

CAPÍTULO VII

Fractura nasal

Álvaro Gómez, MD
Sección de Otorrinolaringología
Fundación Santa Fe de Bogotá

GENERALIDADES

La pirámide nasal es la estructura más prominente de la cara. Esta característica determina que las fracturas nasales sean las lesiones faciales más frecuentes, llegando a representar el 50% del total.

Las causas más frecuentes de fractura son agresiones, accidentes deportivos, accidentes de tráfico y caídas casuales.

En su tratamiento inicial se observa un alto porcentaje de deformidad nasal postraumática, que oscila entre 14% y 50%, y que se debe a:

- Edema postraumático.
- Lesiones septales no diagnosticadas.
- Escasa colaboración por parte de algunos pacientes.

EPIDEMIOLOGÍA

Ocurren más frecuentemente en hombres que en mujeres, en una relación de 2:1. En los niños las caídas y los traumas directos son la causa más frecuente, y en los adultos los accidentes de tránsito.

PATOGENESIS

La naturaleza y la extensión de la lesión dependen de las características del trauma; la relación de fuerza por masa es uno de los elementos básicos en el mecanismo físico de estas lesiones.

La clasificación más común de las fracturas nasales se deriva de la modalidad del trauma, bien sea frontal o lateral.

ANATOMÍA

La nariz es una estructura piramidal con vértice superior y base inferior formada por un esqueleto osteocartilaginoso y una cobertura mucocutánea que contiene dos cavidades o fosas nasales, separadas por el tabique o septum nasal. La pirámide puede ser dividida en varias subunidades: raíz nasal (vértice de dicha pirámide), dorso nasal, paredes laterales, alas nasales, punta y columela (línea media de la base).

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS NAALES

La clasificación de Stranc categoriza las fracturas nasales en función de su localización antero-posterior (fractura nasal por impacto frontal) y de la desviación lateral:

Tipo I. Son aquellas que afectan la porción más anterior de los huesos nasales y el tabique.

Tipo II. Además de afectar los huesos nasales y el tabique, presentan lesión de la apófisis frontal del maxilar.

Tipo III. Afectan a ambas apófisis frontales del maxilar y al hueso frontal, siendo en realidad fracturas naso-etmoido-orbitarias.

La clasificación de Rohrich divide las fracturas nasales en cinco grupos diferentes:

- I. Fractura simple unilateral.
- II. Fractura simple bilateral.
- III. Fractura conminuta.
 - a) Unilateral.
 - b) Bilateral.
 - c) Frontal.
- IV. Fractura compleja (huesos nasales y septo).
 - a) Con hematoma septal asociado.
 - b) Con laceraciones nasales.
- V. Fracturas naso-orbito-etmoidales.

En la práctica clínica es importante el diagnóstico de la fractura y en nuestro medio se debe estimular su clasificación, la cual permite hacer estudios comparativos.

Las formas de presentación de las fracturas nasales son:

Fracturas nasales simples, las cuales no presentan desplazamiento de los fragmentos ni deformidad del septum nasal; no requieren cirugía, sino manejo médico con *ferulización*. Fracturas con deformidad septal y desplazamiento de los fragmentos; generalmente requieren reducción cerrada, y en su mayoría rinoplastia, en un periodo no superior a 3 semanas.

HISTORIA CLÍNICA

Antes de la exploración del paciente se procede con la historia de la causa del accidente y del estado previo del paciente.

- Estado previo del paciente: se debe interrogar sobre deformidades nasales o dificultades para el paso del aire antes del accidente y sobre cirugía nasal previa.
- Tipo de traumatismo: fecha y hora del accidente, dirección del traumatismo (frontal o lateral), intensidad del mismo (agresión, caída, accidente de tráfico).
- Los golpes frontales directos aplicados sobre el dorso nasal producen fracturas de la parte delgada de los huesos nasales causando fracturas nasoetmoidales.
- Los golpes laterales son los responsables de la mayor parte de las fracturas nasales.

Inicialmente se realiza inspección visual de la pirámide nasal, palpación de la misma (dorso, paredes laterales y espina nasal), inspección del tabique nasal y evaluación del paso de aire por las fosas nasales.

EXAMEN FÍSICO

Se registran signos de epistaxis uni o bilateral, edema, tumefacción nasal, hundimiento de las paredes laterales, desviación nasal lateral, depresión del dorso nasal, heridas cutáneas, telecanto (fracturas naso-orbito-etmoidales), *verticalización* de las narinas (nariz porcina) en los casos de hundimiento severo del dorso nasal.

Tras la inspección ocular, se procede con la palpación de la pirámide, recorriendo primero el dorso nasal con los dedos en búsqueda de escalones óseos o crepitaciones y, posteriormente, palpando con ambos índices las paredes laterales. En este momento se puede ejer-

cer presión sobre la cara lateral en dirección medial en los casos de desviaciones laterales y si ha transcurrido poco tiempo desde el momento de la fractura se puede lograr una rápida reducción de la misma.

En todo traumatismo nasal se debe realizar inspección del tabique para descartar hematomas septales o desviaciones del mismo; las lesiones septales son la principal causa de deformidad nasal secundaria.

Tras realizar vasoconstricción y anestesia tópica de ambas fosas nasales, se procede con la aspiración de coágulos, para examinar con el rinoscopio el vestíbulo nasal, el meato inferior, los cornetes y el tabique; se ha de buscar cualquier laceración o hematoma del septo. Un hematoma septal no tratado puede producir necrosis del cartílago por despegamiento del pericondrio.

Si bien la utilidad de las radiografías nasales (perfil de huesos nasales y proyección de Watters) son motivo de continuada controversia, creemos que en los casos de duda y en los casos de agresiones o accidentes de tráfico es conveniente realizarlas con el fin de dejar constancia gráfica.

TRATAMIENTO INMEDIATO

Una vez realizada una buena historia clínica se orienta el manejo a definir y controlar las dos principales urgencias de las fracturas nasales: la epistaxis y el hematoma septal.

El hematoma septal debe ser diagnosticado y drenado en las primeras 24 horas luego del accidente, para evitar infección y la pérdida del cartílago por necrosis; en seguida se debe realizar un buen taponamiento nasal bilateral.

Aunque ya no constituye una urgencia como tal, parece existir acuerdo acerca de cuánto

tiempo puede transcurrir desde el momento de la fractura hasta su reducción: 24 a 72 horas como máximo; existe coincidencia en que cuanto antes se intente su reducción, hay más posibilidades de éxito. Algunos médicos recomiendan que una vez se presenta el edema se debe esperar a que éste haya cedido antes de intentar la corrección.

Reducción cerrada de la fractura nasal: la reducción se puede practicar bajo anestesia local o bien bajo anestesia general.

Reducción de la pirámide nasal: se procede a desimpactar aquellos fragmentos que hayan quedado hundidos. Para la reducción de los huesos nasales se dispone de dos instrumentos específicos: los fórceps o pinzas de Walsham para desimpactar los huesos de las paredes laterales y los fórceps de Asch para la reducción del tabique.

En ocasiones, en fracturas nasales simples con desplazamiento lateral, una presión ejercida con los dedos en dirección opuesta puede permitir la correcta reducción.

La reducción de los huesos nasales en ocasiones produce la reducción simultánea del desplazamiento septal, dada la íntima relación que tienen los cartílagos laterales con el tabique, pero en cualquier caso éste ha de ser revisado.

Tratamiento del tabique: cuando hay hematoma septal, éste debe ser drenado mediante una incisión con bisturí sobre la parte más caudal del mismo, abriendo el mucopericondrio para luego aspirar el hematoma; inmediatamente se realiza taponamiento anterior bilateral para evitar la reproducción.

Taponamiento nasal: cumple una doble función; por una parte, hace de soporte interno evitando que se produzca un nuevo despla-

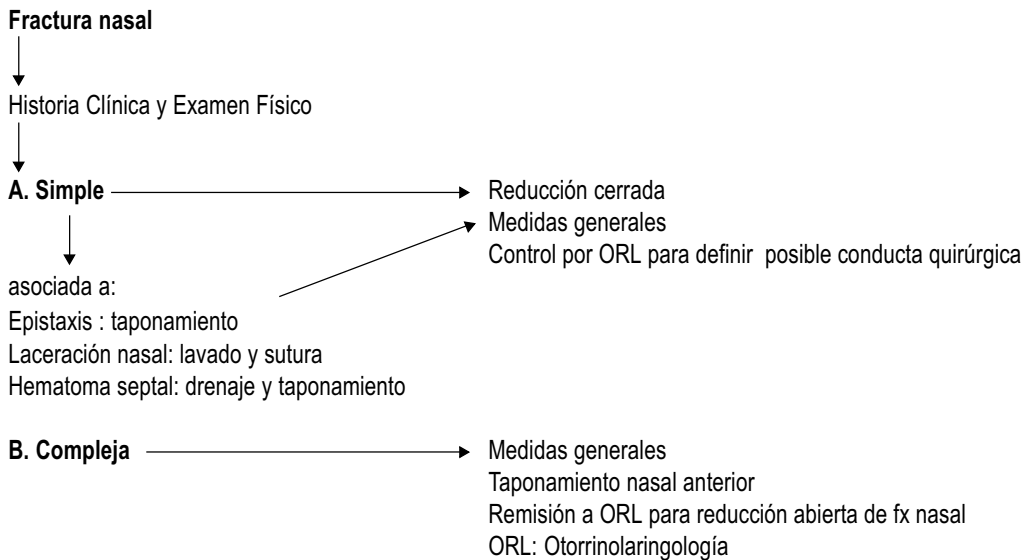
zamiento de los fragmentos fracturados, especialmente en las fracturas conminutas y por otra permite una buena hemostasia.

Existen muchos métodos de taponamiento nasal, tales como venda de gasa impregnada en lubricante, tul graso, sustancias hemostáticas como Spongostan®, Merocel® o Surgicel®. El taponamiento nasal debe ser retirado a los 2 ó 3 días, salvo en fracturas cartilaginosas, en cuyo caso se retira a los 4 ó 5 días, cubriendo el paciente con tratamiento antibiótico.

Férulas nasales: la misión de las férulas es mantener los fragmentos alineados, disminuir la formación de edema y proteger la pirámide nasal mientras se produce la estabilización de la fractura.

Cuidados posteriores: se prescribe tratamiento analgésico y antiinflamatorio de poca afectación gástrica, se recomienda dormir con la cabeza elevada, a las 48 ó 72 horas se retira el taponamiento nasal en el centro de atención primaria y el paciente debe ser visto por el otorrinolaringólogo a los 7 a 10 días de la reducción, momento en que se retira la férula externa.

ALGORITMO



CONCLUSIÓN

Siendo la epistaxis y el hematoma septal las principales complicaciones inmediatas, el médico del servicio de urgencias debe tener un conocimiento claro tanto de la anatomía y fisiopatología, así como de su manejo. Todas las fracturas deben ser evaluadas por el otorrinolaringólogo para establecer su manejo definitivo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Bailey B, Healy G, Galapp C. Head and Neck Surgery: Otolaryngology. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2001.
2. Cummings C, Krause C, Schuller D, et al. Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Third edition. Mosby, Baltimore. 1998.
3. Gates G. Current Therapy in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Mosby. St Louis, 1997.