

Sesión del día de 17 de enero de 1973

DEFORMIDADES SEPTO NASALES EN LA INFANCIA

J. FARRÉ SOSTRES

Las deformidades que estudiamos se refieren a las modificaciones que tanto en el curso del desarrollo como por causas traumáticas, alteran las estructuras cartilagosas nasales. Para su valoración hay que recordar los caracteres de rápida evolución, ya en las últimas semanas del embrión como la futura configuración facial del niño. En efecto: el tabique aparece ya a las 10 semanas del desarrollo en la cápsula cartilaginosa. Este tabique crece a la par del paladar de forma que en el embrión de 40 mm. parecen unidos los mamelones palatinos con el borde inferior del tabique. Antes de los 2 meses está determinada la forma de las fosas nasales y del paladar, precisamente por el grado de crecimiento descendente del tabique al unirse éste con las apófisis palatinas. Del 2.º al 3.º mes del desarrollo en que aparece (fig. 1) el tabique ya se han podido demostrar desviaciones del mismo. En este momento existe un núcleo de osificación del vómer. Más tarde aparece el centro de osificación de la lámina perpendicular del etmoides. Así, pues, las futuras suturas osteocartilagosas son centros de desarrollo, que hay que tener en cuenta en el futuro. ¿Cómo se desenvuelve el crecimiento del resto de estructuras alrededor? Los datos embriológicos, su precocidad, los puntos iniciales de osificación, demuestran su papel decisivo porque actúa de línea de soldadura epifisaria para todo el resto de esqueleto facial (porción superior de la cara). Este punto clave debemos retenerlo para el estudio de estas deformidades, sobre todo en la discusión de una decisión quirúrgica. El crecimiento del tabique en el niño determina la configuración de la cara hasta los 3 años. Hacia finales de esta edad se fusiona la citada lámina etmoidal con el etmoides anterior, determinando la parte superior nasal. A partir de esta edad la actividad de las zonas de crecimiento a costa de las suturas va disminuyendo desde esta edad hasta el primer decenio.

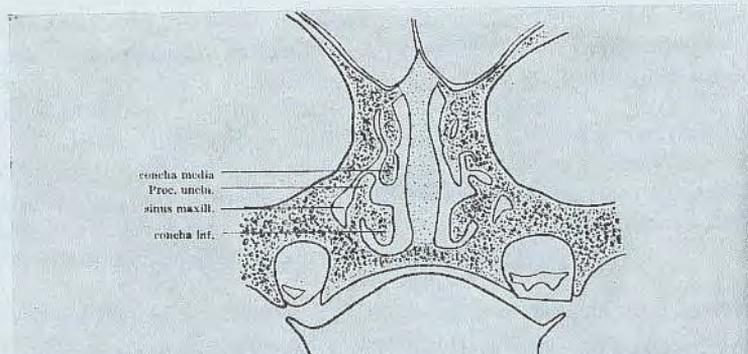


FIG. 109.—Corte frontal a través de las fosas nasales de un niño de dos meses (según SYMINGTON). Las paredes nasales se encuentra osificadas con excepción de la lámina media del etmoides y del tabique. Obsérvese la altura relativamente grande de la zona interorbitaria (etmoidal) de la nariz en relación con la poca altura de la zona maxilar (tomado de PETER, 1913).

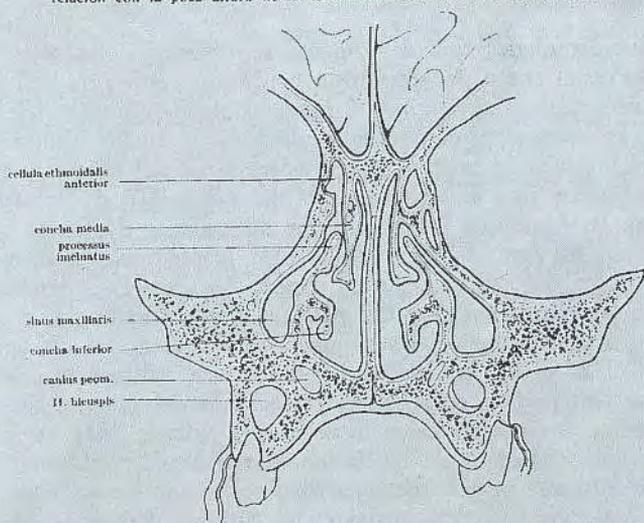


FIG. 110.—Corte frontal a través de la nariz de un niño de 5-6 años (según SYMINGTON). Las fosas nasales han ganado en altura debido al crecimiento del componente maxilar. La zona interorbitaria de las paredes nasales se encuentra osificada (tomado de PETER, 1913).

FIG. 1. — Cortes frontales de las fosas nasales.

En resumen la osificación del tabique, lo que constituye tabique posterior, termina alrededor de los 7 años, en tanto que el desarrollo de todo en conjunto (a pesar de su polimorfismo estructural) se prolonga después de los 12 a 13 años. Debemos citar el resto de pirámide nasal cuyo crecimiento óseo está sujeto a presiones continuas de las áreas

frontales y del paladar, ambas en sentido opuesto. Tenemos una diferencia por cuanto el crecimiento no es el mismo para estas formaciones óseas que las cartilagosas. Se puede discutir las causas de este crecimiento; el crecimiento facial en dirección antero-inferior del maxilar; en fin, nuevos conceptos apoyando la idea clásica de que el séptum crece más rápidamente que los huesos de alrededor. Lo cierto es que el tabique se ve constreñido y sufre con frecuencia deformidades, muchas veces traumáticas desapercibidas por su complejo desarrollo que le crean una labilidad especial. En fin, no deben olvidarse causas genéticas, que con los trabajos de SALINGER, SCHWARTZ y FUCHS, quieren demostrar que la morfología septal es debida a una forma de origen por así decirlo, actuando sobre ello unos factores secundarios entre los que destacan los microtraumatismos en la infancia e incluso el obstétrico.

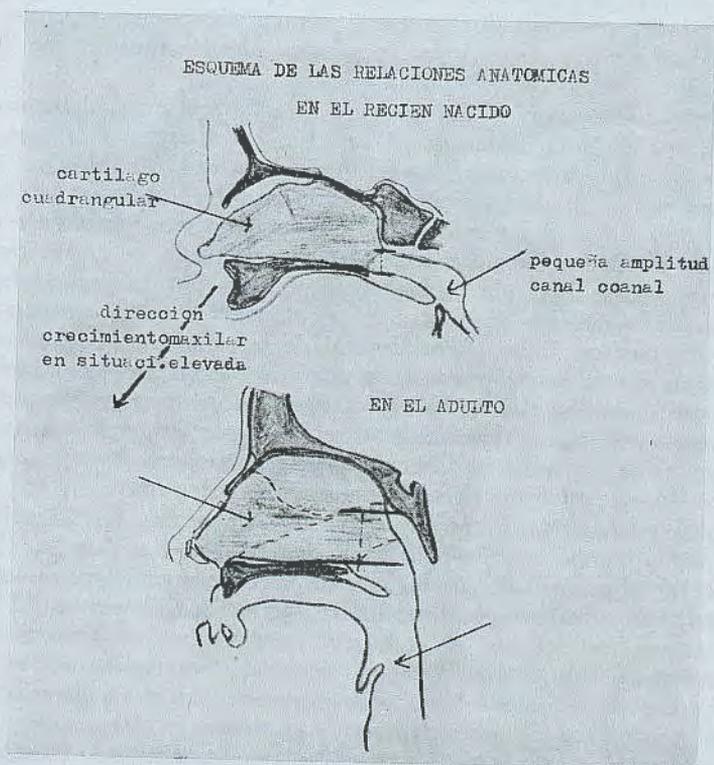


Fig. 2. — Relaciones anatómicas de las fosas nasales

FISIOLOGISMO NASAL Y TIPOS DE DEFORMIDADES. — En el niño antes del año la estrechez del conducto nasofaríngeo (fig. 2) compromete en ocasiones la respiración (no olvidemos que en el lactante es obligada la respiración nasal). Sólo hay que observar la oblicuidad de la faringe. Sin embargo, como podemos apreciar en el niño de dos años, este canal es muy corto y la separación con las estructuras eréctiles, los cornetes, no justificaría en estos casos de rinitis recidivantes, la explicación de encrucijada, salvando claro está los problemas infectivos, inmunitarios, etcétera, de la patología. Es por ello que nos ha llamado la atención la frecuente aparición de malformaciones nasales que pueden aportar un dato más al de las rinitis recidivantes. Todos conocemos estos casos, en que el otorrino, no aprecia más que unas fosas más o menos secretantes, a veces el niño ya ha sido adenoidectomizado, incluso más de una vez. La exploración con un vasoconstrictor; otras veces por medio de un catéter semirrígido a modo de sonda permite explorar estos niños. En otros casos la práctica de radiografías, sobre todo en la proyección de Grosserez, que individualiza estas estructuras, permite apreciar las desviaciones a partir de un luxación precoz; una fractura del pie, desapercibida.

Refiriéndonos ahora a los tipos de estas alteraciones, debemos establecer una división de las estructuras nasales. COTTLE establece una clasificación muy funcional de las fosas nasales, localizándose todo este tipo de deformidades en ellas, de forma que es útil para la cirugía nasal. En el niño, al ser esta muy limitada, podemos simplificar estableciendo un límite imaginario vertical que va desde la sutura frontonasal por arriba, hasta la espina nasal anterior por la parte inferior. Quedan deformidades anteriores y posteriores y un tercer tipo de casos intermedios. En un corte frontal de la pirámide se aprecian las diferencias que la lesión puede crear según sea en una u otra, debido a que intervienen las alas nasales y cartílagos correspondientes (fig. 3), formándose el estrecho vestíbulo nasal de tanta importancia para la explicación de algunas insuficiencias respiratorias, puesto que no hay que olvidar su papel valvular.

En la *exploración sistemática de 358 niños desde los 12 meses a los 6 años*, hemos estudiado la contingencia de estos defectos. Podemos ver en el esquema I que algunas de las deformidades se repiten en los tres tipos. Entre las deformidades anteriores (23 casos; 52,2 %) encontramos las del pie del tabique, engrosamientos, algunas veces bilaterales, los subtabiques y válvula cerrada, siendo estos dos últimos los que han dado junto a los abombamientos a partir de luxaciones el mayor contingente de insuficiencias respiratorias.

Las posteriores, suman 13 casos (29,5 %) encontrando crestas, engrosamientos y deformidades cartílago etmoidales. En cuanto a las for-

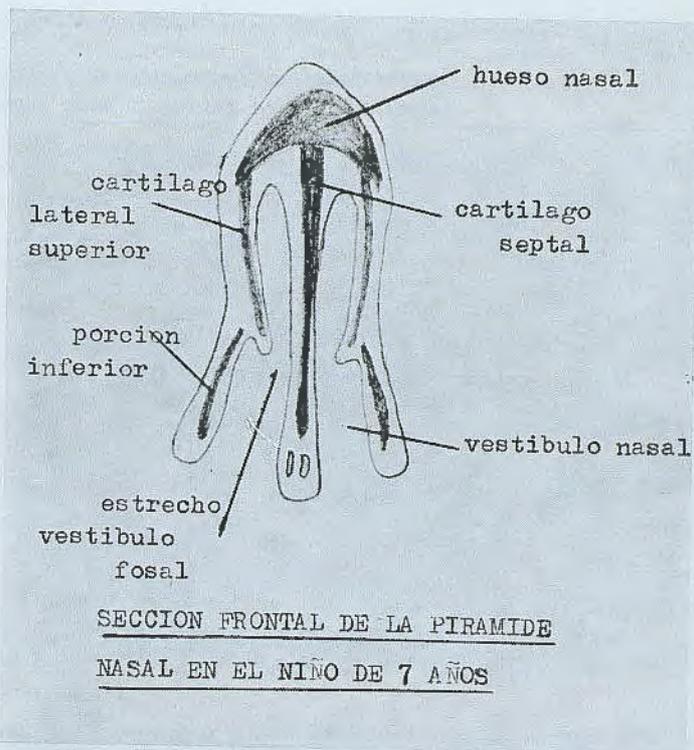


Fig. 3

mas mixtas (8 casos; 18 %) son crestas, deformidades en el cartílago cuadrangular zona vomeriana. Hay que destacar la mayor proporción de deformidades anteriores, que se presta a discutir las indicaciones quirúrgicas. Hay que hacer constar (como se puede ver en el esquema II) que hay una serie de deformidades no valoradas y que los casos de insuficiencia verdadera alcanza un 1 % del total solamente; sin embargo, la deformidad estética suele ir acompañada de la septal y es entonces cuando alcanza todo su valor esta insuficiencia al hacer la indicación terapéutica. En Estados Unidos se ha valorado mucho el aspecto psíquico.

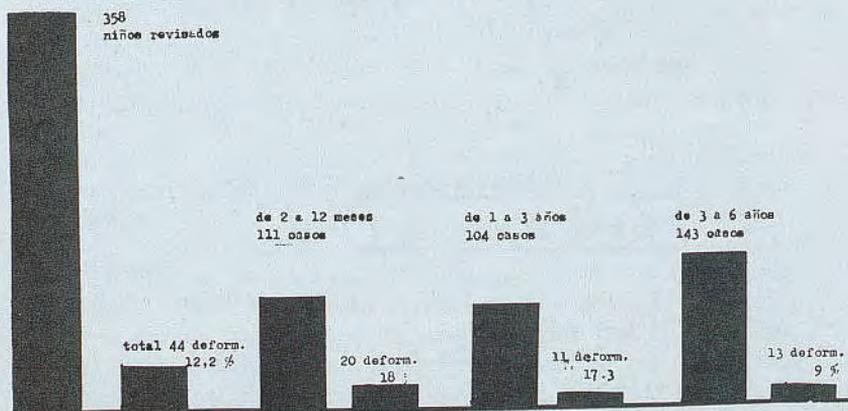
En este esquema vemos que las desviaciones más frecuentes aparecen en los 12 primeros meses de la vida. A partir de los 4 años son más frecuentes en el sexo masculino. En cuanto a las deformidades que calificamos de importantes, aunque sean de un solo lado, son del 18 % en los 12 primeros meses (ya hablaremos de luxaciones del recién na-

ESQUEMA I. — *Deformidades septales en niños de 1 a 6 años.*

Casos	Edad	deformidades importantes	deformidades no valoradas	modificaciones lado izquierdo
111	hasta 12 m.	20	21	21
104	hasta 3 años	11	24	18
143	hasta 6 años	13	15	11
358		44	60	50

INSTITUTO DE PUERICULTURA

DEFORMIDADES SEPTO-NASALES EN LA INFANCIA



ESQUEMA II. — *Tipos de deformidades más frecuentes.*

23 anteriores (52,2 %)	13 posteriores (29,5 %)	8 mixtas (18 %)
— pie del tabique	— crestas	— crestas
— engrosamiento	— engrosamientos	— def. cart-vom.
— subtabique	— deform. cart-etm.	— engrosamientos
— válvula cerrada		
.....		
más frecuentes hasta los 12 meses	algo más frecuentes en los primeros meses	repartidas por igual

cido, que a veces cursan espontáneamente favorables); hasta los 3 años dan un 10 %, en tanto que en los niños hasta los 6 años dan un 9 %. También constan la alta proporción de deformidades del lado izquierdo.

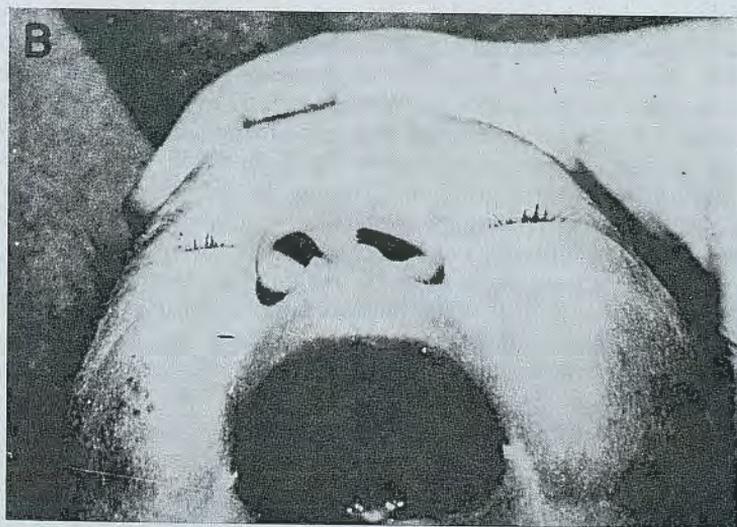
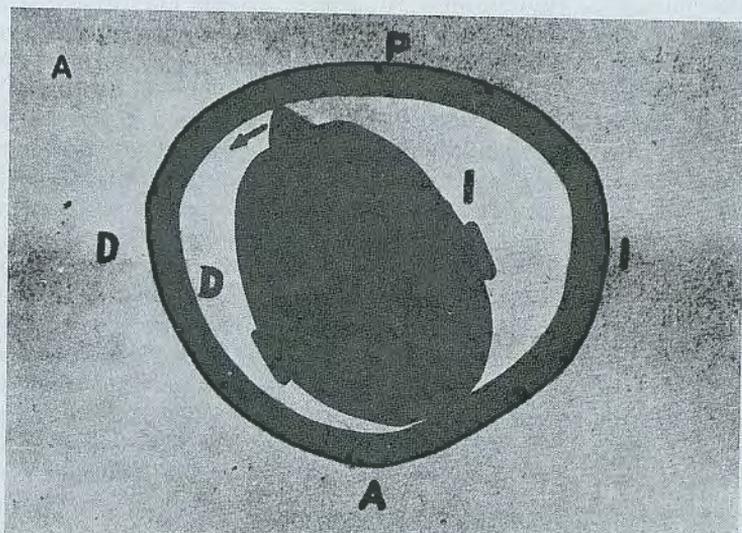


FIG. 4

Hemos mencionado las luxaciones y traumatismos que causan fracturas incompletas del pie del tabique. Son muy frecuentes en la infancia como las de Jarjaway, con todas sus variedades. Las clásicas de Huet, en ángulo, como las de Chavelet, más frecuentes en el niño mayor. No citamos los traumas que han provocado una deformidad importante de la pirámide; nos referimos a las que se encuentran en traumas poco importantes que incluso pueden confundirse con desviaciones durante el desarrollo. En algunos casos el estudio radiológico, en los niños a partir de los 3 ó 4 años ha podido decidir este problema diagnóstico, que tiene el mayor interés para la decisión de su intervención, siempre en casos en que la deformidad por el desarrollo posterior sigue su evolución obstructiva (en el adulto llegan a frecuentes obstrucciones). No hay tantas divergencias si el criterio es sobre la reposición o una resección parcial, puesto que recordando que la sutura condroretmoidal debe respetarse y la especial anatomía del pie del tabique, permite maniobras, siempre que el campo lo permita, que a partir de los 6 a 8 años incluso en manos de algunos son rinoplastias completas, puesto que la reposición es más completa, sin practicarse resecciones, sólo en el caso de crestas importantes. He recogido datos de un rapport de algunos hospitales norteamericanos de hace 10 años sobre la edad en que practican dichas intervenciones. El desacuerdo reflejaba la relativa dificultad, pero está en la tónica de practicarlas de los 5 a los 8 años, para algunos a partir de los 12 años.

Finalmente, citemos brevemente las luxaciones del recién nacido. Son debidas al mecanismo del parto. Son muy frecuentes y aunque hemos leído estadísticas de un 7 % de los partos, nosotros sólo lo vemos en la Maternidad Provincial de Barcelona en un 4 %. Generalmente se dejan evolucionar espontáneamente. Si es aparente se aprecia una parte del tabique antero inferior prominente en la fosa del lado opuesto en que aparece la desviación de la luxación (el izquierdo en gran proporción). Se explica por el hecho de que existe una incidencia del 80 % de presentaciones obstétricas en occipito-anterior-izquierda (fig. 4), lo que provoca una rotación de la cara en el momento del parto, teniendo en cuenta que el eje mayor fetal es el occipito-nasal. Se ha querido incriminar otras deformidades al sufrimiento fetal en los partos complicados. Hemos revisado las historias de los casos en que este dato podría tener un interés: el valor «Agpar», que indica el sufrimiento fetal en estos casos, ha sido normal, así como la historia del parto. Quizás en una revisión más extensa podría darse.

En resumen, si debemos hacer unas conclusiones finales destacaríamos en primer lugar el interés de pensar en estas desviaciones, recordando que la elasticidad de las estructuras cartilaginosas del niño hacen posibles estas fracturas. Que después de la experiencia de los rinólogos

deben revisarse los conceptos estáticos que limitaban esta cirugía hasta los clásicos 14 y hasta 17 años, sin limitación. Finalmente, la importancia del diagnóstico precoz, sobre todo en las luxaciones recientes para su reposición inmediata. No olvidemos que muchos defectos con laboriosas intervenciones (casos de Dish-face) en el adulto tienen este origen. La intervención con mayores dificultades ha sido retrasada durante varios años.