sitios de unión del seno maxilar, entre ellos, los tumores benignos que se originan en la cavidad sinonasal, el papiloma nasal invertido, el hemangioma, la displasia fibrosa y el angiofibroma^{ii,v}.

Referencias bibliográficas

- i. Ananthapadmanabhan S, Noor A, Sritharan N. Prelacrimal Window Approach in the Management of Odontogenic Maxillary Sinusitis from Dental Foreign Body. Mergoni G, editor. *Case Rep. Dent.* 2022;1-6. DOI: [10.1155/2022/1730656](https://doi.org/10.1155/2022/1730656)
- ii. Yu QQ, Guan G, Zhang NK, Zhang XW, Jiang Y, Lian YY, *et al.* Intranasal endoscopic prelacrimal recess approach for maxillary sinus inverted papilloma. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2018;275(9):2297-2302. DOI: [10.1007/s00405-018-5078-1](https://doi.org/10.1007/s00405-018-5078-1)
- iii. Lock PSX, Siow GW, Karandikar A, Goh JPN, Siow JK. Anterior maxillary wall and lacrimal duct relationship in Orientals: CT analysis for prelacrimal access to the maxillary sinus. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2019;276(8):2237-2241. DOI: [10.1007/s00405-019-05446-0](https://doi.org/10.1007/s00405-019-05446-0)
- iv. Mohankumar V, Kannan DS, Narendrakumar V, Kuppuswamy S, Baby AN. A Comparative Study between Endoscopic Prelacrimal Approach and Middle Meatal Antrostomy for Maxillary Sinus Pathologies. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2022;74(1):90-95. DOI: [10.1007/s12070-021-02703-9](https://doi.org/10.1007/s12070-021-02703-9)
- v. Lee JJ, Ahmad ZAM, Kim D, Ryu G, Kim HY, Dhong HJ, *et al.* Comparison Between Endoscopic Prelacrimal Medial Maxillectomy and Caldwell-Luc Approach for Benign Maxillary Sinus Tumors. *Clin. Exp. Otorhinolaryngol.* 2019;12(3):287-293. DOI: [10.21053/ceo.2018.01165](https://doi.org/10.21053/ceo.2018.01165)