

# *Indicaciones y Contraindicaciones para Septoplastia en Niños*

*Fulvio Verucchi y Carlos Alberto Caropreso*

Los problemas relacionados con la obstrucción nasal en niños y adultos han sido siempre motivos de preocupación. Es conocido que la respiración bucal de suplencia en niños durante la etapa de crecimiento puede llevar a disturbios graves en el desarrollo físico (facial, oral, nasal y torácico), los cuales podrían potencialmente llevar a un daño intelectual de los infantes. En los adultos, esto golpea la calidad de vida, provocando fatiga durante el ejercicio físico y favoreciendo el comienzo de ronquidos y el síndrome de apnea del sueño.

Existen muchas afecciones y enfermedades que pueden llevar a la obstrucción nasal en los niños, siendo la desviación del septum nasal una de ellas. Grey y Fairbanks evaluaron la incidencia de la desviación septal en diferentes rangos de edades:

a) 58% de los recién nacidos (incluyendo un 4% de alteraciones estéticas asociadas).

b) entre 73 y 83% de los adultos.

No por ello, todos tienen necesidad de corrección quirúrgica

Un niño con desviación septal puede tener otras afecciones obstructivas concomitantes como; hipertrofia adenoidea, hipertrofia de la concha nasal, atresia de coanas, cuerpos extraños, fibrosis quística, poliposis nasal y mucoviscidosis. Todos estos factores deben ser excluidos previamente para poder indicar con seguridad una septoplastia en un niño. Por medio de la historia del paciente y de su examen es posible realizar algunas hipótesis diagnósticas (desviación septal anterior, concha nasal hipertrófica, rinopatía alérgica, etc.). Para apoyar o refutar estas hipótesis nosotros podemos usar el Rx simple, el cual todavía es muy útil, nasofibroscoopia rígida o flexible y la tomografía computarizada (TC).

Una pregunta que siempre aparece ante nosotros: ¿Cuál es el porcentaje de obstrucción nasal patológica en niños causada de forma exclusiva o primaria por las alteraciones estructurales de la nariz que necesitan de tratamiento quirúrgico? Haciendo una revisión de toda la literatura en este tópico, el más completo y equilibrado resumen con el cual concordamos en sus conclusiones, es un artículo de Scott Manning titulado “A 3 year-old child with a severely deviated septum and airway obstruction”, el cual mencionamos a continuación:

“Está indicada una septoplastia submucopericondrial conservadora con una recolocación máxima posible de cartílago. Este es un abordaje razonable para un paciente pediátrico con una obstrucción unilateral o bilateral completa.”

Según la experiencia del Dr. Scott Manning, desviaciones septales graves con una obstrucción nasal significativa son raramente halladas en pacientes de estas edades. Los casos más comunes son pacientes con historia de trauma quienes desarrollan una obstrucción nasal progresiva una vez que van creciendo. De llegarse a un punto en que presenten una obstrucción nasal completa sintomática y/o una sinusitis ipsilateral, Manning recomienda hacer una septoplastia conservadora.

Realizar o no realizar una septoplastia en niños ha sido siempre un tópico bien controversial y lleno de suposiciones; les comentaremos algunas:

1º) la existencia de centros de crecimiento nasal en las áreas de contacto entre el cartílago cuadrangular y el vómer;

2º) la alteración del desarrollo de la nariz y el resto de la cara (paladar ojival, mala oclusión, etc.);

3º) los efectos de los traumatismos nasales sobre el crecimiento de la nariz y de la cara.

Vamos a analizar la primera suposición.

Conforme comentó Adolfo Colomo en su capítulo sobre septoplastia en niños en el 3er Manual de la IAPO del año 2003, no ha sido encontrado con seguridad ninguna evidencia histológica de centros de crecimiento en el cartílago ni en el hueso septal.

Con relación a la segunda suposición, Huizing, en 2003, publicó un artículo acerca del desarrollo del septum osteocartilaginoso, y lo describe como siendo formado principalmente por cartílago, el cual no se desarrolla con la edad. Por lo tanto el crecimiento del septum nasal se debe al crecimiento óseo, el cual empuja el cartílago para abajo y para arriba, proyectando la pirámide nasal.

Existen 3 mayores períodos de crecimiento nasal que son durante el segundo año, el cuarto año y más tarde entre los 11 y 12 años de edad. Lo que es más, el desarrollo de la cara y la nariz no es debido solamente al crecimiento del septum nasal, pero este también depende de otros factores tales como: la respiración, dentición, desarrollo cerebral, desarrollo de los músculos faciales y faríngeos y el crecimiento del tejido conectivo.

Respecto a la 3era suposición, es conocido que algunos tipos de trauma podrían causar afectaciones para el desarrollo de la nariz y de la cara, los cuales podrían eventualmente manifestarse años más tarde.

Casi nunca hay necesidad de Rx nasal en los niños por debajo de 5-6 años. Es mejor examinar una foto, si esta disponible, y evaluar clínicamente (palpación) los huesos nasales y principalmente los cartílagos, para descubrir fracturas, luxaciones y hematomas que deben ser corregidos tan pronto sea posible. El niño debe ser seguido bien de cerca porque abscesos y hematomas se pueden formar en un o dos días. El seguimiento de los niños después de un trauma en la cara o en la nariz debe ser hecho en las siguientes 24, 48 y 72 horas del accidente.

¿Qué debe ser hecho cuando existe una fractura nasal con una desviación y/o luxación? Nosotros debemos operar y reposicionar los huesos de la pirámide nasal y corregir el desvío septal.

Las indicaciones quirúrgicas para septoplastia en pacientes pediátricos está en dependencia del fracaso de un tratamiento clínico adecuado, si está indicado,

además sin resolución del cuadro, se debe ponderar siempre costo-beneficio para no provocar más daños del que la propia dolencia haría.

Las indicaciones quirúrgicas son:

- obstrucción respiratoria nasal grave, causada por desviación septal severa;
- alteraciones en el desarrollo nasal y facial, causado por un desvío septal severo;
- trauma nasal agudo, llevando a deformidades septales y/o de la pirámide nasal.;
- hematoma o absceso del septum nasal.

¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas recomendadas?

Las técnicas deben ser individualizadas para cada caso, según la edad del paciente y de las alteraciones que ocurren.

El abordaje quirúrgico de la septoplastia según el rango de edades comprende:

- reposicionamiento del septum en recién nacidos (0-4 meses);
- septoplastia muy conservadora subcondral y subperiostal (según Cottle o Metzenbaun) en niños entre 5-12 años de edad, eventualmente con control endoscópico. Nosotros realizamos también septoplastia con control endoscópico y uso de brocas para los desvíos óseos (evitando remover hueso que no podrá luego reproducirse);
- septoplastia clásica por Cottle en niños con edades por encima de los 15-16 años;
- otras técnicas tales como rinoseptoplastia abierta y técnica sublabial solamente en casos especiales de trauma y deformidades nasales severas.

En el recién nacido, la manipulación debe ser hecha usando instrumentos sin corte, con mucha delicadeza para recolocar la nariz y el septum en la posición correcta e insistir mucho con el uso de la mamadera, pues el movimiento del músculo orbicular en la succión puede mover la parte anterior del cartílago nasal, siendo muy importante para un desarrollo septal apropiado.

En la septoplastia pediátrica, lo más importante es mantener el contacto de todas las pequeñas partes que permanecerán en el septum nasal, especialmente el contacto entre el cartílago, el vómer y la lámina perpendicular.

Otro aspecto para ser considerado es la estabilización septal. Una sustentación plástica (splint) deberá ser introducida para fijar el septum en la posición correcta y mantener la válvula nasal abierta.

### **Conclusiones**

Es necesaria una evaluación profunda sobre las ventajas anatómo-funcionales y las características del crecimiento en los niños, antes de realizar una septoplastia. Cuándo la obstrucción nasal es causada por la desviación del septum nasal, esta puede y debe ser tratada de manera conservadora.

Nunca antes, en nuestra experiencia, tuvimos necesidad de operar a niños menores de 6 años.

**Lecturas recomendadas**

1. Manning SC. "A 3 year-old child with a severely deviated septum and airway obstruction", Arch Otolaringol Head Neck Surg 1999; 125: 699-700
2. Crysdale WF. "Septoplasty in children – Yes, but do the right thing", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1999; 125: 701-702
3. Derkay CS. "A conservative role for septoplasty in young children", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1999; 125: 702-703
4. Colomo AA., "Septoplastias en Pediatría" III Manual de Otorrinolaringología Pediatría de la IAPO, 2003; 186-192
5. Bejar I, Farkas LG, Messner AH, Crysdale WS. "Nasal growth after external septoplasty in children", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1996; 122: 816-821
6. Freng A, Maye R. "Experimental nasal septoplasty: influence on nasomaxillary development", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1985; 100: 309-315
7. Pirsig W. "Septal plasty in children: influence on nasal growth", Rhinology, 1977; 15: 193-204
8. Pentz S, Pirsig W, Lenders H. "Long term results of neonates with nasal deviation: a prospective study over 12 years", Int J Pediatr Otorhinolaringol, 1994; 28: 183-191
9. Cottle MH. "Nasal surgery in children", Eye Ear Nose Throat Mon., 1951; 30: 32-38
10. Stamm A. "Microcirurgia Naso Sinusal", Editora Revinter Ltda, Sao Paulo, Brasil 1995; 177-182 e 425-427
11. Risavi R, Pisl Z, Sprem N, Kaplan I. "Rhinomanometrical findings after septoplasty in children", Int J Pediatr Otorhinolaringol, 1988; 16: 149-155
12. Huizing, E. H., de Groot, J. A. M. "Functional Reconstructive Nasal Surgery", Ed. Thieme, Stuttgart New York 2003; 171-173.
13. Patrocínio, J. A. "Septoplastia na Criança", Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 1999; 65: 302-306.