

Otorrinolaringología

Tema 11. Urgencias y patología congénita



Carmelo Morales Angulo

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

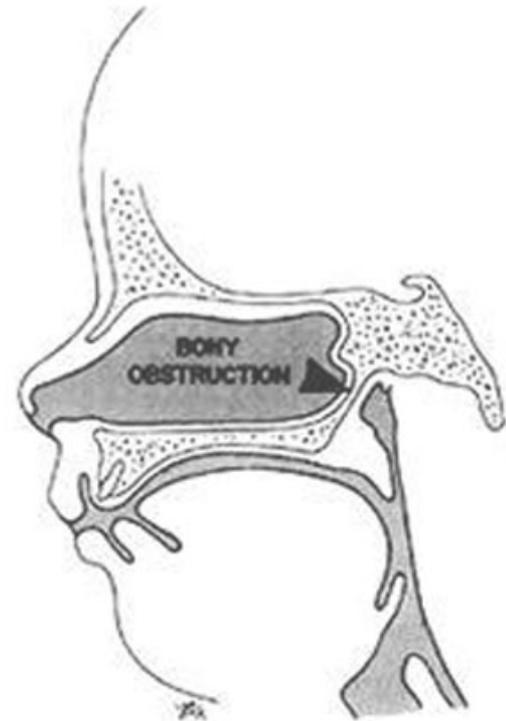
Atresia de coanas

Atresia de coanas

- Malformación congénita nasosinusal más frecuente.

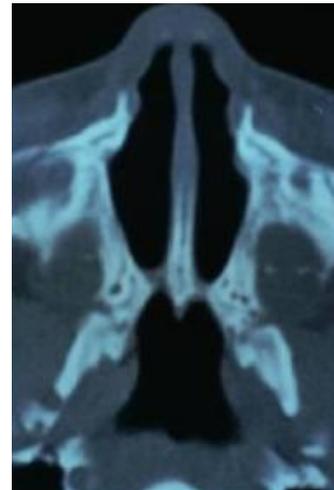
- **Puede ser:**

- Unilateral: se suele diagnosticar en la edad adulta. Obstrucción nasal unilateral y rinorrea purulenta de repetición.
- Bilateral: se suele diagnosticar al nacer. Disnea que mejora con el llanto, empeora con la deglución. URGENCIA MEDICA.



Atresia de coanas

- Con frecuencia es membranosa (10% ósea).
- Puede aparecer aislada o en contexto de un síndrome (CHARGE, Treacher-Collins...).
- Dco.: bilateral, al nacer no pasa sonda nasogástrica. Confirmación fibroscopia y TC.



Thiagarajan B, Kothandaraman S. Choanal Atresia a Literature Review.
WebmedCentral Otorhinolaryngology 2012;3(11): WMC003804 doi:10.9754/
journal.wmc.2012.003804

Tratamiento atresia de coanas

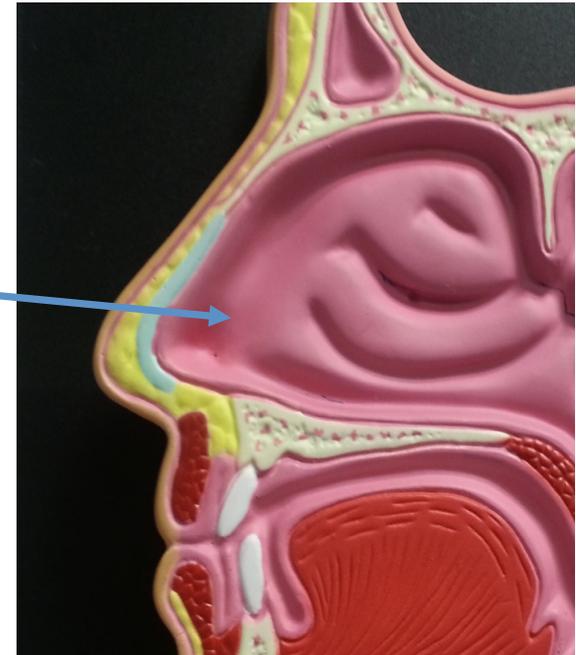
- **Tratamiento**: quirúrgico (vía transnasal o transpalatal).
- Si es bilateral al nacer precisa cánula respiratoria vía oral hasta la cirugía.

Cirugía de la atresia

<http://www.youtube.com/watch?v=ovhqPiNqjog>

Epistaxis. Vascularización

- **Arterias etmoidales**, ramas de la carótida interna.
- **Plexo de Kiesselbach**, anastomosis en la parte anterior del septum.
- **Arteria esfenopalatina**, rama de la carótida externa.



Epistaxis (sangrado nasal)

- **Puede ser:**

- Anterior: mucho más frecuente y benigna, habitualmente localizada en Area de Kiesselbach).
- Posterior: con frecuencia grave.

Epistaxis. Etiología

- **Local:**

- Traumatismos (digital, contusión, etc.).
- Rinitis (seca, alérgica, vírica).
- Neoplasias.

- **Sistémica:**

- Esencial.
- HTA.
- Vasculopatías (Ej.: Enf. Rendu-Osler).
- Alteraciones hematológicas:
 - Alt. Plaquetarias.
 - Coagulopatías.
 - Anticoagulantes.



Manejo epistaxis

- Anamnesis adecuada (HTA, ingesta de anticoagulantes, antecedentes familiares de sangrados...).
- Control de constantes (TA).
- **Si es severa**: coger vía ev. gruesa, analítica y realizar pruebas cruzadas.



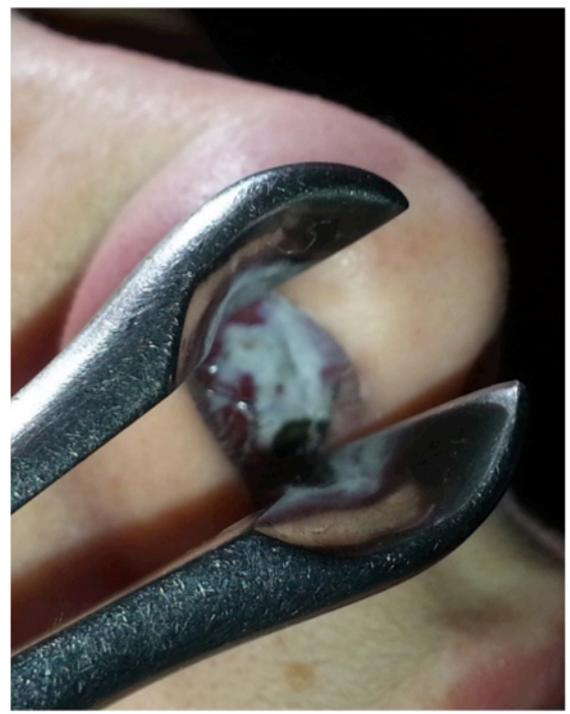
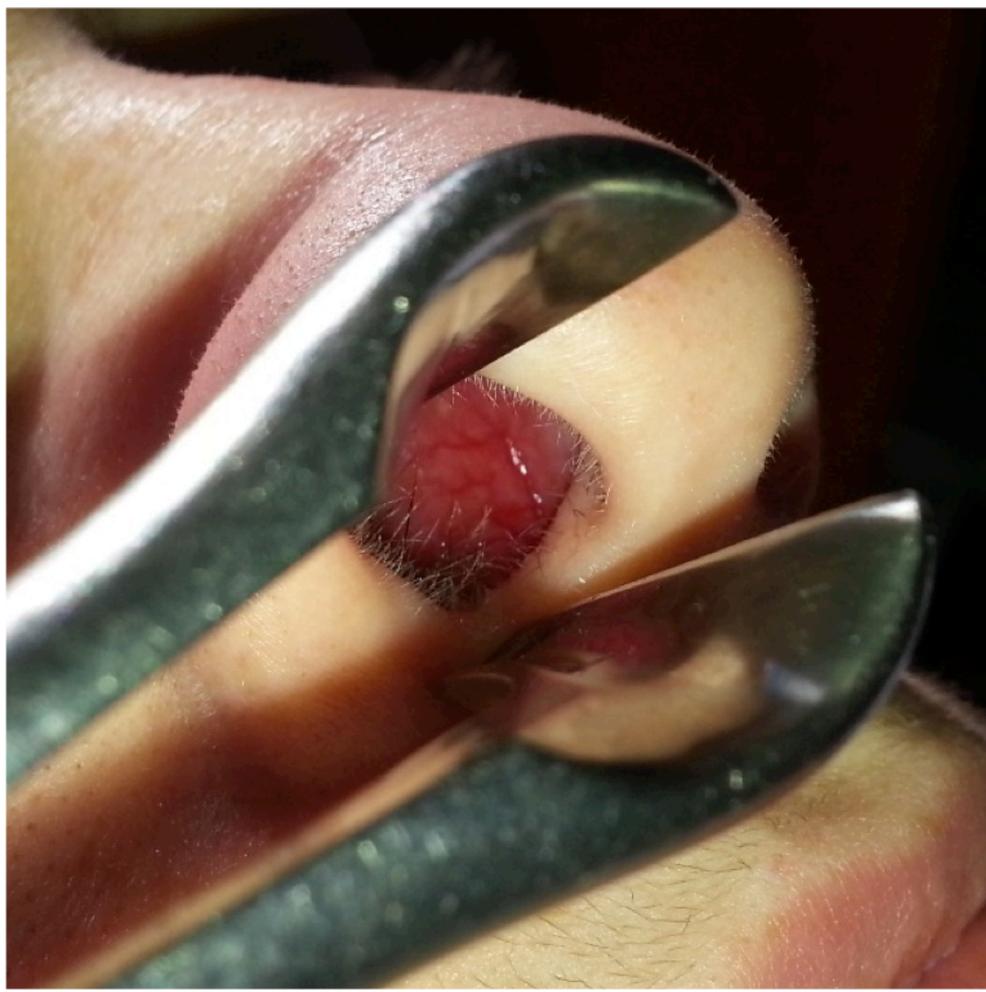
Tratamiento

- Si no es intensa y se localiza el punto de sangrado:
coagulación con nitrato de plata.



http://www.youtube.com/watch?v=6sJ_p5zNI3M

Epistaxis esencial. Cauterización con nitrato de plata



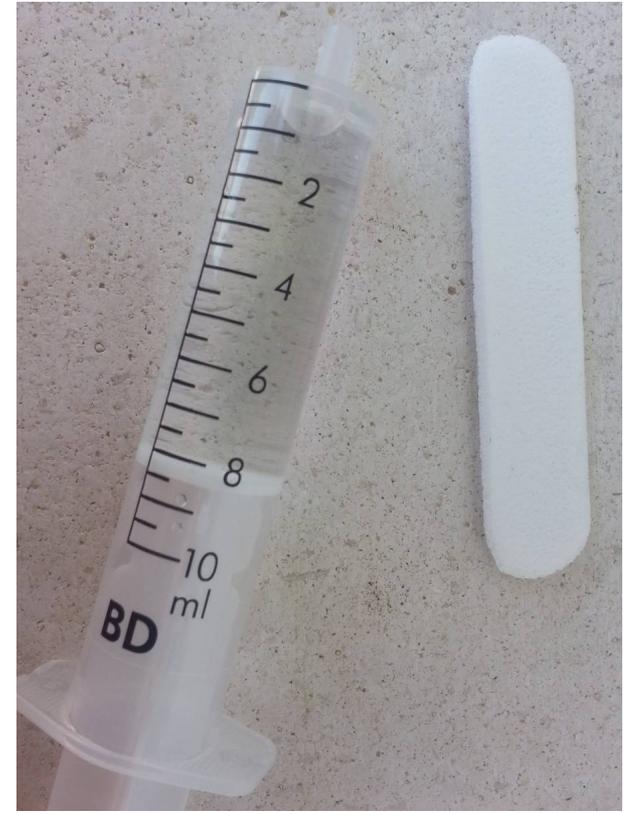
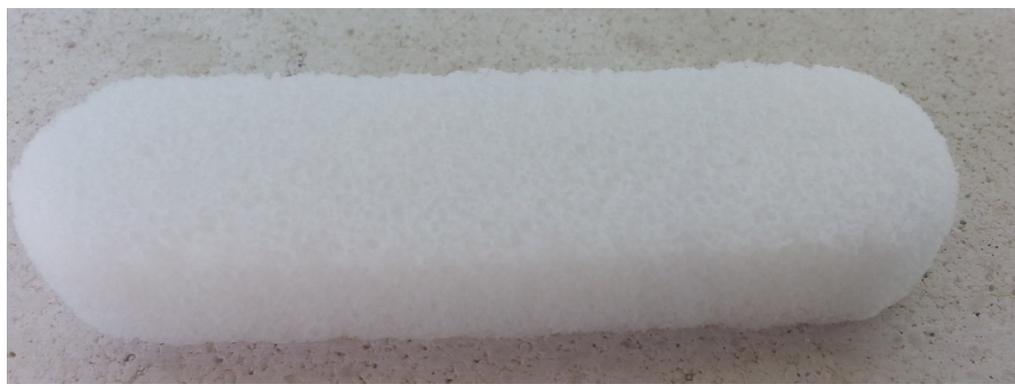
Tratamiento

- **Si no se ve el punto sangrante y es anterior:**
taponamiento anterior con gasa o esponja (48-72h).



<http://www.youtube.com/watch?v=-N7K5Vbqnsq>

Epistaxis, taponamiento con merocel



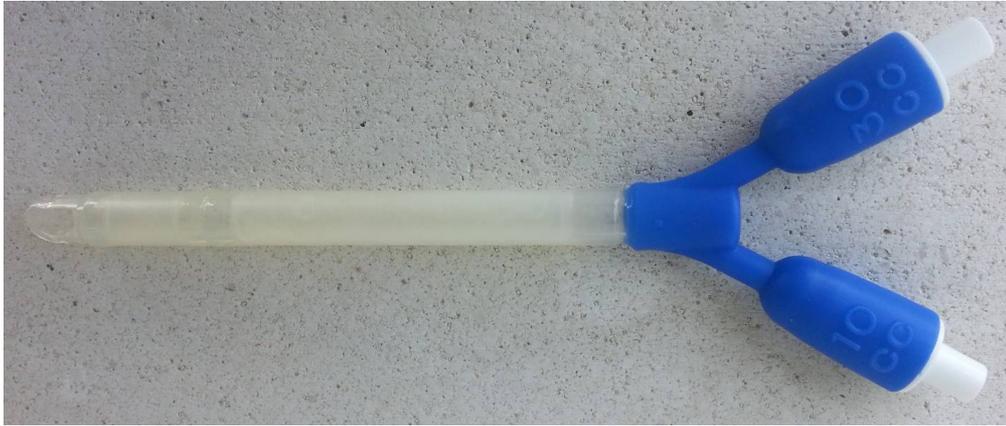
- **Si es posterior**: taponamiento antero-posterior con sonda de doble balón o con gasa.



[Rapid rhino](#)

<http://www.youtube.com/watch?v=7FHvuZEo-sl>

Taponamiento posterior con sonda de doble balón



Rapid Rhino



Taponamiento. Complicaciones

- **Locales:**

- Rinitis costrosa.
- Necrosis y perforación septal.
- Sinequias.
- Sinusitis.



- **Sistémicas:**

- Hipoxemia.
- Sepsis.
- Shock tóxico.
- Ocasional fallecimiento.



Epistaxis severas

- **Si no cede tras retirada del taponamiento**: cirugía endoscópica en quirófano o taponamiento anteroposterior en quirófano.



<http://www.youtube.com/watch?v=emQDvBtPhnk>

- **Otras opciones**: embolización (radiología intervencionista) o ligadura arterial quirúrgica (etmoidales o esfenopalatina).

http://www.youtube.com/watch?v=Mvy8g_oDbbk

Caso clínico New England. Epistaxis



<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199906103402305>

Desviación septal

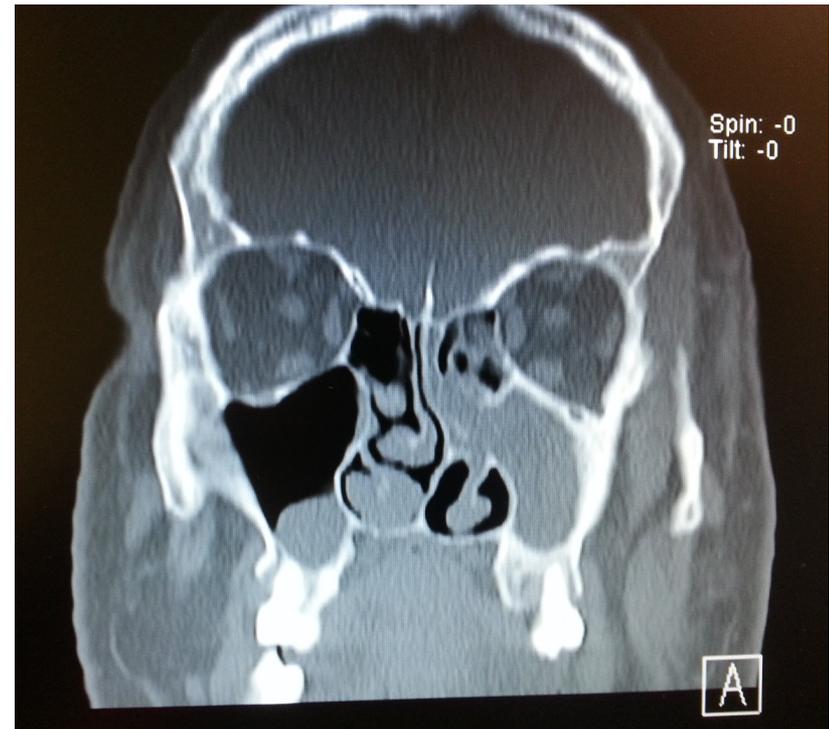
- **Prevalencia**: 20% de la población, $\frac{1}{4}$ clínica obstructiva.
- Generalmente se desvía en el crecimiento o tras traumatismos.
- Hay factores anatómicos hereditarios.



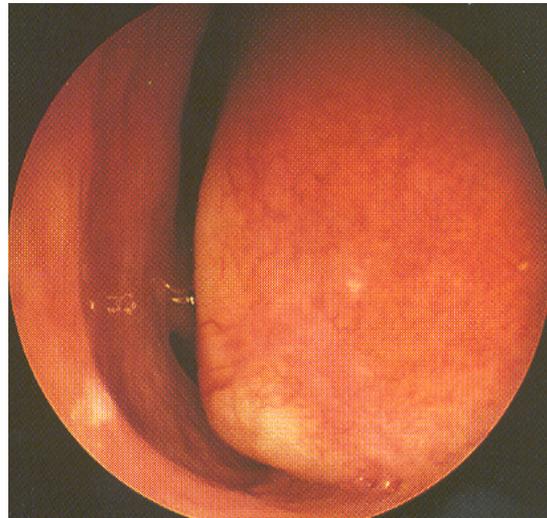
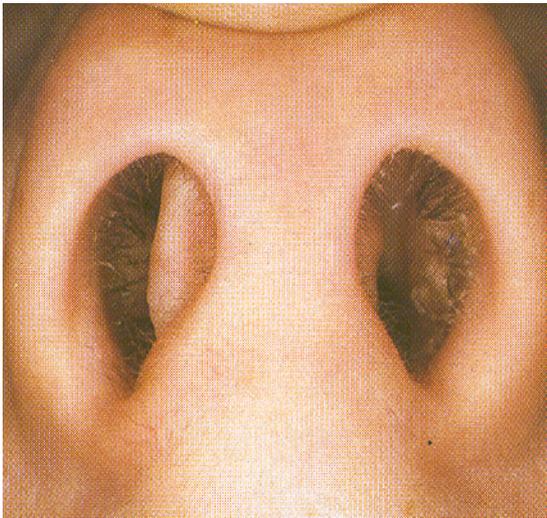
Desviación septal

- **Generalmente se desvía en el crecimiento, sin traumatismo:**

- Insuficiencia respiratoria nasal.
- Hiposmia.
- Sinusitis crónica: rinorrea, cefalea.
- Rinolalia.
- Roncopatía.
- Faringitis crónica seca.



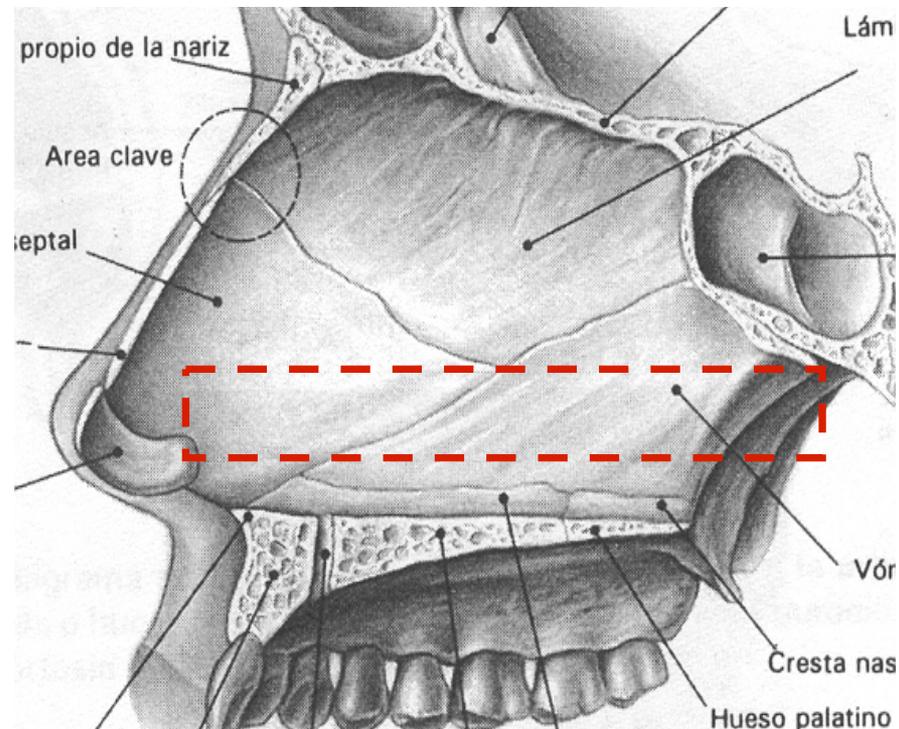
- Anamnesis.
- Rinoscopia/endoscopia.
- TAC, si se sospecha afectación sinusal.



Con frecuencia se hipertrofia el cornete contralateral.

Septoplastia

- Respetar la mucosa/cornetes.
- Taponamiento.
- Profilaxis antibiótica.



Septoplastia

Septoplastia. Complicaciones

- Corrección insuficiente.
- Perforación tabique.
- Sinequia.
- Alteraciones anatómicas.
- Hematoma/absceso septal.
- Vestibulitis.

- Causa más frecuente: iatrogenia (septoplastia)
- Traumatismos (digital, cirugía, etc).
- Cocaína.
- Patología infecciosa/inflamatoria crónica (wegener, Les...).



Abuso de cocaína

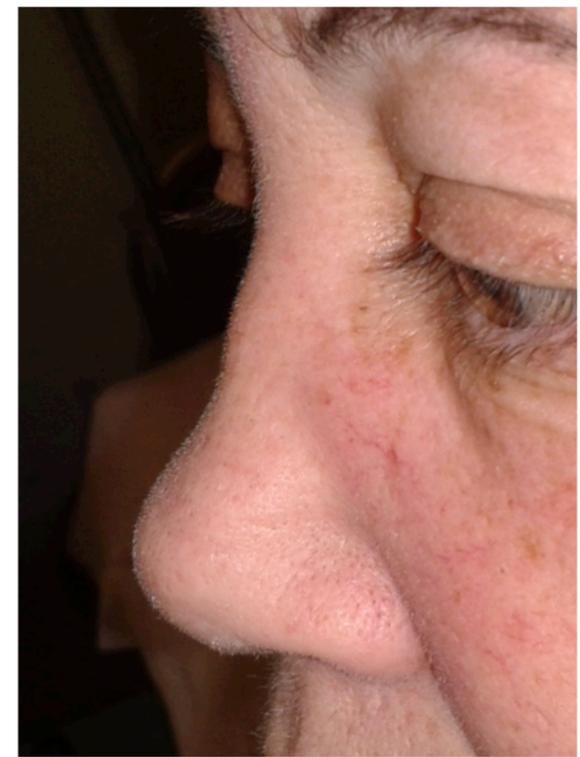
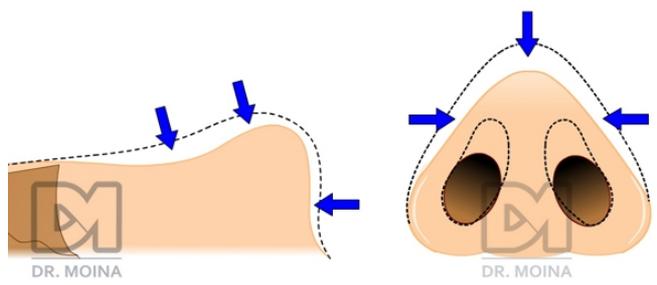


<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm066935>

Nariz en silla de montar



NARIZ EN SILLA NEW ENGLAND



Vestibulitis

- *S. aureus*.
- Riesgo de tromboflebitis del seno cavernoso.
- Tratamiento tópico/sistémico.



Rinofima

- Mucho más frecuente en Hombres.
- Forma grave de acné rosácea.
- **Tto.**: quirúrgico.



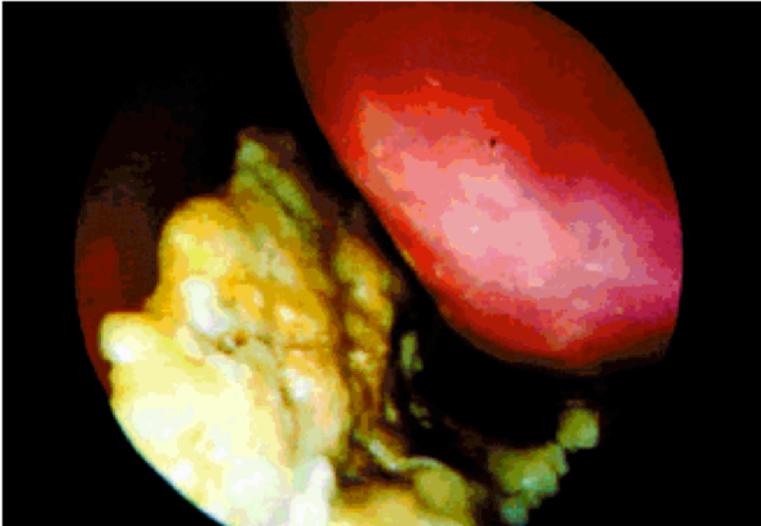
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1208058>

Rinorrea unilateral

- **En un niño descartar cuerpo extraño:**
 - Derivar a ORL.
 - Inmovilizar al niño.
 - Evitar pinzas.

- **En un adulto descartar TUMOR.**

Rinolito (cuerpo extraño calcificado)



OLIVEIRA, Daniela C. Capra M. *et al.* Rinolitíase: apresentação de oito casos e revisão de literatura. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2003, vol.69, n.4 [cited 2015-05-10], pp. 497-502. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>

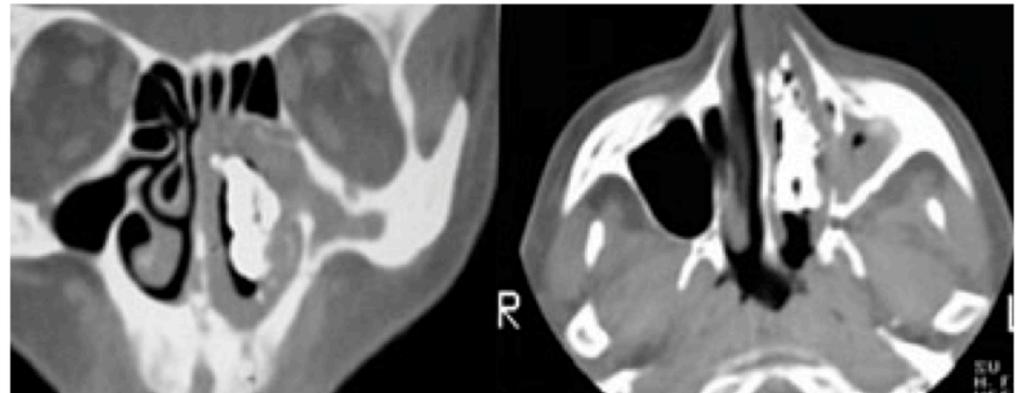
script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000400010&lng=en&nrm=iso>.

ISSN 0034-7299. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992003000400010>

DIB, Gabriel Cesar *et al.* Rinolitíase como causa de fístula oronasal. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2005, vol.71, n.1 [cited 2015-05-10], pp. 101-103. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>

script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000100019&lng=en&nrm=iso>.

ISSN 0034-7299. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000100019>



Traumatismos nasales

- Patología muy frecuente en urgencias.
- Alto porcentaje de secuelas si no se tratan adecuadamente.

Las causas más frecuentes

- Agresiones.
- Accidentes deportivos.
- Accidentes de tráfico.
- Caídas casuales en ancianos.



Clasificación

- **Fracturas simples**: huesos propios.
- **Fracturas complejas**: con afectación del septo.
- **Fracturas naso-orbito-etmoidales.**

Evaluación diagnóstica

- **Anamnesis:**

- Estado anterior del paciente (desviaciones previas, cirugías...).
Si hay dudas pedir una foto previa para comparar).
- Tipo de traumatismo (dirección, intensidad).

Evaluación: inspección

- Epistaxis uni o bilateral
- Edema y tumefacción.
- Hundimiento del dorso o paredes laterales.
- Desviación lateral.
- Heridas cutáneas.

- **Palpación**: es la parte más importante del diagnóstico. Hay que evaluar el dorso y las paredes laterales, crepitación, dolor puntual.
- **Rinoscopia**: hay que realizarla siempre para visualizar el tabique y ver si está desviado, luxado y descartar hematomas del mismo.



Hematoma de tabique nasal



- **Rx de Huesos Propios - Controversia:**

- Documentación Legal.

- **TAC:**

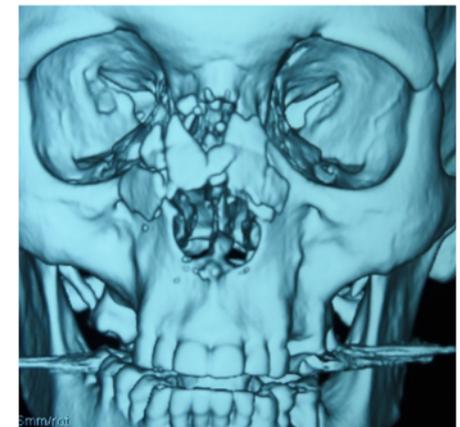
- Naso-orbitarias.

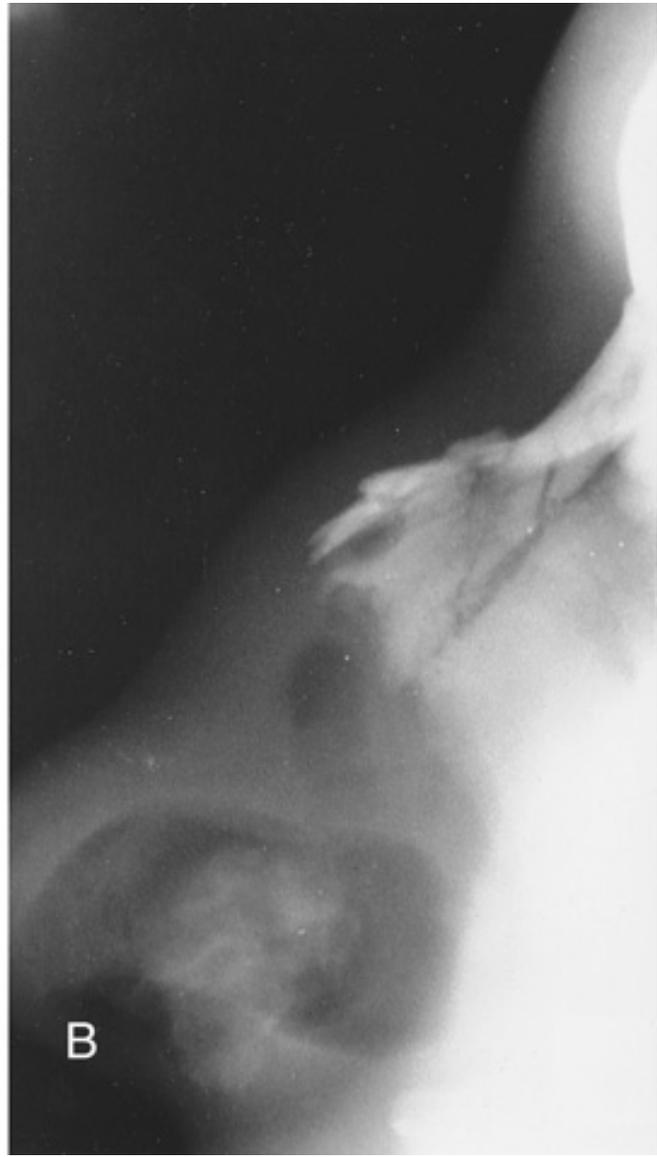
- Naso-fronto-etmoidales.

- **Documentación Fotográfica:**

- Frecuente deformidad preexistente.

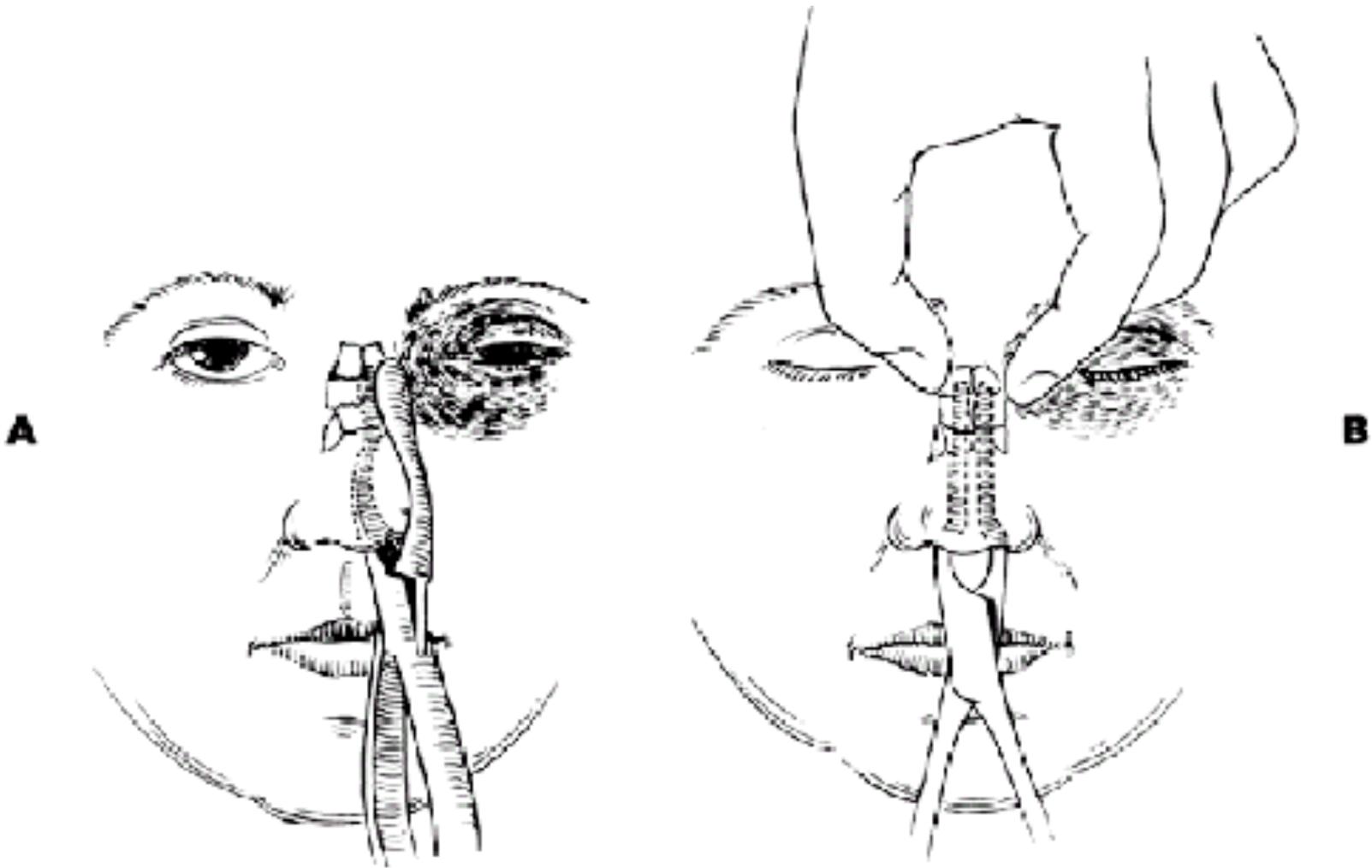
- Insatisfacción Post-reducción.





Tratamiento: reducción de la fractura

- **Antes de los 7-10 días.**
- **Se puede realizar:**
 - Reducción Cerrada (la mayor parte): habitualmente con anestesia local.
 - Reducción Abierta: anestesia general siempre.
 - Fr septales Abiertas. Otras fracturas complejas.



<https://www.youtube.com/watch?v=u2yRlrYvwss>



Fístulas de líquido cefalorraquídeo

- Lo más frecuente por traumatismos (cirugía o externos), a veces espontáneas.
- Secundario a defecto en lámina cribosa y seno esfenoidal.
- Presentación clínica: rinorrea unilateral acuosa persistente o intermitente.
- Riesgo de meningitis o absceso cerebral sin tratamiento.

- **Diagnóstico**: detección de Beta2 transferrina, TC, RM, TC con contraste intratecal (metrizamida).

- **Tratamiento**: si son pequeñas con frecuencia ceden con reposo. Si no cierre quirúrgico (cirugía endoscópica nasosinusal).