

Herrero A*

Lahoz T**

López A***

Herrera S****

Escolán A****

Fernández R*****

Servicio Otorrinolaringología

*Hosp. Royo Villanova. Zaragoza.

**Hosp. Obispo Polanco. Teruel.

***Hosp. de Barbastro. Huesca.

****Hosp. San Jorge. Huesca.

*****Hosp. Miguel Servet. Zaragoza.

Rinoplastia tras absceso nasal septal

Rhinoplasty after nasal septal abscess

RESUMEN

El absceso nasal septal es una patología rara. Se manifiesta con inflamación de la mucosa septal, dolor y obstrucción respiratoria nasal. Requiere un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones estéticas y funcionales. El drenaje del absceso junto con antibioterapia intravenosa es el tratamiento de elección.

Este artículo presenta un caso de un paciente con un absceso nasal septal que presentó como complicación una deformidad denominada nariz en silla de montar. Requirió una rinoplastia para la corrección del defecto.

PALABRAS CLAVE:

Absceso nasal septal, rinoplastia.

SUMMARY

Septal abscess is a rare condition. It manifests with septal mucosa inflammation, pain and respiratory nasal obstruction. It requires an early diagnosis and treatment to avoid aesthetic and functional complications. Drainage of the abscess and intravenous antibiotics is the treatment of choice.

This article presents a case of a patient with a septal abscess who presented as a complication a deformity called saddle nose. It required a rhinoplasty for correction of the defect.

KEY WORDS:

Nasal septal abscess, rhinoplasty.

Introducción

El absceso septal es una entidad rara. La etiología más común, en más del 75% de los casos, está normalmente relacionada con un traumatismo¹. Otras causas son cirugía nasal, forúnculo del vestíbulo nasal, sinusitis aguda, infección dental y deficiencia inmune. El absceso septal nasal idiopático existe, pero es raro^{2,3}.

El patógeno aislado más común es el *Staphylococcus aureus*. Otros microorganismos hallados en esta enfermedad son streptococos y anaerobios¹.

Caso Clínico

Se presenta el caso de un varón de 63 años que acudió al servicio de urgencias por inflamación facial, acompañado de dolor nasal y obstrucción respiratoria nasal. Había recibido tratamiento por parte de su médico de familia desde hace una semana con antibiótico y corticoide, sin mejoría.

Como antecedentes tenía infarto de miocardio, dislipemia y colocación de un implante dental hace un mes.



Figura 1: Inflamación de la pirámide nasal, surco nasolabial, zona malar y surco nasogeniano derecho debido a absceso septal.

En la exploración física se observó inflamación de la pirámide nasal que se extendía a la zona malar y surco nasogeniano derechos y el surco nasolabial. Al observar los vestíbulos nasales existía inflamación de la mucosa septal que obstruía ambas fosas, fluctuante y dolorosa a la palpación (Fig. 1).

Con la sospecha de absceso septal, se procedió a la punción aspiración del absceso con salida de pus. Se envió a microbiología para cultivo. Tras anestesia local, se hizo una incisión transfixiante en el borde caudal nasal y drenaje de la porción anterior del septo en ambos lados, realizando unos túneles de Cottle superiores, con la excepción de que no se encontró cartílago septal en medio. Se colocaron drenajes tipo Penrose en la cavidad del absceso, uno en cada fosa nasal. Un taponamiento anterior bilateral con tira de gasa fue introducido y retirado 48 horas más tarde. Se puso tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico, gentamicina y corticoide. El drenaje tipo Penrose se retiró a los 4 días. El cultivo de pus reveló un crecimiento de *Staphylococcus aureus*, sensible a gentamicina. Tras la mejoría clínica, el paciente fue dado de alta con amoxicilina-clavulánico oral durante 10 días. Una vez resuelto el proceso infeccioso, el paciente presentaba una nariz en silla de montar (Fig. 2A y 2B). Tenía una pérdida de altura dorsal causada por una sustancial disminución de la bóveda cartilaginosa. Se planteó al paciente la realización de una rinoplastia para corregir la deformidad causada por el absceso septal. En la fibrorinoscopia se intuía la ausencia de cartílago septal. Por lo que se propuso al paciente la extracción de cartílago auricular. Después de un año de la curación de la infección, se llevó a cabo una rinoplastia con un abordaje abierto, observando una ausencia completa de cartílago septal y casi completa de cartílagos triangulares. Tras la obtención de cartílago auricular, éste se dividió en tres injertos.

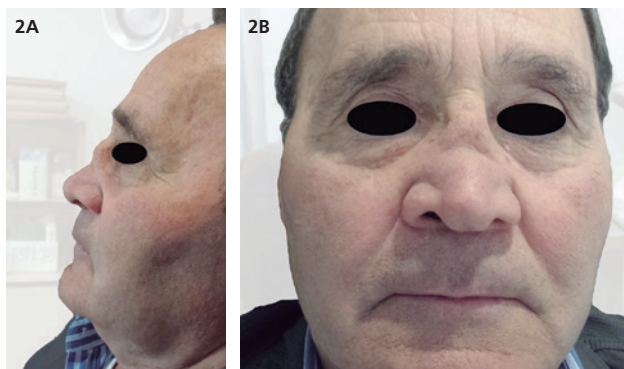


Figura 2A: Nariz en silla de montar (visión lateral).
Figura 2B: Nariz en silla de montar (visión frontal).

Un *spreader graft* se colocó en el dorso nasal, en el lugar donde tendría que estar el cartílago septal y los cartílagos triangulares, con el objetivo de dar soporte al dorso nasal. Un injerto en mariposa, con su parte convexa hacia arriba, se colocó encima del injerto anterior para reconstruir la bóveda cartilaginosa en su tercio medio. Como último injerto se puso un strut columelar para dar soporte a la punta. Tras la rinoplastia se corrigió la deformidad del dorso nasal del paciente y estos resultados son duraderos en el tiempo transcurridos 18 meses tras la cirugía (figura 3A y 3B).

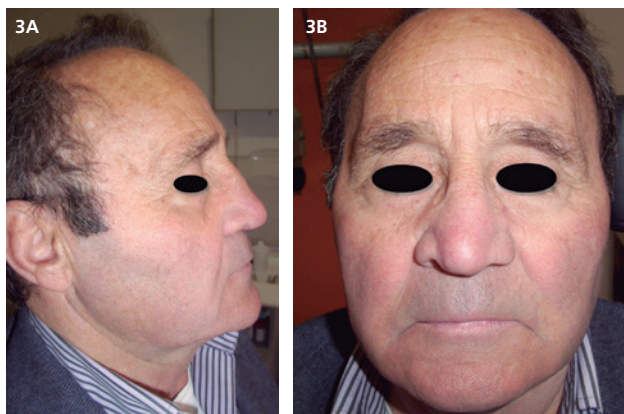


Figura 3A: Visión lateral tras rinoplastia.
Figura 3B: Visión frontal tras rinoplastia.

Discusión

El diagnóstico rápido y la terapia inmediata es obligatorio para evitar no solo la deformidad estética y funcional sino también las infecciones intracraneales potencialmente fatales.

Tanto los ganglios linfáticos perineurales que son ricos en la base del cráneo anterior como las comunicaciones venosas avalvulares entre la vena angular y el seno cavernoso a través de las venas oftálmicas pueden facilitar la extensión de la infección, provocando la trombosis del seno cavernoso, meningitis, absceso cerebral y empiema subaracnoideo. La extensión contigua de la infección puede causar también celulitis orbitaria y abscesos².

Algunos autores refieren que una vez que el absceso septal se sospecha, se debería hacer una tomografía computarizada (TC) de senos paranasales para delinear la extensión del absceso septal nasal³ y descartar complicaciones como la extensión intracraneal. Otros autores sugieren el uso de la TC cuando hay una celulitis facial y/o periorbitaria extensa, evidencia de meningismo, alteración de la conciencia o signos neurológicos localizados, cefalea significativa, fracaso

de la mejoría clínica tras el drenaje del absceso septal, un gran retraso en el diagnóstico, y aislamiento de organismos inusuales⁴. En nuestro caso no se hizo TC ante la ausencia de los criterios anteriores.

El absceso del tabique provoca una destrucción del cartílago y del pericondrio con una consecuencia morfológica y funcional a veces catastrófica, como por ejemplo en nuestro paciente.

Por tanto el absceso septal es realmente una emergencia rinológica¹. Cuando se diagnostica, hay que drenarlo para evitar complicaciones estéticas como esta.

La deformidad nasal en silla de montar toma su nombre de la apariencia de la nariz en una vista lateral, ya que la curva dorsal recuerda la forma de una silla de montar a caballo. Cuando se observa frontalmente, existe una ilusión de excesiva anchura a través del puente.

La deformidad nasal en silla de montar es tal vez uno de los problemas más difíciles de resolver en la cirugía de rinoplastias. Entre los problemas que plantea es la ausencia de cartílago septal para utilizar como injerto. Por este motivo utilizamos cartílago auricular.

En la extracción del cartílago auricular se preservan tres áreas clave para evitar comprometer la proyección de la oreja: 1) el pilar inferior del antihélix, 2) la raíz del hélix y 3) el área entre el *cavum conchae* y el margen posteroinferior del conducto auditivo externo⁵.

La utilización de injertos autólogos permite reconstruir la nariz con el fin de conseguir una apariencia nasal armónica.

Conclusión

Sospechar un absceso septal ante una obstrucción respiratoria nasal y explorar el interior de las fosas nasales.

El absceso septal es una urgencia rinológica, que hay que drenar para evitar complicaciones estéticas, funcionales y, en ocasiones, complicaciones intracraneales.

Ampliar nuestros conocimientos sobre rinoseptoplastia para poder solucionar los problemas a los pacientes ante posibles complicaciones rinológicas.

Bibliografía

1. Forde R, Ashman H, Williams EW, Williams-Johnson J. Idiopathic nasal septal abscess: a case report. *West Indian Med J.* 2012;61(8):832–833.
2. Salam B, Camilleri A. Non-traumatic nasal septal abscess in an immunocompetent patient. *Rhinology.* 2009;47(4):476–477.
3. Huang P-H, Chiang Y-C, Yang T-H, Chao P-Z, Lee F-P. Nasal septal abscess. *Otolaryngol Neck Surg.* 2006;135(2):335–336.
4. Nwosu JN, Nnadede PC. Nasalseptal hematoma/abscess: management and outcome in a tertiary hospital of a developing country. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:1017.
5. Azizzadeh B. Técnicas avanzadas en rinoplastia. Elsevier España; 2012.

Correspondencia

Dra. Ana Herrero
Hospital Royo Villanova
Avda. San Gregorio, s/n
50015 Zaragoza
E-mail: ana.zaragoza@hotmail.com