

## Síndrome de Obstrucción Nasal

José M<sup>a</sup> Ortiz Céspedes\*

### Definición:

Son causantes de obstrucción nasal todas aquellas lesiones de orden anatómico, alérgico, fisiológico, tóxico, infeccioso, etc. capaces de impedir el pasaje del aire a través de las fosas nasales abiertas gracias a su esqueleto osteocartilaginoso y a los músculos los recubren, y a que dicha corriente no llene regularmente las funciones respiratorias y olfatorias, trayendo como consecuencia una serie de trastornos locales y a distancia. Hagamos un ligero repaso anatómico, para mejor comprensión de las líneas que siguen. La nariz consta de dos conductos de forma irregular, las fosas nasales, terminadas hacia atrás por un orificio ovalar las coanas y adelante por dos orificios de forma triangular, una pared inferior o piso, una región superior o bóveda, una pared interna formada por la línea vertical interpuesta entre las dos fosas nasales, llamada el Septum o Tabique y una pared externa que presenta tres elevaciones en forma de crestas, llamados los **Cornetes**, éstos son en número de tres, medio, inferior, superior, delimitando cada uno entre ellos y la pared nasal externa, un espacio llamado **Meato**, que se denomina respectivamente superior, medio e inferior. En el Meato superior desembocan las celdas etmoides posteriores. En el Meato medio, se encuentran los orificios de los sinus maxilares, de los frontales y de las celdas etmoidales anteriores. Finalmente en el meato inferior se abre el orificio inferior del canal lagrimal. Todos estos órganos están tapizados por una mucosa pituitaria, que presenta dos porciones diferentes: una **zona olfatoria** de color amarillento oscuro limitada a una parte estrecha y superior a partir del borde de inserción del cornete medio, la otra, **zona respiratoria** de color rosado, tapizando la parte inferior del resto de las fosas nasales, en una mucosa rica en nervios, vasos, glándulas y elementos simpáticos. Las fosas nasales comunican ampliamente con la faringe y por lo tanto con el corredor aéreo digestivo; de ahí que el gusto y el olfato sean fisiológicamente solidarios. Recordemos que en el nasofaringeo se encuentra en el orificio faringeo de la trompa de Eustaquio. De todo lo expuesto anteriormente vemos que el rol fisiológico de las fosas nasales es amplísimo; como lo veremos a continuación.

### SINTOMATOLOGIA:

Cuando la obstrucción nasal es completa o casi, los trastornos son múltiples y a veces de tal excentricidad, que sólo el especialista acostumbrado al interrogatorio completo de estos pacientes no se extraña ya de ellos.

**TRASTORNOS RESPIRATORIOS:** La imposibilidad de respirar bien, hace que estos pacientes inspiren por la boca tomando un aire cuyas condiciones de calor, pureza y humedad faltan. De ahí resulta una mayor frecuencia de infecciones agudas y crónicas de la faringe, laringe y tráquea, y un mal funcionamiento del sistema Broncopulmonar. localmente, son "acatarrados" crónicos con estornudos frecuentes y cotidianos, en suma, esclavos del pañuelo.

\* Jefe del Servicio de Otorrinolaringología Hospital de la Caja Costarricense del Seguro Social.

**TRASTORNOS OLFATIVOS:** Naturalmente, hay un grado más o menos avanzado de anosmia o pérdida del olfato o perversiones de ese sentido.

**FONACION:** Siendo las cavidades y no faríngeas órganos de resonancia para los sonidos, la supresión funcional de ellas trae trastornos de la voz conocida generalmente con el nombre de Rinolalia o corrientemente "voz gangosa", tan frecuente en el niño como en el adulto.

**APARATO AUDITIVO:** Vimos anteriormente la vecindad de la trompa de Eustaquio con la extremidad posterior del Cornete inferior y de la Amígdala faríngea; fácilmente se comprenderá que toda obstrucción causada por estos órganos va a repercutir en los oídos: esas son las Otitis Congestivas, con sus dolores lancinantes tan frecuentes en los niños portadores de vegetaciones adenoideas.

**APARATO LAGRIMAL:** Y que decir de los trastornos oculares consistentes en epifora o lagrimeo constante y de las conjuntivitis catarrales, tan penosas debidas a la compresión del canal lagrimal y a la septicidad del meato inferior.

**GARGANTA:** En el lactante, la alimentación se vuelve difícil, pues la dificultad lo obliga a dejar el seno para no asfixiarse; en el adulto, anginas a repetición, faringitis granulosas, sensación desagradable de sequedad en la garganta por las mañanas, debido a la inspiración durante la noche de aire impuro y frío por la boca; hay quienes se quejan de cuerpo extraño en las mañanas.

**TRASTORNOS NERVIOSOS Y PSIQUICOS:** Los trastornos nerviosos son verdaderamente impresionantes; estos pacientes se presentan en un estado de depresión mental o aprosexia, deplorable. Se quejan de la disminución de la inteligencia, pérdida de la memoria y un estado de irritabilidad exagerada, siendo estos síntomas casi patognomónicos en la obstrucción nasal en el adulto. Acompañando esta triada se quejan de insomnio, cefaleas, sensación de casco sobre la cabeza, lo que hace que al día siguiente el trabajo sea terrible, poco reproductivo y que hace a veces tornar a estos pacientes tristes y melancólicos desarrollándose en ellos ciertas neurosis. En verdad son pacientes fatigados y con una gran disminución de la resistencia frente a factores extrínsecos.

**DEFORMACIONES:** De las deformaciones del maxilar inferior, cabe apenas mencionarlas pues son harto conocidas de Uds. Otro tanto diríamos de las del tórax. Es el conjunto de estas deformaciones, unidas al aspecto "Hé Heté" o "atontado" del paciente que respira con la boca abierta, los ojos lagrimosos y la conjuntiva congestionada por una secreción constante por la nariz, lo que realiza la "facies clásico" del adenoideo. Pasemos ahora al estudio de las causas más corrientes de obstrucción nasal, su tratamiento, médico quirúrgico. Y siendo estas causas diferentes a la edad, nos ha parecido más didáctico y claro, hacer una clasificación según la edad.

1º—Obstrucción nasal en los niños, comprendida hasta la pubertad.  
2º—Obstrucción nasal en los adultos, comprendida hasta la edad madura.

---

**1º OBSTRUCCION NASAL EN NIÑOS:**

**DEBEN SER OPERADOS:** Malformaciones congénitas-Sinequias.

Obstrucción - Coanas = Trat. quirúrg.

Fracturas y desviaciones del septum post-traumáticas.

Fibromas naso-faríngeos (Tumores fibrosos, pediculares).

Poliposis nasal recidivante y deformante de los jóvenes (Cannuyt) a completar con curetaje celdas etmoidales anteriores - Radiografía.

Se entiende por poliposis nasal, no de productos tumorales, sino simplemente de reacciones edematosas del tejido conjuntivo submucoso respiratorio nasal, debidas a causas inflamatorias, a veces sinusales.

Cuerpos extraños y Rinolitos.

Anglio-fibromas juveniles = tumores duros, no pediculares y sangrantes.

**NO DEBEN SER OPERADOS:** Desviación congénita septum: Tratamiento médico y esperar desarrollo. Hipertrofia de cornetes medio e inferior: tratamiento médico y esperar tratamiento. Coriza y Adenoiditis agudas: tratamiento médico: sales de Ag. Rinitis específicas tales diftérica, luética, gonococcica y T.B.

**PUEDEN SER OPERADOS A JUICIO DEL MEDICOCIRUJANO O.R.L.:** Hipertrofia de las amígdalas faríngeas y amigdalitis secundaria, corrientemente llamadas Hipertrofia de Amígdalas y Vegetaciones Adenoideas. He aquí una de las afecciones más corrientes en los niños. Creemos, sinceramente, que su operabilidad ha disminuído enormemente y debe disminuir más. En esta clase de intervenciones debemos ser más conservadores. La práctica nos ha demostrado que muchos de estos niños escolares sobre todo, que presentan al exámen O.R.L. dicho síndrome, clínicamente son muchachos desnutridos, desvitaminizados por consecuencia y que viven en deficientes o pésimas condiciones higiénicas. La prueba es que la mayor parte de ellos son hijos de familia muy pobres, o son seres abandonados. Algo más, cuando a esta muchachada se le brinda buen aire, comida y alimentación equilibrada, reconstituyentes y vitaminas (ya sea en forma de aceite de bacalao y sus derivados, jugos de frutas, etc.) se ve cambiar el aspecto patológico de ellos. Salvo raras excepciones y cuando se trate de niños en los cuales el tratamiento médico ha sido del todo negativo, y que sus trastornos funcionales persisten o aumentan deben operarse. ¡Cuántas veces hemos tenido la sorpresa, después de someter a uno o más de estos candidatos a un tratamiento pre-operatorio, de venir la madre a decirnos que ya su hijo está bueno y que no se opera. Casi puedo asegurarles que el porcentaje de amigdalectomías y adenoidectomías en el servicio de O.R.L., de nuestro Hospital ha rebajado en más de 50% en los últimos años.

**OBSTRUCCION NASAL EN EL ADULTO:**

**DEBEN SER OPERADOS:** Desviaciones y malformaciones del septum o tabique, siempre que provoquen trastornos funcionales acentuados. Los tumores Benignos, Adenomas Quísticos, Pólipos Fi-

bromucosos de las coanas. Los Tumores Malignos-Epiteliomas. Tumores Malignos-Sarcomas. Hacer siempre biopsia y enviar a Anatomía Patológica. A veces, sorpresa y necesario tratamiento Radio o Roentgenterapia. Fracturas y Luxaciones huesos propios y cartilago. Intervenir lo más pronto posible, a veces con anestesia general. Hematomas post traumáticos supurados. Tratamiento quirúrgico-Insición Bilateral, mecha yodoformada y compresión. Sinequias: Excisión del puente o bridas y miso en placa de una lámina de mica para evitar recidivas.

**LA RINITIS poliposa o poliposis nasal:** Se presentan bajo la forma de masas T.O. redondas, suaves al tacto, o edematosas, de color nacarado y brillante, generalmente pediculadas, a veces múltiples, a punto de partida del meato medio, raras veces el inferior. Tratamiento radical: Exéresis completa de los polipos-curetaje celdas etmoidales anteriores, y sólo cuando el cornete medio está degenerado, cornectomía total media.

#### NO DEBEN OPERARSE:

**Hipertrofia de Cornetes:** Es este uno de los capítulos más importantes de la especialidad. En los textos clásicos leemos que la hipertrofia del cornete inferior es menos frecuente que la del medio y como tratamiento, recomienda la parcial o total resección del uno o del otro.

En este punto sentimos no estar de acuerdo con los libros. 1.

1º.—Hemos encontrado siempre mayor número de cornetes medios hipertrofiados, que inferiores, en el adulto.

2º.—Creemos que nunca debe operarse el cornete inferior y

3º.—La cirugía del cornete medio debe ser conservadora.

Porqué razones?

Porque hemos visto sucederse varias ozenas o Rinitis Atróficas, y algunas rinitis supuradas a intervenciones radicales sobre el cornete medio y sobre todo y generalmente al inferior. Creemos, fisiológicamente hablando, que el "role" preponderante de este último con su mucosa esencialmente respiratoria recubierta con un epitelio cilíndrico con cilios vibrátiles, con numerosas glándulas sero-mucosas, células linfoides en gran cantidad y un rico haz venoso, lo hacen un órgano indispensable vis a vis de las infecciones nasales exógenas y que su supresión trae como consecuencia las lesiones apuntadas anteriormente. Diríamos que el cornete inferior debe ser tratado con "Guante de Seda". Qué tratamiento haríamos en el caso de una Obstrucción Nasal Completa uni o bilateral, debida a una hipertrofia marcada de uno o ambos cornetes inferiores?. Las duchas nasales con soluciones salinas isotónicas. Los toques e instilaciones con sales Ag. sobretudoo Argyrol, Neo-Silvo, etc. Muy buen resultado nos han dado las soluciones de Protvicina y Efedrina, este tratamiento local, asociado a un tratamiento general, inyecciones antigripales, vacunas y serobacterinas anticatarrales en los casos de Coriza Banal catarral y Rinitis post infecciosas, inyecc. intra-nasales corticosteriodes. En los mismos casos en que el causante sea el cornete medio, aparte de los tratamientos locales y generales anteriormente expuestos, tenemos un procedimiento sencillo, cómodo, indoloro y no sangrante: me refiero a la termocauterización de uno o ambos cornetes, acto

que se lleva a cabo con anestesia local y con intervalo de 6 a 8 días, entre uno y el otro, cuando se requiera tratar los dos cornetes. Esta intervención nos ha dado en un 90% resultados magníficos. Raras veces ha habido que intervenir de nuevo, y cuando ello se ha presentado, ha sido al cabo de 6 meses a un año. En los últimos años, las intervenciones quirúrgicas radicales en cornetes medio e inferior, han disminuído en un 75% en nuestro servicio del Hospital. De tratamiento médico, apenas señalaremos de paso, las siguientes entidades Patológicas pre-conocidas:

Sífilis Nasal - forma gomosa.

Tuberculosis (f. tumorale) - Tuberculoma

Leishmaniosis - cede con tártaro Emético intra-venoso o Repodal intramuscular.

Lepra - Especialista.

### CONCLUSIONES:

- 1).—El síndrome obstrucción nasal es uno de los más frecuentes en O.R.L.
- 2).—Como causante de él, hay o existe una gran cantidad de factores etiológicos, inherentes a la edad.
- 3).—Estos pueden tratarse ya sea médica o quirúrgicamente.
- 4).—Observaciones practicadas en nuestros servicios de O.R.L., nos han orientado ampliamente acerca de cuáles deben ser tratados de una u otra forma, rectificando así errores cometidos en el pasado.
- 5).—Guía de este modesto trabajo ha sido el principio del maestro de la medicina "Hipocrates": "Primo non Nocere" y el de nuestro Exprofesor René Leriche quien decía que más vale a veces para el médico y el paciente seguir un tratamiento médico científico, que hacer una intervención quirúrgica indebida.

### RESUMEN

Se hace una ligera revisión anatómica y fisiológica de las fosas nasales. Luego se ven los síntomas principales de obstrucción, tanto en el niño como en el adulto; y finalmente se proponen de acuerdo con la experiencia del autor, los que deben ser tratados médica o quirúrgicamente.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.—ALONSO Justo M. Manual de O.R.L. 1964 pág. 86.
- 2.—BAS, C. Reflections on 4 cases of nasopharyngeal fibroma. Rev. med. moyen orient 21:195-8. Mar. Apr. 64.
- 3.—BERETTI J. Montabone H. Colonna D'istria J.- (Apropos of 2 cases of nasopharyngeal fibroma in a melanesian milieu) Ann. otolaryng. (Paris) 81:673-6 Oct-Nov 64.
- 4.—CANUYT G.- Les Maladies du Pnarynx. Masson y Cie 1936 pág. 620-644.
- 5.—FREUNDLICH Im Hodes PJ.- A nasopharyngeal fibroma presenting with pituitary and optic nerve symptomatology. Amer. J. Roentg 84:41-4 Jan 63.
- 6.—HOLMAN CB, Miller WE.- Juvenile nasopharyngeal fibroma. roentgenologic characteristics. Amer. J. Roentgen 94:292-8 Jun 65.

- 7.—HUNTER K, Smyth GD, Macafee Ca.- Nasopharyngeal fibroma J. Laring 77:128-145 feb 63.
  - 8.—IMPERATORI Ch J.- Enfermedades nariz y garganta. Pág. 582.
  - 9.—LEROUX-Robert J. Nasopharyngeal fibroma (Action of radiation and hormone therapy) Prob actuel otorhinolaryng 21-63, 1964 J. Sugavanam.
  - 10.—LEMARIEY A. Paquelin F. Cormier.- (Hazards developing in the course of treatment of a nasopharyngeal fibroma).
  - 11.—LEDERET Francis L.- Enfermedades de oído, nariz y garganta 5ta. edición P.586.
  - 12.—MADURO R. Bouche J.- Les Maladies du Pharynx 1961, pág. 595.
  - 13.—MACCOMB WS.- Juvenile nasopharyngeal fibroma. Amer. J. Sur 106:754-63½ Nov. 63.
  - 14.—PORTMANN George.- Traite de technique operation O.R.L. Masson y Cie pág. N° 138.
  - 15.—SARDANA Ds.- Nasopharyngeal fibroma; Extension into cheek. Arch otolaryng (Chicago) 81:584-8, Jun 65.
  - 16.—SUGAVANAM J.- Juvenil nasopharyngeal fibroma. International Sugency Julio 1966 - pág. 1.
-