

DR. MARIO ANTONIO BARRÓN SIERRA*

URGENCIAS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

LA ORIENTACIÓN DEL PRESENTE trabajo está dirigida especialmente hacia el médico general quien encontrará en el mismo la descripción sucinta de las principales urgencias que pueden ocurrir en otorrinolaringología y su manejo habitual.

Para su exposición se divide en cuatro capítulos:

CAPÍTULO PRIMERO: Nariz.
CAPÍTULO SEGUNDO: Oído.
CAPÍTULO TERCERO: Faringe.
CAPÍTULO CUARTO: Laringe.

CAPÍTULO PRIMERO: Nariz:

- I. Traumatismos.
- II. Epistaxis.
- III. Cuerpos extraños.

* Médico externo del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico la Raza del I.M.S.S.

Profesor adjunto del curso de Otorrinolaringología para postgraduados de la división de estudios superiores de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Profesor adjunto interino de la Clínica de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

I. TRAUMATISMOS

El traumatismo nasal puede constituir todo el problema en sí o formar parte de un cuadro patológico más amplio: Maxilo facial, cráneo-encefálico, toraco-abdominal o de los miembros, quedando en cada caso la atención nasal al orden jerárquico de importancia.

1. *Etiología*: Como es de suponerse pueden señalarse al respecto las causas más diversas, estando relacionadas con la edad del individuo y con sus actividades.

2. *Sintomatología*: Las manifestaciones estarán de acuerdo con la intensidad del traumatismo, pudiendo presentarse epistaxis, uni o bilateral, deformación de la pirámide nasal con o sin desplazamiento de la misma, obstrucción cuando existen hematomas submucosos o desviaciones del septum, dolor variable.

3. *Signos*: Según etiología e intensidad.
- A. Tumefacción de la pirámide nasal.
 - B. Desplazamiento de la misma.
 - C. Movilidad anormal.

- D. Hematomas y/o equimosis.
- E. Heridas de partes blandas (piel, cartílagos).
- F. Crepitación ósea en caso de fractura.
- G. Epistaxis.
- H. Desplazamientos o angulaciones del septum.
- I. Hematomas del septum.
- J. Desgarros de la mucosa.
- K. Salida de líquido cefalorraquídeo si se acompaña de fractura de piso anterior de cráneo.

4. *Diagnóstico:*

- A. Datos de interrogatorio.
- B. Datos de exploración.
- C. Rayos X. La radiografía lateral de la nariz (perfilograma), puede no ser indispensable ante la evidencia de las manifestaciones.

5. *Tratamiento:*

- A. Cohibir la epistaxis (ver referencia).
- B. En caso de fractura:
 - a) Reducción de la misma.
 - b) Inmovilizar pirámide nasal la cual puede hacerse utilizando diversos materiales:
 - 1. Venda de yeso.
 - 2. Modelina.
 - 3. Lámina maleable. (Se puede improvisar con una tapa de suero Baxter).

6. *Método:*

- 1. Asepsia de la región: utilizando el antiséptico de elección, previo aseo con agua y jabón estériles.
- 2. Anestesia:

Pirámide nasal: Local por infiltración de novocaína o xilocaína.

- a) Punto subcutáneo en el surco formado por el ala mayor de la nariz y la región geniana.
- b) A través del mismo se dirige la aguja hacia el agujero infraorbitario para bloquear el nervio del mismo nombre.
- c) Se infiltra el surco nasogeniano desde la raíz de la nariz (nervio nasociliar).
- d) Puede ser necesario un punto interno de anestesia, a nivel de la base de la columna.

Superficie endonasal: Anestesia tópica por contacto de la mucosa nasal introduciendo tapones de algodón o gasa impregnados con el anestésico, siendo útil adicionar un vasoconstrictor. En ocasiones puede ser necesario infiltrar también la submucosa del septum con anestesia local.

3. *Técnica:* Colocación de pequeñas tiras transversales de tela adhesiva que cubran la pirámide nasal de la raíz a la punta, sobresaliendo a cada lado 1 cm., excepto por supuesto a nivel del ángulo interno del ojo.

Estas cifras se colocan también en la región frontal en su mitad inferior.

Sobre este dispositivo se coloca el aparato fijador que puede ser venda de yeso, que se corta en pequeñas tiras semejantes a las de tela adhesiva y que se dispone en igual forma. Generalmente bastan dos capas superpuestas de este material. Una vez que ha fraguado el yeso se mantiene el aparato en su sitio con tiras suficientes de tela adhesiva.

El yeso puede sustituirse con modelina que, previo calentamiento se horma un aparato de contención y en última instancia puede recurrirse a la mencionada tapita de lámina de un suero.

En caso de existir heridas de partes blandas se hará previamente la sutura de las mismas por los procedimientos clásicos.

En los traumatismos nasales debe hacerse taponamiento anterior (ver epistaxis) en los casos siguientes:

- A). Si hay fractura de huesos propios para asegurar el mantenimiento de la coaptación de los fragmentos.
- B). Si hay epistaxis que no se controle por otros procedimientos.
- C). En los niños quienes tienen una tendencia especial a la formación de hematomas submucosos del septum aun con traumatismos mínimos. Dichas colecciones hemáticas se infectan fácilmente dando lugar a abscesos que destruirán la porción cartilaginosa del tabique con la consecuente perforación.

Por lo tanto, se hace hincapié que en los niños traumatizados de nariz, debe hacerse sistemáticamente revisión endonasal, independientemente de la intensidad del trauma. En los traumatismos nasales es

pecialmente si hubo necesidad de taponamiento, debe administrarse profilácticamente un antibiótico, de preferencia penicilina que puede ser procaínica, además del tratamiento médico que esté indicado en lo particular.

Si el hematoma ya esta formado debe canalizarse (aspiración con aguja gruesa o pequeña incisión en la parte declive) y colocar el taponamiento anterior.

Según el tipo de las lesiones, el taponamiento nasal se retira entre las 48 y 72 horas.

El aparato de contención en los casos de fractura, puede quitarse en 5-7 días.

Las arterias que irrigan el septum nasal, forman en la porción anterior del mismo, un plexo capilar muy superficial, llamado zona de Kiesselbach o zona de Little. En este sitio es donde ocurren el 90% de las epistaxis.

II. EPISTAXIS:

1. Definición: Hemorragia nasal.

2. Consideraciones sobre la irrigación de la nariz interna.

A) Carótida interna—Arteria oftálmica	}	a) Etmoidal anterior b) Etmoidal posterior	}	Se distribuyen por la porción anterosuperior de las fosas nasales (Pared externa y septum-nasal).
B) Carótida externa	{	a) A. Facial-A. Coronaria superior-A Subtabique: b) Maxilar interna:	{	Irriga la porción antero inferior del septum. Parte posterior fosas nasales.
		A. Palatina superior o descendente: A. Esfenopalatina:	{	Rama externa. Rama interna.
				Parte posterior de las fosas nasales en sus dos paredes.

III. ETIOLOGÍA

- a) Traumáticas: Contusiones, cuerpos extraños, lesiones instrumentales operatorias.
- b) Infecciosas: Agudas: Rinitis agudas, aspiración de gases.
 Locales: irritantes.
 Crónicas: Rinitis seca, atrófica, ogena, rinitis turberculosa, lúes, etc.
 Generales: Enfermedades eruptivas, tifoidea, tifo, fiebre reumática.
- c) Neoplasias de fosas nasales y senos paranasales: Nasofibroma
 Carcinoma
 Sarcomas

- d) Padecimientos cardiovasculares: Hipertensión arterial (Arterioesclerosis, nefritis crónica). Hipertensión venosa (Enfisema, bronquitis crónica-estenosis mitral). Teleangiectasias (Fragilidad capilar).
- e) Padecimientos hematológicos: Hemofilia, púrpura, leucemia, anemia hipoplasia medular.
- f) Endócrinas: Menstruación vicariante.
- g) Esfuerzos violentos: Estornudos, aseo de la nariz, defecación.
- h) Disminución de la presión barométrica (alturas).

IV. Anatomía Patológica:

Básicamente erosión de la mucosa

V. *Sintomatología:*

Hemorragia nasal y las manifestaciones propias del proceso causal.

VI. *Diagnóstico:*

a) Importante precisar si se trata de una epistaxis anterior —zona de Kiesselbach, donde ocurren el 90%, o posterior— arteria esfenopalatina.

b) Valorar volumen sanguíneo perdido.

VII. *Pronóstico:*

De acuerdo con la causa y la cantidad de sangre perdida.

VIII. *Tratamiento:*

A. Infiltración

B. Cauterización

C. Taponamiento: Posterior
Anterior

A. Infiltración: Es aplicable a las epistaxis anteriores únicamente. Puede hacerse con suero fisiológico, agua bidestilada o empleando algún anestésico local (novocaína, xilocaína, etc.

Debe emplearse una aguja fina No. 26 o 27 y la inyección se hace por debajo de la mucosa en la zona sangrante para despegarla del pericondrio, consiguiéndose de esta manera por distensión de los capilares, que se cohiba la hemorragia.

B. Cauterización: Únicamente para epistaxis anteriores.

1) Química: Ácido crómico, nitrato de plata.

2) Eléctrica: Electrocauterio — Galvanocauterio.

1. *Ácido crómico y/o Nitrato de plata.*

Después de localizar la zona sangrante, se aplica un algodón humedecido con vasoconstrictor nasal (solución de adrenalina al 1 por mil. Neosinefrina al 1%) y un anestésico por embrocación (Diclón, Xilocaína tópica, Pantocaína tópica ("Prueba de sensibilidad")). Una vez asegurada la anestesia (5 ó 10 minutos), se retira el taponamiento y se aplica en toques sucesivos la perla de ácido crómico o nitrato de plata fija en un portalgodón.

Esta perla se ha preparado previamente colocando bajo la flama de un mechero unos cristales de ácido crómico o de nitrato de plata, en el extremo de un portalgodón o simplemente alambre al que se le ha hecho una pequeña asa en su punto distal.

2. *Eléctrica: Electrocauterio:*

Fulguración de la zona afectada previa anestesia local, tiene el inconveniente de que puede quemar una zona amplia de la mucosa.

Galvanocauterio: Semejante a la anterior.

C. *Taponamiento:*

Se llama anterior cuando se lleva a través de las ventanas de la nariz.

Posterior: A través de las coanas.

Taponamiento anterior:

Puede hacerse con gasa, algodón, materiales de celulosa (Gelfoam, oxixel).

Es de preferirse la gasa. Recomendamos la gasa vaselinada o con aceite de hígado de bacalao.

Se prepara fácilmente con una venda de gasa de 2.5 cm. de ancho a la que se le doblan hacia dentro los bordes de manera de formar una tira de aproximadamente 1.5 cm. de ancho. Se le aplica vaselina líquida y puede conservarse estéril en frascos habituales.

El taponamiento se realiza introduciendo, bajo control visual, una porción de gasa de manera que el extremo quede fuera de la ventana nasal se va aplicando la tira de gasa por el piso hasta la parte más profunda de la nariz, se dobla y se aplica un segundo tramo, ahora de la parte profunda hacia la ventana nasal, repitiéndose la maniobra inicial para ir superponiendo capas de gasa hasta llenar completamente la fosa, quedando colocado así en forma de acordeón. El extremo final también queda por fuera de la nariz, asegurando de esta manera, que la gasa no resbale por la rinofaringe.

Taponamiento posterior:

Es aplicable a los casos de epistaxis de la esfenopalatina.

Para ello se dispone de una torunda de gasa que se amarra por su mitad con hilo de seda del No. 2 conservando los dos cabos de la seda largos.

Se introduce una sonda de Nelaton del No. 10 o 12 por la ventana nasal del lado sangrante y cuando el extremo de la sonda aparece en la faringe, es

tomada ésta con una pinza y se exterioriza la sonda por la boca. Se anuda fuertemente uno de los cabos del hilo de seda al extremo de la sonda y se tira de ella por la porción que sobresale de la ventana nasal. Esta maniobra debe hacerse con mucha suavidad para traumatizar lo menos posible al paciente. Se hace tracción del hilo nasal, que estaba anudado a la sonda y de esta manera queda apoyada la torunda de gasa sobre la coana, haciendo una presión suficiente para que por lo general se cohiba la hemorragia. El cabo de seda nasal se sostiene tirante sujetándolo a la mejilla con tela adhesiva. El otro cabo bucal, también se sujeta a la mejilla. Este extremo no debe quedar tenso pues traumatizaría seriamente el paladar blando. Se completa con un taponamiento anterior. En ocasiones se hace indispensable colocar taponamiento posterior bilateral.

Recomendaciones: El paso de la torunda a nivel del paladar blando debe hacerse ayudándose con una pinza, con el objeto de librarlo con facilidad y no lastimarlo.

En casos de epistaxis severa, incoercible puede hacerse indispensable la ligadura de la carótida externa o interna correspondiente, por lo que se hace hincapié en el diagnóstico topográfico de la epistaxis.

Además del tratamiento local en la nariz es necesario reponer el volumen sanguíneo perdido para lo que es indispensable hacer citología hemática o por lo menos determinación del hematocrito.

Los preparados a base de vitamina K, vitamina C son útiles cuando se sospecha deficiencia de protrombina. Los derivados de adrenocromo mejoran la permeabilidad capilar.

Los estrógenos constituyen tratamientos coadyuvantes.

Huelga insistir en el hecho de hacer además el tratamiento del problema causal.

El taponamiento, sea anterior o posterior se mantendrá por 48 a 72 horas y para evitar la infección debe administrarse un antibiótico de preferencia penicilina, por igual tiempo.

III. CUERPOS EXTRAÑOS EN LA NARIZ

Por lo general siempre existe la posibilidad de que su atención pueda esperar la intervención del especialista.

Ocurre especialmente en niños o en adultos con problemas demenciales.

Sintomatología:

- a) Obstrucción nasal unilateral.
- b) Rinorrea unilateral.
- c) En ocasiones fiebre, cuando determina infección.

Diagnóstico:

Se funda en la sintomatología y antecedentes.

Tratamiento:

La extracción debe hacerse utilizando de preferencia una sonda acanalada cuyo extremo distal se incurva en forma de gancho.

Se introduce la sonda en la fosa nasal correspondiente, eludiendo el cuerpo extraño, hasta una profundidad tal que asegure haber rebasado su límite posterior. Se tira de la sonda a modo de que, por su extremo curvado arrastre al exterior el objeto problema.

Recomendaciones:

1. Revisar siempre la otra fosa nasal.
2. Administrar antibiótico por la posible infección.

CAPÍTULO SEGUNDO: OÍDO

I. TRAUMATISMOS.

II. OTALGIA.

III. CUERPOS EXTRAÑOS.

I. TRAUMATISMOS DE OÍDO:

Localización:

- a) . Pabellón de la oreja.
- b) . Conducto auditivo externo.
- c) . Oído medio.
- d) . Oído interno.

Pueden presentarse aisladamente o combinados dependiendo de la causa.

- a) *Pabellón de la oreja:*

- Mordeduras
- A) De orden mecánico: Ablaciones
Hematomas.
- B De orden químico: Quemaduras por ácidos.
- C) De orden físico: Quemaduras, electricidad,
congelación.
1. Sintomatología: De acuerdo con el origen y grado de la lesión.
 2. Tratamiento: Es fundamental evitar la infección secundaria del cartilago adyacente.
- b) *Conducto auditivo externo:*
1. Etiología: En primer lugar las debidas a maniobras inadecuadas en la extracción de cuerpos extraños o en el aseo del conducto.
 2. Sintomatología: Dolor.
 3. Tratamiento: Profiláctico; evitar infección secundaria.

c) *Oído Medio:*

Instrumentales

1. Etiología: Traumáticas: Heridas:
Explosiones.

Dolor

2. Sintomatología: Otorragia
Hipoacusia.

3. *Tratamiento:*

sintomático
profiláctico: Evitar infección secundaria.

d) *Oído Interno:*

1. *Etiología:*

Explosiones.

Traumáticas:

Traumatismos craneoencefálicos:
Desde contusion con derrame hemático interno hasta fractura de peñasco.

2. *Anatomía Patológica:* Fracturas de peñasco.

- a) Longitudinales.
- b) Transversales.
- c) Ablaciones de la punta.

3. *Sintomatología:*

A. *Fracturas longitudinales:*

1. Otagia.
2. Hipoacusia, anacusia, vértigo.
3. Otorragia.
4. Salida de líquido cefalorraquídeo.
5. Conmoción cerebral.
6. Puede haber parálisis facial.

4. *Signos:* Generalmente desgarro de la piel del conducto auditivo externo y deformación del mismo.

Hemotímpano o ruptura de la membrana.
La positividad de los rayos X lo confirma.
La negatividad no lo excluye.

B. *Fracturas transversales:*

1. Otagia.
2. Hipoacusia o anacusia.
3. Vértigo.
4. Conmoción cerebral.
5. Puede haber parálisis facial.

1) *Signos:* Conducto auditivo externo normal.
Membrana timpánica íntegra o si acaso con pequeñas hemorragias petequiales.
Rayos X: Igual que en las fracturas longitudinales, tiene valor únicamente en caso positivo.

2) *Tratamiento:*

- a) Etiológico.
- b) Sintomático.
- c) Profiláctico para evitar infección secundaria.

C. *Ablaciones de la punta.*

Generalmente mortales, se acompañan habitualmente de lesiones craneoencefálicas graves.

II. OTALGIA

Definición: Es la sensación dolorosa referida al oído.

Existen dos clases de otalgia:

1. La originada en padecimientos propios del oído.

2. La originada en órganos fuera del oído.

A. *Etiología:*

1. *De causa ótica:*

a) Otitis externa: Difusa.
Circunscrita (furúnculo).

b) Miringitis: Proceso inflamatorio de la membrana del tímpano generalmente con formación de vesículas.

c) Otitis media:

Tubaria
1. Catarral: Secretoria
Adhesiva.

2. Supurada: Crónica.
Aguda

3. Mastoiditis: Crónica.
Aguda

a) Otitis externa: Dolor continuo de intensidad variable que se exagera con la masticación y la tracción del pabellón.

b) Miringitis: Dolor intenso, lancinante, intermitente, en agujas, de breve duración con periodos de calma que se prolongan hasta una hora.

c) Otitis media: De las formas catarrales la única que puede presentar dolor es la tubaria que es muy discreto y la secretoria en que se despierta dolor a la presión cuando se ha establecido el derrame seroso en la caja.

2. Supurada:

Aguda: Dolor de menor intensidad que el de la miringitis, continuo puede tener carácter pulsátil. Cede al drenar la colección purulenta espontáneamente o por la paracentesis.

Crónica: Generalmente no se acompaña de dolor, salvo en los casos de complicación o de reactivación del proceso.

3. *Mastoiditis:* Aguda: Dolor constante en oído y región retroauricular.

En cuanto a su intensidad hay grandes variaciones personales. Además del dolor espontáneo, un signo importante es el dolor que se despierta a la presión sobre la apófisis mastoides.

Crónica: Consideración semejante a la de la otitis media supurada crónica; hay dolor en caso de reactivación o de complicación.

2. *De causa extraótica:*

a) Amigdalina: Palatina o lingual.

Nervio glosofaríngeo (aumento con la deglución).

1. Amigdalitis aguda.

2. Absceso periamigdalino.

3. Post-operatorio de amigdalectomía.

b) Sinusales:

1. Etmoiditis posteriores.
Nervio trigémino.

2. Sinusitis maxilar.

c) Laríngeos (Nervio neumogástrico).

1. Pericondritis (aumenta con la deglución).

2. Procesos neoplásicos que invaden el seno periforme o la epiglotis. (laríngeo superior).

d) Dentales:

1. Caries.
Nervio trigémino.

2. Piezas incluidas.

e) Procesos inflamatorios de articulación temporomaxilar.

Diagnóstico:

Se hace por el análisis del dolor, el cortejo sintomático propio de cada caso y por los resultados de la exploración.

Tratamiento:

Debe orientarse a la causa. Además, administración de analgésicos sistémicos. El empleo de medicación local, únicamente está indicado en las otal-

gías de origen ótico con tímpano íntegro, en los siguientes casos:

- a). Otitis externa.
Catarral subaguda.
- b). Otitis media:
Aguda supurada.

III. CUERPOS EXTRAÑOS

Se clasifican en:

1. Animados: Insectos.
2. Inanimados.

Higroscópicos: Semillas, Cerumen.

No higroscópicos: De diversa naturaleza.

Raros en adultos, frecuentes en los niños.

La mayoría de las veces no constituye una verdadera urgencia y podrán esperar la atención especializada; pero algunos de ellos como los insectos si están vivos y los higroscópicos, sí puede ser inaplazable su atención.

A. *Sintomatología*: Es variable y depende de la localización del cuerpo extraño y de su naturaleza:

1. Sensación de plenitud del conducto auditivo externo.
2. Otalgia.
3. Egofonía.
4. Hipoacusia conductiva si la oclusión del conducto es completa.
5. Acúfeno.
6. Rara vez vértigo.

B. *Diagnóstico*: Se basa en:

1. Antecedentes.
2. Sintomatología.
3. Exploración.

C. *Pronóstico*:

En general un cuerpo extraño es bien tolerado, los problemas derivan básicamente, de maniobras inadecuadas para su extracción.

D. *Tratamiento*:

1. Es indispensable una cooperación absoluta del paciente, cosa que puede conseguirse tratándose de adultos, pero en los niños resulta muy difícil por lo que habitualmente es imprescindible recurrir a la anestesia general cuando se piensa que la extracción va a resultar laboriosa.

2. Cuerpos animados:

a) *Vivos*: Si existe tímpano íntegro.

A. Gotas de alcohol o éter para matarlos.

B. Irrigación con agua tibia, con jeringa dirigiendo el chorro hacia la pared superior del conducto, *no contra el cuerpo extraño*, para crear una corriente de retroceso y conseguir su expulsión.

b) *Muertos*: En presencia de perforación del tímpano pueden ocurrir dos circunstancias:

1. El oído está seco: *irrigación con alcohol*.
2. Si existen datos de otorrea reciente: es preferible no hacer ninguna irrigación y recurrir mejor a los procedimientos que se mencionan más adelante.

3. *Cuerpos inanimados*:

Higroscópicos: Las semillas, tienen la característica de ser higroscópicos y por lo tanto aumentan de volumen dando lugar a molestias más o menos acentuadas, que obliguen a una intervención inmediata.

En estos casos es preferible el empleo de ganchos adecuados que se pueden substituir por un alfiler de seguridad al que se le encurva el extremo. Puede recurrirse también a cucharillas exprofeso.

No emplear pinzas, ya que por la estrechez misma del conducto auditivo externo y el volumen del cuerpo extraño mismo, no es posible hacer la aprehensión completa y lo único que se va a conseguir es introducirlo más profundamente, inclusive romper el tímpano e impactarlo en el oído medio.

Los cuerpos extraños no higroscópicos no constituyen urgencias.

En presencia de escoriaciones del conducto o heridas mayores, debidas a maniobras inadecuadas hechas por manos inexpertas (familiares generalmente), así como de procesos inflamatorios del conducto auditivo externo *está contraindicada toda inter-*

vencción instrumental, en tanto no ceda dicha situación complicatoria para lo cual es de recomendarse el empleo sistémico de un antibiótico de preferencia penicilina o eritromicina, fibrinolíticos, y la aplicación local de curaciones húmedas calientes, así como preparados con corticoesteroides.

Debe recordarse que si no se cuenta con los elementos suficientes para hacer una extracción correcta de un cuerpo extraño del oído *debe abstenerse de toda intervención siendo preferible referirlo a un sitio donde pueda llevarse a cabo adecuadamente*.

CAPÍTULO TERCERO: FARINGE

I. CUERPOS EXTRAÑOS

La faringe, por su forma de embudo y su constitución musculoaponeurótica únicamente puede contener cuerpos extraños que tengan la característica de poseer una extremidad aguda en punta, que sea capaz de lacerar las paredes y detenerse en ellas: se trata habitualmente de espinas de pescado, alfileres, tachuelas, agujas, etc.

1). *Etiología*: ocurren por lo general en menores que tienen el hábito de traer en la boca elementos de esa clase, o en adultos como los que trabajan en la industria del calzado o tapicería, y que acostumbran para facilitar su labor, introducirse en la cavidad oral una determinada cantidad de tachuelas o clavos pequeños y que accidentalmente pueden depositarse en la faringe.

También puede suceder que dichos objetos vengan en los alimentos, como espinas de pescado o pequeñas esquirlas óseas de la carne o bien fragmentos de alambre que estén contenidos en el pan, por ejemplo: los sitios en que por lo general se depositan los cuerpos extraños son las criptas amigdalinas, entre los pilares y por detrás del pilar posterior.

2. *Sintomatología*: dolor continuo en un punto determinado de la faringe, que se acentúa con la deglución y que es el síntoma principal.

Es muy importante hacer notar que muchas veces los cuerpos extraños simplemente laceran la mucosa sin detenerse en ella o bien se desprenden de la misma en un momento dado, y sin embargo el

paciente insiste en su permanencia al continuar la sensación dolorosa debida precisamente a la lesión originada.

3. *Diagnóstico*: se hace por el antecedente inmediato y por la exploración. La faringoscopia debe ser muy minuciosa y sistematizada, pues es fácil no detectar un cuerpo extraño enclavado en una cripta amigdalina u oculto parcialmente por algún pliegue. El tacto, especialmente si se hace simultáneamente con palpación del cuello suele ser muy útil.

Los rayos X tratándose de cuerpos opacos pueden ser determinantes en caso de duda.

No hay que olvidar que las personas histéricas a menudo ocurren a la consulta obstinadas en la presencia de un cuerpo extraño que en realidad no han deglutido.

4. *Tratamiento*: previa anestesia por embrocación o pulverización para facilitar las maniobras y abolir el reflejo nauseoso se extrae el cuerpo extraño abatiendo la lengua adecuadamente y empleando unas pinzas, de preferencia acodadas.

5. *Recomendaciones posteriores*:

- a) Alimentación licuada o blanda.
- b) Aseo frecuente, gargarismos.
- c) Administración profiláctica de antibióticos.
- d) Advertir al paciente que las molestias irán desapareciendo paulatinamente, por las razones expuestas con anterioridad.

II. ABSCESO PERIAMIGDALINO

1. *Definición*: Colección purulenta en el tejido celular que rodea la amígdala.

2. *Etiología*: Procesos amigdalinos agudos que propagan la infección al tejido celular laxo, especialmente el que se encuentra en el polo superior del lóculo.

Es más frecuente cuando existen antecedentes de amigdalitis de repetición. Generalmente es unilateral.

3. *Sintomatología*: Tres a cuatro días después de una fase aguda amigdalina se reinstala disfagia y odinofagia progresivas con fiebre al principio moderada y después en agujas. La voz tiene un timbre "gangoso" característico por el edema palatino, llegando finalmente a presentar trismus y otalgia acen-

tuada. La deglución amén de ser muy dolorosa, puede hacerse imposible hasta para los líquidos.

4. *Signos*: Por arriba de la amígdala correspondiente, el paladar blando presenta abombamiento marcado, congestión difusa, y rechazo de la úvula, generalmente edematosa, hacia el lado opuesto.

Por el tacto, muy doloroso, se puede determinar la existencia de fluctuación.

En ocasiones estos datos pueden no ser fácilmente recogidos por el trismus que dificulta la exploración.

5. *Diagnóstico*: Con los elementos clínicos descritos.

6. *Tratamiento*: El absceso constituido debe ser drenado de inmediato. De preferencia con el paciente sentado y previa anestesia por embrocación o pulverización, haciendo una incisión de 1 cm. aproximadamente no en el sitio más declive sino en donde la renitencia sea más evidente. Enseguida, y teniendo muy en cuenta la situación de los grandes vasos del cuello, se introduce una pinza, que abriéndola y cerrándola repetidas veces rompe las bridas existentes y se facilita el drenaje.

Es de primera necesidad, tener a mano un aspirador para evitar el paso del material purulento, especialmente a las vías respiratorias bajas. Si no se cuenta con este dispositivo se inclinará la cabeza del paciente hacia adelante para evitar este contratiempo.

El tratamiento complementario se hará con antibióticos, debiéndose mencionar en primer término la penicilina cristalina a dosis y por tiempo suficientes.

La administración de analgésicos, aseos periódicos y alimentación licuada son obligados.

III. ABSCESO RETROFARÍNGEO

1. *Definición*: Es la colección purulenta que se hace en el tejido laxo existente entre la pared posterior de la faringe y la aponeurosis prevertebral, limitado lateralmente por las prolongaciones antero-posteriores de la aponeurosis faríngea.

2. *Etiología*: Es más frecuente en los lactantes, y en niños, debido a que en esta edad existen formaciones ganglionares en dicho espacio, las cuales se atrofian entre los 3 y los 8 años.

Se considera este absceso como una posible complicación de:

- a) Procesos inflamatorios agudos de la rinofaringe.
- b) Incidentes traumáticos por adenoidectomía o por maniobras endoscópicas mal ejecutadas.
- c) Heridas por cuerpos extraños ingeridos.
- d) Osteomielitis de las vértebras cervicales.
- e) Mal de Pott.
- f) Adenitis supurada de los ganglios de ese espacio, etc.

3. *Sintomatología*:

- a) Fiebre alta, intermitente, precedida de calosfríos.
- b) Alteración mecánica para la deglución y la inspiración, dependiendo básicamente, del tamaño del absceso y la altura a que esté situado.

Debe recordarse al respecto que un absceso retrofaríngeo puede descender hasta el mediastino posterior.

- 4) *Signos*: Protrusión paramedia de la faringe en su cara posterior, más o menos extensa o circunscrita, de aspecto liso y cubierta por una mucosa hiperhémica.

Al principio el tacto indica la presencia de una formación de consistencia firme que a los pocos días se hace renitente, fluctuante, cuyo contenido purulento se comprueba por punción.

5. *Diagnóstico*: Se basa en:

I. Antecedentes.

II. Sintomatología.

III. Exploración: Faringoscopia y tacto.

IV. Puede ser muy útil el estudio radiológico de cuello, lateral y antero-posterior, sobre todo cuando se sospecha origen vertebral.

- 6) *Tratamiento*: Una vez diagnosticado el absceso retrofaríngeo debe drenarse de inmediato cumpliendo con los siguientes requisitos:

1. Contar con un aspirador.
2. El paciente se coloca en decúbito dorsal con la cabeza en declive para evitar que el material purulento, invada las vías respiratorias bajas y pueda producir asfixia.

3. De preferencia no usar anestesia general, si acaso tópica y muy limitada para conservar reflejos.
4. No emplear abre bocas sino mantener la boca abierta con un depresor de lengua, ya que un esfuerzo excesivo para abrir la boca puede originar la ruptura espontánea del absceso.
5. Sirviéndose del dedo índice como guía se practica una incisión longitudinal con bisturí de mango largo.
6. Se dilata dicha abertura suavemente con pinzas hemostáticas.
7. Aspirar continuamente el material purulento.

NOTA: En caso de no disponer de aspirador, una vez abierto el absceso, colocar al paciente en decúbito ventral manteniendo la cabeza más baja que el resto del cuerpo.

Cuando se drena el absceso retrofaríngeo pueden presentarse dos *complicaciones* muy severas:

1. Asfixia por aspiración.
2. Hemorragia que puede ser profusa y repetida por lesión de la arteria faríngea ascendente, rama de la carótida interna y que obligará a hacer la ligadura inmediata de esta última, pues de lo contrario se expone a un resultado fatal.

El tratamiento complementario es el habitual:

- a) Antibioticoterapia: penicilina cristalina a dosis y por tiempo suficiente.
- b) Analgésicos.
- c) Alimentación licuada.

CAPÍTULO CUARTO: LARINGE

I. TRAUMATISMOS

1. *Etiología*: Son debidos habitualmente a accidentes automovilísticos o industriales y a consecuencia de boxeo. Varían desde una contusión, herida o hasta fractura, siendo esto último lo más frecuente cuanto más avanzada es la edad del sujeto.

2. *Sintomatología y signología*: Las manifestaciones son proporcionales a la extensión de las lesiones.

En las contusiones hay dolor al hablar y al deglutir y disfonía. A la exploración endoscópica la laringe muestra tumefacción y equimosis de partes blandas.

Las heridas con laceración de tejidos suelen acompañarse además de disnea marcada debida a la compresión de la tráquea por el enfisema consecuente.

Las fracturas pueden radicar en el cartilago tiroides y siguen comúnmente una dirección vertical, observándose entonces un aplastamiento del cartilago y ensanchamiento del mismo, así como movilidad anormalidad y crepitación.

Las fracturas del cartilago cricoides son más graves. Si se afectan los aritenoides se acentúa la disfunción de las cuerdas.

La ruptura de la mucosa puede determinar hemorragias más o menos profusas que inclusive llegan a provocar asfixia por inundación de las vías respiratorias bajas.

3. *Tratamiento*: Será acorde con el tipo y grado de las lesiones así como con la sintomatología consecuente. Puede ser suficiente el reposo de la voz, ambiente adecuado, empleo de fibrinolíticos y antibióticos, hasta la traqueotomía urgente.

II. SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN LARÍNGEA

1. *Definición*: Es el conjunto sintomatológico debido al impedimento al libre paso del aire por la laringe.

2. *Consideraciones anatómicas*: La glotis, espacio comprendido entre las cuerdas vocales, es el lugar más estrecho de la laringe.

El área subglótica tiene características muy importantes especialmente en los niños, ya que es el único sitio de la laringe donde existe tejido celular laxo subyacente y por lo tanto la mucosa tiene poca adherencia, dejándose distender con facilidad cuando ocurren derrames hemáticos o existe edema. Esta zona está limitada por abajo por el cricoides, verdadero anillo cartilaginoso que no es dilatante.

3. *Etiología*: Son múltiples las causas que pueden determinar estenosis laríngea agrupándose en:

- a) Malformaciones congénitas.
- b) Estenosis no inflamatorias.
- c) Estenosis inflamatorias.
- d) Cuerpos extraños endolaringeos.
- e) Neoplasias.

A. *Malformaciones congénitas:*

- 1. Membrana glótica.
- 2. Ausencia de anillos traqueales.
- 3. Falta de desarrollo.
- 4. Flacidez de la epiglotis.
- 5. Macroglosia.
- 6. Trauma neonatorum.

B. *Causas no inflamatorias:*

- 1. Edema angioneurótico (De Quinke).
- 2. Laringoespasma (Estridor laríngeo).
- 3. Alergia medicamentosa.
- 4. Parálisis recurrencial bilateral:
 - a) Parálisis bilateral de los aductores. Impide el acercamiento de las cuerdas; pero casi no interfiere la respiración.
 - b) Parálisis bilateral de los abductores: Deja las cuerdas en la línea media comprometiendo seriamente la respiración, sobre todo al esfuerzo e infecciones agudas agregadas.

C. *Causas inflamatorias:*

- 1. Infecciones respiratorias.
- 2. Laringitis subglótica aguda.
- 3. Difteria.
- 4. Absceso retrofaríngeo.
- 5. Absceso periamigdalino.
- 6. Infecciones específicas (tuberculosis, lúes, escleroma).

D. *Cuerpos extraños:* Los más variados.

E. *Neoplasias:*

- a) Cáncer laríngeo.
- b) Papilomas juveniles y del adulto.

c) *Pólipos.*

Neoplasias extralaringeas:

- a) Tumores de tiroides.
- b) Tumores de esófago.

4. *Sintomatología:* Depende de los siguientes factores:

- a) Localización.
- b) Extensión.
- c) De la causa.

Los síntomas predominantes son:

- a) Disfonía.
- b) Disnea.

La disfonía es progresiva pudiendo llegar a la afonía. La disnea que es el síntoma cardinal, es *inspiratoria*, existe dificultad a la introducción del aire a las vías respiratorias bajas. Es también progresiva, lo que indica que la hipoxia, motivada por la insuficiencia respiratoria, se va acentuando y determina la aparición de otros síntomas y signos cuya justa valoración servirá de base para decidir la conducta terapéutica.

Estos síntomas, consecuencia de los predominantes ya anunciados son en orden progresivo:

- 1. Ansiedad y excitación.
- 2. Angustia.
- 3. Agotamiento.
- 4. Diaforesis profusa.

Los signos que marcan dicha secuencia y que aparecen en orden cronológico son:

- 1. Cianosis.
- 2. Tiro supraesternal.
- 3. Tiro supraclavicular.
- 4. Tiro intercostal.
- 5. Tiro epigástrico.

Los tiros supraesternal y supraclavicular indican *traqueotomía necesaria*.

Los tiros intercostal y epigástrico indican *traqueotomía urgente*. A los síntomas mencionados puede agregarse la fiebre que orienta hacia causa in-

fecciosa y su ausencia hacia etiología no infecciosa por lo común.

DIAGNÓSTICO

Es fácil identificar este cuadro por la disnea característica que es inspiratoria, intensa y con compromiso severo en cuanto a la vida del sujeto. Si el caso lo permite debe integrarse historia clínica cuidadosa e intentar exploración laríngea (laringoscopia indirecta y directa), pero es preciso señalar la importancia de no perder tiempo precioso lo cual motivaría que el médico se guíe primordialmente por los signos que presente el paciente para su decisión terapéutica.

TRATAMIENTO

De acuerdo con las condiciones particulares del paciente se hará:

1. *Tratamiento ambiental*: Se coloca al enfermo en una atmósfera adecuada donde pueda regularse la humedad, la temperatura y el oxígeno. Con este fin existen diversos modelos de dispositivos "Croupette" en las que la humedad se mantiene en 40% y la temperatura en unos 26 grados centígrados, pudiéndose introducir cantidades variables de oxígeno. Puede también emplearse el micropulverizador de De Vilbiss.

Se sigue al paciente observando cuidadosamente los síntomas y signos antes mencionados siguiendo la evolución del proceso tomando las medidas necesarias oportunamente.

2. *Tratamiento médico: Etiológico*:

Nunca administrar medicación depresora del sistema nervioso central.

3. *Tratamiento quirúrgico. Traqueotomía*:

A. *Instrumental especial*:

- 1) Cánulas.
- 2) Pinza de tres ramas para separar los labios de la herida traqueal.
- 3) Gancho traqueal de Hollinger.

B. *Instrumental de cirugía general*:

1. Bisturí.
2. Pinzas hemostáticas (seis).

3. Retractores (dos).
4. Tijeras de disección curvas.
5. Pinzas de disección.
6. Portaagujas.
7. Aspirador.

C. *Material*:

1. Campos y guantes estériles.
2. Gasa y torundas.
3. Sutura.
4. Jeringa y agujas.

Medida de las cánulas traqueales e indicación aproximada por edades:

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. Cánula número 1 | lactantes. |
| 2. Cánula número 2 | 1-3 años. |
| 3. Cánula número 3 | 3-6 años. |
| 4. Cánula número 4 | 6-12 años. |
| 5. Cánula número 5 | Adultos mujeres. |
| 6. Cánula número 6 | Adultos varones. |

3. *Tratamiento quirúrgico: Traqueotomía*:

1) *Posición*:

Paciente en decúbito dorsal con la cabeza en máxima extensión para lo cual, se coloca un cojín bajo los hombros transversalmente.

2. *Asepsia de la región*.

3) *Anestesia*:

Habitualmente se emplea anestesia local infiltrando una zona en forma de rombo en la cara anterior del cuello, que abarque desde el borde superior del cartílago tiroides hasta el hueco supraesternal empleando novocaína o xilocaína con epinefrina. En pacientes cardíacos se evitará el vasoconstrictor.

En algunas circunstancias la intervención se llevará a cabo sin anestesia, vg. coma.

4. *Técnica*.

Tratándose de cirugía de urgencia, el corte será longitudinal, sobre la línea media, desde el borde inferior del cartílago tiroides hasta el hueco supraesternal y comprenderá: Piel, tejido celular y músculo cutáneo.

B) *Hemostasia:*

Por pinzamiento y ligadura de los vasos de la piel y de la anastomosis de las yugulares anteriores que habitualmente cursan el campo operatorio.

C) *Diseción:*

Corte de la aponeurosis del cuello para separar los grupos musculares pretiroideos siguiendo la línea media. Por debajo de este plano suele encontrarse el istmo de la glándula tiroides, debiéndosele de preferencia rechazar hacia arriba, si esto no es posible se le seccionará entre pinzas suturando por transfixión las superficies de corte.

Expuesta en esta forma la tráquea y previa identificación plena por vista y tacto, se fija con gancho de Hollinger el cual se introduce entre el primero y segundo anillos traqueales.

Corte de la tráquea: Se incide longitudinalmente entre el tercero y cuarto anillos, nunca arriba del segundo anillo traqueal.

Colocación de la cánula: Con ayuda de la pinza de tres ramas, se separan los labios de la incisión traqueal para facilitar la introducción de la cánula que será la de mayor calibre tolerado

La cánula se compone de tres partes:

1. Cánula propiamente dicha con su pabellón.
2. Endocánula.
3. Mandril.

Se coloca la cánula con el mandril retirando este último de inmediato para dejar permeable el paso y colocar la endocánula.

Aspiración de exudado bronquial a través de la cánula y revisión de la hemostasia, son los pasos siguientes.

Se unen los bordes de la herida quirúrgica de piel, siendo recomendable no suturar la herida en su totalidad por los motivos que se mencionan más adelante. La cánula se mantiene en su sitio por medio de cintas o tiras de gasa que se insertan en el pabellón uniendo los cabos en forma segura en la cara posterior del cuello.

Para proteger la herida de piel se coloca una gasa entre ésta y el pabellón de la cánula.

PRINCIPIOS QUE DEBEN RECORDARSE EN TODA
TRAQUEOTOMÍA:

1. Conservar siempre la línea media.
2. Al hacer la disección de los planos blandos debe tenerse presente que en el hueco supraesternal, suelen hacer prominencia con la inspiración, las cúpulas pleurales y que pueden ser heridas, produciendo un enfisema subcutáneo o hasta un pneumotórax. Especialmente exagerar cuidados al respecto en los niños.
3. Respetar el triángulo de Jackson limitado lateralmente por el borde antero-interno de los músculos esternocleidomastoideos, inferiormente por el esternón y la base del triángulo por el borde inferior del cartilago tiroides.
4. Practicar siempre traqueotomía baja: tercero o cuarto anillos.
5. Cerciorarse de que se está sobre la tráquea comprobándolo por la vista y el tacto, para no herir el esófago o los vasos del cuello.
6. Asegurar hemostasia correcta.
7. Tos pertinaz o seca después de la traqueotomía indica que la cánula es muy larga y que está irritando la carina.
8. La herida quirúrgica de partes blandas no se sutura en su totalidad para evitar que el aire que pueda escapar entre la abertura de la tráquea y la cánula, produzca un enfisema si dicha herida está herméticamente cerrada.
9. Es habitual la costumbre de instilar en la tráquea, antes de abrirla, algún anestésico. Esta práctica debe evitarse ya que inhibe el reflejo tusígeno.
10. Cuando sea posible, especialmente en un medio hospitalario, se colocará previamente sonda traqueal o broncoscopio.
11. Si se supone que la cánula estará colocada poco tiempo, es suficiente la incisión longitudinal de la tráquea como ya se indicó.
12. Si por el contrario se preve un empleo prolongado, habrá necesidad de reseca una pequeña porción de la pared anterior de la tráquea, antes de colocar la cánula y de acuerdo con el calibre de esta última.

MANEJO POSOPERATORIO

1. Todo enfermo traqueotomizado debe colocarse en una atmósfera adecuada, de preferencia en una tienda, durante un tiempo variable según las condiciones del paciente, se le proporcionará una humedad de 30-40%, temperatura de 26 grados y oxigenación indirecta.

2. Vigilancia estricta y efectiva.

3. Aspiración endotraqueal a través de la cánula con sonda de Nelaton cada media hora o según necesidad.

4. Limpieza frecuente de la *endocánula* para evitar que las secreciones acumuladas la obstruyan. Por ningún motivo retirar la cánula a menos que se tenga experiencia en el manejo de estos problemas.

5. Además del tratamiento etiológico, se administrará un antibiótico preferentemente penicilina, como preventivo de complicaciones broncopulmonares. Pueden ser útiles fibrinolíticos, expectorantes, etc.

COMPLICACIONES

1. Enfisema del cuello, es debido generalmente como ya se mencionó, al cierre hermético de la herida quirúrgica.

2. Enfisema mediastinal, por disección excesiva.

3. Neumotórax que se origina al herir las cúpulas pelurales.

4. Hemorragia: Hemostasia incorrecta.

5. Asfixia: *descuido en la vigilancia postoperatoria*.

6. Fístula traqueoesofágica: Herida de esófago.

7. Estenosis cicatricial de la tráquea por traqueotomía alta especialmente si se interesó el cricoides.

8. Herida de carótida o del esófago por error de identificación de estructuras anatómicas.

DECANULACIÓN

Deberá hacerse hasta que se esté seguro de la permeabilidad de las vías respiratorias naturales.

MÉTODO

Se hace la obliteración parcial del orificio de la cánula y se observa la respuesta. Esta obstrucción se aconseja hacerla preferentemente cruzando una tira de tela adhesiva.

De acuerdo con la respuesta se aumentará el grado de obturación de la cánula y el tiempo progresivamente.

Cuando se compruebe que aun con la cánula totalmente sellada no hay manifestaciones de insuficiencia respiratoria, se estará en condiciones de decanular al paciente.

Si la permanencia de la cánula ha sido breve bastará con retirarla y adosar los bordes del orificio de piel con tela adhesiva, para conseguir la cicatrización.

Cuando ha sido necesario conservar la traqueotomía por un tiempo largo, frecuentemente habrá necesidad de practicar una plastía para cerrar el estoma.

Antes de terminar este capítulo consideramos importante señalar otros procedimientos en los cuales es necesario practicar la traqueotomía, no ya por problema obstructivo de laringe, sino con el objeto de prevenir complicaciones respiratorias de los mismos.

(Traqueotomía profiláctica)

1. *Estados de coma:* por

a) Traumatismos craneoencefálicos.

b) Accidentes vasculares cerebrales (hemorragia, trombosis).

c) Hepático.

d) Diabético.

2. *Procesos neurológicos infecciosos:*

a) Poliomielitis bulbar.

b) Tétanos.

c) Rabia.

3. Intoxicaciones por barbitúricos que deprimen el centro respiratorio (accidentales o intencionales).