

# Draf I Y IIA

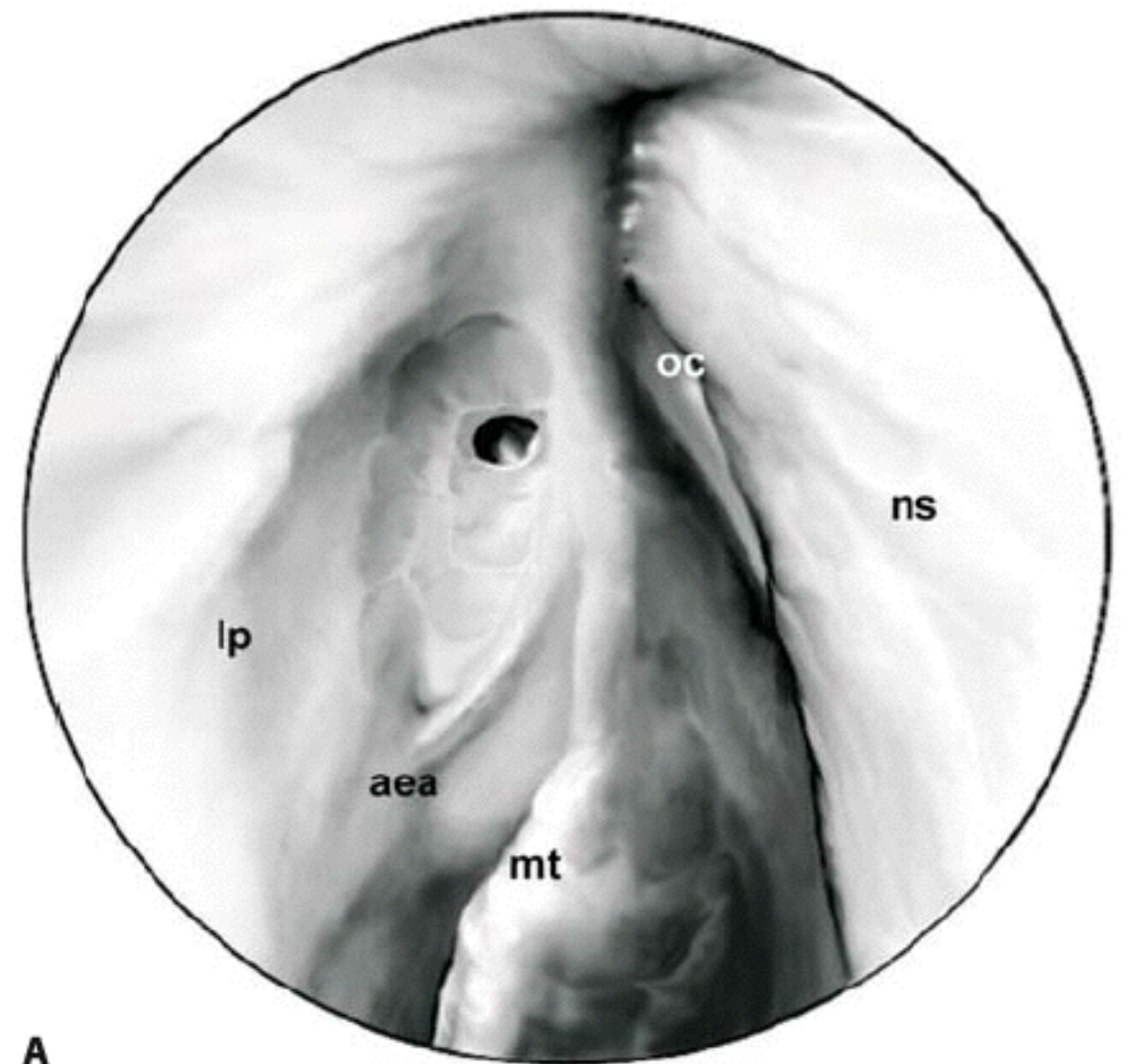
Carlos Aravena  
Residente Otorrino  
Hospital Clinico Universidad de Chile

# Introducción

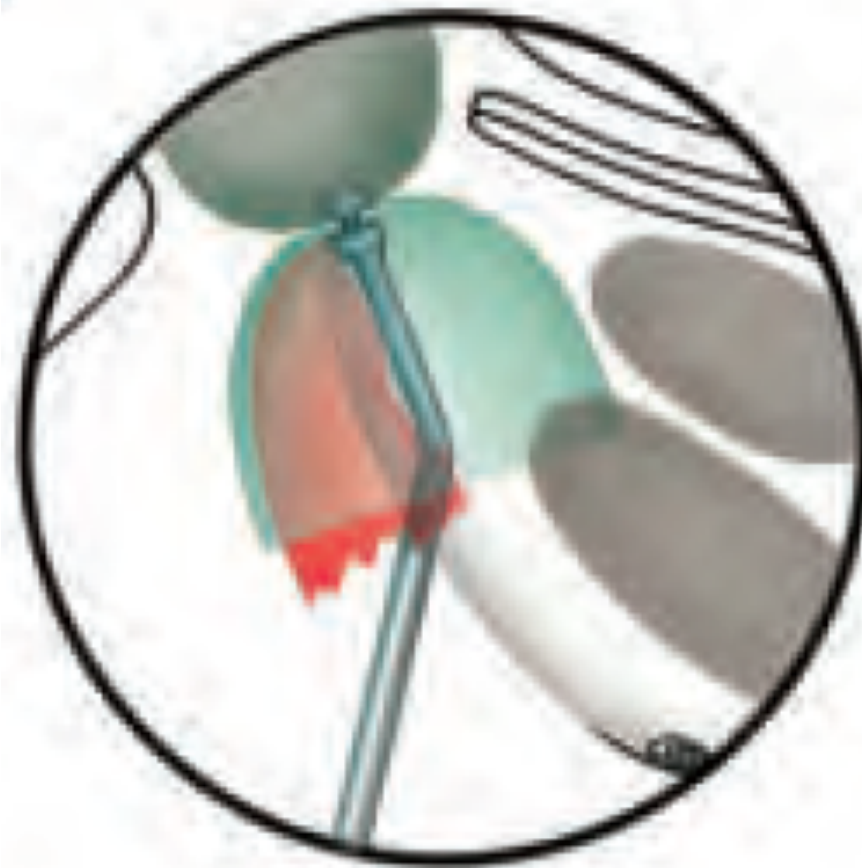
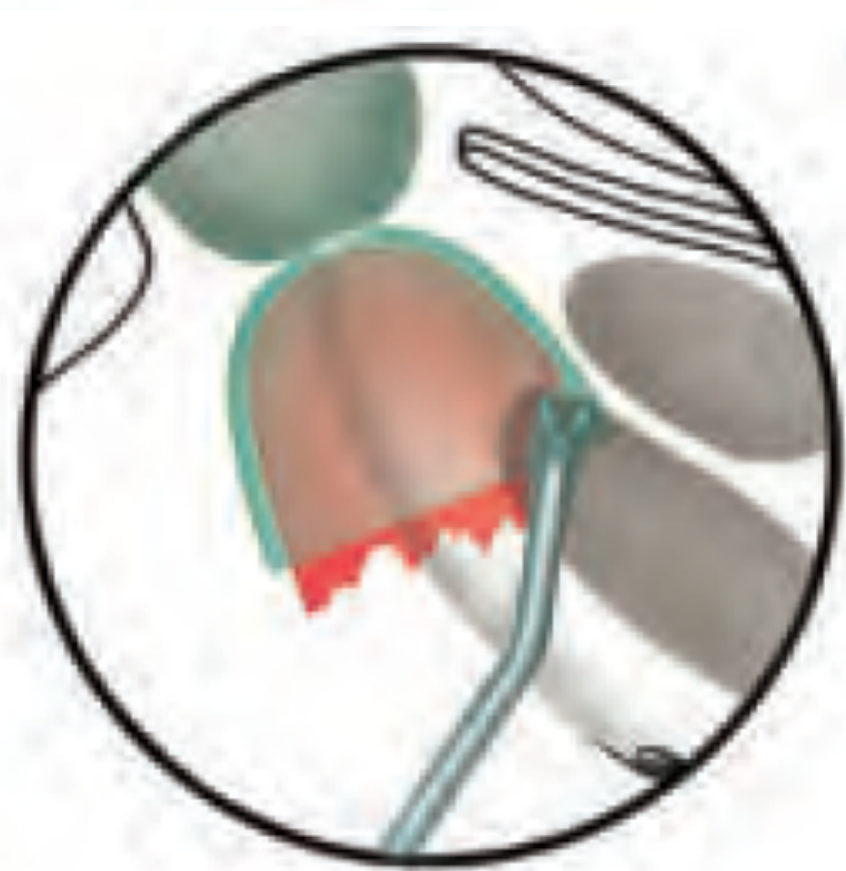
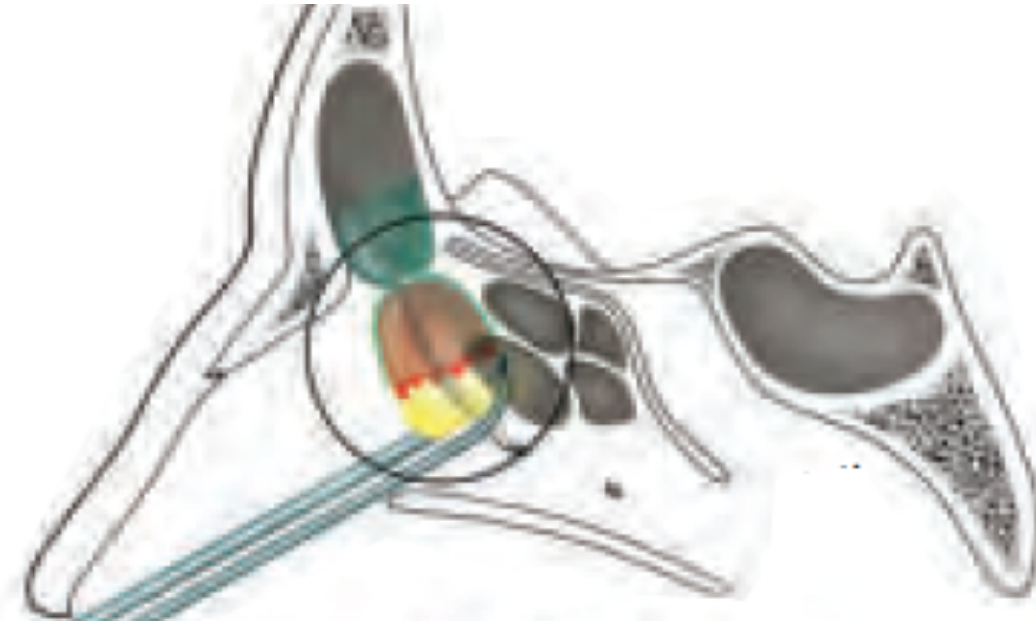
- La cirugía del seno frontal habitualmente va precedida de etmoidectomía anterior o completa, a menos que sea una cirugía de revisión
- Es importante remover las celdillas de agger nasi, para visualizar la inserción del cornete medio, por medial, la lamina papiracea, por lateral y la base de craneo anterior con la arteria etmoidal anterior por superior.

# DRAF I

- Definido por la etmoidectomía, incluidas celdillas septales en la región del receso del frontal
- La parte inferior del infundibulum de Killian y su mucosa no se tocan
- Indicados en pactes con mínima patología del seno frontal y sin factores de riesgo



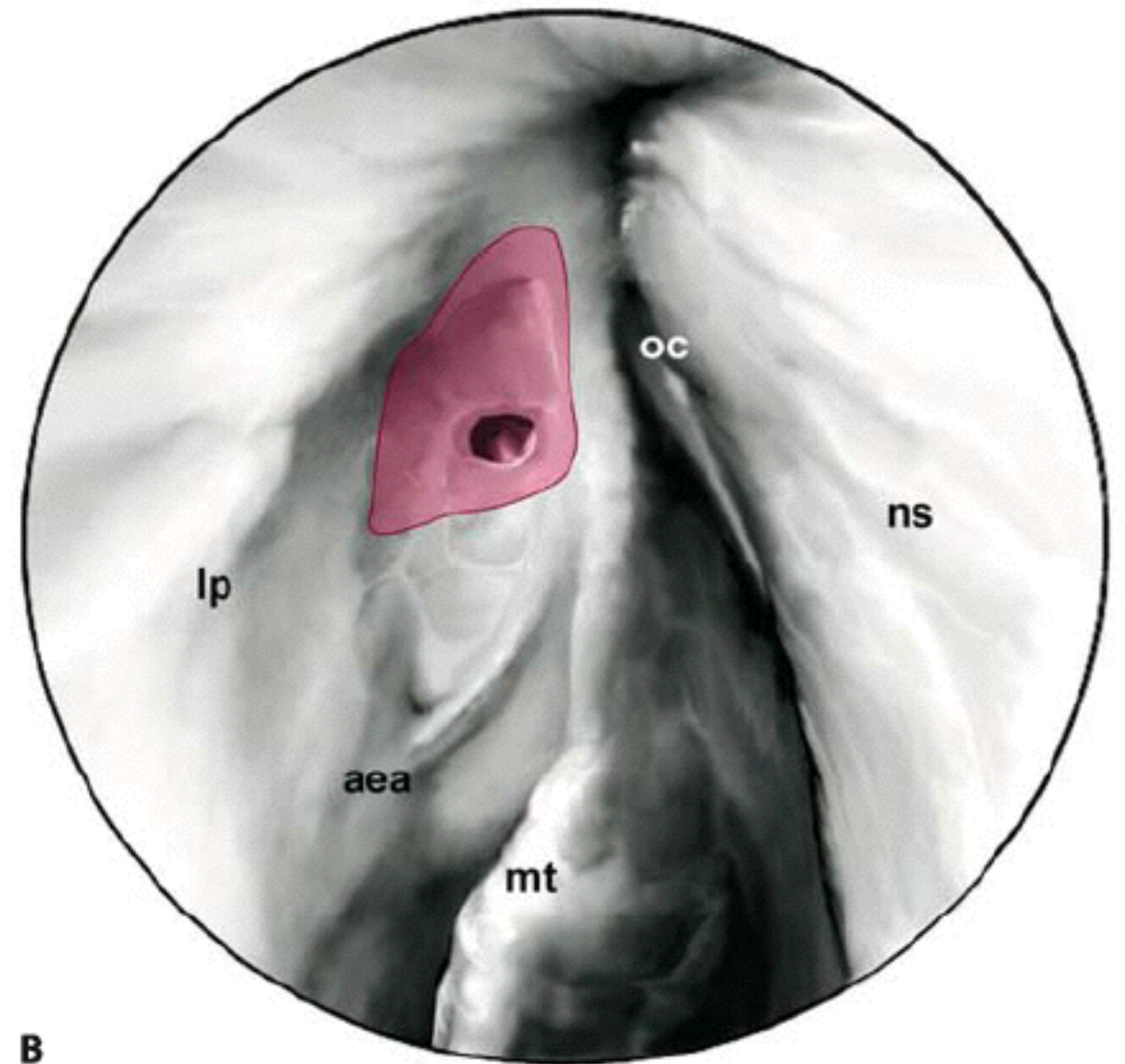
# Uncapping the egg





# DRAF IIA

- Etmoidectomía con resección del piso del seno frontal **entre la lamina papiracea y el cornete medio**
- El máximo diámetro que se puede obtener con una cureta es de 11 mm ( promedio 5-6 mm)



# Indicaciones

## *(A) Indications type I drainage*

Acute sinusitis

- failure of conservative surgery
- orbital and endocranial complications

Chronic sinusitis

- first time surgery
- no risk factors (aspirin intolerance, asthma, triad )
- revision after incomplete ethmoidectomy

## *(B) Indications type IIa drainage*

- serious complications of acute sinusitis
- medial muco- pyocele
- tumor surgery ( benign tumors)
- good quality mucosa

# Resultados

- Weber 1997: estudio retrospectivo, resultados subjetivos, luego de CEF por poliposis nasosinusal. **Exito 85.7% Draf I, 83.8% Draf II y 91,5% Draf III** (promedio seguimiento 5 años (1-12 años )
- Weber 1997: seguimiento endoscopico y CT (12-98 meses). **58% de los Draf II** estaban ventilados con mucosa normal. **79% estaban asintomáticos o con síntomas menores**
- Mertens 2000: seguimiento 3-10 años(1985 y 1993) 8% necesitaron revision, 5.9 % endoscopios y 10.6% otras técnicas (Lynch y Riedel)

# Manejo post-op

- Packing con “dedos de guante “, por 2-5 días (Draf I a IIb)
- Irrigaciones con solución salina, al menos 1 vez al día
- Spray de corticoesteroides 1 a 3 veces al día
- Uso de aceite de maní 1 hr post uso de corticoesteroides
- Evitar uso de psicotropicos o B bloq, ya que producen desecación de la mucosa
- Antibióticos: en sinusitis aguda o en Draf 3 mientras tenga los tapones puestos
- Antialergicos



# Fallas

- Sinusitis frontal recurrente post CEF: por bloqueo de su drenaje por persistencia de celdillas etmoidales o tejido cicatricial por irritación de la mucosa del infundíbulo
- Se puede evitar realizando una etmoidectomía anterior completa y con el manejo traumático de la mucosa
- Si ocurre tras un Draf I, realizar Draf IIa
- Si ocurre tras en Draf IIa, realizar un Draf IIb etc.....

# Complicaciones

- El índice de complicaciones de la cirugía del drenaje del seno frontal es baja, similar a la de los otros senos paranasales. Se considera una cirugía segura.
- Lesión de periorbita : 14% ( 1 pcte hematoma periorbitario)
- Lesión duramadre : 2.3 %
- 1 pcte con alteración del olfato

# Conclusiones

- Los drenajes “Draf” provee una muy buena opción terapéutica en las patología del seno frontal
- La probabilidad de una completa reepitelización , incluso con hueso al descubierto es posible con la CEF
- Manejo adecuado y cuidadoso de la mucosa y del hueso para evitar la formación de mucocoeles.
- Los abordajes abiertos clásicos se consideran obsoletos para la patología inflamatoria crónica del seno frontal.