

## **Vendaje triangular para oclusión de fosas nasales en taponamientos nasales**

### **Triangular dressing for nostril occlusion in nasal tamponings**

**Dr.C. Jorge Santana Álvarez**

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja.  
Camagüey, Cuba.

---

La pirámide nasal, como señaló Schaeffer en 1920 citado por Mayerhoff WL,<sup>1</sup> es un atributo exclusivo del ser humano que no coexiste en ningún otro primate. Por su gran tamaño y su situación central, es uno de los principales rasgos faciales característicos del individuo y reviste una importancia básica en la formación y preservación de la imagen corporal.

Los elementos anatómicos capaces de provocar obstrucción nasal se encuentran situados en el tercio del macizo facial, el cual se conoce como piso medio facial, constituido por la nariz, fosas nasales y las cavidades anexas o senos perinasales.<sup>2</sup> La nariz es una prominencia situada en medio de la cara. Tiene dos caras laterales, que terminan inferiormente por las alas de la nariz; tres bordes, los laterales que se unen, y el borde anterior, que lleva el nombre de dorso nasal y termina inferiormente en el lóbulo o punta de la nariz.<sup>3</sup>

Se compone de esqueleto, músculos y piel. En el esqueleto concurren huesos, cartílagos y una membrana fibrosa. Los huesos son: los propios de la nariz, la rama ascendente de ambos maxilares superiores y el borde anterior de sus apófisis palatinas. Los cartílagos son: el del tabique, los laterales y los de las alas de la

nariz. Los músculos se encuentran y ejercen su función sobre el ala de la nariz, que aproximan o separan de la línea media, ensanchan o estrechan así la abertura anterior de las fosas nasales.<sup>2</sup> La piel de la nariz sobre el lóbulo y en las alas es gruesa, rica en glándulas sebáceas y se adhiere firmemente con la capa adyacente. El vestíbulo nasal se distingue por su revestimiento cutáneo, mientras que el de las fosas nasales es mucoso. Tiene por límite inferior las ventanas de la nariz, y por límite superior la entrada de las fosas nasales.

Las fosas nasales son aplanadas transversalmente y presentan un orificio anterior y otro posterior o coana. El esqueleto nasal está formado por los maxilares superiores, los huesos propios, los unguis, el etmoides, el vómer y el esfenoides.<sup>3</sup> El suelo nasal tiene aspecto de un canal, ancho de 12 a 15 milímetros y de cinco centímetros de longitud. La bóveda nasal es estrecha, formada hacia delante por los huesos propios, en la región media por la lámina cribosa del etmoides y la porción horizontal del cuerpo del esfenoides, y en la porción posterior vertical por la cara anterior del cuerpo del esfenoides. El tabique nasal es una lámina vertical constituida hacia delante por el cartílago triangular, y hacia atrás por el vómer y la lámina perpendicular del etmoides.<sup>3</sup>

La pared externa es, tal vez, la más interesante y está formada por el maxilar superior, el cornete inferior, el unguis, el palatino, y el esfenoides; presenta una serie de eminencias longitudinales llamadas cornetes y paralelamente a ellas unas depresiones llamadas meatos. Los tres cornetes terminan por detrás en una misma línea vertical, mientras que, inferiormente aumentan de longitud de arriba abajo, el cornete superior es casi insignificante. La nariz tiene tres funciones fundamentales: respiratoria, olfatoria y fonatoria.

La función respiratoria incluye: vía aérea, control de la retroalimentación negativa mecánica para adecuar el aporte de aire necesario para la ventilación alveolar, mecanismo para entibiar el aire inspirado y controlar en parte la temperatura corporal, humidificar el aire inspirado, filtrar el polvo y los microorganismos que tiene el aire inspirado y resistencia a la invasión de la nariz y senos paranasales por microorganismos patógenos. La función olfatoria se realiza en el tercio superior de las fosas nasales donde se encuentran los receptores periféricos del nervio olfatorio. En el caso de la función fonatoria se manifiesta en la emisión de las consonantes nasales, las vocales nasales y las vocales nasalizadas.<sup>4-6</sup>

Desde el punto de vista clínico, muchas enfermedades que afectan las fosas nasales ocasionan cuadros obstructivos que requieren como parte del tratamiento médico o quirúrgico, el uso de taponamientos nasales anteriores o posteriores. Los taponamientos anteriores se mantienen dentro de las fosas nasales por espacio de tres a cinco días, por lo que resulta necesario mantenerlo y fijarlo a la fosa nasal con el uso de material adhesivo. Desde el año 1990 el autor se propuso la utilización y aplicación de un vendaje triangular oclusivo, para la fijación de los taponamientos anteriores, diferentes al utilizado hasta entonces, mediante el uso de bandas múltiples de esparadrapo. Este simple vendaje ha sido utilizado y generalizado durante años por diferentes especialistas, de mostrada utilidad al ser: estético, fácil de aplicar, seguro y duradero. En esta nota, el autor muestra la estructura y la técnica para la aplicación del vendaje triangular de esparadrapo, cuyo uso reiterado a través de los años en diferentes instituciones del país, o durante la impartición de adiestramientos, ha permitido su generalización.<sup>6-9</sup>

### **Estructura del vendaje y confección**

Se cortan dos bandas de esparadrapo de 10 x 6cm, se traza un ángulo con el vértice en el centro de uno de los lados más largos de la banda y seccionarlo en dos tercios de la longitud sin llegar al vértice. El lado no seccionado de una de las bandas, se colocan en la pirámide nasal ocluyendo primero las narinas, con los triángulos de los extremos y luego el triángulo central sobre el lóbulo y los extremos que ocluyeron las narinas. Posteriormente, el lado no seccionado de la segunda banda se adhiere al tercio superior del labio superior y se sigue la misma secuencia con los extremos y el centro. Al concluir la maniobra las fosas nasales quedan perfectamente ocluidas. (Figura)

**Figura.** Secuencia de construcción y aplicación del vendaje, para oclusión en dos tiempos de las fosas nasales después de aplicar el taponamiento nasal



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paparella MM, Shumrick DA. Otorrinolaringología. 2da ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1982.
2. Villar Suárez MS. Otorrinolaringología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias; 2004.
3. Botey R. Tratado de Oto-Rino-Laringología. 3ra ed. Barcelona: Casa Editorial P. Salvat; 1918.
4. Hettige R, Mackeith S, Falzon A, Draper M. A study to determine the benefits of bilateral versus unilateral nasal packing with Rapid Rhino ® packs. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Mar;271(3):519-23.
5. Venettacci O, Nettlefold C, Chan L, Daniel M, Curotta J. Sub-labial packing: a novel method of stopping epistaxis from Little's area. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013 Aug;77(8):1370-1.
6. Deniz M, Ciftçi Z, Işık A, Demirel OB, Gültekin E. The impact of different nasal packings on postoperative complications. Am J Otolaryngol. 2014 Apr 27;pii:S0196-0709(14)00095-7.
7. Wang TC, Tai CJ, Tsou YA, Tsai LT, Li YF, Tsai MH. Absorbable and nonabsorbable packing after functional endoscopic sinus surgery: systematic review

and meta-analysis of outcomes. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Jun 14; 7. DOI 10.1007/s00405-014-3107-2

8. Dai B, Liu W, Jin A, Jiang X, Feng L. Efficacy of nasal packing, septal suture technique and vacuum sealing drainage after nasal septum surgery Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2014 Jan;28(2):118-21.

9. Antohi N, Ionescu R, Antohi A, Isac C. Modified nasal vestibule packing with airway preservation. Aesthet Surg J. 2014 Mar;34(3):472-4.

Recibido: 6 de julio de 2014

Aprobado: 3 de septiembre de 2014

*Dr.C. Jorge Santana Álvarez.* Doctor en Ciencias Médicas. Especialista II Grado en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Profesor Titular. Investigador Titular. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraj. Camagüey, Cuba. Email: jorsan @finlay.cmw.sld.cu