



URGENCIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Coordinador: Antonio Medinilla Vallejo

URGENCIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS	1
2801 – EPISTAXIS.....	2
2802 – HEMORRAGIA POSTADENOAMIGDALECTOMÍA.....	5
2803 – TRAUMATISMO ÓTICO. CUERPO EXTRAÑO ÓTICO Y FARÍNGEO.....	8

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-39484-5

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.



2801 – EPISTAXIS

*Martín Díaz, Paloma
Raya López, Paula
Castro Gutiérrez de Agüera, David*

DEFINICIÓN

La epistaxis es una patología frecuente usualmente benigna y autolimitada. Es la urgencia otorrinolaringológica más común. Comprende todos los fenómenos hemorrágicos originados en las fosas nasales.

A pesar de que su tratamiento es bastante simple y efectivo en los pacientes que consultan en Atención Primaria (AP), puede presentarse como una condición que pone en riesgo la vida de ciertos pacientes. Puede presentarse como patología aislada o como síntoma de una enfermedad sistémica. Presenta dos picos de incidencia menores de 10 años y mayores de 40.

CLASIFICACIÓN

SEGÚN LOCALIZACIÓN

- Anteriores (90%): origen en los dos tercios anteriores de las fosas nasales, area de Kiesselbach
- Posteriores (7%): origen en el tercio posterior de las fosas nasales. Plexo de Woodruff (anastomosis de la a. esfenopalatina y a. faríngea posterior)
- Superior (3%): territorio de a.etmoidales anteriores y posteriores.
- Difusa.

SEGÚN ETIOLOGÍA

LOCALES

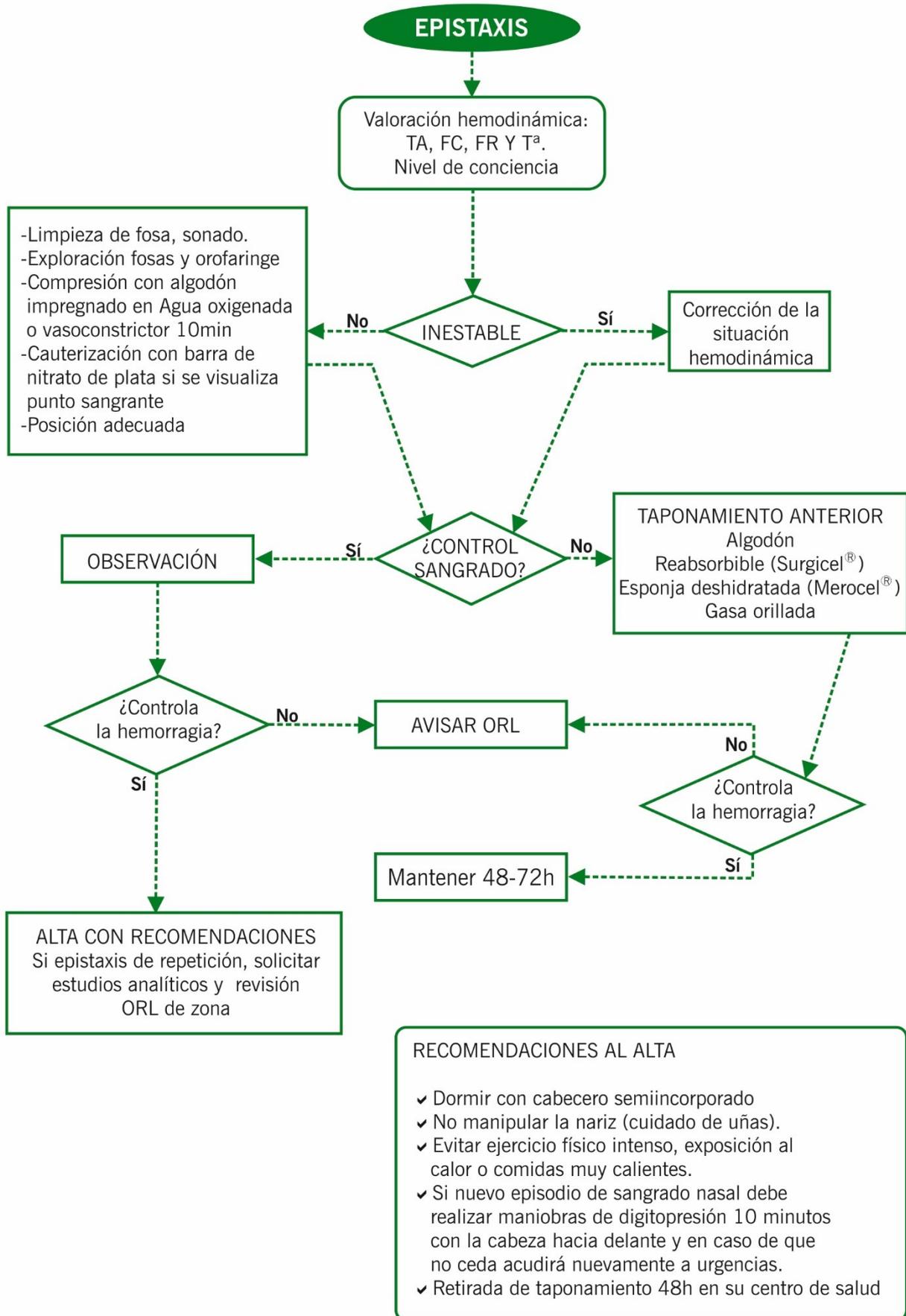
- Manipulación digital
- Catarro común
- Cuerpo extraño (rinorrea fétida)
- Traumatismo nasal
- Rinitis, sinusitis
- Uso de inhaladores nasales (CIN, descongestivos)
- Tumores: hemangioma, angiofibroma nasofaríngeo juvenil, cavum.
- Granuloma piógeno
- Perforación septal

SISTÉMICAS

- Trastornos de la hemostasia: Von Willebrand, Bernard-Soulier, Werlhof (PTI), Rendu Osler Weber, Hemofilia.
- Fármacos: AAS, AINE, anticoagulantes
- Enfermedades febriles.

*CIN: corticoides intranasales

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 8ª Edición. Cap 17. Pag 236-238.
2. Pinilla Urraca M. Tratamiento de la epistaxis en Atención Primaria. FAPap Monogr. 2017;3:41-47.2
3. Messner AH. Causes of epistaxis in children. En: UpToDate [en línea] [actualizado el 30/3/2020; consultado el 13/12/2020]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/causes-of-epistaxis-in-children>
4. Messner AH. Management of epistaxis in children. En: UpToDate [en línea] [actualizado el 30/3/2020; consultado el 13/12/2020]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-epistaxis-in-children>
5. Protocolos de Actuación en Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y Cuello, Guillermo Til Pérez et col. Rinología, Epistaxis (280-281)



2802 – HEMORRAGIA POSTADENOAMIGDALECTOMÍA

*García García, Noelia
Martín Díaz, Paloma
Medinilla Vallejo, Antonio*

La adenoidectomía es el acto quirúrgico de extirpar la amígdala faríngea y la amigdalectomía es el procedimiento en el cual se extirpan las amígdalas palatinas.

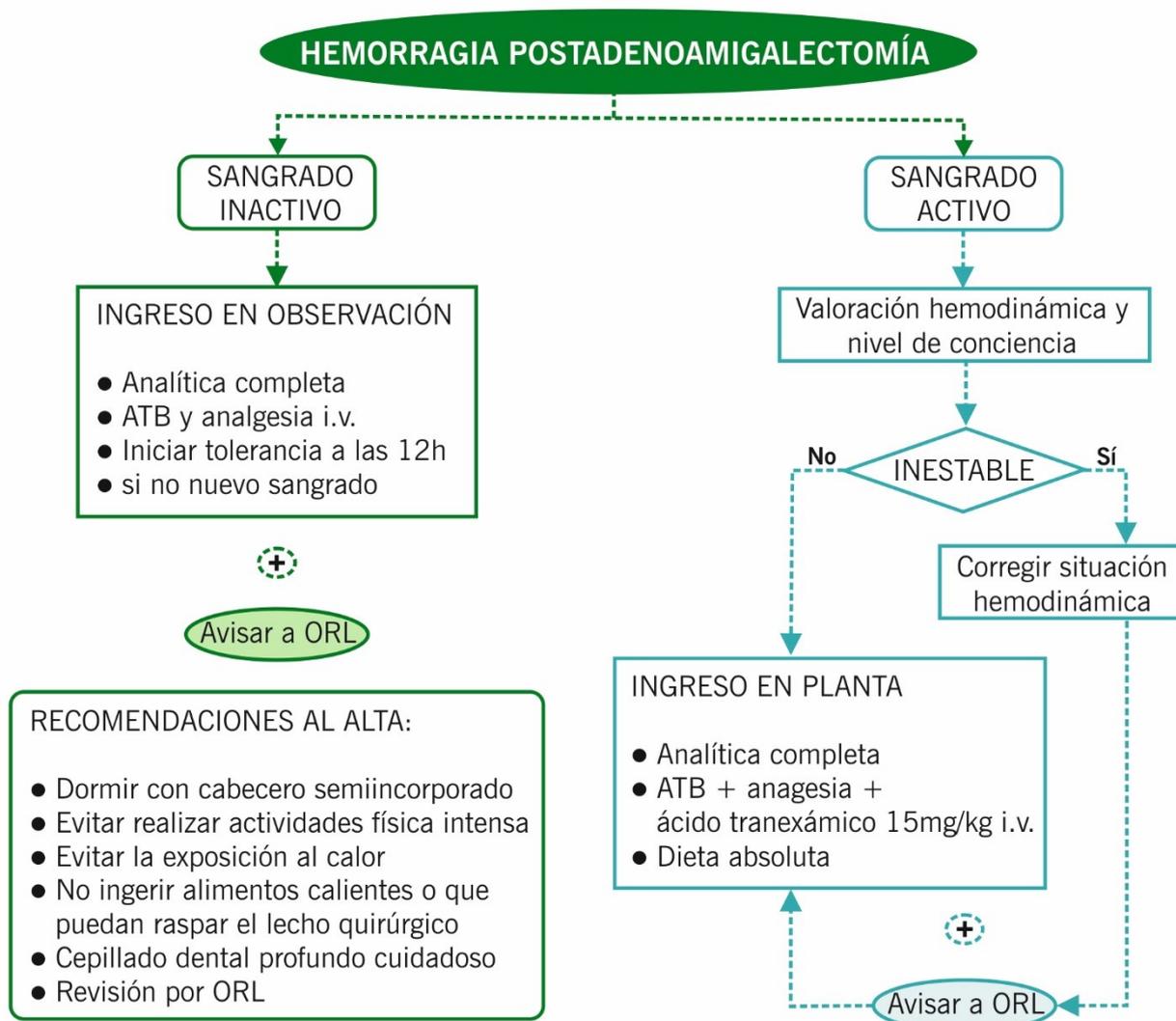
Ambos procedimientos son los más frecuentes en la edad pediátrica y en muchas ocasiones se realizan asociados en un mismo acto (adenoamigdalectomía).

La complicación más grave y frecuente es la hemorragia postoperatoria, que ocurre entre el 0,28% al 20% de los casos.

CLASIFICACIÓN

- **Hemorragia primaria (precoz):** es la que ocurre en las primeras 24h postquirúrgicas. Es más frecuente tras una adenoidectomía y se asocia a legrado excesivo o incompleto.
- **Hemorragia secundaria (tardía):** es más común tras una amigdalectomía, suele ocurrir alrededor del 5º-10º día postquirúrgico y se relaciona con la caída de escaras del lecho quirúrgico.

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Gallejo-Grijalva Jorge E; Alvarado García Rafael. Hemorragia postamigdalectomía en niños. Acta Pediatr Mex 2006; 27(6):333-6.
2. Macaya Martínez Ana; Arruti González Ignacio; Quer Canut Santiago. Amigdalectomia y adenoidectomia. Indicaciones, técnicas y complicaciones [Internet]. Libro virtual de formación en ORL. [Consultado 10 Febrero 2021]. Disponible en: <https://seorl.net/>
3. University of Iowa Health and Care [Internet]. Protocolos de Cabeza y Cuello: Manejo de la hemorragia postamigdalectomia; Feb 2019. Disponible en: <https://medicine.uiowa.edu/iowaprotocols/tonsillectomy-bleed-hemorrhage-management-post-tonsillectomy-hemorrhage>.
4. Baugh Reginal F; Archer Sanford M; Mitchell Ron B ; Rosenfeld Richard M; Amin Raouf; Burns James J et al. Amigdalectomia en niños: Guía de práctica clínica. Otolaryngol Head Neck. 2011.

2803 – TRAUMATISMO ÓTICO. CUERPO EXTRAÑO ÓTICO Y FARÍNGEO

*Raya López, Paula
Páez Romero, Manuel
Castro Gutiérrez de Agüera, David*

Muchos traumatismos del oído se producen en niños politraumatizados, por lo que su exploración y tratamiento inicial dependerán de la situación clínica del paciente.

Se presentan clínicamente con acúfenos, hipoacusia, otorragia/otorrea.

La exploración del conducto auditivo externo y membrana timpánica (en caso de no ser evaluable, explorar en un segundo tiempo) mediante otoscopia, así como la función del nervio facial, se considera imprescindible para su correcta valoración

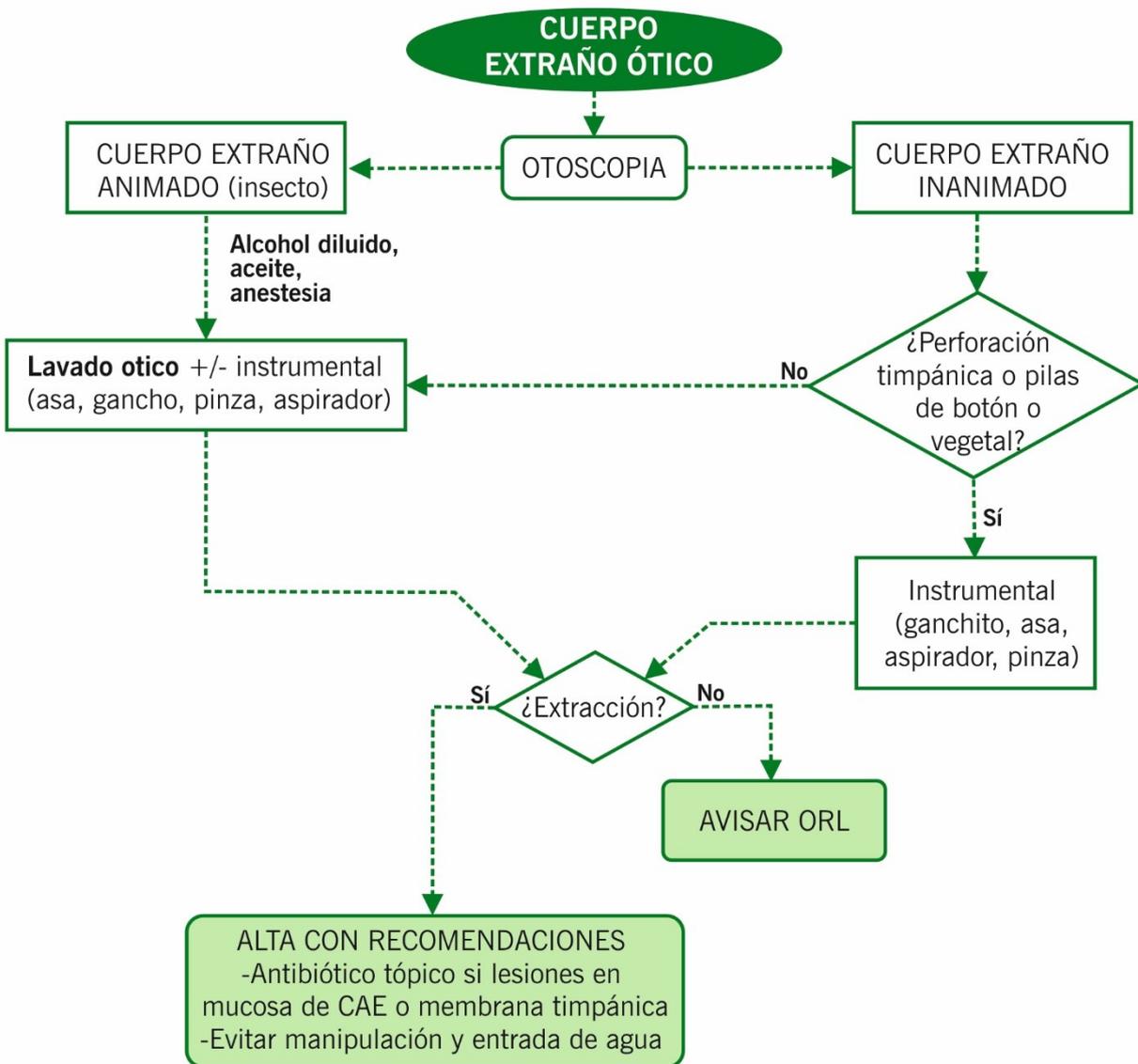
	TRAUMATISMO	CLÍNICA/DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Oído externo	<i>Otohematoma</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Acúmulo de sangre entre cartílago y pericondrio - Tumefacción indolora y azulada en cara anterior de pabellón - “Oreja en coliflor” (complicación) - Otoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> - Avisar a ORL - Limpieza y desinfección - Drenaje urgente y vendaje compresivo 7 días - Profilaxis para <i>S. aureus</i>: - Cloxacilina v.o. (100mg/kg/día, cada 6 horas)
	<i>Heridas y laceraciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pabellón y CAE (valorar VII par) - Piel, partes blandas y cartílago - Otoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza y desinfección - Si afectan al CAE: gotas antibiótico tópico - No mojar el oído - +/- Sutura - Profilaxis antibiótica
	<i>Congelaciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la extensión de la lesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Calentamiento progresivo con compresas húmedas (30-45°) - Analgesia y antibiótico (amoxi-clav.)
	<i>Quemaduras</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar gado y extensión dentro del CAE 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfriamiento progresivo con compresas húmedas - Taponamiento del CAE con gasa impregnada en antibiótico

Oído medio	<i>Perforación timpánica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo directo (manipulación) o indirecto (cambio de presión) - Otalgia intensa no persistente → otorragia leve - Otoscopia: perforación posterior de bordes irregulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud expectante: cierre en 1-6 semanas - No mojar el oído - Derivar a ORL diferido
	<i>Barotrauma</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Por cambios de presión - Sensación de taponamiento, otalgia, hipoacusia y acúfenos - Otoscopia: tímpano deprimido y congestivo 	<ul style="list-style-type: none"> - AINES orales - Vasoconstrictores nasales - Derivar a ORL diferido
Oído interno	<i>Fractura de peñasco: longitudinal, transversal, oblicua</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Habitualmente en TCE - Otorragia, hemotímpano, otolicuorrea, acúfenos, hipoacusia, vértigo o parálisis facial periférica - Exploración vestibular y coclear - Signo de Battle: equimosis retroauricular (sospecha) - TC de peñasco (confirmar) 	<ul style="list-style-type: none"> - Avisar a ORL - No manipular el CAE - Taponamiento si otorragia intensa y/o otolicuorrea - Corticoides si parálisis facial - Cirugía urgente si parálisis facial completa inmediata

CUERPO EXTRAÑO ÓTICO

Los cuerpos extraños en el conducto auditivo externo (CAE) son más frecuentes en los menores de 6 años y en disminuidos psíquicos de cualquier edad. Pueden ser animados o inanimados y habitualmente se localizan en la estrechez que existe a nivel de la unión de la zona ósea con la cartilaginosa, pero en ocasiones, puede alojarse en el surco timpánico o llegar a impactarse en la membrana timpánica, desgarrándola e incluso introducirse en el oído medio.

ALGORITMO DE CUERPO EXTRAÑO ÓTICO

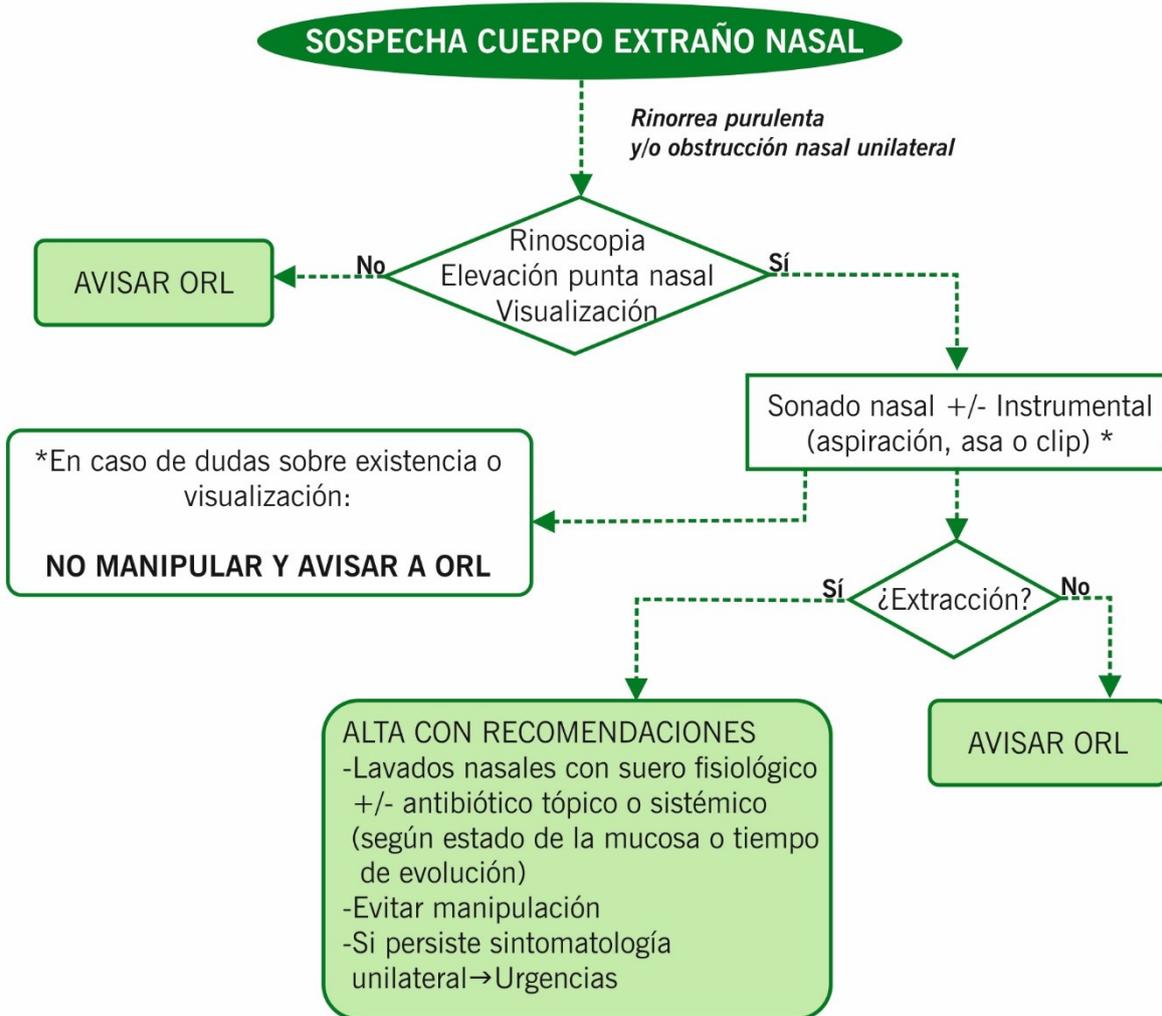


CUERPO EXTRAÑO NASAL

La presencia de cuerpos extraños en las fosas nasales es una afección frecuente en la práctica clínica otorrinolaringológica. Es importante realizar un diagnóstico precoz para evitar complicaciones.

La ubicación más habitual es en suelo de la fosa, a nivel del meato inferior. El resto de localizaciones: meato medio o techo nasal, son infrecuentes, y en ocasiones son resultado del intento fallido de extracción por el uso de material inadecuado.

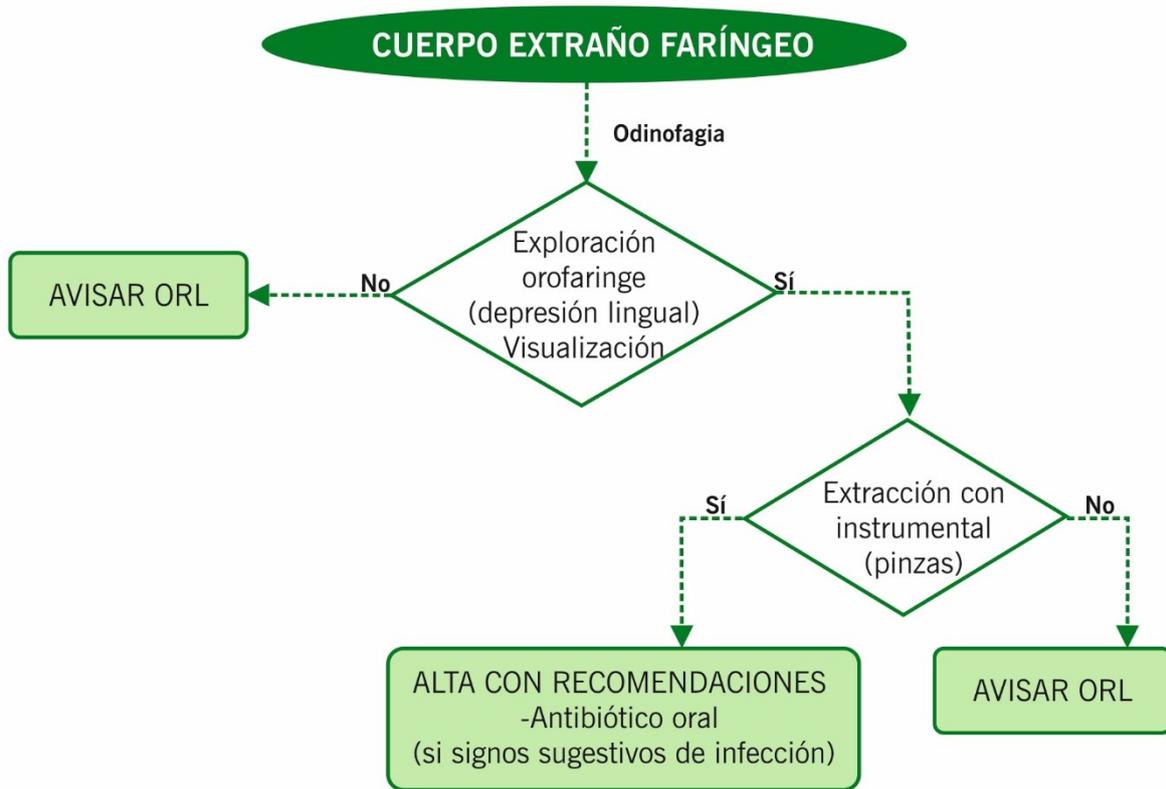
ALGORITMO DE CUERPO EXTRAÑO NASAL



CUERPO EXTRAÑO FARÍNGEO

Las espinas de pescado, huesos pequeños, cáscaras de pipa o “palos” de orégano, son los cuerpos extraños encontrados con mayor frecuencia a nivel oro e hipofaringe. La actuación debe ser inmediata o demorarse pocas horas (depende del tipo de cuerpo extraño y de la clínica del paciente), para evitar la migración del cuerpo extraño, el edema o la abscesificación de la zona enclavada, pero los intentos de extracción deben centrarse en las amígdalas palatinas y en la lingual (base de lengua).

ALGORITMO DE CUERPO EXTRAÑO FARÍNGEO





BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A. Traumatismos en el área ORL. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª edición. Capítulo 39. Editorial Panamericana; 2018
2. González Macchi ME, Pellegrini S, Bernáldez PC. Traumatismo de oído en niños. Experiencia en 57 casos. 3º Manual de la Asociación de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica; 2010
3. Ruiz JA, Montero R, Hernández N, Guerrero J, Galán J, Romero A et al (eds). Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Madrid: Publimed; 2003
4. Pinilla Urraca M. Extracción de cuerpos extraños en la vía respiratoria superior y el conducto auditivo. FAPaP Monogr; 2017
5. Lluna J, Olabarrí M, Domènech A, Rubio B, Yagüe F, Benítez MT, Esparza MJ, Mintegi S. Recomendaciones sobre la prevención de aspiraciones de cuerpos extraños. Anual Pediatría; 2017