

Castro Millos, Ángela María*; Lendoiro Otero, Celia María*

***Servicio de ORL**

URGENCIAS OTOLÓGICAS

Pabellón auricular

Traumáticas

Heridas inciso-contusas	Otohematoma
<p>Accidentes tráfico, mordeduras, deportes, ...</p> <p><u>Sin pérdida de sustancia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza y desinfección de herida • Suturar evitando exposición de cartílago • Vendaje compresivo moldeando los relieves del pabellón • Profilaxis antibiótica <p><u>Con pérdida de sustancia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avisar ORL • Cirujano Plástico 	
	<p>Sangrado entre pericondrio y cartílago</p> <p>Avisar ORL</p> <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drenaje de hematoma • Vendaje compresivo Profilaxis antibiótica

Conducto Auditivo Externo

Cuerpos extraños

ÚNICA URGENCIA PILAS!!!!

INERTE	VEGETAL	INSECTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Papel o algodón: pinzas • Resto con irrigación con jeringa(similar extracción de cerumen) 	<ul style="list-style-type: none"> • No lavados • Ganchito 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilizar con alcohol, anestésico,... • Extracción con lavado o pinzas

Si no se dispone del material adecuado o se sospecha dificultoso es preferible no manipular

AVISAR ORL

Traumatismos	Otomicosis
--------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> • Laceraciones en piel del CAE • Otorragia y otalgia ü Instrumental (bastoncillo, horquilla,...); iatrogénica (extracción de cerumen); accidental (tráfico, soldador) <p>Tto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar entrada de agua • Analgésico • Profilaxis antibiótico tópico (Ciprofloxacino ótico) • Control por MAP 		<ul style="list-style-type: none"> • Aspergillus spp, Candida spp • Prurito, otorrea, sensación de taponamiento e hipoacusia • Otoscopia: secreción blanquecina algodonosa, papel mojado (Candida); secreciones negruzcas (Aspergillus) <p>Tto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavados con alcohol 70º boricado al 2% • Antimicóticos tópicos • Si secreciones abundantes remidir a consulta ORL
Otitis externa difusas	Otitis externa circunscrita	
<ul style="list-style-type: none"> • Otitis de las piscinas; verano • Otalgia, Trago ++ • Otoscopia dolorosa: Edema del CAE con/sin otorrea <p>TTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos tópicos con/sin corticoides • Analgésicos (AINEs) • Evitar entrada de agua • Control por MAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección folicular • Otalgia intensa; leve Hipoacusia • Tumefacción roja en tercio externo del CAE <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloxacilina • AINEs • Calor local • Si grande realizar incisión y drenaje <ul style="list-style-type: none"> • Control por MAP 	
Otitis externa maligna	Miringitis bullosa	
<ul style="list-style-type: none"> • Diabéticos, inmunodeprimidos • Pseudomona aeruginosa • Otitis externa difusa que empeora a pesar de tratamientos habituales • Otorrea verdosa, tejido inflamatorio, pólipos, afectación ósea (secuestros) • Avisar ORL (INGRESO) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vírica, en relación con cuadros gripales - Afectar CAE y/o tímpano - Otalgia intensa que alivia tras otorragia - Bullas hemorrágicas - Tratamiento: • Sintomático (AINEs) - Control por MAP 	

Oído Medio

Infecciosas

Otitis media Aguda	Complicaciones de OMA
---------------------------	------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Relación proceso rinofaríngeo • + frec en invierno y niños • Otalgia intensa, pulsátil, (no aumenta al movilizar pabellón) • Hipoacusia en primeras fases • Otoscopia: congestión, hiperemia, abombamiento, otorrea <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibioterapia sistémica • AINES • Control por MAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Laberintitis: Vértigo + OMA • Mastoiditis: OMA + borramiento y eritema surco retroauricular + despegamiento del pabellón • Parálisis facial: OMA + parálisis facial • Complicaciones intracraneales: OMA + cefalea+ síntomas centrales <p>Avisar ORL INGRESO</p>
Otitis media crónica simple	OMC colesteatomatosa
<p>Perforación central Entrada de agua o proceso vías altas Otorrea mucoide o purulenta</p> <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico tópico • Si infección respiratoria Amoxicilina o Cefuroxima • Remitir a consulta ORL 	<p>Perforación atical Costras, escamas,.. Otorrea fétida</p> <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico tópico • Remitir a consulta ORL

Traumatismos

Perforación Timpánica	Fracturas de peñasco
<p>Bofetada, explosión, bastoncillo Otorragia, hipoacusia y acufeno Vértigo en raras ocasiones Perforación radial, irregular Suelen cerrar espontáneamente</p> <p>Tratamiento: Evitar entrada de agua Analgésico Remitir a consulta ORL</p>	<p>Caídas, accidente de tráfico TCE + Otorragia Otoscopia: hemotímpano si no perforación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transversales, longitudinales(+ frec) y axiales (niños) <p>Afectación auditiva, vestibular y facial</p> <p>Tratamiento: Prioritario valoración neurológica (Neurocirugía) No lavados Si fuera necesario, aspirado microscópico lo más aséptico posible Evitar taponamiento ótico</p>

Parálisis Facial Periférica

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Lo + imp es descartar parálisis de causa central, dónde el facial superior está conservado • afectación de toda hemifacies: asimetría al arrugar la frente, signos de Bell, borramiento nasogeniano, desviación de la comisura labial al lado sano.
EXPLORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Expl. General, Analítica,... • Exploración neurológica (descartar patología de origen central)
EXPL. ORL	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración general ORL • Otoscopia: vesículas en el CAE (Sdr. de Ramsay-Huntt), patología colesteatomatosa ,... • Cuando la otoscopia es anormal --- avisar al ORL

CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Instauración brusca. • Cuadro catarral previo. • Debilidad en la musculatura mímica. • Signo de Bell. • Molestias oculares. • Parestesias o dolor de oído, cara, cuello o lengua. • Disgeusia (sabor metálico) • Algiacusia (molestia ante ruidos intensos). • Escala de House-Brackman Grado 1 (normal) a grado 6 (parálisis total)
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Metilprednisolona 1mg Kg/día pauta 21 días, o Deflazacort 75-90 mgr/día • Antivírico(Aciclovir 200 mgr/4h 7 días, o Famvir 250mg/8h 7 días) • Lagrimas artificiales • Protección ocular • Protección gástrica • Vitamina B12 B6 B1 1 comp/8h 1 mes

URGENCIAS NASOSINUSALES

Traumáticas

Contusión nasal	Fractura Huesos propios	Hematoma septal
<p>No crepitación No deformidad Rx. huesos propios: no evidencia de fractura Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hielo local • Analgesia <p>Control por MAP</p>	<p>Deformidad Crepitación Rx. huesos: si/no evidencia de fractura Avisar ORL, Urgencia diferida</p>	<p>Antecedente traumático Movilización punta nariz dolorosa Obstrucción una o dos fosas Avisar ORL</p>

La Rx de huesos propios tiene más valor médico-legal que clínico. La decisión quirúrgica se basa en la exploración, la edad y la situación general del paciente.

Cuerpos extraños intranasales

- Niños
- Rinorrea unilateral mucopurulenta
- **INMOVILIZACION**
- Solo si accesible y se trata de papel, algodón usar pinzas
- Si de difícil acceso **avisar ORL**
Ante la duda NO MANIPULAR
- **Cuidado con posible aspiración, si no se visualiza C. extraño Rx tórax y cervical**

Infeciosas

Rinosinusitis aguda	Sinusitis complicada	Poliposis nasal
---------------------	----------------------	-----------------

<p>Inflamación de mucosa nasal y sinusal Dolor + congestión nasal + rinorrea Cefalea (dolor gravitatorio); Hiposmia, anosmia, cacosmia Diagn: clínica, rinoscopia anterior Tto: Descongestionante nasal Descongestionante sistémico Lavados nasales Analgesia Antibioterapia Control por MAP</p>	<p>Antec. cuadro sinusal Predomina clínica de complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celulitis orbitaria • Osteomielitis • Complicaciones intracraneales <p>Avisar ORL y OFT, neurocirujano?</p>	<p>Obstrucción nasal Rinoscopia anterior: formaciones polipoideas que obstruyen fosa Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticoterapia tópica • Remitir a su ORL
---	---	--

EPISTAXIS

1. DETERMINAR CAUSA SIN DEMORA DE TRATAMIENTO
2. ANAMNESIS: Historia clínica completa

Exploración Física (TA, FC...)

Laboratorio (hemograma, coagulación)

URGENCIAS FARINGOLARÍNGEAS

Cuerpos extraño faringolaríngeos

- En amígdalas (+ frec), base de lengua
- Exploración
- Si no se visualiza y **alta sospecha avisar ORL**
- Si no se visualiza y mínima sospecha observación domiciliaria y si empeoramiento volver

Faringoamigdalitis aguda

BACTERIANA	VÍRICA	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Strept. b hemolítico • Inicio brusco • Odinofagia, fiebre • Afectación importante del estado general • Ausencia tos y rinorrea • Amígdalas aumentadas tamaño con exudado purulento • Adenopatías subdigástricas dolorosas • Leucocitosis con neutrofilia 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto de epidemia en la comunidad • Primavera/verano • Moderada congestión amigdalares • Adenopatías poco frecuentes • Estado general poco afectado • Linfocitosis/linfopenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo • Antibioterapia • Analgésicos /Antitérmicos vía general • Control por MAP

FORMAS ESPECIALES

Flemón /Absceso periamigdalino	Mononucleosis infecciosa
---------------------------------------	---------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Dolor faríngeo; otalgia refleja; odinofagia; dificultad para hablar; Fiebre alta; deshidratación • Trismus • Tumefacción y edema paladar blando • Amígdala protruida que desplaza línea media • Avisar ORL 	<ul style="list-style-type: none"> • Virus Epstein Barr • Amigdalitis pultácea pseudomembranosa • Poliadenopatías + astenia + hepatoesplenomegalia • Linfomonocitosis (solicitar transaminasas) - Paul Bunell + Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Sintomático • Reposo absoluto • Control por MAP
Angina Plaunt Vincent	Angina Ludwig
<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral • Amígdala ulcerada en polo superior con aspecto necrótico • Borrelia vincentii Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Amoxi-clavulánico o Cefuroxima • Avisar ORL 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección suelo de la boca • Dolor cervical, dificultad respiratoria • Inflamación región submentoniana • Doble lengua - Avisar ORL

Glándulas salivares

Sialolitiasis	Sialoadenitis
<ul style="list-style-type: none"> • Submaxilar • Inflamación brusca en relación con ingesta • Dolor tipo cólico • Inflamación suelo de boca Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Amoxi-Clavulánico • AINEs • Buscapina • Sialogogos (limón, vinagre, naranja,..) 	<ul style="list-style-type: none"> • Submaxilar y parótida(más frecuente) <u>Parotiditis purulenta</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción dolorosa, caliente, dura • Inicio agudo • Unilateral • Drenaje purulento por ostium Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Amoxi-Clavulánico • AINEs • Si compromiso cervical avisar ORL Parotiditis vírica <ul style="list-style-type: none"> • Bilateral y simultaneo • Afectación estado general • Tratamiento sintomático

DISNEA VÍA AÉREA SUPERIOR ADULTOS

1. ASEGURAR LA VÍA AÉREA. Mantener siempre la monitorización respiratoria
2. ANAMNESIS: Historia clínica completa
Exploración Física
Signos principales: **ESTRIDOR, TIRAJE, CIANOSIS, DISFONÍA, BABEO, TOS**

TABLA DISNEA

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás Barberán, Manuel y cols. Protocolos en ORL. SEORL. 2007; Vol I y II
2. Rondón Cardoso, Héctor y cols. Emergencias en Otorrinolaringología. 2007
3. Isasa González de Ubieta, C. y cols. Urgencias en O.R.L. Hospital Ramón y Cajal. 1999.
4. Suárez, C., Gil-Carcedo, L.M. y cols. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello. 2008; vol I-IV
5. García López, Manuel y cols. Manual de Urgencias en ORL. Hospital Vall d'Hebron. 1994.
6. Fernández-Vega y Diego, Manuel y cols. Urgencias en Otorrinolaringología. Ponencia Oficial SEORL. 1991.