

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

**DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGIA**

TEMA:

**FACTORES QUE PREDISPONEN DEFORMIDADES DEL
TABIQUE NASAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS
BALDA**

DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004

AUTORES:

**CRISTIAN DAVID CEDEÑO VILLAVICENCIO
LEONARDO DAVID MACÍAS RUIZ**

PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR

2006

INDICE:

	Páginas
I. RESUMEN	4
II. SUMMARY	6
III. INTRODUCCION	8
IV. JUSTIFICACION	10
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
VI. OBJETIVO GENERAL	13
VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
VIII. MARCO TEORICO	14
IX. OPERACIONALIZACION VARIABLES	51
X. DISENO METODOLOGICO	55
XI. PRESENTACION DE RESULTADOS	58
XII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	78
XIII. CONCLUSIONES	83
XIV. RECOMENDACIONES	85
XV. BIBLIOGRAFIA	86
XVI. ANEXOS	88

INDICE DE GRAFITABLAS:

	Páginas
GRAFITABLA N° 1.	
Patologías frecuentes en consulta externa	53
GRAFITABLA N° 2:	
Distribución del las deformidades del tabique nasal	55
GRAFITABLA N° 3	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por deformidad	56
GRAFITABLA N° 4	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por su causa	57
GRAFITABLA N° 5	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por sexo	58
GRAFITABLA N° 6	
Distribución de las deformidades del tabique nasal por edades	59
GRAFITABLA N° 7	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por procedencia	60
GRAFITABLA N° 8	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por ocupación	61
GRAFITABLA N° 9	
Distribución del las deformidades del tabique nasal de acuerdo al método diagnóstico	62
GRAFITABLA N° 10	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico clínico obstructivo y motivo de consulta	63
GRAFITABLA N° 11	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico clínico y motivo de consulta: cefaleas	64
GRAFITABLA N° 12	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico clínico y motivo de consulta: tipos de cefaleas	65
GRAFITABLA N° 13	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico clínico y motivo de consulta: rinorreas	66
GRAFITABLA N° 14	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico clínico y motivo de consulta: anosmia	67
GRAFITABLA N° 15	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico rinoscópico	68
GRAFITABLA N° 16	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por diagnóstico imagenológico	69
GRAFITABLA N° 17	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por tratamiento	70
GRAFITABLA N° 18	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por tratamiento quirúrgico recibido	71
GRAFITABLA N° 19	
Distribución del las deformidades del tabique nasal por complicaciones postoperatorias	72

I. RESUMEN

Tabique Nasal Desviado

(Septo desviado)

Definición.

La desviación del tabique nasal ocurre cuando el tabique nasal no está centralizado entre las dos fosas nasales. El tabique nasal es la pared que separa a las fosas nasales derecha e izquierda. Idealmente, el tabique debe estar centralizado entre las dos fosas nasales. Esto permite que el flujo de aire sea igual a través de las dos fosas nasales.

El tabique desviado puede no causar ningún síntoma. Sin embargo, en casos graves, el flujo de aire a través de una fosa nasal o de ambas puede estar obstruido. La obstrucción de las fosas nasales puede ocasionar congestión nasal crónica y una tendencia a contraer infecciones de los senos paranasales.

Causas.

Sus causas incluyen:

Presente al nacer; surgió durante el desarrollo del feto (el 5% de los casos)

Lesión de la nariz al nacer.

Un golpe en la nariz, con frecuencia durante un accidente o al practicar deportes.

Factores de Riesgo.

Un factor de riesgo es algo que hace que sus posibilidades de contraer una enfermedad, condición o lesión aumenten.

Deportes de contacto, especialmente karate o fútbol sin protección adecuada para la cabeza.

Síntomas.

Los síntomas incluyen:

Congestión nasal (un lado o ambos)

Infección en los senos paranasales

Epistaxis

Respiración ruidosa al dormir

Dolor facial o cefalea.

Goteo posnasal

Diagnóstico.

El médico le preguntará sobre sus síntomas e historial médico y le realizará un chequeo físico. El médico examinará con cuidado sus fosas nasales usando un espéculo nasal para mantener la nariz abierta.

Tratamiento.

La mayoría de las personas con tabique desviado no requieren tratamiento. En casos graves, podrá recomendarse la cirugía. La cirugía realizada únicamente en el tabique se llama septoplastía. La septoplastía alivia el bloqueo nasal al centralizar el tabique entre las dos fosas nasales. A veces, se realiza una cirugía para dar forma a la nariz (rinoplastía) al mismo tiempo. Se denomina a los dos procedimientos al mismo tiempo septorinoplastía. En general, cuando un niño necesita cirugía, se espera a que haya dejado de crecer, o sea, hasta alrededor de los 16 años de edad.

Prevención.

Como ayuda para evitar el desvío del tabique:

Use cinturón de seguridad en automóviles y aviones.

Use protección adecuada para la cabeza al practicar deportes.

II. SUMMARY

Septum Nasal

(Deviated Septum)

Definition.

The deviation of the nasal partition happens when the nasal partition is not centralized among the two nasal graves. The block nasal it is the wall that separates to the graves nasal right and left. Ideally, the partition should be centralized among the two nasal graves. This allows that the flow of air is same through the two graves nasal.

The deviated partition cannot cause any symptom. However, in serious cases, the flow of air through one nasal grave or of both it can be obstructed. The obstruction of the nasal graves can cause nasal congestion chronicle and a tendency to contract infections of the paranasal sinus.

Causes.

Their causes include:

Present when being born; it arose during the development of the fetus (5% of the cases)

Lesion to the nose when being born

A blow in the nose, frequently during an accident or when practicing sports

Factors of Risk.

A factor of risk is something he/she makes that its possibilities to contract an illness, condition or lesion increase.

Deport of contact, especially karate or soccer without appropriate protection for the head

Symptoms.

The symptoms include:

Nasal congestion (a side or both)

Infection in the paranasal sinus.

Bled of the nose

Noisy breathing when sleeping

Facial pain or headache

Postnatal leak.

Diagnostic.

The doctor will ask him on his symptoms and medical record and he will carry out him a physical checkup. The doctor will examine their nasal graves carefully using a nasal espéculo to maintain the open nose.

Treatment.

Most of people with deviated partition don't require treatment. In serious cases, it will be been able to recommend the surgery. The surgery only carried out in the partition is called septoplasty. The septoplasty alleviates the blockade nasal when centralizing the partition among the two nasal graves. Sometimes, is carried out a surgery to give form to the nose (rinoplasty) at the same time. It is denominated to the two procedures at the same time septorrinoplasty. In general, when a boy needs surgery, it is expected to that has left of growing, that is to say, until around the 16 years of age.

Prevention.

As help to avoid the deviation of the partition:

Use belt of security in automobiles and airplanes.

Use appropriate protection for the head when practicing sports.

III. INTRODUCCION

La cantidad de pacientes con sintomatología rinosinusal que poseen trastornos obstructivos ocasionados por desviación del septum nasal es muy significativa, este problema de salud que se incrementa a grados variables de insuficiencia nasal determina un aumento a respuestas nasales con manifestaciones inflamatorias o alérgicas en pacientes susceptibles, lo cual agrava el problema con manifestaciones recurrentes de obstrucción nasal.

Las deformidades y desviaciones a nivel nasal son muy frecuentes sobre todo las superiores conformadas por la unión osteocartilaginos que usualmente ocasionan un compromiso obstructivo mecánico sobre la pared lateral nasal y condicionan que el septum nasal se lateralice lo cual puede comprometer la ventilación y/o limitación del drenaje del complejo osteo-meatal de los senos paranasales la cual demuestra un número muy significativo de complicaciones que pueden prevenirse.¹

Los estudios diagnósticos utilizados permiten identificar la existencia de las deformidades nasales por tanto siempre es importante hacer una revisión rinoscópica convencional con un espejito nasal y frontoluz, ya que algunos tipos de defectos del septum vestibular como la luxación del cartílago cuadrangular o la existencia de un cartílago cuadrangular excedentario, pueden no ser apreciadas en detalle con procedimientos imagenológicos, además cualquiera de estas alteraciones de septum deben ser corregidas.

Por tanto, la clave del éxito en el tratamiento consiste en practicar una corrección detallada del septum, para lo cual es imprescindible un diagnóstico preoperatorio preciso y una visualización intraoperatoria adecuada, pues no podemos corregir con éxito lo que no podemos ver.

¹ THOMPSON, Valentin, , tratado de otorrinolaringología Editorial Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1984, Pág. 177

Se han aplicado muchas técnicas avanzadas para su tratamiento con la finalidad de mejorar la morbilidad y complicaciones pero la mayoría de las lesiones requieren tratamiento quirúrgico que será realizado dependiendo de la gravedad del defecto.

El objetivo principal del estudio consiste en proporcionar la mejor información sobre el impacto de pacientes a los especialistas del campo de nuestro medio para lograr plantear programas que minimicen todos los resultados adversos, mejorando el uso eficiente de los recursos existentes y los resultados para disminuir la prevalencia de la patología en estudio.

El propósito del estudio es explicar los principios en la atención de salud con el fin de conseguir resultados óptimos, recordando que la llave para una buena y larga salud es la prevención de la enfermedad.

El 80 % de la población general presentan algún tipo de deformidad en el tabique nasal. En nuestro país no existen estudios o casuística relacionados a este problema.

IV. JUSTIFICACION

El enfoque de este trabajo se realiza para poder determinar una real incidencia de la patología en estudio, puesto que en nuestra provincia no existen estudios previos, también para poder identificar cuales son las verdaderas causas que intervienen en la génesis del problema, no solo etimológicamente sino también para poder investigar el entorno psicosocial, cultural y ambiental que forma parte del marco epidemiológico de dicha patología.

Los resultados de este estudio constituyen un valioso aporte para la medicina en especial para la medicina otorrinolaringológica conociendo la real incidencia y prevalencia de la patología en referencia, la cual servirá a los profesionales de la especialidad conocer el universo real de pacientes que acuden a este servicio de salud con esta causa de obstrucción nasal.

En el ámbito social este problema de salud desencadena complicaciones que pueden prevenirse y grandes pérdidas económicas por recurrencias a consultas médicas si no se diagnóstica y se resuelve con un tratamiento eficaz.

En esta investigación se pretende hacer conocer a los profesionales que pongan en práctica su labor con la implementación de programas que disminuyan la prevalencia, complicaciones y mejorar los resultados, lo cual es una buena inversión para el estado en cuanto a beneficios de mejorar y disminuir el número de discapacidades nasales debido a esta enfermedad cuestionada.

Este proyecto cuenta con materiales bibliográficos, estadísticos, económicos y metodológicos necesarios para su ejecución

V. DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabique nasal es una lámina de hueso y cartílago que separa internamente a la nariz en dos fosas nasales una derecha y otra izquierda. El tabique comienza en la punta nasal y termina en la parte posterior de las fosas nasales o coanas, donde comienza la rinofaringe o cavum.

Se considera como deformidades del tabique nasal a la desarmonía que se presenta entre el tabique nasal y el marco óseo que lo encuadra, con deformidades variadas que tienen un lugar electivo en la conjunción condrovomeriana y lámina perpendicular del etmoides.

Es factible que existan desviaciones congénitas con deformidades del cartílago anterior, óseo o nasal combinada, resultante de fuerzas que ejercen sobre el tabique comprimiéndolo sobre la base del cráneo como ocurre por compresiones durante el embarazo o el parto.

Esta deformidad aumenta con el crecimiento y la edad, en realidad la mayoría se produce entre los 8 y 17 años que es el periodo de mayor desarrollo facial. En la génesis del defecto entraría los traumatismos que ejercen sobre el dorso de la nariz, por presión directa a través de la nariz o por compresión de unos lados del maxilar con un estrechamiento y elevación del paladar (paladar ojival) como ocurre en pacientes con afección adenoidea propias de respiración bucal, algunas manifestaciones de raquitismo, causas tumorales del tabique y tumorales de las paredes de las fosas nasales.²

Solo un 20% de personas adultas presentan tabiques nasales rectos³. Las incapacidades debidas a estas enfermedades pueden ser inmediatas o retardadas en especial cuando se observan problemas a largo plazo en forma de bloqueos nasales,

² THOMPSON, Valentín, , tratado de otorrinolaringología Editorial Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1984, Pág. 177

³ A.G.D. Maran, P.M. Stell, otorrinolaringología clínica, Editorial España, Edición Espaxs S.A, 1981 Pág.681.

afección de los senos paranasales, enfermedades del oído, cefaleas y trastornos de maloclusión cuyos trastornos se intensifican si la deformidad se asocia a un problema alérgico o a un problema infeccioso.⁴

Las desviaciones del tabique por su notable frecuencia y la posibilidad de provocar grados de insuficiencia respiratoria y por ende de obstrucción nasal, lo cual repercute en el estado laboral de los pacientes afectados y en la economía de los países. En Manabí no existen estudios o casuística de este problema, por ende se propone el siguiente problema científico:

¿Cuales son los factores que predisponen deformidad del tabique nasal en pacientes mayores de 8 años de edad atendidos en consulta externa de otorrinolaringología del hospital Verdi Cevallos Balda desde Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004?

⁴ A.G.D. Maran, P.M. Stell, otorrinolaringología clínica, Editorial España, Edición Espaxs S.A, 1981
Pág.682.

VI. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que predisponen deformidades del tabique nasal en pacientes mayores de 8 años atendidos en consulta externa de otorrinolaringología del hospital Verdi Cevallos Balda desde Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004.

VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la incidencia y prevalencia de deformidades del tabique nasal.
- Determinar la deformidad nasal de mayor presentación.
- Identificar las causas más frecuentes de la patología en estudio.
- Identificar algunos factores biológicos y sociales asociados al problema: sexo, grupo etario, lugar de procedencia, ocupación.
- Determinar los métodos diagnósticos y tratamiento aplicado, pacientes intervenidos quirúrgicamente y complicaciones tempranas post tratamiento quirúrgico.

VIII. MARCO TEORICO

La inspección directa de las cavidades nasales y los senos paranasales han sido durante mucho tiempo, un importante obstáculo para una evaluación detallada de los elementos anatómicos que la conforman. La ubicación confinada de las estructuras, pliegues, cisuras y espacios contenidos en esta cavidad y la importancia funcional que tienen estos elementos, revelan la gran complejidad en la orientación diagnóstica precisa de los trastornos nasosinusales y de su manejo terapéutico, especialmente si éste es quirúrgico. La septoplastia es una de las intervenciones endonasales más frecuentemente practicada. Tradicionalmente esta operación es practicada a través de los orificios nasales, con visión limitada, asistida por frontoluz, con maniobras y procedimientos practicados a ciegas y con tanteo. La limitación de una inspección detallada, trae como resultado el que muchas lesiones o alteraciones endonasales pueden pasar inadvertidas o pueden ser reparadas con poca precisión. Por otra parte, el esqueleto septal está constituido por hueso y cartílago, siendo este último propenso a sufrir alteraciones y modificaciones que pueden ocasionar repercusiones significantes en su configuración subsecuente, que desequilibran la tensión y rigidez intrínseca del cartílago septal que conllevan a que éste se tuerza o doble, hacen que esta configuración se fije firmemente, que adquiera memoria en posición viciosa, rebelde en algunas oportunidades, a cualquier intento, maniobra o técnica por rectificarlo.

Todas estas razones hacen que el manejo quirúrgico del septum sea a veces difícil y que exista un alto porcentaje de fracaso terapéutico o de éxito permanente o definitivo al corregir deformidades o defectos obstructivos del septum nasal.⁵

El papel del tabique en cuanto a sostén de la porción externa de la nariz, la regulación del flujo de aire y el sostén de la mucosa nasal, indica que el manejo del tabique debe ser prudente. No obstante el otorrinolaringólogo debe conocer que en algunas circunstancias ciertos trastornos septales pueden acompañarse u ocasionar repercusiones estéticas, por lo que un manejo quirúrgico inadecuado del septum

⁵ <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque1.htm>

puede reflejarse en la pirámide nasal. En ese sentido, Goldman señaló en 1956 que «al irse el tabique, se va la nariz».

El examen físico debe llevarse a cabo con sumo cuidado, a fin de identificar correctamente las áreas problema del tabique nasal. Un diagnóstico exacto es la clave del tratamiento adecuado. Una cirugía conservadora con escisión mínima de los componentes esqueléticos septales, es lo más prudente y recomendado en la actualidad para tratar la patología del tabique nasal. A pesar de ser un procedimiento muy aplicado por los otorrinolaringólogos, los resultados quirúrgicos poco exitosos y los fracasos derivados de este tipo de cirugía son significativos, cuando la corrección es realizada de manera impropia.

En los rinólogos tradicionales, ha existido un significativo temor en intervenir pacientes pediátricos, por la posible lesión de los núcleos de crecimiento o bien, por las altas tasas de recurrencia de la desviación.

Muchos defectos septales pasan inadvertidos al examen rinológico tradicional, e incluso a la misma tomografía computarizada. Por tanto es fundamental que la evaluación rinológica rutinaria contemple el examen endoscópico de las cavidades nasales. Este estudio además, permite la detección de variaciones y alteraciones anatómicas extraseptales, que predisponen a trastornos obstructivos e inflamatorios nasosinusales.

En la septoplastia tradicional nos concentramos en corregir y reparar, las alteraciones septales del cartílago cuadrangular, la espina nasal anterior, la cresta maxilar, la lámina perpendicular del etmoides y el vómer, con una seria limitación visual del campo operatorio endonasal. Tal limitación, conlleva en un importante número de casos, que la patología no se elimine, se resuelva parcialmente o que los buenos resultados postoperatorios tempranos, sean transitorios y deriven en la reaparición de desviaciones, en algunos casos hacia el lado contrario de la anterior, generando frustración por parte de los pacientes y del cirujano.

Historia

La desviación y deformidad del septum nasal ha sido durante mucho tiempo uno de los temas más importantes en la práctica de la otorrinolaringología. El primero en practicar la corrección de un septum nasal desviado fue Quelmaltz en 1757, con la técnica de presión digital diariamente para la corrección gradual. Un siglo después, Adams en 1875, realizó esta corrección fracturando, reposicionando el septum e inmovilizándolo con unos splints. Ingals en 1882 propuso la corrección de la desviación del septum resecano un pequeño segmento triangular de cartílago cuadrangular. Krieg en 1889 y Boeninghaus en 1900; corregían la desviación septal removiendo la deformidad y la mucosa nasal. En 1899 Asch propone la realización de incisiones cruzadas de espesor total en el cartílago septal, para alterar la memoria que esta estructura adquiere con su desviación.

Freer en 1902 y Killian en 1904 propusieron por separado, la técnica que dieron a conocer como resección submucosa del septum nasal, siendo este procedimiento el originario de la mayor parte de los procedimientos de cirugía septal realizadas en la actualidad. La resección submucosa de Freer, realizada en 1902, incluía la resección total del vómer, de la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago cuadrangular, además de la eliminación de su borde caudal. Esta técnica fue modificada en 1904 por Killian, quien aconsejaba conservar unos puntos de apoyo, caudal y dorsal. En 1903 Jackson atribuyó a la hipertrofia del cornete inferior, como el principal responsable del fracaso de cirugía del septal. En 1907 Mosher publicó un interesante trabajo sobre el septum nasal en el que adiciona el término Pre-maxilla a la literatura. Metzenbaum en 1929, junto con el Peer, Galloway y Foman; diseñaron técnicas para tratar las desviaciones de la porción caudal del septum. Metzenbaum introdujo la técnica de la «puerta oscilante» (swinging door) en el tratamiento de las desviaciones septales. Peer en 1937, propuso la eliminación del tabique caudal y su reposición después de modificarlo. Cottle alcanzó notoriedad considerable con la introducción de su procedimiento de septoplastia.

La era de la septoplastia moderna empezó con Cottle y Loring en 1947. A partir de 1960 Cottle, Goldman y Smith por separado; exaltaron las virtudes

comparativas de la septoplastia con respecto a la resección submucosa del septum nasal. Borg y colaboradores en 1957, Stoksted en 1969, Pearson y Goodman en 1973 y Edwards y Maran en 1974; intentaron analizar la incidencia y el tiempo de duración de las complicaciones asociaron con la resección submucosa del septum nasal. A pesar de las ventajas comparativas de la septoplastia sobre la resección submucosa del septum nasal, muchos otorrinolaringólogos continúan practicando el último procedimiento. A pesar de los progresos promovidos por todos estos cirujanos, nuevas propuestas técnicas siguen invadiendo la bibliografía.

Para poder ocuparse eficientemente de las dificultades planteadas por el tabique nasal, es imperativo que el especialista tenga conocimientos firmes acerca de la cicatrización de heridas, así como de la anatomía funcional de la nariz y de sus relaciones con los principios básicos de flujo de aire y fisiología nasal. Este tipo de conocimientos le permitirá al otorrinolaringólogo moderno enfocar la cirugía nasal de una manera más funcional y sistemática.

Embriología

El desarrollo de la nariz comienza en la tercera semana de desarrollo fetal cuando el epitelio sensorial se origina de una densidad del ectodermo craneal. Esta porción es precursora del par de placodas olfatorias que se encuentran laterales a la prominencia frontal, ubicadas sobre el estomodeo.

Durante la quinta semana, las prominencias nasales laterales y medial aparecen como un pliegue. Ellos rodean la placoda que se deprime para formar los orificios nasales. En profundidad a estos orificios nasales se separan los procesos frontonasales en componentes laterales y medial. El componente medial finalmente se fusiona al final para formar el septum nasal primitivo. Inferiormente, los procesos maxilares apareados de los primeros arcos braquiales crecen y se fusionan anteriormente y medianamente con el proceso nasal medial.

Durante la sexta semana de desarrollo, la cubierta de epitelio de las hendiduras de ambos orificios nasales comienza a extenderse posteriormente, adelgazándose para formar la membrana buconasal, que separa las cavidades nasales de la cavidad oral.

La ruptura subsecuente de esta membrana forma la coana, que está ubicada en la porción posterior de las cavidades nasales, como resultado del desarrollo del hueso palatino. El crecimiento palatino y la ruptura de la membrana buconasal facilitan el desarrollo del septum nasal definitivo, que crece simultáneamente hacia el proceso del esfenoidal en sentido posterior.

En el tercer mes de desarrollo fetal, comienza la condensación del mesénquima y el cartílago crece a partir del esfenoides, para formar dos láminas adyacentes. Estas láminas se fusionan entre sí y con las paredes nasales laterales para formar la cápsula nasal.

Durante el sexto mes de desarrollo fetal, el crecimiento interno de tejido conjuntivo forma los cartílagos laterales superiores y el cartílago septal.

Durante el quinto mes de desarrollo fetal, comienza el proceso de osificación de la porción posterior de la cápsula cartilaginosa. Este proceso se extiende hasta la pubertad. La porción cribiforme de la lámina perpendicular permanece fibrosa hasta el tercer año de vida, cuando se osifica, estabilizando el complejo del etmoidal. La lámina perpendicular puede extenderse hacia delante de manera variable, pudiendo ir de la espina nasal del hueso frontal al extremo caudal de los huesos nasales.

El vómer no se desarrolla por osificación de cartílago septal sino del tejido conjuntivo que existe a ambos lados del cartílago septal. El cartílago concentrado entre las láminas del vómer permitirá la fusión de las láminas vomerianas. Estas láminas crecen ascendentes para encontrarse con la lámina perpendicular del etmoides y la porción posterior del cartílago del septal.

Anatomía

La nariz es un apéndice prominente con importancia estética y funcional, y el septum nasal es un elemento que integra esta estructura. Estudiar la embriología, anatomía y fisiología del septum de manera aislada es difícil, ya que este elemento

anatómico está interrelacionado con las diferentes estructuras que forman las cavidades nasales.

El septum nasal está compuesto de cartílago y hueso, cubiertos predominantemente por mucosa respiratoria. Desde el punto de vista descriptivo, el septum nasal está formado por la lámina perpendicular del esfenoides, en la parte posterior y superior; el cartílago cuadrangular, en la parte anterior; y el vómer en la parte inferior y posterior. Las ramas internas (cruras mediales) y la membrana que las une al cartílago cuadrangular, la cresta maxilar y a los huesos palatinos completan el tabique nasal.

El septum separa los corredores nasales, contribuye con el apoyo dorsal de la pirámide nasal, y mantiene un mecanismo de protección al absorber el choque de los impactos dirigidas al suelo de la fosa frontal, ocasionados por los golpes directos a la cara.

El septum nasal también está constituido por porciones óseas del maxilar, el palatino, el vómer y el etmoides así como del cartílago. Algunos autores incluyen además la espina nasal del hueso frontal, la pre-maxilla, los cartílagos laterales superiores, el septum membranoso y la columela. Las proyecciones perpendiculares de la maxila y el hueso palatino, forman la cresta maxilar. Su borde superior se caracteriza por una espina que extiende longitudinalmente al paladar. En éste se articula el cartílago cuadrangular anteriormente y el vómer posteriormente. Esta articulación no se realiza directamente con el cartílago cuadrangular, sino a través de unas conexiones fibrosas entre el pericondrio del cartílago y periostio respectivo. Con el traumatismo nasal puede presentarse la separación de estos dos elementos o su luxación. La articulación entre el Vómer y la cresta maxilar es sólida. Esta unión es fibrosa en las primeras etapas de la vida.

El cartílago septal o cartílago cuadrangular tiene cuatro bordes: dorsal, ventral, caudal, y cefálico. La porción más caudal usualmente se extiende hacia delante más allá de la espina nasal, a la que su pericondrio se une con fuertes conexiones fibrosas (fibras cruzadas). No existe ninguna relación entre el espesor del cartílago del septal y la lámina perpendicular del etmoides. El borde caudal del cartílago

septal se expone a fuerzas medioambientales. Esa porción de cartílago que se extiende más allá de la espina nasal puede estar sujeta a fuerzas que causan cualquier dislocación de su unión a la espina nasal o a las fracturas verticales del cartílago. Aunque el espesor y la resistencia del cartílago septal varían, aquellos que se extienden más allá de la espina nasal son más vulnerables a estas lesiones. El borde caudal del septum cartilaginoso se insinúa en la cara posterior de la columela, entre las dos cruras mediales de los cartílagos laterales inferiores. Esta disposición ofrece alguna protección porque la alta movilidad del movimiento del septum membranoso, proporciona algún grado de absorción de fuerza de impacto sobre la nariz.

Dos factores anatómicos importantes influyen en la lesión resultante, bajo la tensión de un trauma directo en la punta nasal. La primera es la unión del cartílago del septal a su unión con el vómer y la segunda es la relación del cartílago septal con los cartílagos laterales superiores. La articulación del cartílago cuadrangular con el vómer y la placa perpendicular es única en su género, porque el cartílago no suele articularse directamente con el hueso. Esta peculiaridad anatómica es clínicamente importante, puesto que permite el movimiento del cartílago cuando está traumatizado. Si la unión al vómer es sólida y bien encauzada al sulcus vomeriano, el cartílago tiende a doblarse con el golpe y, dependiendo de la magnitud de la fuerza, puede fracturarse. Si, por otro lado, el sulcus vomeriano es poco profundo, como suele encontrarse en los niños, el cartílago tiende a luxarse de una a otra fosa nasal. El cartílago cuadrangular se halla en continuidad con los cartílagos nasales laterales superiores, pero las estructuras se separan a nivel de sus márgenes inferiores divergentes. La longitud de los cartílagos laterales superiores influyen en la situación y dirección de líneas de fractura de los septales. En el pasado, se pensó que los cartílagos laterales superiores y el septum funcionaban como una unidad, pero estudios más recientes en un cadáver han demostrado claramente que las dos estructuras cartilaginosas no sólo están separadas, sino también están alojadas en sus propios compartimientos anatómicos respectivos. Este hecho anatómico proporciona adicionalmente absorción del impacto y de la movilidad, mientras la unión a los cartílagos laterales superiores le imprime más fuerza al borde dorsal del cartílago del septal. Por consiguiente, las fracturas

septales están usualmente circunscritas a la porción libre de la punta nasal y se orientan verticalmente. Sin embargo, en las narices con cartílagos laterales superiores pequeños y sin el apoyo dorsal del septum, las fracturas pueden sucederse de una manera oblicua y pueden extenderse de la espina nasal hacia el área del Rinion. El borde cefálico del septum cartilaginoso donde se une a la lámina perpendicular del etmoides, normalmente es la porción más espesa del cartílago del septal, oscilando de 5 a 7 mm.

El cartílago septal se articula dorsalmente con los cartílagos laterales superiores en el área del rinion. La separación compartamental entre el cartílago del septal de los cartílagos laterales superiores es otro rasgo anatómico de movilidad estructural para la absorción de varias fuerzas de impacto en eventos traumáticos. Adicionalmente, la compartamentación tiende a retardar la disección de submucopericondrio que sangra de una área de la nariz a otra. Los hematomas difusos suelen ser de origen submucoso o hipodérmico en lugar de submucopericondrial o submucoperiostial. En efecto, la compartamentación sirve de contención y localiza el sangrado dentro del armazón nasal. En el borde dorsal del cartílago del septal se encuentra una ranura que cefálicamente se relaciona anatómicamente con la espina nasal del hueso frontal. Las fibras del cartílago cuadrangular, pericondrio y el periostio de la cresta maxilar se intercambian, dando lugar a que las fibras pericondriales del lado derecho se unan a las fibras periósticas del lado izquierdo. La presencia de tejidos conectivo y adiposo laxos entre estas articulaciones asegura la flexibilidad del cartílago cuando se somete a tensión por presión dorsal y disminuye así el riesgo de fractura.

La lámina perpendicular del etmoides forma el tercio superior del tabique. Se articula en la parte anterior y superior con los huesos propios de la nariz y el hueso frontal, en la parte posterior con la cresta del esfenoides, en la parte postero-inferior con el vómer y en el antero-inferior con el cartílago cuadrangular. El tamaño de la lámina perpendicular es variable y es inversamente proporcional al del cartílago cuadrangular.

La lámina perpendicular puede no articularse con los huesos propios de la nariz como también puede extenderse hasta el borde inferior de los huesos propios de la nariz. La lámina perpendicular del etmoides es una estructura poligonal, que desciende y se extiende hacia abajo desde la lámina cribosa o cribiforme y normalmente constituye una componente grande del septum nasal. Sin embargo, su contribución al apoyo nasal es mínima. Su espesor es inconstante en los niños y por otra parte puede ser vestigial en una nariz normal. La importancia principal de la lámina perpendicular del etmoides se relaciona con un supuesto rol de absorción de impactos. El borde anterior se acanala para recibir el proceso nasal del hueso frontal y la forma de pirámide de los huesos propios de la nariz unidos. Su borde caudal es a menudo espeso en el extremo relacionado con el cartílago septal. El vómer se articula en la parte superior con el esfenoides y la lámina perpendicular del etmoides, y abajo con la cresta maxilar y los huesos palatinos.

La inervación del tabique nasal corre a cargo del nervio etmoidal anterior, o nasal interno y el maxilar superior, formado este último por ramas del ganglio esfenopalatino. La irrigación de la cavidad nasal, lo mismo que su inervación que corre paralela, proviene de varias fuentes. La arteria maxilar interna, a través de su rama esfenopalatina, irriga la porción posterior, mientras que las ramas etmoidales anterior y posterior de la rama oftálmica de la carótida interna se distribuyen por la parte anterior y superior del tabique. Ambos sistemas confluyen en el vestíbulo nasal para formar el plexo de Kiesselbach.

La localización de anomalías específicas del tabique nasal puede ser tarea difícil; por tanto, muchos cirujanos utilizan el sistema elaborado por Cottle que subdivide la nariz interna en cinco zonas. Otros autores prefieren describir la ubicación anatómica y la anomalía correspondiente.

En el mucoperiostio y el mucopericondrio están los vasos y nervios del septum nasal. En decir, los vasos sanguíneos no penetran el cartílago subyacente y se ubican exactamente entre el pericondrio y en la cubierta mucosa. Esta consideración es importante tenerla presente durante la cirugía del septum nasal. En tal sentido, la realización de los túneles o la disección y exposición del esqueleto

septal debe ser submucopericondrial y submucoperiostial, que podemos que es un plano quirúrgico totalmente avascular. Los vasos corren en dirección antero-posterior y a lo largo del septum. Por tanto, durante la planificación quirúrgica, las incisiones no deben comprometer el suministro sanguíneo septal.

Fisiología Nasal

Durante la fase nasal del proceso respiratorio, la mucosa nasal está expuesta a una variedad de cambios medio-ambientales, entre los que podemos señalar diversos tipos de irritantes y contaminantes, los cambios y variaciones de temperatura, la humedad, el polvo, los vapores químicos y el humo, entre otros. El diseño geométrico de la anatomía intranasal considera estos factores, al punto tal de regular la entrada de aire a los corredores nasales y por ende, impedir o permitir una mayor entrada de aire y el contacto de los componentes que lo integran con la mucosa nasal. El septum nasal y algunas estructuras de la pared lateral nasal son los responsables de imprimir cierta dinámica particular a la columna aérea que es inspirada.

Las vías nasales no son estructuras estáticas, rígidas; son hasta cierto punto dinámicas, capaces de cambiar de manera intermitente y así aumentar y disminuir la resistencia a la corriente de aire. Cierta grado de resistencia es una necesidad funcional. La resistencia se vuelve más lenta y dispersa la corriente de aire, permitiendo un funcionamiento más eficaz de la mucosa nasal. La resistencia nasal representa el 30 a 50% de la resistencia aérea total.

En la fisiología nasal están involucrados algunos principios físicos, que rigen el flujo de gases y líquidos. Para entender la función del septum nasal en su relación con el flujo de aire en la nariz, es importante recordar algunos conceptos, propiedades, ecuaciones y leyes como:

- La Ley de Ohm (modificada para gases), explica algunas propiedades físicas de la corriente de aire, señalando que los líquidos o gases se desplazan cuando existe un

gradiente de presión y que la resistencia (fricción) contrarresta el gradiente de presión y disminuye la corriente.⁶

- Corriente o flujo es igual a la diferencia de presión, sobre la resistencia. En la corriente laminar, la fricción hace que el gas o el líquido en contacto con las paredes del tubo queda inmóvil, mientras que el líquido o el gas en el centro del tubo estará en movimiento. Un flujo turbulento se produce cuando el líquido o el gas siguen trayectos casuales en vez de fluir siguiendo un patrón lineal.
- El principio de Bernoulli, expresa que la propagación de un líquido o un gas a través de un tubo o conducto que presenta una constricción, es mayor a nivel de ésta y cuando el tubo o conducto se estrecha, la presión es menor y el flujo mayor.
- El efecto de Venturi, manifiesta que al aumentar el flujo de gas en un conducto, se produce un efecto retrógrado de aspiración.
- La Ley de Poiseuille, señala que al aumentar el radio del conducto por el que circula un gas o fluido, su flujo aumenta hasta la cuarta potencia.⁷

El ciclo nasal es un esquema de corriente aérea constantemente alternante dirigida hacia las dos vías nasales. Aunque el flujo de aire nasal total permanece constante, el flujo a través de cada una de las vías nasales cambia recíprocamente y varía entre 20 y 80%. El ciclo nasal ocurre en el 72 a 82% de los individuos y es mediado y controlado por el sistema nervioso central. Por lo general, se necesitan de tres a cuatro horas para completar el ciclo, aunque hay grandes variaciones de una persona a otra. Además, la temperatura, los alimentos, el alcohol, los contaminantes en el aire, los fármacos, la actividad física y el grado de humedad pueden modificar el ciclo nasal. También se ha observado un ciclo más activo en los jóvenes. Las quejas de obstrucción en el período postoperatorio suelen ser expresiones de una acrecentada sensibilidad del paciente y de su descubrimiento, a raíz de la operación, del ciclo nasal.

⁶ <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque3.htm>

⁷ www.paraqueestebien.com.mx/hombre/cabeza/nariz/nariz10.htm

La estructura nasal humana posee varias válvulas que regulan el flujo de aire directo; entre ellas caben señalar los tejidos eréctil, es de los cornetes (válvulas turbinales), el tabique nasal (válvula septal) y la válvula nasal propiamente dicha, según fue descrita por Mink, en 1903. Para la válvula nasal hay muchos sinónimos como el de internum, el segmento limitante de la corriente, la válvula liminar, el limen vestibulum, el área 2 de Cottle y el área valvular.

Esta área se refiere a la porción más estrecha de la vía aérea nasal que corresponde al ángulo entre el cartílago lateral superior y el tabique nasal. Normalmente, este ángulo fluctúa entre 10° y 15°, y toda la válvula nasal tiene sólo 55 mm. La válvula nasal es considerada como el regulador más importante de la corriente aérea centrípeta y la zona que proporciona la mayor resistencia inspiratoria al flujo de aire en la nariz. La válvula nasal proporciona el 50% de la resistencia al flujo de aire en las narices leptorrinas (raza blanca). En las narices platirrinas (anchas) el ángulo es menos agudo y la resistencia ocasionada por esta válvula es menor. Los trastornos de la válvula nasal pueden producir obstrucción nasal, por lo que debe tomarse en cuenta en todo procedimiento de cirugía funcional y estética de la nariz.

Los cornetes nasales ejercen un efecto importante sobre el flujo de aire mediante su vasoconstricción y vasodilatación. Los cornetes inferiores ejercen su efecto valvular aumentando o disminuyendo la turbulencia. En la nariz platirrina, los cornetes son los reguladores principales del flujo.

El tabique nasal (válvula septal) es rígido y, por tanto, ejerce un efecto constante. La presencia de espolones y las desviaciones del tabique pueden obstaculizar o impedir el flujo de aire.⁸

Fisiopatología Nasal

La valoración de los síntomas de insuficiencia de la vía aérea nasal o alteración ha resultado ser una tarea muy imprecisa durante muchos años. La obstrucción nasal es una manifestación clínica subjetiva, lo que conlleva a la dificultad que en una

⁸ www.paraqueestebien.com.mx/hombre/cabeza/nariz/nariz10.htm

importante cantidad de oportunidades el paciente no lo percibe como trastorno, sobre todo si este problema es arrastrado desde la niñez. Es decir, que en muchos casos obstrucción nasal alternante, unilateral o bilateral, puede ser un hábito respiratorio inadvertido o desapercibido en un paciente, que no tiene un parámetro de comparación con un mecanismo de la respiración nasal normal. Inclusive, individuos que presentaban una respiración nasal normal a lo largo de la vida y que han sufrido un traumatismo importante en la nariz, pueden referir solo una alteración leve o moderada de la respiración nasal, sin que ello aparentemente ocasione un problema serio. A pesar de que con la rinomanometría es posible cuantificar el flujo nasal y detectar sus diferentes alteraciones, en la actualidad su aplicación no ha sido rutinaria en la evaluación de la obstrucción nasal. La observación del paciente respirando, el interrogatorio de síntomas como el ronquido nocturno; la resequedad bucofaríngea; la obstrucción nasal alternante, unilateral o bilateral; la secreción postnasal; la aparición de cefaleas o algias cráneo-faciales, de algunos trastornos de la voz o de cualquier otro síntoma rinosinusal recurrente, pueden sugerirnos la existencia de un trastorno respiratorio nasal obstructivo.

Como extensamente se ha tratado, el septum nasal no es el único responsable del compromiso respiratorio nasal. Existen otras estructuras y espacios intranasales que juegan un papel importante en este aspecto y cuya relación con respecto al septum debe pesarse en cualquier apreciación de respiración nasal. La válvula nasal, se define como el espacio que hay entre el margen del caudal del cartílago lateral superior y el septum nasal. Este ángulo normalmente está aproximadamente 10 a 15 grados. Este valor controla la «forma» de corrientes aéreas inspiradas, cambiándolas de una columna a una hoja de aire. Así, la válvula controla el nivel de resistencia y la velocidad del arroyo aéreo.

Anatomía Patológica Del Cartílago Septal

Vetter y colaboradores señalaron que el margen anterior del cartílago septal presenta una gran actividad de crecimiento en todos los grupos de edades. En este estudio, se señaló que la región supramaxilar fue la más activa en cuanto a

crecimiento durante la prepubertad, disminuyendo luego la actividad hasta llegar a la edad adulta. Un patrón similar de dependencia de la edad en cuanto a la actividad de crecimiento fue encontrado en la prolongación caudal del cartílago septal, mientras que en la porción posterior de éste no se encontraron variaciones por edad.

Este mismo estudio recalca la importancia quirúrgica de los centros de crecimiento del cartílago septal, a fin de trastornar seriamente su desarrollo. También revela que en los niños no deben llevarse a cabo resecciones septales en la región supramaxilar y el borde anterior del cartílago septal o sólo pueden hacerse pequeñas resecciones. Aunque otros autores defienden la cirugía septal en niños.

Stucker y colaboradores consideran que el enfoque quirúrgico en el septum nasal de un niño debe ser conservador y más prudente.

Durante el desarrollo de la vida, el cartílago septal puede sufrir alteraciones y modificaciones ocasionadas por factores extrínsecos e intrínsecos.

Factores Intrínsecos

En circunstancias en las que el propio cartílago está curvado, el defecto es debido por lo general a:

- a) La desproporción congénita, con el componente cartilaginoso que es demasiado grande para el compartimiento en el que debe crecer.
- b) La consecuencia de un trauma producido en etapas tempranas de la vida (causa más común).

En este último caso, el cartílago se dobla por la tensión intrínseca probablemente generada por el trauma. El cartílago de septal es resistente a muchos episodios de trauma debido a su elasticidad. Sin embargo, traumas relativamente menores en una nariz en proceso de desarrollo, puede tener repercusiones significantes en su configuración subsecuente. El desarrollo temprano de la nariz puede ser diferenciado en tres períodos distintos. El primer período dura aproximadamente los primeros cinco años y se distingue por un proceso de crecimiento rápido de esta

estructura, los próximos cinco años, forman el segundo período y se caracteriza por la inmovilidad relativa de dicho desarrollo y los últimos cinco años, constituyen el tercer periodo y se asocia a otra aceleración de crecimiento de los elementos que constituyen la nariz. Las lesiones que se ocasionan durante los períodos de crecimiento, son las que más probablemente producen deformidades persistentes.

Fry en 1973, aplicó los principios de infraestructura del cartílago descritos por Gibson y Davis en 1967 para explicar estas observaciones clínicas. En estudios in vitro han demostrado que el cartílago tiene un sistema de tensión intrínseco definido, que cuando se perturba por fracturas, se desarrolla un desequilibrio que puede llevar a torcerlo o doblarlo. Histológicamente, los condrocitos se concentran en la periferia de cartílago, y la porción central es relativamente acelular. Se cree que esta organización histológica aumenta al máximo la tensión intrínseca del cartílago. Cuando un lado del cartílago se le practica cortes de espesor parcial, el lado opuesto asume la dominación, obligando al cartílago a torcerse en esa dirección. Las microfracturas producidas en las etapas tempranas de la vida simulan tales cortes de espesor parcial.⁹

Arqueando el cartílago al lado lateral opuesto pueden ocasionarse lesiones semejantes. En las áreas fibrosas de crecimiento interno de las microfracturas, se establece una tendencia a hacer que el cartílago septal quede encorvado.

Durante la septoplastia, la inspección minuciosa del cartílago con amplificación revela a menudo microfracturas previas inadvertidas. Esto puede lograrse con la cirugía funcional video-endoscópica del septum nasal. En general, la tensión interior del cartílago septal está determinada inclusive, a escala molecular y celular.

Murakami y colaboradores en 1982 demostraron que a pesar de que la tensión intrínseca en cualquier cartílago determina su forma la configuración, distribución y la magnitud de las tensiones varían en áreas diferentes de ese septum, así como entre septums diferentes. Debido a estas variaciones, las bases para corregir las

⁹ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_v/indice.htm.

deformidades septales son variadas. Murakami demostró igualmente, que las incisiones de espesor total a través del cartílago probablemente eran el medio más eficaz por corregir su desviación. Igualmente observó que el cartílago no se comporta clínicamente como Gibson, Davis o Fry lo plantearon. Probablemente estos principios de tensión intrínseca y su alteración por cortes parciales son aplicables en algunas áreas del cartílago del septal pero no en otros.

Además, los cortes contralaterales de espesor parcial pueden ser suficientes para neutralizar el arqueado del cartílago septal causadas por las microfracturas viejas.

Muchos pacientes que han desarrollado cartílagos septales desviados, el trauma de origen se han presentado en el período neonatal. Usualmente las deformidades nasales de origen congénito en un recién nacido, se acompañan de otras deformidades. La mayoría de las deformidades nasales en el recién nacido pueden remontarse al trauma durante la labor de parto. Estas lesiones nasales se explican claramente, por el efecto de las fuerzas compresivas y rotacionales que se desarrollan y ejercen en la cabeza fetal durante el pasaje a través del canal del parto, durante el nacimiento.¹⁰

La punta nasal cartilaginosa es la estructura facial más prominente y la nariz es la estructura facial que está más sujeta a fuerzas antes descritas, durante el proceso del nacimiento. Estas tensiones, por supuesto, varían según la proporción de la circunferencia cefálica fetal y el diámetro pelviano. Ya en 1929 Metzenbaum mencionó importantes consideraciones sobre el trauma nasal en el momento del nacimiento. Desde entonces muchos otros han realizado otras contribuciones sobre este tema. Aunque durante el embarazo pueden existir tensiones adicionales sobre la nariz, el trabajo de parto es la causa más frecuente de deformidad nasal neonatal.

Kirchner en 1955, señaló igualmente que el desplazamiento nasal lateral en el recién nacido es consecuencia de un trauma o es el resultado de fuerzas directas aplicadas a la nariz durante los últimos meses de vida intrauterina o durante el nacimiento, igualmente sostuvo que en este último caso, la lesión que se producía

¹⁰ <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque3.htm>

por lo general era la dislocación del cartílago del septal del vómer.¹¹ Steiner en 1959, manifestó que el trauma nasal puede ocurrir después del cuarto mes de gestación, por el crecimiento intrauterino de los miembros fetales, entre otras causas, lo cual pudiera condicionar fuerzas directas aplicadas sobre la nariz en desarrollo. Cottle en 1951, hizo una distinción entre el aplastamiento temporal de la nariz en el parto y el daño permanente de la nariz que ocurre dentro del útero. Señaló la existencia de un trauma intrauterino, basado en el hecho de deformidades septales observadas en recién nacidos que nacieron por cesárea. Con respecto al trauma debidas al parto natural o pelviano, la dirección de la desviación nasal en el recién nacido está correlacionada con la presentación de la cabeza fetal en la pelvis. La mayor parte de las presentaciones cefálicas son en posición occipito-anterior izquierda y con rotación en la posición normal, el septum nasal puede empujarse hacia la izquierda del vómer y la nariz externa hacia la derecha del vómer. Con todas estas fuerzas ejerciéndose sobre la nariz y el septum neonatal, se producen frecuentes microfracturas y dislocaciones de cartílago.

Cuando se produce un trauma en una etapa temprana de la vida se puede producir una desviación y arqueamiento gradual del cartílago y el septum, hay un crecimiento asimétrico de la nariz y las membranas del septum y un desarrollo inadecuado del esqueleto nasal del niño. Esta situación es importante en el transcurso de la vida si no se intenta corregir el problema. La adecuada elevación, realineación y corrección de los tejidos duros, flexibles y membranosos son esenciales para impedir que el septum nasal rectificado, regrese gradualmente al estado de desviación antes de la operación. La mayoría de las microfracturas que ocurren en las etapas tempranas de la vida se orientan verticalmente y producen deformidades a posteriori.¹²

¹¹ A.G.D. Maran, P.M. Stell, otorrinolaringología clínica, Editorial España, Edición Espaxs S.A, 1981 Pág.681.

¹² <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque3.htm>

Traumatismos de la Nariz

Etiología. Los traumatismos de la nariz ocupan en la actualidad y en la vida civil, un lugar preponderante en los traumatismos del esqueleto facial y predisponen del 1 al 2 % de todas las fracturas observadas. Este último hecho se explica, entre otras causas, en razón de los actuales medios de transporte (automóviles, motocicletas, aviones, etc.) y la difusión de los deportes violentos, así como por ser la nariz un órgano prominente y poco protegido.¹³

Son más frecuentes en el sexo masculino y en los años juveniles, en los que intervienen en gran proporción las desviaciones secundarias del tabique.

Anatomía patológica. Las lesiones pueden interesar separadamente el esqueleto óseo o las estructuras cartilaginosas de la pirámide nasal, o bien ambas a la vez, según sea el punto de aplicación y la dirección del agente traumatizante.

a) Traumatismos que afectan al esqueleto óseo. Los dos huesos propios, soldados en la línea media por una firme sinartrosis, se comportan como una pieza única en forma de silla, cuyos puntos débiles están en los bordes laterales y en la unión con las apófisis ascendentes del maxilar superior.

En los casos leves de choque directo o frontal, se produce una fractura transversal, en la cual el fragmento superior fijo cabalga sobre el inferior, que se hunde, determinando una Lordosis nasal. En otras ocasiones tiene lugar el hundimiento total de la pirámide en el sentido anteroposterior, sin fractura, acompañado a menudo por la rotura de la lámina perpendicular del etmoides. Si el choque actúa en el sentido lateral, se observa la disyunción nasomaxilar sin ninguna clase de fractura.

Los choques directos muy violentos provocan la fractura en libro abierto (Huet), de múltiples fragmentos. Si la misma potencia de fuerza activa obra en sentido lateral se produce la denominada luxación lateral de los huesos propios, termino inadecuado

¹³ PAPARELLA, tratado de otorrinolaringología, Editorial panamericana, Argentina, 1994, Pág. 741

según Jacques y Sollier, puesto que en este tipo de lesión se comprueba la existencia de una fractura marginal.

b) Traumatismos que afectan las estructuras cartilagosas. Se localizan preferentemente en el cartílago cuadrángulas Como por lo general la fuerza traumática actúa en el sentido anteroposterior y apenas en el lateral, ocurre que el cartílago cuadrangular, firmemente adherido al vómer, puede fracturarse si queda indemne la articulación condrovomeriana, o desplazarse en caso contrario. En la primera circunstancia, la rotura del cartílago se verifica siguiendo un trazo oblicuo hacia abajo y adelante (fractura de Chevallet), por lo que el fragmento anterior se coloca en el plano frontal, en tanto que el posterior lo hace en el plano sagital. Cuando se presenta la segunda eventualidad, se comprueba la desinserción del cartílago, con el consiguiente desplazamiento hacia el piso nasal; en verdad, se trata de una luxación condrovomeriana con disyunción de los cartílagos laterales, que se separan de los huesos propios (fractura de Jarjavay).

Los traumatismos poco intensos solo producen fisuras cartilagíneas u óseas, no siempre acompañadas por desviaciones de fragmentos. Por el contrario, si los agentes vulnerantes obran con violencia inusitada, originan fracturas conminutas que comprometen el esqueleto osteocartilaginoso, o bien fracturas complicadas que se extienden a las regiones vecinas: órbitas, lámina cribosa (base de cráneo), maxilar superior, etcétera.

Los síntomas son muy variables, en relación con la intensidad y la dirección de la fuerza traumática, en los accidentes graves, los síntomas locales (dolor, epistaxis) pasan a un segundo plano y dominan el cuadro clínico una conmoción cerebral con rinorrea serosa (liquido cefalorraquídeo), testimonios elocuentes de una fractura de la base del cráneo.

Por lo común, y pongamos por ejemplo los traumatismos de fuerza moderada (puñetazos, caídas, etc.), la pirámide nasal se encuentra tumefacta y equimótica, y la infiltración edematosa se extiende a las zonas próximas (suborbitaria, geniana). En

ciertos casos se puede descubrir una equimosis subconjuntival. Si el impacto obró de frente, en la inspección de perfil será fácil advertir la conocida nariz en silla de montar, producto del hundimiento de los huesos propios. Por lo general, y en las primeras horas del traumatismo, como consecuencia del intenso edema que abarca no solo la región nasal sino las vecinas, es difícil poder apreciar con el simple examen visual la existencia de una fractura y menos aún el tipo de ésta.

De mayor utilidad será la palpación, que se llevará a cabo tomando la arista nasal entre el pulgar y el índice de la mano derecha, en tanto que la izquierda, apoyada sobre el occipucio, inmoviliza la cabeza del paciente. La palpación tratará de comprobar la existencia de dolor, crepitación ósea y movilidad de los fragmentos. El enfisema subcutáneo es el signo patognomónico del desgarramiento de la mucosa por un fragmento óseo. Estas maniobras serán efectuadas con moderación y delicadeza; por lo general la probable línea de fractura corresponde al sitio más doloroso.

La rinoscopia anterior se practica previa limpieza de las fosas nasales (eliminación de coágulos) y con anestesia de superficie. Se podrá verificar una obstrucción nasal alta, con estrechamiento de la hendidura olfativa por el desplazamiento de los huesos que la conforman.

En la fractura de Chevallet, la rinoscopia anterior comprueba a cada lado del tabique los rodetes característicos del hematoma subpericondrial. En la inspección se nota una doble deformación (Clero). En el plano frontal hay desviación de la punta de la nariz y en el plano sagital existe una concavidad dorsal, que se extiende desde los huesos propios hasta el lóbulo de la nariz. En estos casos observamos, por rinoscopia, la saliente angular del cartílago fracturado en la fosa nasal del lado opuesto.

En la fractura de Jarjavay se observa la desviación y el descenso de la punta de la nariz del lado de la luxación, con una depresión dorsal entre el hueso propio y el lóbulo, comprobándose a la rinoscopia la eminencia del borde inferior del cartílago luxado.

El examen será completado con radiografías en distintas incidencias, especialmente cuando la gran infiltración de los tejidos impida una exploración satisfactoria. La evolución clínica en términos generales y no considerando las fracturas complicadas por extensión a las regiones lindantes, que comprometen la vida (lámina cribosa, base del cráneo) el pronóstico es favorable si se ha instituido tempranamente un tratamiento correcto. Las fracturas de la pirámide nasal tienden a una rápida consolidación, pero abandonadas a si mismas, dejan desagradables deformaciones que alteran la estética facial y provocan serios trastornos funcionales (obstrucción nasal y anosmias).

Diagnóstico. Es sencillo, tanto en las fracturas recientes como en las antiguas, si se tienen en cuenta los antecedentes del traumatismo y el resultado del examen físico, realizado con la colaboración de la radiografía. Tres son los signos primordiales sobre los que se basa el diagnóstico de una fractura nasal: la deformación (lateral, sagital o combinada), el enfisema subcutáneo traumático y el hematoma del tabique.

Complicaciones. Pueden ser: a) trastornos respiratorios, representados por secuelas de lesiones cartilaginosas o sinequias retractiles, con obstrucción nasal; b) trastornos nerviosos, entre los cuales mencionaremos las neuralgias, las cefaleas, los anosmias, etc.; c) trastornos oculares (epifora por lesión del canal lacrimonasal), y d) trastornos maxilodentales, que afectan especialmente los dientes en relación con el suelo nasal (pulpitis, periodontitis, gangrena pulpar).

Tratamiento. Será conducido de distinta manera según se trate de una fractura reciente o de antigua data.

En el primer caso, la reducción temprana no será diferida bajo ningún pretexto más allá de la primera semana de producida la fractura. Si no es posible realizarla en el mismo día por la intensidad del traumatismo u otros inconvenientes, se recetarán analgésicos, sedantes, hielo local, reposo y antibióticos, que combatirán el dolor, el edema y la posible infección de un hematoma del tabique.

En presencia de una fractura simple sin desplazamiento, la conducta terapéutica adecuada consiste en mantener la expectación y la vigilancia, recordando que esta clase de lesiones pasan comúnmente inadvertidas.

En las fracturas con desplazamiento lateral, la reducción se practica bajo anestesia local o general, esta última de elección en los niños. Se infiltran con novocaína-adrenalina los nervios suborbitario y nasal interno, previa cocainización de las fosas nasales. Al tiempo que se introduce un instrumento apropiado (elevador romo, espátula de tabique) en la fosa nasal del lado cóncavo, o sea, donde actuó el agente traumático, y se ejerce una enérgica presión hacia la pared externa, con el pulgar aplicado sobre la convexidad, es decir del lado opuesto a la lesión, se ejecuta un movimiento sincronizado con la maniobra anterior, hasta colocar la arista nasal en la línea media lo cual se anuncia por un típico "crac".

Como es de rigor en cualquier tipo de fractura, una vez conseguida la reducción, se pasa a la contención, cuya técnica variará de acuerdo con el grado de la lesión. Esta maniobra se ve facilitada, de cualquier modo, por la ausencia de fascículos musculares desarrollados en la pirámide nasal. Si después de reducida la fractura los fragmentos permanecen inmóviles, será suficiente una tira de esparadrapo mantenida en hipercorrección o, mejor aún, un apósito enyesado o la férula de Bemes. En caso contrario, es decir, si los cabos tienden a desplazarse, se podrá recurrir al auxilio de distintos modelos de aparatos de contención.

En las fracturas con desplazamiento anteroposterior, la reducción se llevará a cabo con el concurso de espátulas, elevadores especiales, legras o, simplemente, con el espéculo de valvas largas, de Killian, instrumentos que, introducidos en las fosas nasales, ejercerán una sostenida presión sobre la cara profunda de los fragmentos fracturados, los que, de esa manera, serán conducidos a su posición normal¹⁴. Como este tipo de fractura se acompaña frecuentemente de la disyunción de las ramas montantes del maxilar, la maniobra descrita se debe completar con presiones late-

¹⁴ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_v/indice.htm

rales sobre las citadas regiones, que se ejecutarán en el mismo instante. No se olvidará de controlar la reducción del tabique, que se efectuará a continuación de la de los huesos propios, así como también la buena posición de la arista nasal. Una intervención eficaz debe restituir inmediatamente la permeabilidad nasal, que no dejará de ser verificada. Para la contención se aconsejan aparatos especiales, dada la tendencia de los desplazamientos primitivos a reproducirse. Como promedio es prudente, al igual que para las fracturas con desplazamiento lateral, dejarlos diez a quince días en su lugar.

Las fracturas antiguas, acompañadas inevitablemente por serias deformaciones y trastornos funcionales, requieren la colaboración de la cirugía plástica.

Factores Extrínsecos

Algunos factores extrínsecos pueden ser responsables de la desviación septal nasal y del cartílago del septal. Por ejemplo, una espina del premaxilar grande o lateralizada puede causar el desplazamiento de la base caudal del cartílago septal, ocasionando que la punta nasal se desvíe. La desviación del septum nasal puede ser ocasionada por alteraciones de la relación entre la cresta maxilar y el vómer. Diferentes deformidades encontradas en esta área, pueden ser igualmente influenciadas, por el tiempo de evolución y el desarrollo del factor que ocasionó la perturbación. Una desviación lateral del septum causada por la dislocación del vómer de la cresta maxilar, en la que la relación del cartílago septal y el vómer está inalterada, indica que el evento etiológico sucedió antes de la osificación de dicha área. Esto es debido a la elasticidad que posee el cartílago joven. El examen de la nariz en una circunstancia como ésta se caracteriza por grados variables de cambio de la base del septum.¹⁵

La inspección del lado contralateral de la nariz normalmente revela una cresta maxilar desocupada. Estas anormalidades a menudo son etiquetadas como espolones, considerando que en realidad la protuberancia ósea que proyecta la

¹⁵ <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque4.htm>

crestamaxilar y la desviación septal hacia el lado contrario, dan una apariencia distorsionada de la anatomía esquelética. Otro tipo de distorsión de estas estructuras existe cuando el vómer está fracturado y deja su borde más bajo que queda en la ranura de la cresta maxilar. En esta circunstancia, la fractura causa una desalineación de los extremos óseos fracturados, que después de la consolidación u osificación subsecuente, dejan una prominencia o un espolón del septum, que puede alterar la dinámica funcional rinosinusal.¹⁶

La lámina perpendicular del etmoides por lo general, está deformada, probablemente debido a una falla en el proceso de desarrollo. Esto puede causar una marcada desviación del área de esta estructura con la unión al cartílago septal, que por lo general tiende a alterar la ventilación y el drenaje de los meatos sinusales, los cuales se ubican en la porción superior de los corredores nasales.

Un elemento óseo del septum nasal desviado o deprimido puede ser significativamente el responsable de una deformidad septal anterior. Para corregir tal situación es fundamental corregir el problema óseo, antes de intentar la manipulación o corrección quirúrgica del cartílago. Desde el punto de vista diagnóstico este tipo de lesiones no son detectables con facilidad, a menos que el paciente sea evaluado endoscópicamente. En estos casos, ni siquiera la tomografía computarizada suele mostrar tales detalles con precisión. Este tipo de deformidad es identificada cuando el cartílago cuadrangular es separado de su unión a la lámina perpendicular del etmoides durante la cirugía. En el momento de esta desarticulación, el cartílago se desplaza hacia la línea media, la cual debería ser su posición normal y la lámina perpendicular del etmoides se mantiene fuera de la línea media, poniendo en evidencia la causa real de la desviación o deformidad septal.

Ante un proceso obstructivo septal por semejante situación, la manipulación, corrección y reconstrucción de la lámina perpendicular del etmoides es

¹⁶ <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque5.htm>

fundamental para resolver el problema septal, ya que el tratamiento aislado del cartílago cuadrangular a la larga no sería suficiente para resolver la patología septal obstructiva nasal. Las técnicas tradicionales externas de la septoplastia, no permiten visualizar detalladamente las áreas del septum nasal de localización superior y posterior, por lo que la identificación y la corrección de problemas de este tipo no suele ser fácil.

No obstante, la corrección de deformidades y desviaciones del septum nasal por alteraciones del vómer o de la unión de éste con la cresta maxilar o a la lámina perpendicular del etmoides, o por alteraciones de la lámina perpendicular del etmoides o de la unión de ésta al cartílago cuadrangular; pueden ser fácilmente identificadas con la endoscopia y la videoendoscopia y corregidas de igual manera con el uso del abrader electromecánico.

Bajo circunstancias normales, los cartílagos laterales superiores se unen en el extremo dorsal del septum nasal de una manera simétrica, creando una cantidad igual de tensión cada lado. En el caso de una desviación del cartílago septal dorsal que ha existido por mucho tiempo, los cartílagos laterales superiores y su membrana respectiva son de longitud desigual. Esto afecta las correcciones de tales desviaciones septales dorsales, y existe una alta posibilidad de fracaso y de recurrencia o persistencia de la deformidad septal. Si por otro lado, los cartílagos laterales superiores y su membrana de recubierta está separada del septum dorsal y se hacen los justes apropiados a su longitud, la simetría recientemente creada ayuda a estabilizar el cartílago dorsal en su posición recientemente corregida.

Finalmente, otros factores extrínsecos pueden afectar el septum nasal. Cualquier estructura nasal lateral, como por ejemplo un cornete, pueden contactar y empujar el septum nasal y ocasionar una desviación. La nariz estrecha, alta también puede ser responsable en el compromiso de las estructuras intranasales laterales sobre el septum y la subsecuente obstrucción de la vía aérea.

El síntoma primordial es la obstrucción nasal en uno o en ambos lados. También pueden presentarse cefaleas rinógenas, hipoacusia de conducción por hipoventilación

del oído medio, manifestaciones faringeadas, laringeadas y fatiga precoz con el ejercicio físico.

La rinoscopia anterior y posterior comprueba fácilmente las malformaciones descritas, y para visualizarlas mejor, se indica topicar la mucosa con un vasoconstrictor. Lo que no es tan fácil en muchos casos de perturbación respiratoria es valorar en el índice de desviación del tabique en especial cuándo pertenece a otras causas, como la hipertrofia de los cornetes, con menos incidencia se usa técnicas imagenológicas (Rx, TAC, IRMN), usándose también técnicas video endoscópicas que proporcionan un diagnóstico certero y confiable.

Indicaciones operatorias:

- a) Un obstáculo a la respiración nasal o a la olfatoria;
- b) un obstáculo al flujo normal de las secreciones;
- c) inflamaciones crónicas en la trompa, caja timpánica, faringe, laringe y vías respiratorias superiores;
- d) como acto previo a la intervención en senos paranasales, vías lagrimales, coanas y malformaciones de la pirámide;
- e) en casos de epistaxis posteriores y superiores del septo que resulten inaccesibles;
- f) en rinopatías vasomotoras, y
- g) en todos los casos en que se procura favorecer la permeabilidad nasal.¹⁷

Fisiopatología Quirúrgica del Cartílago Septal

El comportamiento biomecánico del cartílago septal está determinado por las propiedades y distribución de sus principales componentes estructurales, como las fibras colágenas y elásticas, los condrocitos, las unidades de proteoglucano, el ácido hialurónico y el agua. Murakami y colaboradores señalan que estos componentes tienen una interacción muy compleja, con variaciones infinitas en

¹⁷ THOMPSON, Valentin, , tratado de otorrinolaringología Editorial Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1984, Pág. 177

densidades de enlace cruzado, permeabilidad osmótica e interacciones colágeno-proteoglucánicas.

En la septoplastia, se intenta modificar la configuración del cartílago septal alterando su resistencia y rigidez. Se han descrito sólo dos maneras de enderezar un cartílago encorvado: la morselización y las incisiones de espesor completo. Rubin señala que la morselización es un método muy eficaz para tratar las desviaciones del cartílago, pero también tiene sus desventajas. Para emplear la morselización es necesario levantar colgajos mucopericondriales bilaterales y su objetivo es lograr como resultado un cartílago «débil» o falta de rigidez. En este caso el cirujano debe procurar un soporte estructural suficiente cuando emplea esta técnica, para evitar la caída de la punta nasal.

El cartílago morselizado se adhiere más fuertemente al mucopericondrio, lo cual hace que sea sumamente difícil realizar reintervenciones o cirugías de revisión con la elevación subsiguiente de colgajos mucopericondriales.

Si se practican sobre una superficie cóncava del cartílago, una serie de incisiones de espesor completo, se puede corregir el encorvamiento. Si la superficie es convexa, se procede a hacer incisiones triangulares en el cartílago.

Murakami y colaboradores señalaron que las incisiones de espesor parcial no producen resultados convenientes, ni estables, recomendando emplear incisiones de espesor completo en el cartílago, que permitan conservar una superficie mucopericondrial intacta.

Los resultados del tratamiento de las deflexiones caudales del tabique pueden ser decepcionantes. Este tipo de deflexiones suelen provocar no sólo obstrucción funcional de la vía aérea, sino también deformación estética como la desviación y la deformidad de la punta de la nariz.

Por lo general hay tres categorías de deflexión caudal del tabique:

- a) Dorso recto con deflexión caudal aislada y posiblemente punta torcida.
- b) Deformación en forma de C.
- c) Deflexión en forma de S.

Kamer y Churukian señalan que la corrección quirúrgica de las deflexiones caudales del tabique deben reponer el cartílago, preservar el soporte de la punta nasal y conservar el aspecto y la función septocolumelar normales.

Para lograrlo, recomiendan utilizar una incisión de hemitransfixión septal alta, a 1.5 cm del margen septal caudal y tangente a una línea que va desde el borde caudal de los cartílagos laterales superiores hasta la espina nasal. Se debe tener cuidado de conservar la continuidad del mucopericondrio contralateral. Se hace una incisión de espesor completo en el cartílago y se levanta, en sentido caudal, un colgajo submucopericondrial. El segmento caudal del cartílago cuadrangular se libera de la espina nasal y de la cresta maxilar quedando totalmente desarticulado y pudiendo moverse hacia una posición más en la línea media. Se hacen suturas de transfixión para sostener este realineamiento y recolocar el colgajo mucopericondrial.

A veces el cartílago cuadrangular puede quedar en posición de subluxación a lo largo de la cresta maxilar. Las variaciones anatómicas en las proyecciones de la cresta suelen determinar hacia qué lado puede ocurrir una subluxación traumática. Por lo general, este tipo de subluxaciones pueden tratarse de manera satisfactoria mediante la resección de una tira horizontal de cartílago y es posible que también de la cresta maxilar ósea, para que éste pueda desarticularse y desplazarse hacia la línea media, cabe recordar que hay un intercambio y entrecruzamiento de fibras mucopericondriales con las fibras mucoperiósticas contralaterales a lo largo de la unión del cartílago cuadrangular con la cresta maxilar. Para la elevación de esta región es importante emplear un instrumento de disección cortante.

Deformaciones obstructivas importantes ubicadas en el piso de la nariz pueden contribuir a trastornos como la formación de costras, el debilitamiento de la mucosa nasal con áreas de laceración y la epistaxis. En estos casos, es preciso reseca una porción de la cresta maxilar, elaborando colgajos mucoperiósticos bilaterales y

protegiéndolos con las hojas del espéculo nasal mientras con un osteótomo o cincel de 4 mm, o con el drill de un shaver o debrider se elimina ese segmento.

Los cartílagos laterales superiores deformados pueden ser la causa de alineamiento imperfecto del septum cartilaginoso. A veces, se requiere practicar una osteotomía medial con fracturas hacia afuera de la pirámide nasal, uni o bilateralmente, a fin de que el cartílago lateral superior pueda moverse hacia los lados. Esta maniobra lleva al cartílago lateral superior lateralmente, alejándolo del septum y abre el ángulo de la válvula nasal.

En esta situación se recomienda conservar la zona de unión e inserción de los cartílagos laterales superiores al septum cartilaginoso. No obstante, a veces es necesario desprenderlos. Por lo general, esto se hace elaborando túneles de unión por debajo del mucopericondrio. Después, mediante separación extramucosa, los cartílagos laterales superiores se desprenden del septum y sus porciones salientes se recortan.

Cualquier deformación del segmento superior del tabique es fácilmente accesible en este momento. La morselización resulta ser una técnica excelente en esta situación, puesto que el mucopericondrio ha sido levantado en ambos lados, como la morselización produce exposición del cartílago, el lado más dorsal del tabique morselizado suele ameritar recortes para su contorno.

Complicaciones Posquirúrgicas

Hemorragia- Es posible, aunque poco usual, experimentar un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. En caso de que ocurra hemorragia postoperatoria, podrá ser necesario un tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y extraer una acumulación de sangre (hematoma). No tome ninguna aspirina ni medicamento antiinflamatorio por diez días antes de la cirugía, ya que esto puede incrementar el riesgo de hemorragia. La hipertensión (presión alta) que no esté bajo buen control médico puede causar hemorragia durante o después de la cirugía. Las acumulaciones de sangre bajo las membranas mucosas del tabique podrán retardar la recuperación y resultar en tejido cicatricial.

Infección- Es muy poco usual después de la cirugía. Si ocurre una infección, podrá ser necesario tratar con antibiótico.

Cicatrización- Aunque se espera una buena recuperación de la herida después de la operación quirúrgica, pueden ocurrir cicatrices anormales tanto dentro del tabique como en los tejidos nasales. Podrá ser necesario aplicar tratamientos adicionales, incluyendo la cirugía para tratar la cicatrización.

Perforación del tabique nasal- Infrecuentemente, se desarrollará un orificio en el tabique nasal. Es raro que esto ocurra. Podrá ser necesaria cirugía adicional para reparar el tabique nasal. En algunos casos podrá ser imposible corregir esta complicación.

Daño a las estructuras subcutáneas- Las estructuras subcutáneas tales como nervios, membranas mucosas, huesos y vasos sanguíneos podrán dañarse durante el curso de la cirugía. El daño a las estructuras subcutáneas puede ser temporal o permanente.

Entumecimiento- Existe el potencial de entumecimiento permanente dentro de la parte superior de la boca y los dientes después de la septoplastia. Esto no es predecible. Es probable que después de la septoplastia la disminución (o pérdida) de sensibilidad del área nasal no se recupere completamente¹⁸.

Recuperación lenta- Es posible que haya una alteración a la herida o una lenta recuperación de la misma. Ciertas áreas del tabique medio podrán recuperarse tanto anormal como lentamente.

¹⁸ [www.trejos.com/ENT/Tabique Nasal.stm](http://www.trejos.com/ENT/Tabique%20Nasal.stm)

Distorsión en la apariencia nasal externa- La septoplastia podrá resultar en una distorsión en la proyección de la nariz. Si esto ocurre, sería necesario realizar cirugía adicional para corregir este problema.

Distorsión residual del tabique medio- Hay veces que la cirugía no puede resolver las distorsiones del tabique medio nasal.

Dolor crónico- El dolor crónico puede ocurrir con muy poca frecuencia después de la lesión nasal.

Reacciones alérgicas- En raros casos, se han debido a alergias locales a la cinta adhesiva, material de sutura o preparaciones tópicas. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ser debidas a los fármacos utilizados durante la cirugía y las medicinas recetadas. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Efectos a largo plazo- El envejecimiento, las alergias al medio ambiente u otras circunstancias no relacionadas con la cirugía de septoplastia pueden resultar en alteraciones a la función nasal. Para mantener los resultados de la septoplastia en estos casos podrán ser necesarios la cirugía u otros tratamientos.

Trastornos por abuso de sustancias- Los individuos con problemas de abuso de sustancias que implican la inhalación de drogas vasoconstrictivas tales como la cocaína, se encuentran en riesgo de mayores complicaciones incluyendo una mala recuperación y una perforación del tabique medio nasal.

Trastornos de ronquera- Los trastornos de ronquera pueden ser ocasionados por una variedad de factores. Es probable que la septoplastia no alivie la propensión que unos individuos tienen de roncar.

Resultado no satisfactorio- Es posible que haya un resultado no satisfactorio de la cirugía de septoplastia. Es probable que la cirugía no mejore su respiración nasal. Es probable que la operación también interfiera con la fisiología normal de la nariz, o

que resulte en un posicionamiento estructural anormal del tabique medio nasal. Es probable que se decepcione con los resultados de la cirugía de septoplastia si éstos no cumplen con sus expectativas. Podrán ser necesarios otros tratamientos o cirugía adicional en caso de que el resultado de la septoplastia no sea satisfactorio.

Otras Etiologías

Hematoma

Es una colección serohemática bilateral, consecutiva al desprendimiento del pericondrio de su cartílago basal, provocada por una lesión del sistema arterial que lo irriga. Con poca frecuencia el hematoma se sitúa entre la mucosa y el periostio de la zona ósea en los casos de fracturas septales.

Etiopatogenia. La causa del hematoma es casi siempre un traumatismo sobre la pirámide nasal, que interesa al cartílago del tabique. Con menor frecuencia pueden producirse hematomas espontáneos en discrasias sanguíneas, con alteraciones de la coagulación y de la fragilidad vascular (estados hemofílicos, púrpuras, afecciones esplenohepáticas, etc.) y en enfermedades infecciosas (tifoidea, gripe, etc.).

¹⁹

El hematoma del tabique es poco frecuente, pues el cartílago más se pliega que se rompe por efecto del choque. Además de esta fractura, se requiere que la mucosa permanezca intacta para que quede retenido el derrame.

El hematoma unilateral es muy raro; se ha descrito esta forma en los boxeadores sobre la base de estados de hipertrofia cicatrizal previa. Casi siempre es bisaculado. Su mecanismo patogénico se explica por el paso del derrame de un lado al otro a través de la fractura del cartílago. Para otros autores, se verifica a través del tejido conjuntivo laxo ubicado entre el cartílago cuadrangular y del subtabique, y el derrame lo proporciona la lesión de una de las ramas de la arteria del subtabique, El

¹⁹ www.svorl.org.ve/home_frame.htm

contenido no es hemático sino serohemático, pues la sangre tiende a organizarse en coágulos.

Sintomatología. A continuación del traumatismo y casi inmediatamente se produce una obstrucción nasal, dolor progresivo en la pirámide, con sensación de aturdimiento, irradiaciones faciales y cefalea causadas por la tensión endonasal del hematoma.

Abscesos

Se trata de una complicación cada vez menos frecuente desde el uso racional de los antibióticos. Por lo general es consecutiva a la infección de un hematoma (80 % de los casos).

Richier los divide en: *abscesos de origen traumático* (hematomas infectados, complicaciones de la cirugía septal), *abscesos constituidos por propagación de una infección de vecindad* (abscesos de origen dentario, lesiones vestibulares en el niño, sinusitis gripales) y *abscesos metastáticos* en algunas enfermedades infecciosas, como en erisipelas graves, escarlatina y tifoidea, o en crónicas, como la diabetes.

Los gérmenes hallados, por orden de frecuencia, son; el estreptococo, el estafilococo y el neumococo.

Sintomatología. Cuando lo precede un hematoma, el dolor local se acentúa e irradia a toda la pirámide, a su vecindad y a las cavidades orbitarias, y adquiere un carácter lancinante, acompañado de fotofobia y lagrimeo. La obstrucción nasal también es más pronunciada, y la fiebre, los escalofríos y el decaimiento general denuncian que existe una infección sobreagregada. Objetivamente se comprueba que las fosas nasales están ocupadas, casi siempre en ambos lados, por dos masas de color gris rojizo renitentes y dolorosas a la presión. El edema inflamatorio que asienta en la pirámide puede alcanzar los párpados, las mejillas y el labio superior.

Tumores Benignos

Aquí nos referiremos a los propios del tabique que, en la práctica, se reducen a los quistes.

1. Quistes Del Tabique Nasal

Son colecciones serosas intraseptales sumamente raras, que se clasifican en verdaderos y pseudoquistes. Los *quistes verdaderos* de origen congénito estarían vinculados a las formaciones quísticas mucosas del piso de la nariz. Los *pseudoquistes* derivan de un hematoma o un absceso que pasa inadvertido. También aparecen en la convalecencia de la fiebre tifoidea, como secuela de una pericondritis específica.

Sintomatología. Subjetivamente solo producen una moderada obstrucción respiratoria, pero por lo general son hallazgos del examen rinoscópico. En éste se presentan como pequeños tumores recubiertos de mucosa normal y situados a ambos lados de la parte anteroinferior del tabique nasal. La punción obtiene un líquido seroso que puede o no contener gérmenes.

2. Pólipo Sangrante

Con este nombre impropio se define a un "tumor fibrovascular benigno" (Malán), unilateral, que asienta en la zona vascular de Kiesselbach y cuyas características principales son: ser muy sanguíneo y recidivar con frecuencia después de la extirpación.

Cuatro veces más frecuente en la mujer que en el hombre, aparece durante la pubertad, y, como lo influye la gestación, se acepta que está relacionado con la actividad endocrina genital. También se admite que los pequeños traumatismos endonasales y las infecciones crónicas contribuyen a su desarrollo.

Existen, según Guilbert, cuatro tipos histológicos principales: angiofibroma, granuloma inflamatorio, pólipo fibroso y papiloma, pero, según el mismo autor, lo positivo es el proceso de metaplasia epidermoide que afecta a menudo el epitelio

cilíndrico de revestimiento. En la práctica todos son angiofibromas más o menos angiomasos o más o menos fibromatosos, según el predominio de uno o del otro de sus elementos constitutivos.

Sintomatología. La paciente acude acusando repetidas hemorragias de importancia variable, pero por lo general progresivamente copiosas, que muchas veces coinciden con los períodos menstruales. Su invariable unilateralidad las distingue de las epistaxis de otro origen, que no siguen en este sentido una regla fija. También se produce obstrucción nasal del lado sangrante, en relación con el volumen del pólipo. Por rinoscopia anterior se observa un tumor pediculado del tamaño de una lenteja hasta el de una almendra, de color rojo sombra y superficie irregular, que se implanta en la mancha vascular, ubicada, como es sabido, en la parte anteroinferior del tabique.

Evolución. En el lapso de algunos meses a uno o dos años el tamaño del pólipo y la frecuencia de las epistaxis obligan al paciente a procurar la solución de su problema. Por otra parte, se discuten las posibilidades de que sufra una transformación maligna. Ante tal comprobación, en un caso dudoso, la mayoría de los autores, no admiten la existencia de un pólipo sangrante previo, sino la de un carcinoma desde el comienzo.

Perforaciones

Las úlceras perforantes del tabique osteocartilaginoso de la nariz pueden ser primitivas o secundarias pueden ocasionar alteraciones septales pudiendo llevar a su deformidad.

1. Perforación Primitiva Úlcera De Hajek O "Ulcus Rodens"

La úlcera perforante de Hajek es un proceso trófico primitivo del cartílago del tabique nasal, de rara observación (2% del total de casos).

Etiología. En algunos casos se consignan antecedentes de rascado digital, trabajo en atmósferas saturadas de gases o partículas tóxicas o irritantes, pero la mayor parte de

las veces la causa permanece ignorada. Lo positivo es que no afecta al hueso, sino que se limita a la parte antero inferior del cartílago cuadrangular, región de menor resistencia, pues la mucosa que la recubre es más delgada, su epitelio no tiene cilios vibrátiles y su vascularización, aunque rica, carece de troncos importantes. Además, está expuesta a las diversas agresiones que sobre un terreno propicio terminan comprometiendo la nutrición del cartílago.

Sintomatología .El primer síntoma es la obstrucción nasal, pequeñas epistaxis, no constantes, al soplar la nariz así como la presencia de una o varias costras de tamaño variable, carentes de fetidez. En algunos casos se produce un silbido espiratorio. La rinoscopia permite apreciar una perforación ovalada con su mayor diámetro anteroposterior, de bordes lisos, regulares, blanquecinos e indoloros al tacto del estilete.

Evolución. La úlcera se constituye lentamente y, de no suprimirse el agente causal, alcanza su máximo desarrollo, aunque siempre limitado al cartílago del tabique. Pequeñas costras y epistaxis indican que aún se encuentra en evolución; en cambio un borde liso e inactivo traduce a la fase cicatrizal. Por otra parte, nunca se producen trastornos estéticos de la pirámide nasal.

2. Perforaciones Traumáticas y Posquirúrgicas.

Son las más frecuentes. Se establecen en los traumatismos repetidos de la rinodactilomanía, cuando se hace resección submucosa del tabique nasal en lugar de subpericóndrica, en las cauterizaciones excesivamente profundas destinadas a cohibir epistaxis, etc.

Perforaciones de los cocainomanos. Se producen por la acción isquemante de la cocaína. Es de evolución lenta pero muy destructora, al extremo de ser la única Úlcera trófica que afecta el tabique óseo.

Perforaciones de los obreros del cromo. Tiene como característica su evolución muy rápida.

Perforaciones sífilíticas. La úlcera de la lúes, si bien afecta al cartílago, se caracteriza por su franco ataque al tabique óseo, al que secuestra en medio de una pronunciada fetidez.

Perforaciones tuberculosas. La ulcerocaseosa es la forma clínica que proporciona más perforaciones del cartílago septal. El lupus también puede perforarla.

Perforaciones Hansenianas. La forma lepromatosa del mal de Hansen provoca la perforación de la parte anterior del tabique en el 28 % de los casos (Nemirovsky). Pocas veces ataca al hueso

Leishmaniasis. Esta enfermedad perfora ampliamente al cartílago, pero por lo general destruye también al subtabique.

Perforaciones en enfermedades infecciosas agudas. La tifoidea, la escarlatina, etc., pueden eventualmente dejar como secuela una perforación del tabique nasal

IX. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Deformidades del Tabique Nasal	Desarmonía entre el Tabique nasal y el marco óseo que lo encuadra.	Desviaciones	% de tabiques con desviación enS % de tabiques con desviación enC % de tabiques con desviaciones mixtas	Desviaciones en S Desviaciones en C Desviaciones mixtas
		Espesamientos	% de tabiques con crestas % de tabiques con espolones	Crestas Espolones
		Luxaciones	% tabiques con luxación anterior % tabiques con luxación posterior	Luxación anterior Luxación posterior
Factores etiológicos	Factores relacionados a la causa de la enfermedad.	Traumatismos nasales	% pacientes con traumatismo nasal reciente % pacientes con traumatismo nasal antiguo	Traumatismo nasal reciente Traumatismo nasal antiguo
		Otras causas	% pacientes con Tumoraciones % pacientes con Infecciones % perforaciones	Tumoraciones Infecciones Perforaciones
		Etiología desconocida	% pacientes con etiología desconocida	Etiología desconocida

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Genero que corresponde el individuo.	Sexo biológico	% de hombres %de mujeres	Hombres Mujeres
Edad	Tiempo de vida de una persona.	Grupos de edad	% grupos de edad	8-14 años 15-19 años 20-35 años 36-49 años 50-64 años + 65 años
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva el individuo.	Lugar de Procedencia	% pacientes de procedencia urbana %pacientes de procedencia rural	Urbana Rural
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	Tipo de ocupación	% Amas de casa % Comerciantes % Estudiantes % Chóferes % Otros	Amas de casa Comerciantes Estudiantes Chóferes Otros

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Diagnostico	Evaluación científica de signos y síntomas y otros procedimientos analíticos para identificar una enfermedad.	Clínico	Insuficiencia respiratoria Nasal	Obstrucción nasal unilateral Obstrucción nasal bilateral Obstrucción nasal alternante
			Anosmia	Nominal
			Rinorrea	
		Cefaleas	Cefalea frontal Cefalea Periorbitaria Cefalea Maxilar Cefalea Occipital Sin cefaleas	
		Rinoscopia	% de pacientes con diagnostico rinoscópico anterior % de pacientes con diagnostico rinoscópico posterior	Rinoscopia anterior Rinoscopia posterior
Imagenológicos	% de pacientes con diagnostico radiológico % de pacientes con diagnostico tomográfico % de pacientes con diagnostico por resonancia	Rayos x TAC IRM		

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Tratamiento	Conjunto de métodos y medios para restablecer al paciente	Tipo de tratamiento	% Pacientes con tratamiento clínico % Pacientes con tratamiento quirúrgico conservador % Pacientes con tratamiento quirúrgico emergente % Pacientes con tratamiento quirúrgico electivo % Pacientes reintervenidos quirúrgicamente	Tratamiento clínico Quirúrgico conservador Quirúrgico emergente Quirúrgico electivo Reintervención quirúrgica
Complicaciones postoperatorias	Trastornos orgánicos que ocurre posterior a un acto quirúrgico	Tipo de complicaciones postoperatorias	% Pacientes con abscesos septales % Pacientes con perforaciones septales % Pacientes con otitis % Pacientes con sinusitis % Pacientes con epistaxis % Pacientes sin complicaciones	Abscesos septales Perforaciones septales Otitis Sinusitis Epistaxis Sin complicaciones

X. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Descriptivo Retrospectivo. Descriptivo porque permite identificar características generales que acompañan esta patología y retrospectivo porque la observación se realizó en el pasado.

Área de Estudio:

Comprende el Área de consulta externa de otorrinolaringología y el departamento de estadística perteneciente al Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda del cantón Portoviejo. Esta área proporciona atención de salud a pacientes desde 08h00 a 12h00 en días de lunes a viernes con la disponibilidad de dos médicos tratantes en la especialidad de otorrinolaringología.

Criterios de Inclusión:

Se considerará dentro de este estudio todos los datos bibliográficos, estadísticos e imagenológicos que nos brinda el historial clínico de los pacientes mayores de ocho años de edad con diagnóstico de deformidades del tabique nasal atendidos durante el periodo de Enero 2002 a Diciembre del 2004.

Criterios de Exclusión:

Se excluirán de este estudio todo el historial clínico de niños menores a ocho años y mayores de esta edad que presenten otras etiologías de insuficiencia respiratoria nasal.

Población o Universo:

La población de estudio representa un total de 118 pacientes mayores de ocho años con diagnóstico de deformidades del tabique nasal que según el MSP está constituida por grupos de edad morbilidad atendidos en consulta externa de otorrinolaringología del Hospital Verdi Cevallos Balda durante Diciembre del 2003 - Diciembre 2004.

Técnica para recolección de datos:

Se utilizara técnica secundaria: Historia clínica (ver anexo A)

Procesamiento de datos:

La ficha que se elaborará para la recolección de datos de la historia clínica, será probada aleatoriamente en 10 pacientes mayores de ocho años con diagnóstico de deformidades del tabique nasal atendidos en consulta externa de otorrinolaringología durante el transcurso del mes de junio del 2005, luego se aplicará para recabar datos del historial clínico en pacientes mayores de 8 años almacenados en el departamento de estadística del hospital Verdi Cevallos Balda.

Análisis de datos

Para el análisis se utilizará una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencias.

Tabulación

Se realizará primeramente en forma manual y se representará con el programa Excel.

Presentación de resultados

Se utilizara grafo-tablas (ver anexos).

Recursos Humanos

- Investigadores
- Médicos especialistas del área de estudio

Recursos Institucionales

- Hospital Verdi Cevallos Balda
- Universidad Técnica de Manabí
- Miembros del Tribunal
- Personal del departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos

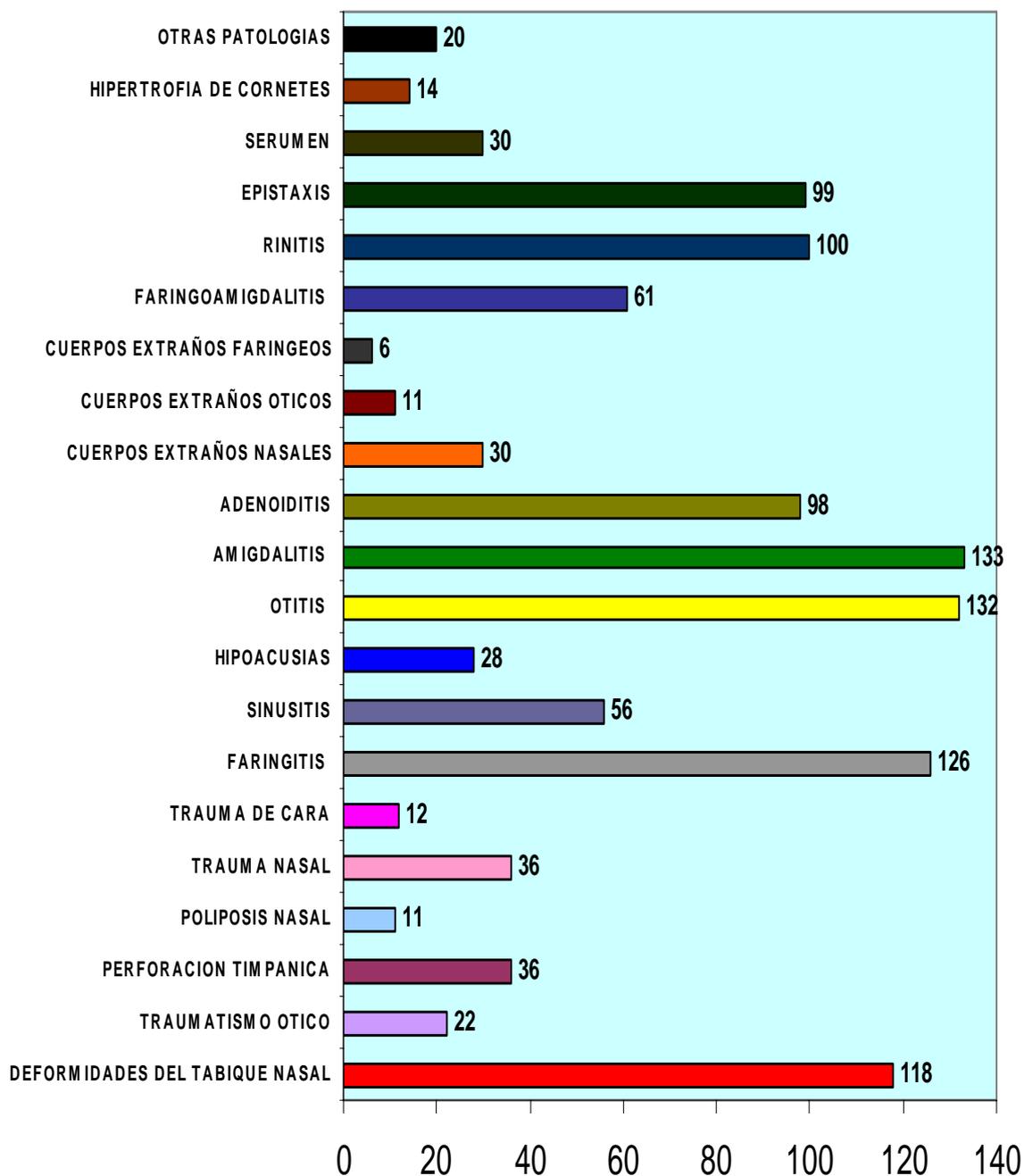
Recursos Materiales

- Computadora.
- Materiales de oficina.
- Historias Clínicas.
- Libros relacionados con el tema.
- Internet.
- Copias.
- Transporte.
- Otros.

XI. PRESENTACION DE RESULTADOS

GRAFITABLA N° 1

**DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL
DEACUERDO A PATOLOGIAS FRECUENTES EN CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE
2004**



PATOLOGIAS FRECUENTES ORL CONSULTA EXTERNA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Deformidad del tabique nasal	118	10%
Poliposis nasal	22	2%
Traumatismo ótico	36	3%
Perforación timpánica	11	1%
Trauma nasal	36	3%
Trauma de cara	12	1%
Faringitis	126	11%
Sinusitis	56	5%
Hipoacusias	28	2%
Otitis	132	11%
Amigdalitis	133	11%
Adenoiditis	98	8%
Cuerpos extraños nasales	30	3%
Cuerpos extraños óticos	11	1%
Cuerpos extraños faríngeos	6	1%
Faringoamigdalitis	61	5%
Rinitis	100	8%
epistaxis	99	8%
Serumen	30	3%
Hipertrofia de cornetes	14	1%
Otras patologías	20	2%
TOTAL	1179	100%

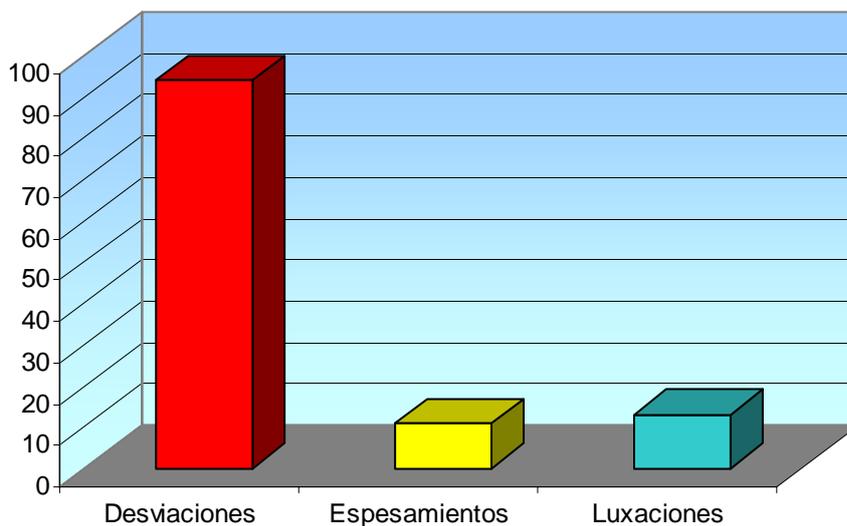
Fuente: Entrevista, historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 1179 pacientes que se analizaron, 118 casos presentaron deformidad del tabique nasal que representa el 10%.

GRAFITABLA N° 2

**DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL.
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE
2004**



DEFORMIDADES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Desviaciones	94	80%
Espesamientos	11	9%
Luxaciones	13	11%
TOTAL	118	100%

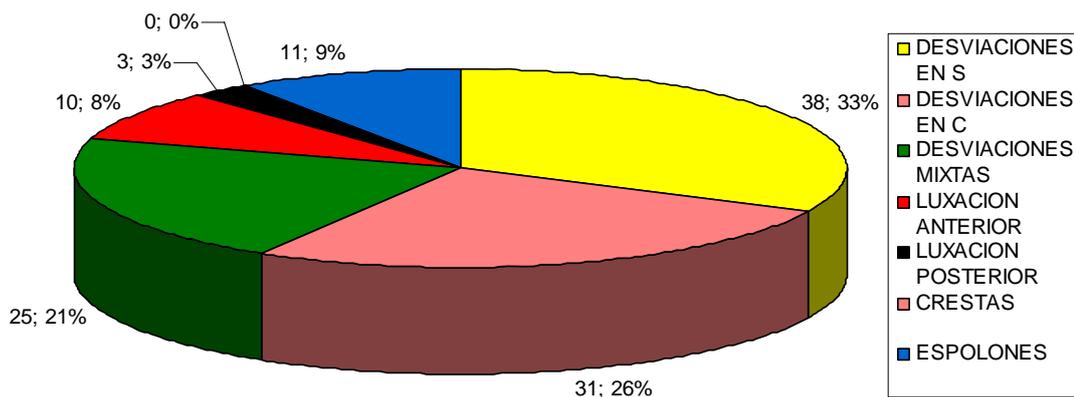
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se corresponde a desviaciones septales con 94 pacientes que corresponde al 80%.

GRAFITABLA N° 3

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DEFORMIDAD. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



DEFORMIDADES	NÚMEROS DE CASOS	PORCENTAJE
Desviaciones en S	38	33%
Desviaciones en C	31	26%
Desviaciones Mixtas	25	21%
Luxación Anterior	10	8%
Luxación Posterior	3	3%
Crestas	0	0%
Espolones	11	9%
TOTAL	118	100%

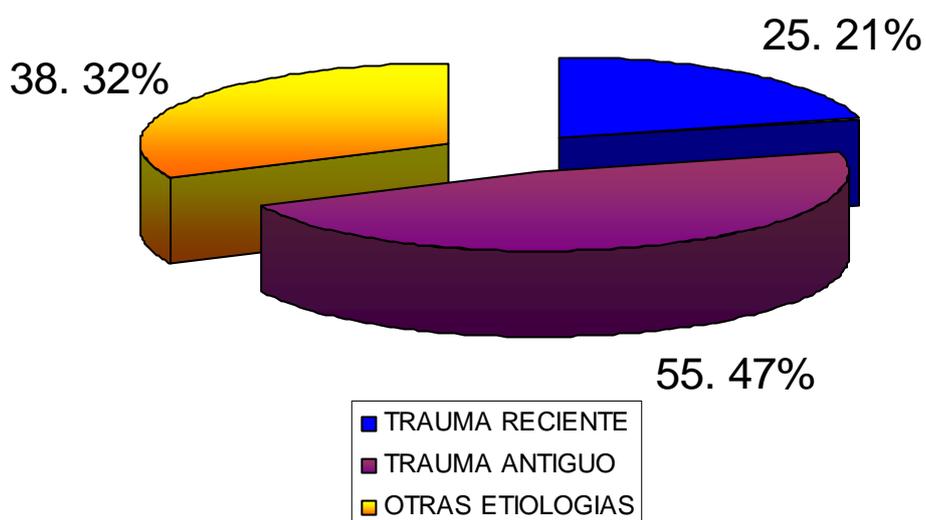
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se corresponde a desviaciones en S con 38 pacientes que corresponde al 33%.

GRAFITABLA N° 4

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR SU CAUSA. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



CAUSAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Trauma reciente	25	21%
Trauma antiguo	55	47%
Otras causas	38	32%
TOTAL	118	100%

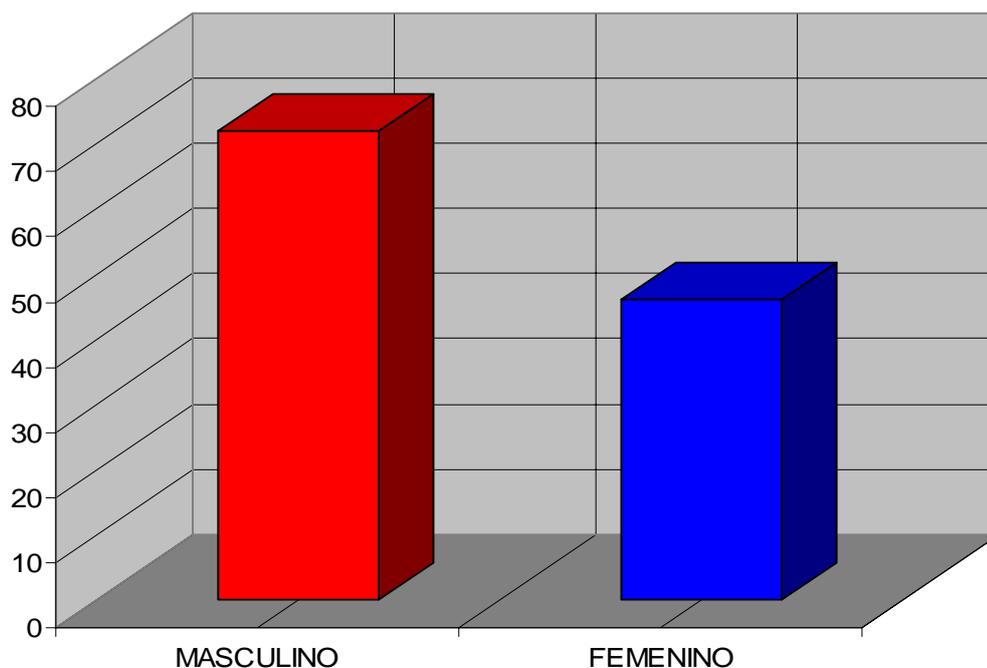
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se corresponde a trauma antiguo con 55 pacientes que corresponde al 47%.

GRAFITABLA N° 5

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR SEXO. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	72	61%
FEMENINO	46	39%
TOTAL	118	100%

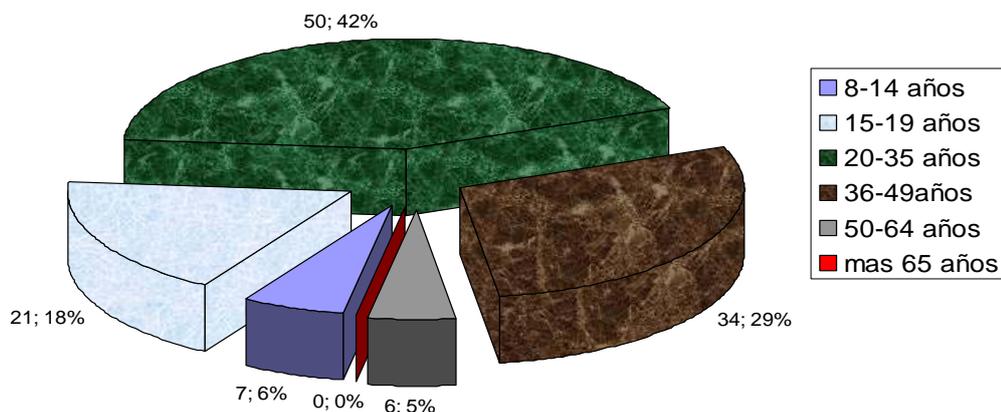
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos correspondió al sexo masculino con 72 pacientes que corresponde al 61%.

GRAFITABLA N° 6

DISTRIBUCION DE LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR EDADES. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



EDAD	NÚMEROS DE CASOS	PORCENTAJE
8-14 años	7	6 %
15-19 años	21	18 %
20-35 años	50	42 %
36-49 años	34	29 %
50 - 64 años	6	5 %
+ 65 Años	0	0 %
TOTAL	118	100%

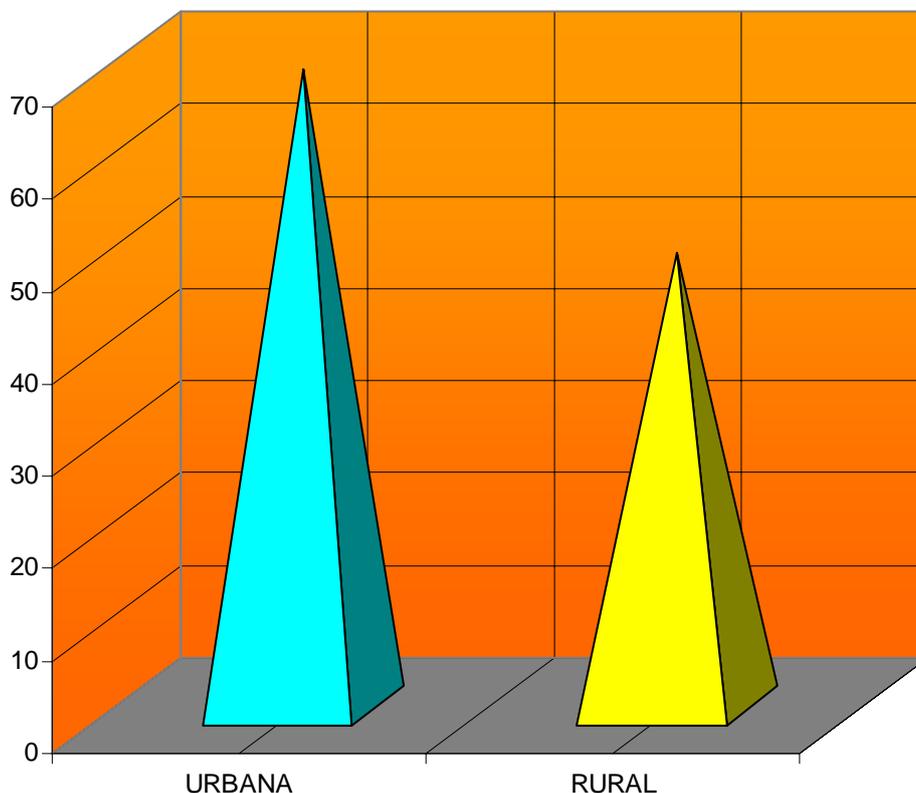
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos correspondió a la edad de 20 - 35 años correspondiente al 42% (50 pacientes).

GRAFITABLA N° 7

**DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR
PROCEDENCIA. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE
2003 – DICIEMBRE 2004**



PROCEDENCIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
URBANA	69	58%
RURAL	49	42%
TOTAL	118	100%

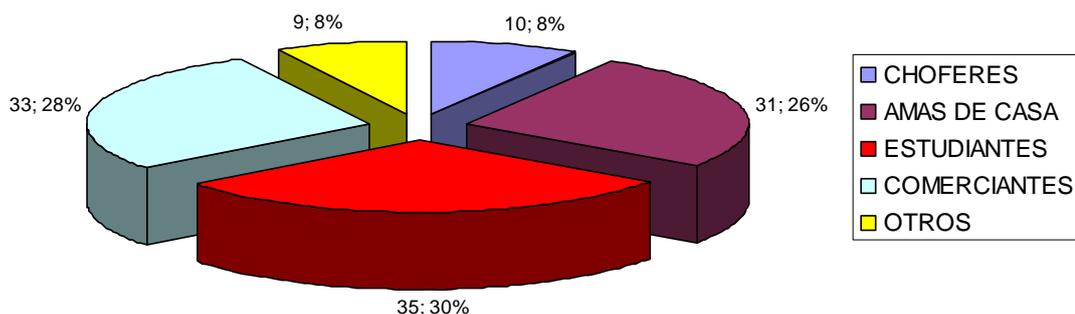
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se representa en la población urbana con 69 pacientes que corresponde al 58%.

GRAFITABLA N° 8

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR OCUPACION. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



OCUPACION	NÚMEROS DE CASOS	PORCENTAJE
Chóferes	10	8 %
Amas de casa	31	26 %
Estudiantes	35	30 %
Comerciantes	33	28 %
Otros	9	8 %
TOTAL	118	100%

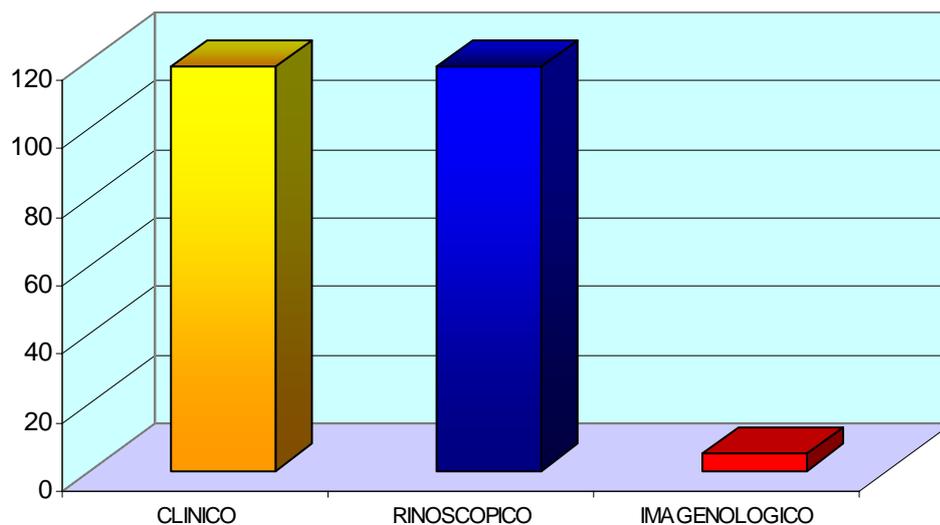
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se representa en la población estudiantil con 35 pacientes que corresponde al 30%.

GRAFITABLA N° 9

**DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL
DEACUERDO AL METODO DIAGNOSTICO EN CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE
2004**



METODO DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Clínico	118	100%
Rinoscópico	118	100%
Imagenológico	5	4.2%
TOTAL	118	100%

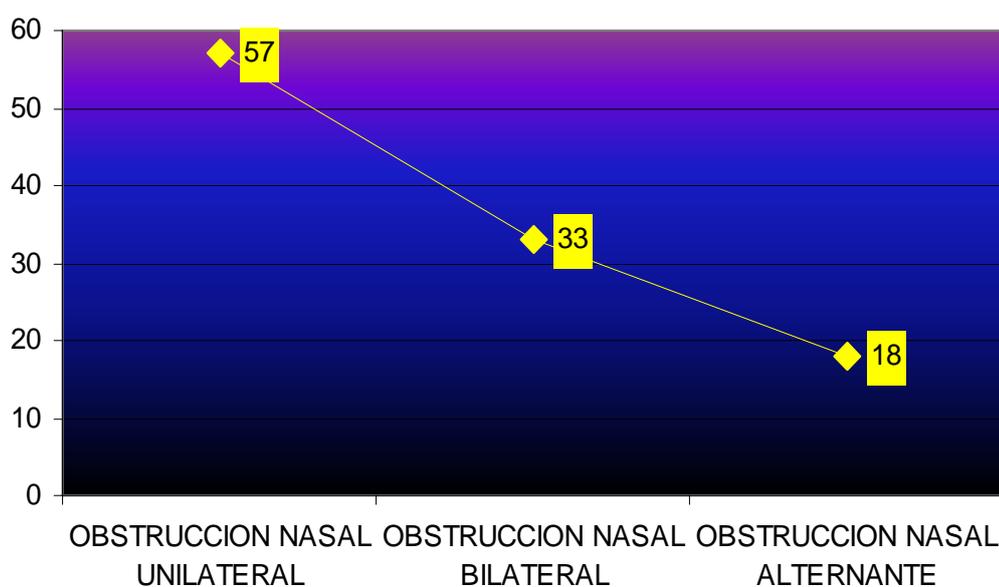
Fuente: Entrevista, historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, en todos los casos se utilizaron métodos clínicos y rinoscópicos para su diagnóstico lo que representa el 100%.

GRAFITABLA N° 10

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DIAGNOSTICO CLINICO OBSTRUCTIVO Y MOTIVO DE CONSULTA. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



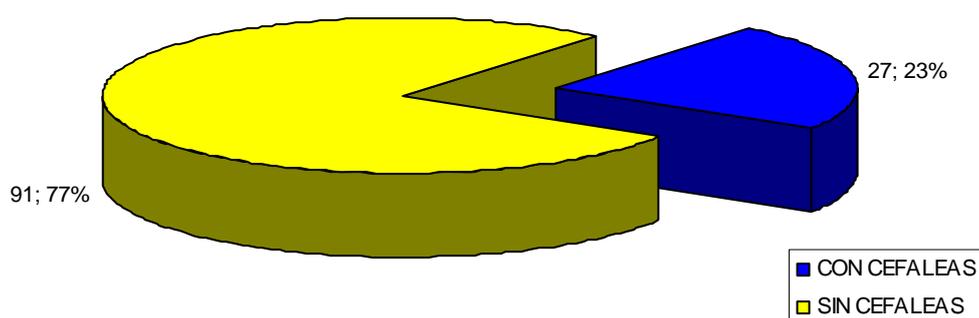
OBSTRUCCION NASAL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Unilateral	57	52%
Bilateral	33	31%
Alternante	18	17%
TOTAL	118	100%

Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.
Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos de obstrucción nasal es unilateral con 57 pacientes que corresponde al 52%.

GRAFITABLA N° 11

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DIAGNOSTICO CLINICO Y MOTIVO DE CONSULTA: CEFALEAS. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



CEFALEAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN CEFALEAS	91	77%
CON CEFALEAS	27	23%
TOTAL	118	100%

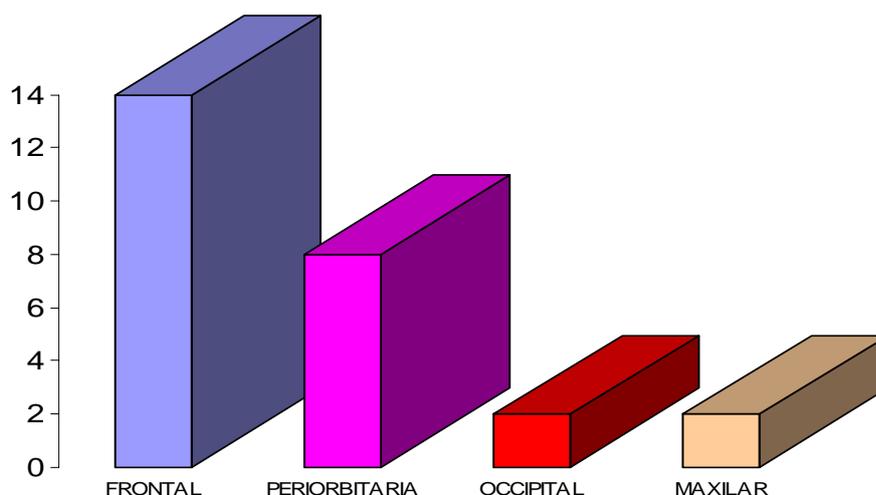
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se presentó sin cefaleas con 91 pacientes que corresponde al 77%.

GRAFITABLA N° 12

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DIAGNOSTICO CLINICO Y MOTIVO DE CONSULTA: TIPOS DE CEFALEAS. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



CEFALEAS	NÚMEROS DE CASOS	PORCENTAJE
Frontal	14	53 %
Periorbitaria	8	31 %
Occipital	2	8 %
Maxilar	2	8 %
TOTAL	27	100%

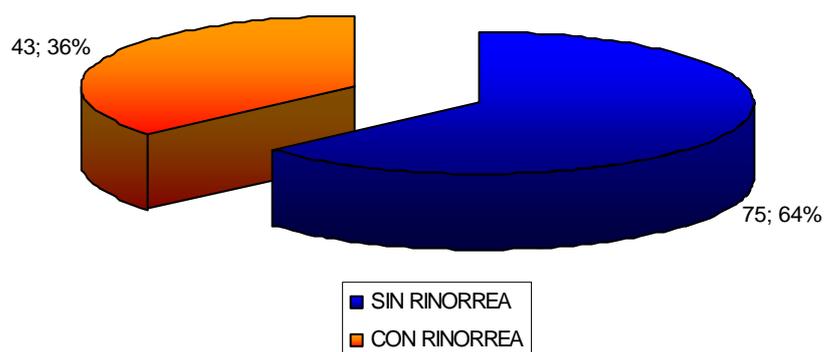
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 27 pacientes con cefaleas que se analizaron, el mayor porcentaje de casos presentó cefaleas frontales con 14 pacientes que corresponde al 53%

GRAFITABLA N° 13

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DIAGNOSTICO CLINICO Y MOTIVO DE CONSULTA: RINORREAS. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



RINORREA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CON RINORREA	43	36%
SIN RINORREA	75	64%
TOTAL	118	100%

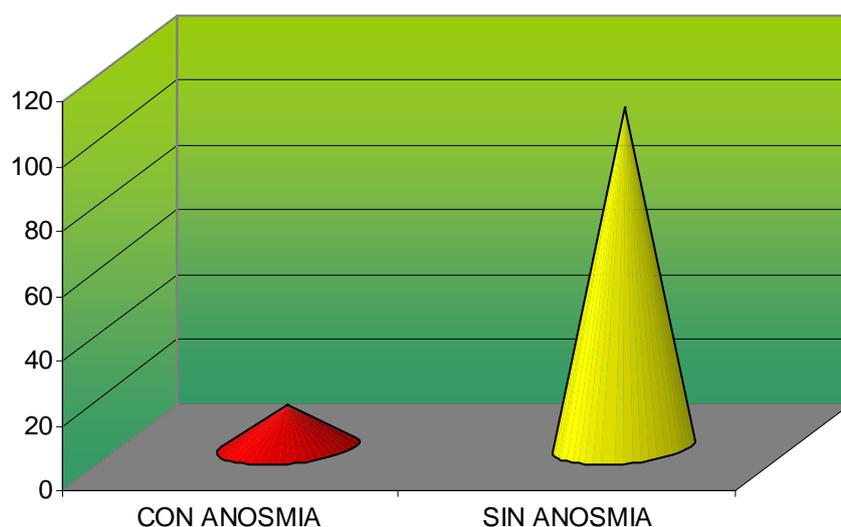
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se presentó sin rinorrea con 75 pacientes que corresponde al 64%.

GRAFITABLA N° 14

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DIAGNOSTICO CLINICO Y MOTIVO DE CONSULTA: ANOSMIA. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



ANOSMIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CON ANOSMIA	13	11%
SIN ANOSMIA	105	89%
TOTAL	118	100%

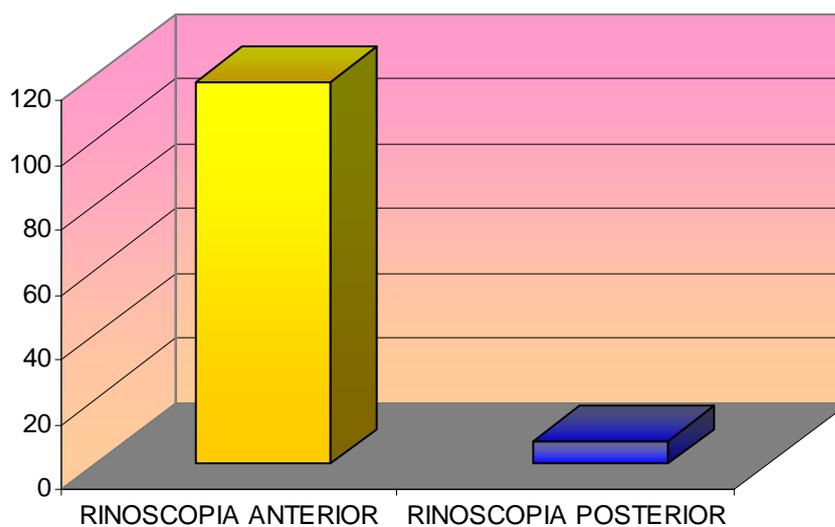
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se presentó sin anosmia con 105 pacientes que corresponde al 89%.

GRAFITABLA N° 15

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR DIAGNOSTICO RINOSCOPICO. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



RINOSCOPIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Rinoscopia anterior	118	100%
Rinoscopia posterior	7	6%
TOTAL	118	100%

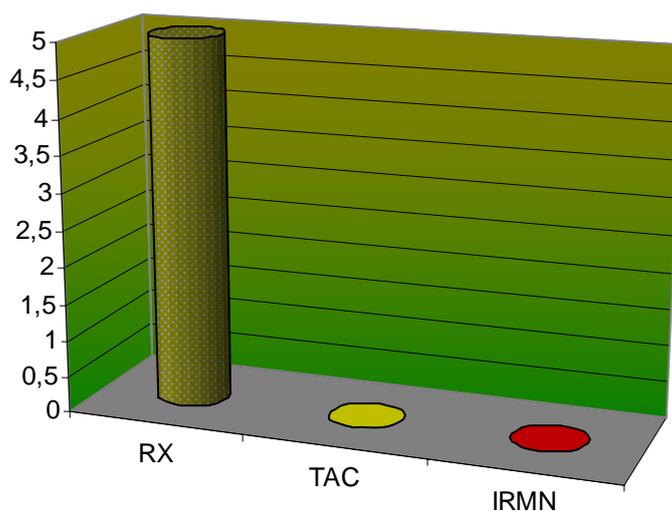
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se corresponde a Rinoscopia anterior en S con 118 pacientes que corresponde al 100%.

GRAFITABLA N° 16

**DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR
DIAGNOSTICO IMAGENOLOGICO. HOSPITAL VERDI CEVALLOS
BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004**



IMAGENES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Rayos x	5	4.2%
Tomografía axial computarizada	0	0%
Imagen de resonancia magnética nuclear	0	0%
TOTAL	5	4.2%

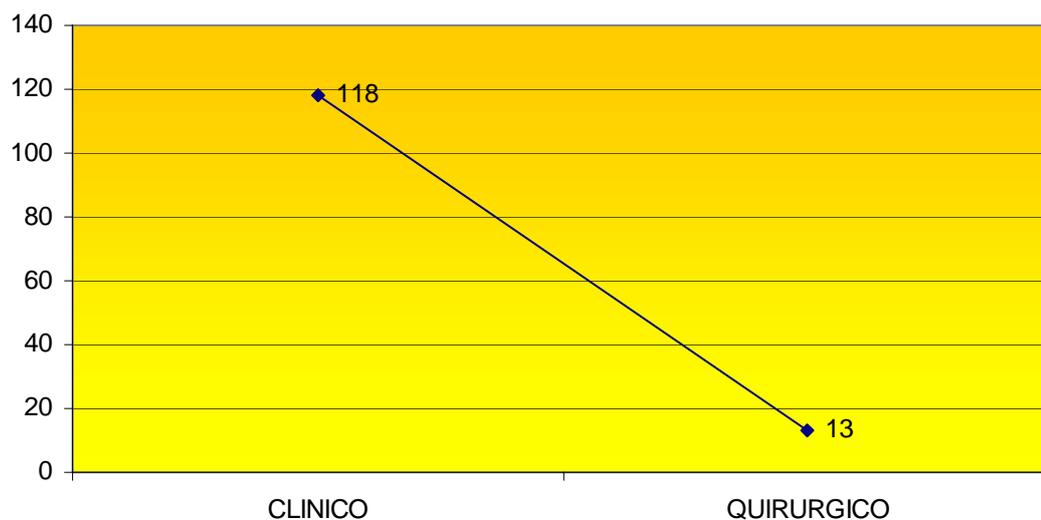
Fuente: Entrevista e historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 5 pacientes que se analizaron, el mayor porcentaje de casos se corresponde a Rayos x con 5 pacientes que corresponde al 4.2%.

GRAFITABLA N° 17

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR TRATAMIENTO. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



TRATAMIENTO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Clínico	118	100%
Quirúrgico	13	10%
TOTAL	118	100%

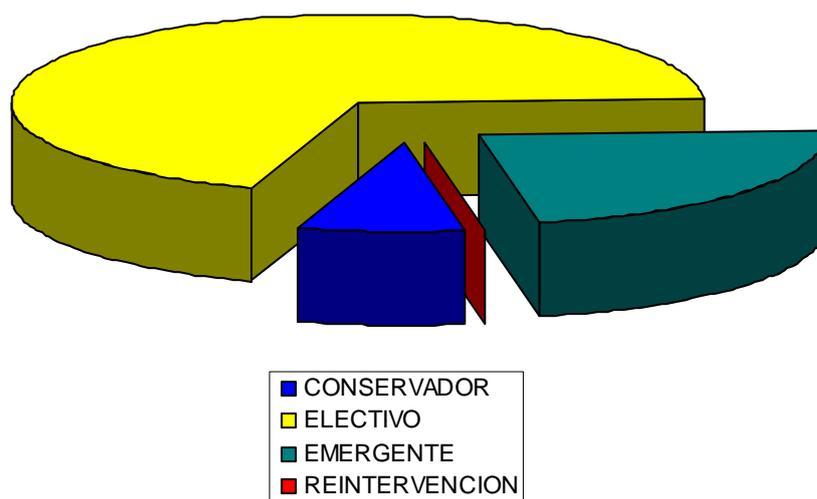
Fuente: Entrevista, historias clínicas y registro quirúrgico de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 118 pacientes que se analizaron, 13 casos se sometieron a tratamiento quirúrgico, que representa el 10%.

GRAFITABLA N° 18

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR TRATAMIENTO QUIRURGICO RECIBIDO. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



TRATAMIENTO QUIRURGICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Conservador	1	8%
Emergente	3	23%
Electivo	9	69%
Reintervención	0	0%
TOTAL	13	100%

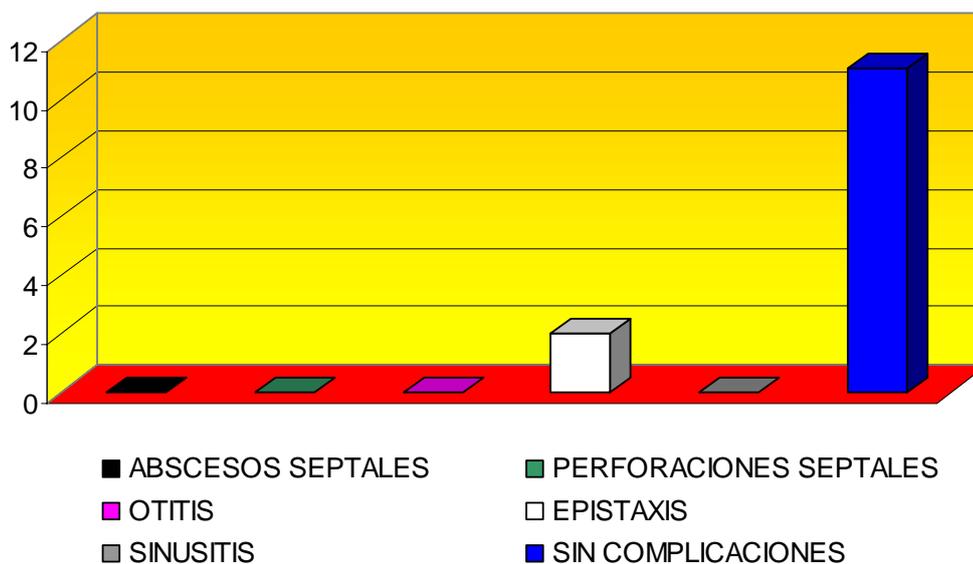
Fuente: Entrevista, historias clínicas y registro quirúrgico de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 13 pacientes que se analizaron, 9 casos se sometieron a tratamiento quirúrgico electivo, que representa el 69%.

GRAFITABLA N° 19

DISTRIBUCION DEL LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL POR COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2003 – DICIEMBRE 2004



COMPLICACIONES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Abscesos septales	0	0%
Otitis	0	0%
Sinusitis	0	0%
Perforaciones septales	0	0%
Epistaxis	2	15%
Sin complicaciones	11	85%
TOTAL	13	100%

Fuente: Entrevista, historias clínicas y registro quirúrgico de los pacientes atendidos en consulta externa de otorrinolaringología.

Elaborado: C Cedeño y L Macias.

De los 13 pacientes que se analizaron, 9 casos se sometieron a tratamiento quirúrgico electivo, que representa el 69%.

XII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se trató de un estudio descriptivo retrospectivo, cuya población quedó representada por 118 pacientes.

Este trabajo se realizó para poder establecer las principales causas etiológicas, reconocer cuál es la población más expuesta a presentar este problema, su correlación con las múltiples variables expuestas en este trabajo y su interpretación adecuada con base a los resultados descriptivos que se han podido demostrar, las cuales son:

De un total de 1179 pacientes otorrinolaringológicos que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, se observó que 118 pacientes corresponden a la patología en estudio que representa el 10% del total de patologías que acuden a consulta externa (GRAFITABLA N° 1); ocupando el 4 lugar como patología más frecuente con una Incidencia del 73.7% y una Prevalencia del 35,5%.

De los 118 pacientes se observó que la mayor deformidad de tabique nasal corresponde a desviaciones septales con 94 pacientes que representa el 80%, seguido de luxaciones con 13 casos que representan el 11% y espesamientos con 11 casos que representan el 9% (GRAFITABLA N° 2); cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España, estudio que fue utilizado como guía en el presente trabajo.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, el mayor porcentaje desviaciones correspondió a desviaciones en S con un total de 38 pacientes que representan el 33% (GRAFITABLA N° 3); cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, la causa mas frecuente de su deformidad septal se debió a traumatismo antiguo con 55 pacientes que representa el 47% del total. (GRAFITABLA N° 4), se observa que estas cifras difieren con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España en el que el 71% no recuerda su causa.

Por género, de los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, el mayor porcentaje corresponde a 72 hombres que representa el 61% (GRAFITABLA N° 5); cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, el mayor porcentaje se presentaron entre edades correspondientes de 20 a 35 años que representa el 42% del total de pacientes (GRAFITABLA N° 6), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto a la procedencia, el mayor porcentaje de pacientes correspondió a localización urbana con 69 pacientes que representan el 58 % de la población, (GRAFITABLA N° 7) cifras que no se demuestran en los estudios consultados sobre este trabajo.

En lo correspondiente a la ocupación, de los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, la mayor incidencia de deformidades septales se presenta en estudiantes (35 casos) que representan el 30% del total de la población (GRAFITABLA N° 8) cifras que no se demuestran en los estudios consultados sobre este trabajo.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, los métodos diagnósticos mas utilizados fueron el clínica y el rinoscópico utilizándose en la totalidad de pacientes (118 casos) representando el 100% (GRAFITABLA N° 9), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

En lo correspondiente al diagnostico clínico obstructivo y motivo de consulta, de los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, la mayor parte de pacientes presento obstrucción unilateral con 57 casos, que representan el 52 % (GRAFITABLA N° 10), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto al diagnostico clínico y motivo de consulta por cefaleas, se observo que la mayoría de pacientes no presentaron cefaleas con 91 casos que representan el 77 % (GRAFITABLA N° 11). De los pacientes que presentaron cefalea, la de mayor predominio fue la frontal, con 14 casos que representan el 53 % (GRAFITABLA N° 12), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto al diagnostico clínico y motivo de consulta por rinorreas se observo que la mayoría de lo pacientes no la presento (75 casos) que representan el 64% de los pacientes (GRAFITABLA N° 13), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto al diagnóstico clínico y motivo de consulta por anosmia, 105 pacientes no la presentaron que representa el 89% (GRAFITABLA N° 14), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto al diagnóstico rinoscópico, se realizó rinoscopia anterior en el total de los pacientes (118 casos) que representa el 100% (GRAFITABLA N° 15), cifras que concuerdan con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto al diagnóstico imagenológico, en 5 casos se utilizaron Rx que representa el 4,2 % (GRAFITABLA N° 16), cifras que difieren con el estudio realizado en el servicio de ORL. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España, en el cual el método más utilizado es la videoendoscopia.

De los 118 pacientes que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto al tratamiento recibido se observó que la totalidad de pacientes recibieron tratamiento clínico (100%) y en 13 pacientes se utilizó tratamiento quirúrgico que representa el 10% siendo la patología de mayor incidencia quirúrgica en el hospital Verdi Cevallos Balda. (GRAFITABLA N° 17).

De los 13 pacientes quirúrgicos que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, 9 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico electivo lo cual representa el 69% de los pacientes intervenidos por deformidades septales (GRAFITABLA N° 18).

De los 13 pacientes quirúrgicos que se analizaron en el Hospital Verdi Cevallos Balda del periodo de Diciembre del 2003 a Diciembre del 2004, en cuanto a sus complicaciones, se observó que 2 pacientes presentaron leves epistaxis posterior a la extracción de férulas nasales esto representan el 15% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente (GRAFITABLA N° 19) en tanto que 11 pacientes no presentaron complicaciones lo cual representa el 85%.

XIII. CONCLUSIONES

De acuerdo al presente estudio se determinó que la deformidad del tabique nasal es una patología con una alta incidencia y una baja prevalencia.

El estilo de vida es un factor importante que forma parte del marco epidemiológico de las deformidades del tabique nasal siendo su máxima causa los traumatismos nasales provocadas por conductas sociales en el que están inmersos el nivel cultural, accidentes ya sean estos de tránsito, laborales, el uso irresponsable de armas y otras manifestaciones de violencia.

El nivel cultural de los pacientes y la falta de preparación de médicos no especialistas en este campo condiciona que esta enfermedad no se diagnostique adecuadamente perpetuando su sintomatología y provocando complicaciones rinosinusales a largo plazo las cuales pueden prevenirse.

Se concluye que la etiología de esta patología no solo se debe a traumatismos ya sean estos antiguos o recientes, sino que existen múltiples factores tanto extrínsecos como intrínsecos que pueden producir alteración de la arquitectura de la pirámide nasal en diferentes etapas de la vida.

Se observó que la obstrucción nasal unilateral sin rinorrea el síntoma principal por el cual acuden los pacientes a consulta externa de otorrinolaringología y por el cual debido a su intensidad los pacientes deciden someterse al tratamiento quirúrgico, no siendo la única sintomatología observada para recurrir a este procedimiento, coincidiendo con estudios realizados acerca de esta patología en el exterior.

El método diagnóstico por excelencia en esta patología es el examen físico minucioso y adecuado, siendo usada principalmente la rinoscopia, que si es bien usada nos da el 100% del diagnóstico evitando que estas lesiones pasen desapercibidas, no teniendo que recurrir a otras técnicas imagenológicas las cuales no tienen importancia diagnóstica para esta patología lo cual ha sido demostrado en

este estudio, evitando gastos innecesarios las cuales se usaran solo cuando se sospeche de lesión ósea u ocupación de senos paranasales.

Una vez diagnosticada esta patología, el tratamiento más efectivo para poder contrarrestar su sintomatología es quirúrgico en el cual se recupera la armonía anatómica y fisiológica que debe existir, mejorando la calidad de vida en los pacientes, seguida de un cercano control por parte del especialista, ya que recordemos que el tabique tiene “memoria” y tiende en ocasiones a deformarse. En la edad infantil es importante valorar la posibilidad de realizar cirugía nasal, la cual si se lleva a cabo debe ser de tipo conservadora para evitar deformidades evidentes e importantes que se pueden dar a futuro por el crecimiento funcional y fisiológico de la arquitectura nasal.

En este estudio, en el tratamiento quirúrgico no se aprecian complicaciones de importancia que puedan poner en riesgo la vida el paciente, limitándose solamente a pequeños sangrados nasales posteriores a la extracción de los tapones nasales que generalmente son irrelevantes porque forma parte del proceso cicatrizal, demostrándose la efectividad de corrección de los defectos septales en manos especialistas.

XIV. RECOMENDACIONES

- El historial clínico debe aportar más datos sobre lesiones nasales en la infancia para estudios posteriores aun no realizados, además se recomienda que al momento de la consulta se realice una minuciosa historia clínica que sirva para ulteriores estudios y mejor seguimiento de los pacientes.
- Se debe implementar la protocolización de la atención inmediata de estos pacientes para tomar decisiones quirúrgicas inmediatas o posteriores y así evitar complicaciones tanto tempranas como tardías propias de esta patología.
- Se debe seguir un control posquirúrgico más cercano de los pacientes que han sido intervenido para poder modular esta función a los resultados obtenidos, y así evitar la necesidad de reintervenciones quirúrgicas que se pueden dar por el desequilibrio en la tensión y rigidez intrínseca del cartílago septal lo que conlleva a que este adquiera memoria en posiciones viciosas y rebeldes en otras oportunidades quirúrgicas.
- Se debe implementar en el servicio de consulta externa de otorrinolaringología métodos más sofisticados como el uso de videoendoscopia nasal como guía exploratoria, didáctica y diagnóstica, la cual será una valiosa herramienta para los especialistas la cual demostrará un uso ajustado de otras pruebas diagnósticas como son el uso de imágenes como TAC e IRMN.

XV. BIBLIOGRAFIA

A.G.D. Maran, P.M. Stell, OTORRINOLARINGOLOGÍA CLÍNICA, Editorial España, Edición Espaxs S.A, 1981

THOMPSON, Valentín, TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, Editorial Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1984

PAPARELLA, TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, Editorial panamericana, Argentina, 1994

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_v/indice.htm

<http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque5.htm>

www.paraqueestebien.com.mx/hombre/cabeza/nariz/nariz10.htm

www.trejos.com/ENT/TabiqueNasal.stm

healthinfo.healthgate.com/print.aspx

sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/.../archivos PDF/8TabiqueNasal.pdf

<http://www.seorl.org>

<http://www.svorl.org/>

<http://www.orlevidencia.org/>

www.svorl.org.ve/home_frame.htm

<http://www.galenored.com/sborl>

<http://www.saorl.org/>

<http://www.sborl.org.br/>

[www.alfinal.com/orl/insuficienciasalinos.shtml - 30k](http://www.alfinal.com/orl/insuficienciasalinos.shtml)

[www.alfinal.com/orl/insuficienciasal.shtml - 29k](http://www.alfinal.com/orl/insuficienciasal.shtml)

<http://www.cechin.com.ar/rinodebitomanometria.asp>

<http://www.cechin.com.ar/traumatismo-nasal-art.asp>

<http://www.cechin.com.ar/Rinofibrolaringoscopia.asp>

[www.cechin.com.ar/nariz-tapada.asp - 17k](http://www.cechin.com.ar/nariz-tapada.asp)

<http://www.sinfomed.org.ar/mains/infopaci/senos1.htm>

http://www.davila.cl/ambulatorios/patologias_nariz_desviaciones.asp

<http://www.canal-h.net/webs/sgonzalez002/Medinterna/RESPIRATORIA.htm>

ANEXOS

ANEXO A

**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**Factores que predisponen Deformidades del Tabique Nasal en pacientes
mayores de 8 años atendidos en Consulta Externa de Otorrinolaringología del
Hospital Verdi Cevallos Balda desde
diciembre del 2003 a diciembre del 2004**

HISTORIA CLINICA N:

GRUPOS DE EDAD-MORBILIDAD:

***8-14 AÑOS**

***15-19 AÑOS**

***20-35 AÑOS**

***36-49 AÑOS**

***50-64 AÑOS**

***+ 65 AÑOS**

Consulta: Inicial

Subsiguiente

Ocupación:

Estudiantes

Amas de casa

Comerciantes

Chóferes

Otros

SEXO: Masculino

Femenino

PROCEDENCIA: Urbana

Rural

SINTOMAS:

Obstrucción Nasal Unilateral

Obstrucción nasal Bilateral

Obstrucción Nasal alternante

Sin Cefaleas

Con cefaleas

Cefalea frontal

Cefalea periorbitaria

Cefalea occipital

Cefalea maxilar

Con anosmia

Sin anosmia

Con rinorrea

Sin rinorrea

DIAGNOSTICO:

CAUSAS:

Traumatismo nasal reciente

Traumatismo nasal antiguo

Otras causas:

Etiología desconocida:

Rinoscopia Anterior

Rinoscopia Posterior

RX

TAC

IRM

TRATAMIENTO RECIBIDO: CLINICO:

QUIRURGICO:

Conservador

Emergente

Electivo

Reintervención

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Abscesos septales

Perforaciones septales

Otitis

Sinusitis

Epistaxis

Sin complicaciones



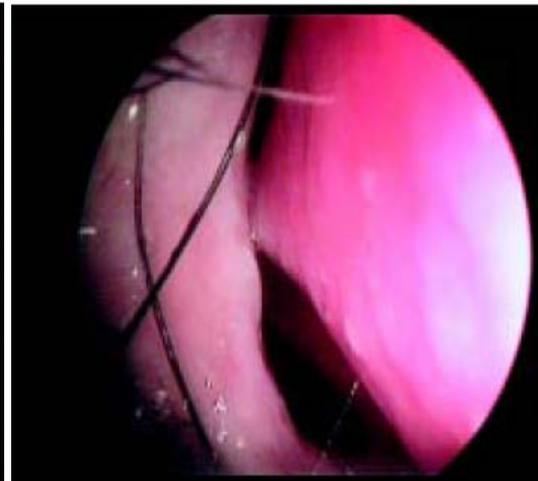
Desviación septal



Desviación septal e hipertrofia de cornetes.



Perforación septal.



Desviación septal.



Desviación septal.



Desviación septal izquierda, pólipo y secreción meatal.



Desviación septal.



Tac: Desviación septal.



Laterorrinia



Tac: Desviación septal