
Tabique nasal

Dr. César Pacheco Baldarrago

DEFINICIÓN

Es la estructura laminar osteocartilaginosa ubicada en la parte media de la pirámide nasal, de disposición vertical y anteroposterior, forma la pared interna de ambas fosas nasales.

1. ESTRUCTURA ANATÓMICA

1.1. ESQUELETO

El tabique nasal o septum nasal está formado por un esqueleto óseo y cartilaginoso compuesto por:

- a) lámina perpendicular del etmoides
- b) cartílago cuadrangular o del tabique
- c) vómer.

1.2. MUCOSA NASAL

Es de tipo respiratorio, pseudoestratificada cilíndrica ciliada, cubierta por moco, con un corion grueso y muy vascularizado.

1.3. IRRIGACIÓN

El tabique nasal está irrigado por los dos sistemas carotídeos: La región posterior y media del tabique es irrigada por la arteria esfenopalatina (por su rama interna o nasopalatina), rama de la arteria maxilar interna, rama de la carótida externa.

La región anteroinferior del tabique está irrigada por la arteria del subtabique, rama de la arteria facial, rama de la carótida externa. Las arterias etmoidal anterior y etmoidal posterior, ramas de la arteria oftálmica, rama de la carótida interna, irrigan la región anterosuperior y posterosuperior del tabique nasal, respectivamente.

1.4. INERVACIÓN

La inervación sensitiva del tabique está dada por las dos primeras ramas del V para craneal.

La inervación sensorial de las fosas nasales está dada por el nervio olfatorio o II para craneal.

La inervación neurovegetativa simpática se origina en el simpático cervical y llega por el plexo perivascular de la arteria esfenopalatina (continuación del plexo de la carótida externa). Un contingente menor lo hace por el nervio vidiano.

La inervación neurovegetativa parasimpática se origina en el núcleo salival superior y llega al ganglio esfenopalatino a través del nervio vidiano: en las fosas nasales penetran a través de la escotadura esfenopalatina las fibras postganglionares que forman los nervios esfenopalatinos.

1.5. FUNCIÓN

El tabique nasal cumple la función específica de sostén de la pirámide nasal, permitiendo la correcta fisiología nasal, cuyas funciones principales son: función ventilatoria, función olfatoria y función fonatoria.

1.6. TRANSTORNOS FISIOPATOLÓGICOS

- **Desviación septal.-** Consiste en la alteración anatómica del eje vertical del tabique. Puede ser dependiente de parte cartilaginosa, de parte ósea o de ambas. Puede ser de tipo anterior o posterior o anteroposterior o focalizada en una pequeña zona. Generalmente produce obstrucción nasal unilateral. Puede ser congénita o adquirida (generalmente postrau-máticas).
El tratamiento es netamente quirúrgico, mediante una septumplastía.
- **Espolones septales.-** Son un tipo de desviación septal localizada, en forma de punta o espolón, generalmente dependiente de

tejido óseo u osteocartilaginoso. Suelen producir obstrucción nasal parcial.

El tratamiento también es quirúrgico por una septumplastía.

- **Fractura del tabique.-** Consiste en una solución de continuidad a nivel del esqueleto del septum nasal. Puede afectar tanto tejido óseo como cartilaginoso. Siempre es de origen traumático. El tratamiento es la reducción quirúrgica si es reciente o la septumplastía si es antigua.
- **Luxación del tabique.-** Consiste en la dislocación o desarticulación total o parcial de cualquiera de las partes del esqueleto osteocartilaginoso del septum nasal. Las más frecuentes son a nivel anterior o columelar y a nivel de las uniones osteocartilaginosas.
Se trata mediante una reducción quirúrgica si es reciente o una septumplastía si es antigua.
- **Perforación del septum nasal.-** Se llama así a la comunicación entre ambas caras del tabique, atravesando los planos mucosos y cartilaginoso. Suele producirse por un proceso inflamatorio, degenerativo o tumoral o yatrogénicamente post- cirugía o postcauterizaciones.
El tratamiento es la reparación quirúrgica mediante sutura o injerto.
- **Infecciones.-** El septum nasal puede ser asiento de diversos procesos infecciosos agudos o crónicos como estafilococias, estreptococias, micosis, leishmaniasis, tuberculosis.
El tratamiento va a depender de la etiología de cada infección.
- **Várices Septales.-** Son dilataciones vasculares que suelen ubicarse en la región anterior del septum nasal, en la denominada región de Kiesselbach, que por su fragilidad producen hemorragias nasales o epistaxis, principalmente en niños.
El tratamiento es la cauterización química o eléctrica de las vérices.

2. OBSTRUCCIÓN NASAL

Definición.- La obstrucción nasal es un estado en el cual los

pulmones de un individuo en reposo no pueden recibir, exclusivamente por respiración nasal, la cantidad de aire suficiente para la hematosis. Es un síntoma eminentemente subjetivo y, por cierto, difícil de objetivar. El interrogatorio debe tender a centrarse al máximo en las características de la obstrucción para llegar a un diagnóstico etiológico.

La obstrucción nasal puede ser completa, absoluta, y evidente con rinoalgia cuando es bilateral, o parcial, en cuyo caso es necesario ponerla de manifiesto por medio de espejos de Glatzell o por diferentes métodos rinomanométricos. Con estas exploraciones se descartan: a) la sensación subjetiva errónea de obstrucción nasal que aparece en las rinitis atróficas, en diversas intoxicaciones, los grandes fumadores o en trastornos hormonales, y que se deben a hipoestesia de la mucosa, y b) la respiración bucal sin obstrucción nasal que aparece en niños y se debe a insuficiencia respiratoria funcional, por hipotonía de la musculatura mandibular.

La mayor o menor rapidez de insaturación de la obstrucción influye en su tolerancia; la obstrucción que se instaura lentamente puede pasar inadvertida, hasta que, debido a un esfuerzo físico, el paciente requiere mayor flujo aéreo.

2.1. ETIOLOGÍA

La obstrucción nasal presenta cuadros diversos según la edad del paciente.

Lactantes.- Puede tener connotaciones clínicas graves, ya que al niño pequeño le resulta imposible tragar y respirar simultáneamente. Este síntoma puede presentarse en malformaciones coanales, rinitis banales o específicas, adenooiditis aguda.

Niños.- La obstrucción nasal puede ser bien tolerada. Las causas más frecuentes son: hipertrofia adenoidea, malformaciones del tabique, cuerpos extraños, rinitis alérgicas o vasomotoras asociadas o no a infecciones nasosinusales, que pueden acompañarse de pólipos.

Debe pensarse en un angiofibroma de rinofaringe si la obstrucción se acompaña de epistaxis repetidas, aunque este tumor es poco frecuente y tiene mayor incidencia en la edad puberal.

Adultos.- Las causas, muy variadas, pueden ser endonasales, como hipertrofia de cornetes, desviaciones del septum, reaccio-

nes vasomotoras de la mucosa, tumores benignos o malignos, o retronasales, como hipertrofia aislada de cola de cornetes, pólipos coanales, tumores de cavum.

Posibilidades etiológicas de la obstrucción nasal

Edad	Unilateral	Bilateral
Lactantes	Malformaciones	Adenoides Malformaciones Rinitis
Niños	Cuerpos extraños Malformaciones Poliposis Tumores benignos o malignos	Adenoides Rinitis Poliposis
Adolescentes	Angiofibroma Pólipos Desviaciones postraumática Malformaciones	Angiofibroma Pólipos Rinitis
Adultos	Desviaciones del tabique Pólipos Tumores benignos o malignos	Rinitis Pólipos Tumores benignos o malignos

Clasificación:

Según su etiología pueden ser:

- A) Orgánica
- B) Funcional

- **Orgánica**

- a) De la Pirámide
 1. Malformaciones de la pirámide
 2. Insuficiencia alar
 3. Traumatismo de la pirámide
- b) Intranasales
 1. Alteraciones del tabique. Tumores
 2. Pólipos rinosinuales

3. Hipertrofia de cornetes
 4. Cuerpos extraños
 5. Senequias
- c) Rinofaríngeas:
1. Adenoiditis o hipertrofia de adenoides
 2. Pólipos de coanas
 3. Tumores de cavum
 4. Atresia de coanas
 5. Estenosis faríngeas postoperatorias.

- **Funcional**

Determinada por la hipertrofia irreversible de cornetes

- a) Alérgica:
1. Estacional
 2. Perenne
- b) Bacteriana:
1. Rinitis
 2. Sinusitis
- c) Colinérgica:
1. Medicamentosa (Rawolfia)
 2. Idiopática

Causas más frecuentes de Insuficiencia ventilatoria nasal según la edad.

- A) Lacantes:
1. Malformaciones: Imperforación coanal, Meningoencefalocele.
 2. Rinitis aguda:
Específicas: diftérica, luética.
Inespecíficas: bacterianas, virales
- B) Infancia:
1. Hipertrofia de adenoides
 2. Hipertrofia de cornetes por sinusitis y/o alergia
 3. Cuerpos extraños
- C) Adolescencia y Adultez:

1. Deformación del tabique
 2. Hipertrofia de cornetes
 3. Alergia
 4. Poliposis
 5. Fibroma nasofaríngeo
 6. Tumores benignos y malignos
- **Sintomatología.-** El síntoma principal es la dificultad para ventilar por la nariz, que se manifiesta por: boca abierta, inspiraciones nasales bruscas, profundas y cortas, sequedad de la garganta, ventilación ruidosa diurna y más aún nocturna.
Se puede acompañar de anosmia, hipogeusia y modificaciones del timbre de voz que llegan hasta la rinolalia cerrada (voz característica de la oclusión nasal).
 - **Repercusiones generales de la insuficiencia ventilatoria nasal.-**
 1. Senos paranasales: sinusitis por mala ventilación
 2. Faringe: faringopatías atróficas o hipertróficas
 3. Arbol respiratorio bajo: laringotraqueobronquitis
 4. Oído: Otitis media aguda a repetición u otopatía serosa
 5. Macizo facial: Atresia del maxilar superior, bóveda palatina atrésica y alta (paladar), mala oclusión dentaria
 6. Tórax y columna: Disminución de la incursión respiratoria con aplanamiento de las paredes torácicas. Cifosis, escoliosis.
 7. Trastornos reflejos: Por vía trigémino - simpática pueden aparecer cefaleas y predisposición a espasmos bronquiales.
 - **Diagnóstico.-** Basado en la anamnesis y el examen clínico
 - **Estudios complementarios**
 - a) Radiológicos: Rx de senos paranasales. Rx de pirámide nasal, Rx de cavum.
 - b) Rinomanometría: El rinomanómetro inscribe la resistencia que debe vencer la columna aérea en la inspiración y la espiración al pasar por las distintas áreas de las fosas nasales (registradas en presiones) y el volumen de aire que logra pasar (flujo).

- **Tratamiento.-** El tratamiento será de acuerdo a la etiología. En las obstrucciones de causa orgánica generalmente es quirúrgico:
 - Adenoidectomía en las hipertrofias de adenoides
 - Turbinectomía en las hipertrofias de cornetes
 - Polipectomía en las poliposis nasales
 - Septoplastía en las desviaciones septales
 - Resecciones tumorales en los tumores de rinofaringe
 - Plastía de coanas en casos de atresia.En las obstrucciones funcionales se puede dar tratamiento médico con antihistamínicos, descongestionantes, antibióticos, corticoides tópicos o sistémicos, etc.