

Obstrucción congénita de fosas nasales. Más allá de la atresia de coanas

Sudur-hobien sortzetiko buxadura. Koanen atresiaz haratago

M. Mendizábal Díez, N. Jordà Sirera,
M. Malumbres Chacón, M. Izquierdo Rubio

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra-Nafarroako Unibertsitate Ospitalea. Pamplona-Iruña.

LABURPENA

Sarrera: Sudur-hobietako buxaduraren sortzetiko kausa ohikoena koanen atresia da. Hain ohikoa ez den etiologia irekiera piriformearen estenosis da.

Behaketa klinikoa: 40 orduko jaioberria, Neonatologian ospitaleratuta arnasa hartzeko zailtasunagatik eta hartualdiekin desaturazioak edukitzeagatik, negarrarekin hobetzen direnak. Otorrinolaringologoak ezkerreko sudur-zulotik fibroskopioa sartzea lortzen du, eskuineko hobotik sartu ezinik. Arnasbideetako sortzetiko buxadura duelakoan, tomografia konputerizatu eskatzen da, eta irekiera piriformearen estenosis ikusten da. Ospitaleratu eta lehen egunetan, ahoko itxierarekin batera, oxígeno-asetasunaren gutxitzea aurkezten du. Hori dela eta, punta moztua duen txupetea behar du, eta zunda orogastrikoaren bidez elikatzen da. Pixkanaka hobera egiten du tratamendu kontserbatzailearekin, eta ospitaleko alta ematen zaio 13 egun dituelarik.

Eztabaida: Irekiera piriformearen estenosis sudurreko buxadura ezohiko modu bat da. Pronostikoa, oro har, ona da.

Hitz gakoak: Sudur-hobien sortzetiko buxadura; Irekiera piriformearen estenosis; Jaioberri; Otorrinolaringología.

RESUMEN

Introducción: La causa congénita más frecuente de obstrucción de fosas nasales es la atresia de coanas. Una etiología menos frecuente es la estenosis de la apertura piriforme (EAP).

Observación clínica: Neonato de 40 horas de vida que ingresa en Neonatología por dificultad respiratoria y desaturaciones en relación con las tomas, que mejoran con el llanto. El otorrinolaringólogo consigue introducir fibroscopio por fosa nasal izquierda, sin poder introducirlo por fosa derecha. Ante sospecha de obstrucción congénita de vía aérea alta se solicita tomografía computerizada (TC), que es compatible con estenosis de la apertura piriforme. Los primeros días de ingreso presenta desaturaciones coincidiendo con el cierre bucal, precisando chupete con punta

cortada y alimentación por sonda orogástrica. Presenta mejoría progresiva con tratamiento conservador, dándose de alta a los 13 días de vida.

Discusión: La estenosis de la apertura piriforme es una forma inusual de obstrucción nasal. El pronóstico es, en general, bueno.

Palabras clave: Obstrucción congénita fosas nasales; Estenosis apertura piriforme; Neonato; Otorrinolaringología.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de las fosas nasales en el neonato es frecuentemente causada por procesos inflamatorios o infecciosos y con menor frecuencia es de origen congénito, neoplásico, traumático o iatrogénico. Puede tratarse de un cuadro potencialmente fatal por la respiración nasal obligada del neonato. Dentro de las obstrucciones de etiología congénita, la entidad más frecuente es la atresia de coanas. Una etiología menos frecuente es la estenosis de la apertura piriforme.

La apertura piriforme es la porción ósea más anterior y estrecha de las fosas nasales. Su estenosis se debe a un crecimiento excesivo del proceso nasal medial del hueso maxilar de forma bilateral. La incidencia es desconocida. Puede presentarse aislada o asociada a malformaciones craneofaciales o nerviosas centrales, entre otras.

El síntoma más habitual es el cornaje, que es el ruido generado por la alteración del flujo de aire al pasar por las fosas nasales de calibre disminuido. Otros posibles síntomas son la dificultad respiratoria, los trastornos de la deglución, las apneas y la cianosis cíclica que mejora con el llanto y empeora con las tomas. Al examen físico existe imposibilidad o dificultad de pasar una sonda más allá del vestíbulo nasal. El diagnóstico se confirma por tomografía computerizada (TC) del macizo craneofacial, donde se observa la disminución del área nasal a nivel de la entrada ósea⁽¹⁾.

La estenosis congénita de la apertura piriforme fue descrita por primera vez en 1988 por Ey⁽²⁾. Existen pocos casos descritos en la bibliografía⁽³⁾. A continuación se presenta el caso de

un neonato diagnosticado de estenosis de la apertura piriforme.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Neonato de 40 horas de vida que ingresa en la Unidad Neonatal procedente de hospital comarcal por sospecha de atresia de coanas. Embarazo controlado, parto eutócico, sin incidencias. Ruidos respiratorios de vías altas desde el nacimiento, pero sin signos de dificultad respiratoria, realizando tomas de lactancia materna directa, aparentemente sin cianosis ni distrés.

A las 40 horas de vida se objetiva dificultad respiratoria, taquipnea y desaturaciones en relación con las tomas, con mejoría con el llanto y/o la apertura bucal. En el hospital comarcal se consigue progresar sonda nasogástrica (SNG) por fosa nasal izquierda con dificultad, sin poder introducir SNG por fosa nasal derecha. En la Unidad Neonatal es valorado por Otorrinolaringología que consigue introducir fibroscopio por fosa nasal izquierda con dificultad, sin embargo, no se consigue introducir fibroscopio ni sonda por la fosa nasal derecha. Ante sospecha de obstrucción congénita de vía aérea alta se solicita tomografía computerizada (TC) de las fosas nasales. Se cursa también cultivo de secreciones nasales para completar estudio diagnóstico, con resultado negativo.

La TC es compatible con EAP, con apertura piriforme estrecha de 6,6 mm de diámetro máximo (Fig. 1) y diámetro de la coana posterior derecha e izquierda dentro de límites normales para la edad (Fig. 2). Se objetiva paladar de morfología triangular, incisivos de características normales y no se aprecian signos de craneosinostosis. Se realiza también resonancia magnética (RM) facial que descarta la presencia de encefalocele nasofaríngeo.

Durante el ingreso se hace el estudio de las posibles asociaciones descritas en la literatura. Es valorado por Cardiología Infantil mediante ecocardiografía, en la que no se visualizan alteraciones significativas. Se solicita RM craneal, sin apreciarse alteraciones morfológicas en el parénquima cerebral y en el eje hipotálamo-hipofisario. Se realiza estudio hormonal del eje



Figura 1. Estenosis de recesso piriforme.



Figura 2. Coanas normales.

hipofisario por estar descrita la asociación de la estenosis de la apertura piriforme a agenesia hipofisaria y disgenesia tiroidea, que también es normal.

Los primeros días del ingreso presenta desaturaciones y signos de distrés coincidiendo con el cierre bucal, precisando chupete con punta cortada y alimentación por sonda orogástrica. Coincidiendo con sedación para realización de TC y RM precisa cánula orofaríngea. Presenta mejoría progresiva de forma espontánea, con desaparición de los signos de distrés y desaturaciones, incluso con tomas al pecho, por lo que es dado de alta a los 13 días de vida.

Seguimiento tras el alta en consulta de Otorrinolaringología, manteniéndose estable, con mínimo cornaje coincidiendo con las tomas.

DISCUSIÓN

La estenosis congénita de la apertura piriforme es una forma inusual de obstrucción nasal en el recién nacido. El diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado son esenciales debido a su respiración nasal obligada⁽¹⁾.

Estos niños suelen presentar dificultad respiratoria de grado variable, apneas y cianosis, fundamentalmente durante las tomas, por lo que ha de considerarse dentro del diagnóstico

diferencial de la obstrucción nasal en neonatos junto con la atresia de coanas, el encefalocele nasofaríngeo y los tumores nasales⁽⁴⁾. La gravedad de los síntomas depende del grado de obstrucción, y van desde una respiración ruidosa similar a la congestión nasal hasta una condición potencialmente mortal⁽⁵⁾.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante TC del maxilo facial, donde se evidencia un crecimiento excesivo del proceso nasal del hueso maxilar con disminución del diámetro del área nasal a nivel de la apertura piriforme, mientras que las coanas son de calibre normal. Se considera diagnóstico si el diámetro transversal máximo del orificio piriforme es menor de 11 mm^(1,4,5). Otros hallazgos radiológicos frecuentemente asociados son alteraciones en la dentición (megaincisivo central único) y paladar duro hipoplásico con morfología triangular.

Como se describe en el caso clínico presentado es necesario realizar estudio de malformaciones y alteraciones asociadas, puesto que se han descrito casos asociados a megaincisivo o incisivo único central maxilar, holoprosencefalia, agenesia hipofisaria, malformaciones cardíacas y disgenesia tiroidea, entre otros.

El pronóstico de estos niños es en general bueno. La conducta terapéutica dependerá de la gravedad de los síntomas. La mayoría solo necesitan tratamiento conservador hasta

que crece la cavidad nasal y desaparecen los síntomas. Pueden requerir técnicas especiales de alimentación, tratamiento tópico nasal e incluso intubación en los casos más graves. En caso de dificultad respiratoria moderada a grave, trastorno de la deglución y ante el fracaso de métodos conservadores, el tratamiento es quirúrgico⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuestas G, José G, Demarchi V, Razetti J, Boccio C. Obstrucción nasal congénita por estenosis de la apertura piriforme. Serie de casos. *An Pediatr*. 2015; 82(1): e44-7.
2. Ey EH, Han BK, Towbin RB, Jaun W. Bony inlet stenosis as a cause of nasal airway obstruction. *Radiology*. 1988; 168: 477-9.
3. Tate JR, Sykes J. Congenital nasal aperture stenosis. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009; 42: 521-5.
4. Capilla Ampudia JM, García González P, Hernández Rodríguez C, Morán Poladura M, Gavela Ramón RM. Estenosis congénita del orificio piriforme. *An Pediatr*. 2009; 71(3): 221-3.
5. Osovsky M, Aizer-Danon A, Horev G, Sirota L. Congenital pyriform aperture stenosis. *Pediatr Radiol*. 2007; 37: 97-9.