

Estenosis vestibular nasal



Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN: en trámite

e-mail: envios@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

ESTENOSIS VESTIBULAR NASAL: CASO CLINICO

Ana Fernández Rodríguez, Darío Moráis Pérez, Jaime Santos Pérez, Gonzalo Blanco Mateos, Teresa Millás Gómez, Guillermo Landínez Cepeda*

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.

*Hospital del Río Hortega de Valladolid. Servicio de Oftalmología.

Contacto:

ANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid Calle Ramón y Cajal Nº3 CP/ 47003
Valladolid

afrodri@yahoo.es

RESUMEN

La estenosis vestibular yatrogénica es una obstrucción del vestíbulo nasal causado por una disrupción del revestimiento vestibular con proliferación cicatricial secundaria de tejido fibroso y de granulación. Es más frecuente como resultado de una reacción de cuerpo extraño o un trauma nasal. Las lesiones suelen incluir el vestíbulo y la zona anterior del cornete inferior. Presentamos el caso de una niña de once años, con una estenosis completa y recidivada del vestíbulo nasal derecho, y entre cuyos antecedentes se encontraba la permanencia en incubadora al nacer y sonda de alimentación durante ese periodo junto con repetidas y traumáticas aspiraciones por fosa nasal.

Palabras clave: ESTENOSIS VESTIBULAR, MITOMICINA C, REACCIÓN A CUERPO EXTRAÑO

VESTIBULAR NASAL STENOSIS. A clinical case

SUMMARY

Iatrogenic vestibular stenosis is a blockage of the nasal vestibule caused by a disruption of the vestibular lining with secondary proliferation of fibrous tissue scar and granulation. It is more common as a result of foreign body reaction or nasal trauma. The lesions usually include the lobby and the anterior inferior turbinate. We report the case of a girl of eleven, with a complete and recurrent stenosis of the right nasal vestibule, and whose history was spent in the incubator at birth and feeding tube during this period with repeated aspirations traumatic nostril.

Keywords: VESTIBULAR STENOSIS, MITOMICINA C, FOREIGN BODY REACTION

INTRODUCCIÓN

La estenosis vestibular yatrogénica es una complicación poco común de los cuidados neonatales. Suele producirse en bebés prematuros, con bajo peso al nacer y que por inmadurez pulmonar requieren ventilación asistida, o bien intubación nasotraqueal, uso prolongado de CPAP o de sondas de alimentación. Un mal emplazamiento o una inmovilización insuficiente de la sonda, puede dar lugar a un daño en el revestimiento nasal y a la aparición de una cicatriz de retracción. El reflujo gastroesofágico se ha descrito como un factor de riesgo tanto para desarrollar dicha estenosis, como para alterar el proceso de reparación de la misma. Cuando el niño crece, la estenosis además de la imposibilidad del paso de aire por la fosa obstruida, la retracción cicatricial puede ocasionar un problema estético y en ocasiones, como en nuestro caso, una obstrucción del drenaje lacrimonasal. La técnica empleada más comúnmente, es la lisis de las adherencias y el cierre secundario del defecto con colgajos de piel o mucosa locales; pero en los niños dificultosa por el tamaño de la zona, y la baja disponibilidad de los tejidos donantes. A continuación describimos nuestro caso clínico y el proceder quirúrgico que seguimos, el cual se revela como un método eficaz y seguro.

DESCRIPCIÓN

Paciente de once años de edad que consulta por estenosis del vestíbulo nasal derecho, intervenida sin éxito en dos ocasiones previas en otro centro. Presenta además episodios de agudización de dacriocistitis homolateral con abombamiento del saco lacrimal y fistulización a piel, que ha precisado ingreso para tratamiento endovenoso y drenaje. A la exploración se observa una estenosis completa del vestíbulo nasal derecho por cicatriz retráctil que desplaza medialmente el ala nasal. En la TC describen una estenosis completa de fosa nasal derecha, con formación expansiva en el tercio anterior del meato inferior y brida en fosa nasal izquierda. El resto de la exploración ORL era normal. El diagnóstico al que se llega es una Estenosis Vestibular Completa de Fosa Nasal Derecha de origen traumático, por sonda de alimentación durante el tiempo de la incubadora; con bridas en la otra fosa del mismo origen. Como consecuencia se produce una Dacriocistitis aguda de repetición secundaria a la obstrucción de la desembocadura del conducto lacrimonasal.

Se decide tratamiento quirúrgico y se procede a la resección de las sinequias del vestíbulo con un bisturí con punta de colorado, incluyendo la cabeza del cornete inferior y la revisión del resto de la fosa. Se realiza septoplastia por una cresta posterior. Y por último mediante abordaje endoscópico, Dacriocistorrinostomía con apertura del saco lacrimal. Sobre la superficie cruenta aplicamos Mitomicina C a una concentración de 0,4 mg/ml durante 5 minutos. Para proteger la pared septal y evitar nuevas sinequias se coloca una lámina de Silastic de 0,5 mm en dicha pared septal y un tubo endotraqueal tipo Mallinckrodt de 6,5 en el interior de la fosa nasal derecha y se fija a la misma mediante sutura. A las 6 semanas se retira el tubo endonasal en quirófano. En la revisión un mes más tarde, se observa una pequeña sinequia en fosa nasal derecha, programándose la paciente para resección de sinequia, más nueva aplicación de Mitomicina C, colocación de lámina de Silastic y tubo endonasal en quirófano. Se mantiene esta vez dos meses. En la siguiente revisión a los 5 meses, se observa una zona de tejido de granulación justo en el límite de la lámina de Silastic a nivel de la válvula nasal. Dicho tejido se extirpa con punta de colorado, se pone MMC y se repone el Silastic retirándose a las 6 semanas. En la actualidad la paciente se encuentra bien; sin signos de reestenosis en la exploración física después de dos años.

Estenosis vestibular nasal



Figura 1: Corte transversal de TC en el que se visualiza la estenosis de la fosa nasal derecha.



Figura 2: Fistulización a la piel por la Dacriocistitis Derecha.

DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica realizada y a la vista de nuestro propio caso, vemos que en la estenosis vestibular hay un riesgo elevado de reestenosis tras el tratamiento quirúrgico debido a una contracción de la herida durante el proceso de cicatrización. Como hemos observado, el uso de ventilación mediante CPAP, intubaciones nasotraqueales y el uso de sondas de alimentación en neonatos, aumenta el riesgo de desarrollar una estenosis del vestíbulo nasal. El tratamiento quirúrgico, junto con la aplicación de Mitomicina C y Stents, parece ser una técnica eficaz y segura de las estenosis vestibulares; si bien se recomienda un mantenimiento prolongado del Stent superior a 6 semanas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Samuel J. Daniel. The upper airway: Congenital malformations. *Paediatric Respiratory reviews* (2006)75, S260-S263.
2. Ari DeRowe, Roe Landsberg, Gadi Fishman, Doron Halperin, Dan Fliss. Neonatal iatrogenic nasal obstruction. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (2004) 68, 613-617.
3. Robert Dinwiddie. Congenital upper airway obstruction. *Paediatric Respiratory Reviews* (2004)5, 17-24.
4. Rombaux P, Hamoir M, Francois G, Eloy P, Daele J, Bertrand B. Congenital nasal pyriform aperture stenosis in newborn: report on three cases. *Rhinology*. 2000 Mar; 38(1): 39-42.
5. Kris R. Jatana, Agnes Oplatek, Charles A. Elmaraghy. Bilateral vestibular stenosis from nasal continuous positive airway pressure/cannula oxygen administration. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*(2008) 138,690-691.
6. Adamson PA, McGraw-Wall BL, Strecker HD, Gillman GS. Analysis of nasal air flow following repair of vestibular stenosis. *J. Otolaryngology*. 1998 Aug; 27(4):200-5.
7. Dirk-Jan Menger, Peter J. F. M. Lohuis, Steven Kerssemakers, Gilbert J. Nolst Trenite. Postoperative management of nasal vestibular stenosis. The custom-made vestibular device. *Arch Facial Plast Surg*. 2005; 7:381-386.
8. Lee P. Smith, Soham Roy. Treatment strategy for iatrogenic nasal vestibular stenosis in young children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol.70,8(2006)1369-1373.
9. Ivette Osuna Lozano, Martín Ramiro Castañeda de León, Luis Miguel Gutiérrez Marcos. Eficacia y tolerabilidad de la Mitomicina en pacientes con sinequia nasal. *An ORL Mex Vol. 54, núm.2, 2009*.
10. Annette Kotzur, Wolfgang Gubisch, Rodolphe Meyer. Stenosis of the nasal vestibule and its treatment. *Aesth. Plast. Surg*. 23:86-92, 1999.
11. Smitha Rajaram, Neil Bateman, Ashok Raghavan. Congenital nasal pyriform aperture stenosis with vestibular abnormality. *Pediatr Radiol* (2008) 38: 1128-1129.
12. Derek S. Lee, Alvin I. Glasgold. Correction of nasal valve stenosis with lateral suture suspension. *Arch Facial Plast Surgery*/vol 3, oct-dec 2001.
13. Amanda R. Salvado, Marilene B. Wang. Treatment of complete nasal vestibule stenosis with vestibular stents and Mitomicina C. *Otolaryngology_Head and Neck Surgery* (2008) 138, 795-796.
14. Bart D. Vanzieleghem, Marc M. Lemmerling, Hubert F. Vermeersch, Paul Govaert, Ingeborg Dhooge, Françoise Meire, et al. Imaging studies in the diagnostic workup of neonatal nasal obstruction. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 25(4): 540-549.
15. Jablon JH, Hoffman JF. Birth trauma causing nasal vestibular stenosis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997 Sep; 123(9):1004-6.