



Viernes 13 de febrero de 2009

Taller:

**“Abordaje práctico
para el diagnóstico y trata-
miento de la patología ORL
más frecuente”**

Moderadora:

Guadalupe del Castillo Aguas

Pediatra. CS La Carihuela. Torremolinos, Málaga.

Ponente/monitora:

■ **Mayte Pinilla Urraca**

S.º de ORL. Hospital Universitario

Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Del Castillo Aguas G. Abordaje práctico para el diagnóstico y tratamiento de las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria. Criterios de derivación al ORL. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 153-4.

Abordaje práctico para el diagnóstico y tratamiento de las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria. Criterios de derivación al ORL. Introducción

Guadalupe del Castillo Aguas

Pediatra. CS La Carihuela. Torremolinos, Málaga.

gdelcas@teleline.es

La patología otorrinolaringológica (ORL) es el motivo de consulta más frecuente en la consulta del pediatra de Atención Primaria (AP), que abarca desde problemas benignos hasta patología médica o quirúrgica que puede tener repercusiones importantes en el futuro del niño.

El objetivo de este taller es abordar de forma práctica aspectos diagnósticos y terapéuticos de la patología ORL, destacando el material y pruebas complementarias necesarias para ello, así como los criterios de derivación a ORL.

Dentro del taller se van a dar orientaciones sobre la exploración ORL desde que el niño entra en la consulta, observando su aspecto y escuchando su voz, recomendaciones sobre la exploración física, incluyendo el material del que debe disponer una consulta de Pediatría de AP para valorar, diagnosticar y tratar la patología ORL y selección de las pruebas complementarias más eficaces (radiografía de senos/cavum, timpanometría, audiometría...), así como la valoración correcta de sus resultados.

Para ello se expondrán, de forma práctica y con participación activa del grupo, las técnicas básicas de exploración (otoscopia, rinoscopia, visualización de las fauces...) y el tratamiento en diferentes situaciones:

1. Otitis: exploración mediante otoscopia, realización de lavado previo si es necesario, diagnóstico de los distintos tipos, realización de impedanciometría, indicaciones de drenajes, cuidado de los mismos.
2. Hipertrofia adenoidea: diagnóstico clínico, indicaciones de Rx cavum, tratamiento médico e indicaciones de derivación a ORL.
3. Amigdalitis y absceso periamigdalino: tratamiento y criterios de derivación a ORL.
4. Cuerpos extraños en fosas nasales y conducto auditivo externo (CAE): diagnóstico y extracción.
5. Epistaxis: diagnóstico, tratamiento mediante taponamiento.
6. Sinusitis.

La mayoría de la patología ORL puede resolverse en la consulta del pediatra de AP con una adecuada habilidad en la exploración y tratamiento. Se recordarán los criterios de derivación cuando exista indicación quirúrgica o en las situaciones de urgencia que lo requieran.



Viernes 13 de febrero de 2009

**Taller:
“Abordaje práctico
para el diagnóstico y trata-
miento de la patología ORL
más frecuente”**

Moderadora:

Guadalupe del Castillo Aguas
Pediatra. CS La Carihuela. Torremolinos, Málaga.

Ponente/monitora:

■ **Mayte Pinilla Urraca**
*S.º de ORL. Hospital Universitario
Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Pinilla Urraca M. Abordaje práctico para el diagnóstico y tratamiento de las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria. Criterios de derivación al ORL. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 155-65.

Abordaje práctico para el diagnóstico y tratamiento de las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria. Criterios de derivación al ORL

Mayte Pinilla Urraca

*S.º de ORL. Hospital Universitario Puerta de Hierro.
Majadahonda, Madrid.
mpinilla@ono.com*

RESUMEN

La exploración básica otorrinolaringológica (ORL) en el niño presenta, en ocasiones, dificultades que impiden realizar un correcto diagnóstico e instaurar el tratamiento más adecuado en cada caso; desde un punto de vista práctico se revisarán las principales dificultades y cómo intentar superarlas, destacando las principales sospechas diagnósticas, a través de los hallazgos otoscópicos.

Se revisará el material del que se debe disponer en una consulta de Pediatría en Atención Primaria para una correcta exploración, así como para la extracción de un tapón de cera o de un cuerpo extraño. En base a la mejor evidencia se seleccionarán las principales pruebas complementarias (radiología de senos y cavum, impedanciometría y audiometría) y su correcta interpretación.

Se recordarán las principales situaciones de urgencia (cuerpo extraño, epistaxis, absceso faríngeo), dando pautas de qué hacer en cada caso y en qué casos se derivarán de forma urgente o preferente al otorrinolaringólogo.

Finalmente, se expondrán los criterios de derivación al otorrinolaringólogo en base a las probables indicaciones quirúrgicas, así como los consejos postoperatorios a tener en cuenta.

EXPLORACIÓN ORL EN EL NIÑO

En este apartado se pretende dar una idea general sobre cómo tratar, de qué material debemos disponer y cómo explorar a estos pacientes de modo que logremos superar las dificultades y obtengamos un diagnóstico lo más certero posible. En primer lugar, debemos intentar mantener un ambiente de tranquilidad y de confianza, explicándole lo que le vamos a hacer, dejándole tocar los instrumentos, y evitando maniobras forzadas e intempestivas. La exploración de un niño debe ser lo más global posible, estando atentos a una "facies adenoidea", al "saludo alérgico", a una malposición de pabellones o a una fístula o apéndice preauricular; es fundamental hacer hablar al niño, no solo para que nos suministre datos de la anamnesis, sino para valorar "cómo nos oye y cómo habla", lo que nos va a orientar sobre problemas de obstrucción nasal (rinolalia cerrada), de paladar (rinolalia abierta), disfonía (nódulos vocales), o hacernos una idea aproximada del nivel de audición que va a tener. La exploración debe ser completa e in-

cluir siempre, oídos, nariz, garganta y cuello, siendo la exploración faríngea la que, generalmente, suele provocar más desasosiego al niño.

A) Posición

En el recién nacido y en los primeros meses, les podemos explorar tumbados en una camilla (fijando la cabeza si es necesario con la elevación de sus propios brazos), o en el regazo de uno de sus padres, para posteriormente explorarlos de pie y nosotros sentados, o sentados solos si tienen una altura suficiente y están tranquilos, o encima del familiar lo que le proporciona altura y posibilidad de sujeción en caso de necesidad. Si es necesario, el niño puede inmovilizarse por uno de sus padres o por un ayudante nuestro, quien con una mano apoyará firmemente contra su abdomen el cuerpo del niño y con la otra mano sostendrá la cabeza unida a su pecho, que la situarán al frente para la exploración faríngea y nasal, y lateralmente para la otoscopia. Si fuera necesario aumentar la presa, se sujetarán las piernas del niño entre los muslos del adulto¹.

Figura 1. Material básico del que se debe disponer en una consulta de Pediatría de Atención Primaria (fotóforo, depresores, rinoscopio, otoscopio, pinza de bayoneta, ganchitos, asa de Billeau)



B) Material necesario (figura 1)

Es de vital importancia contar con una iluminación adecuada para evitar errores diagnósticos. Para la visión de la fosas nasales y la faringe, el espejo frontal con luz indirecta, o el fotóforo, siendo este último de más fácil manejo, nos da libertad para el uso de ambas manos, dirigiendo la luz a la zona a explorar; en su defecto, si no contamos con este sistema de iluminación, el otoscopio puede ser una buena alternativa. Se aconseja utilizar modelos de otoscopios, en cuya cabeza presenta un orificio lateral al que se puede aplicar una perilla de goma para insuflar aire y realizar una otoscopia neumática².

Para la otoscopia debemos disponer de espéculos de 2,5 a 4 mm de diámetro cuyo tamaño seleccionaremos al visualizar el meato externo, tratando de elegir el más grande posible. En caso de realizar una otoscopia neumática, los espéculos son específicos (con un extremo distal blando, dilatado y flexible) para conseguir un hermetismo completo.

La exploración de las fosas nasales puede realizarse con visión directa, elevando la punta nasal, con rinoscopio pediátrico o con el otoscopio. Para la exploración faríngea necesitaremos, en ocasiones, depresores de plástico o de madera.

Asimismo, deberemos disponer de ganchito de 1,5 mm, asa de Billeau, terminales de aspiración o jeringuilla, para la extracción de cera, así como ganchito de 2,5 mm (para la extracción de cuerpos extraños nasales), pinza recta de oído (para la extracción de "pieles" del conducto auditivo externo-CAE-o para espinas faríngeas) y pinza de bayoneta (para colocación del algodón o gasa de borde en fosas).

C) Dificultades en la exploración ORL

Oídos

Hay que tener en cuenta que la otoscopia en el niño es más difícil por la estrechez del conducto (2,5 mm) y la

escasa colaboración que pueden proporcionar estos pacientes. Además, el ángulo de la membrana timpánica es más abierto cuanto menor es el niño, es por ello que en el niño, a diferencia del adulto, se debe traccionar el pabellón hacia abajo y atrás³.

La presencia de cera, que puede ocultar la adecuada visión del tímpano, suele ser el problema fundamental con el que nos podemos enfrentar; en estos casos, generalmente la extracción cuidadosa con ganchito de 1,5 mm será la opción más adecuada, que generalmente la podemos hacer bajo visión otoscópica, pero, en ocasiones, en niños más pequeños la presencia del terminal otoscópico durante el tiempo de la extracción provoca inquietud, por lo que una buena opción es su extracción, con ganchito, bajo visión directa con el fotóforo y favoreciendo la apertura del meato externo para poder ver el CAE con la cera a extraer. En caso de cera líquida, se puede aspirar con un terminal de aspirador fino, o si es consistencia tipo "miel", tendríamos que realizar un lavado con jeringuilla con agua templada, siempre procurando dirigir la punta hacia delante, sin tocar las paredes del CAE y evitando movimientos intempestivos por parte del médico y del niño. En las ocasiones en las que resulte imposible la extracción o se sospeche una perforación timpánica, se puede recomendar a los padres que le realicen lavados óticos (2-3 veces al día 7 días) con jeringuilla desechable con H₂O₂ al 50% con suero fisiológico a temperatura corporal, llenando el conducto por goteo y dejar durante unos minutos, para luego vaciarlo por gravedad.

Siempre deberemos usar los espéculos de mayor tamaño posible, ya que los más finos dificultan enormemente la exploración, haciéndola en ocasiones imposible, e introducirlo viendo para evitar arrastrar la cera propia del CAE y obturar el otoscopio. Por otro lado, debe ser atraumática, intentando introducir el terminal sin tocar las paredes del CAE.

Fosas nasales

La mayor dificultad con la que podemos enfrentarnos es el miedo que puede provocar en el niño la introduc-

ción del rinoscopio, es por ello que según la edad y las características del niño, podemos usar la luz del fotóforo, elevando la punta nasal, o bien utilizar el otoscopio como luz o incluso con el terminal para observar a través de las narinas las fosas nasales. La presencia de mucosidad seca debe ser retirada con un asa de Billeau o ganchito, para poder ver las estructuras propias de la fosa o signos indirectos, como rinorrea en el suelo de la fosa.

Cavidad oral y orofaringe

Es importante que el niño abra la boca voluntariamente y evitar inicialmente el depresor, que les puede provocar náuseas. Se les pide que abran la boca y dejen la lengua dentro, si la visión es dificultosa y necesitamos del depresor, solo deprimiremos la zona anterior, por delante de la "V" lingual, para evitar desencadenar el reflejo nauseoso. Forzar la apertura de la boca, tapando la nariz, es un procedimiento antiestético que en ocasiones se utiliza en niños más pequeños en que resulta difícil la apertura voluntaria de la boca, pero que generalmente provoca una visión fugaz e incompleta y predispone negativamente al niño por si tenemos que proseguir con la exploración¹.

PRINCIPALES SOSPECHAS DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LA OTOSCOPIA Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

Exploración otoscópica

La otoscopia es, la mayoría de las veces, lo suficientemente demostrativa para asegurar un diagnóstico. Asimismo, las imágenes de normalidad pueden mostrar gran variabilidad, ya que si el niño llora durante la exploración aumenta la presión del oído medio y la vascularización.

En primer lugar, valoraremos el aspecto del CAE, para posteriormente visualizar la membrana timpánica, teniendo en cuenta tres parámetros: apariencia, posición y, si usamos la otoneumatoscopia, la movilidad.

La membrana timpánica es generalmente translúcida, a excepción del neonato que es más opaca, y permite observar a través de ella los principales cambios que se producen en el oído, a través de una gama de colores que varía desde el blanco, rojo, ámbar, amarillo y azul. Asimismo, valoraremos su grosor y la integridad o no de la misma.

La posición de la membrana puede ser normal, abombada o retraída.

En cuanto a la movilidad de la membrana timpánica, puede ir desde normal hasta una ausencia total de movimiento^{2,3}, siendo estos datos de importante valor en el diagnóstico de una otitis media.

Hallazgos más relevantes

Otitis externa

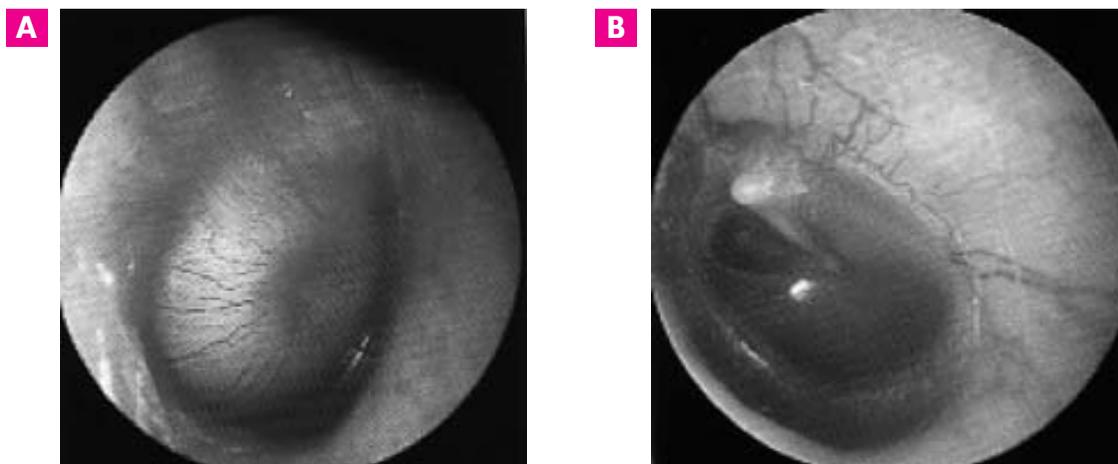
La presencia de un CAE eritematoso, con otorrea (que tras aspirarse muestra una membrana intacta), junto con dolor al traccionar del pabellón, suelen ser diagnósticos de esta entidad. Para el tratamiento suele ser suficiente la aspiración o limpieza periódica y/o gotas óticas (antibiótico con o sin corticoide tópico) y analgésicos sistémicos (paracetamol, ibuprofeno), no precisando de antibiótico sistémico, salvo si hay gran afectación de partes blandas⁴.

Otitis media aguda (OMA)

La OMA es la principal causa de prescripción antibiótica en la infancia, siendo muy importante hacer un correcto diagnóstico para diferenciarla de la otitis media serosa y de la miringitis asociada a catarro de vías altas que no precisan inicialmente antibiótico.

La otalgia, irritabilidad (en niños pequeños) con o sin fiebre, junto con una otoscopia que muestra abombamiento y cambio de color de la membrana timpánica (figura 2 A), con o sin otorrea, nos sugiere OMA, pero lo que nos confirmará el diagnóstico es la movilidad disminuida de la membrana⁵.

Figura 2. Imágenes otoscópicas que muestran: A. signos de otitis media aguda derecha (abombamiento); B. signos de otitis serosa izquierda (niveles hidroaéreos)



Es una enfermedad autolimitada en el 81% de los casos, que se puede tratar sintomáticamente durante 48-72 horas y, si empeora o no mejora, iniciar antibioterapia oral, excepto en niños menores de 2 años, que se recomienda desde el inicio del cuadro, siendo la amoxicilina de 1.ª elección⁶.

Otitis media serosa

Después de una OMA se puede encontrar una membrana timpánica retraída con movilidad disminuida y con presencia transtimpánica de niveles líquidos (figura 2 B) o de un derrame amarillento, en el 50% de los casos en el primer mes y el 10% a los 3 meses. Debiéndose remitir a estos niños al especialista ORL, para valoración de la audición, tras 12 semanas de persistencia de este cuadro. Durante este tiempo el uso de antibióticos, antihistamínicos y descongestivos⁷ no se han demostrado eficaces, así como el uso de corticoides tópicos⁸ junto con métodos de insuflación tubárica (Otovent)⁹, con resultados beneficiosos a corto plazo, pero sin poder determinar los efectos a largo plazo¹⁰. La colocación de drenajes transtimpánicos puede estar indicada en caso de pérdida auditiva bilateral igual o mayor de 20 dB o la existencia de una otitis adhesiva, sin embargo, algunos autores sugieren, tras una revisión sistemática¹¹, que su colocación provoca escasa mejoría,

por lo que recomiendan adoptar una actitud expectante en estos casos.

Timpanoesclerosis

Se muestra como placas, blanquecinas, calcáreas en la membrana timpánica (figura 3 C) como consecuencia del depósito de calcio sobre inflamaciones previas. No suele provocar pérdida auditiva y no precisa tratamiento alguno.

Bolsas de retracción y otitis adhesiva

Como consecuencia de malfunción tubárica, se muestran zonas retraídas o totalmente atelectasiadas (figura 3 D) con una clara disminución de la movilidad timpánica. Es importante el seguimiento de las bolsas aticales, por la posibilidad de colesteatoma.

Perforaciones timpánicas

Es importante valorar su localización (figura 4 E), ya que perforaciones marginales posterosuperiores favorecen el desarrollo de probables colesteatomas (figura 4 F), que deberán ser intervenidos siempre. Sin embargo, en caso de perforaciones simples, a partir de los 7-9 años se considera la mejor edad para realizar la cirugía, por

Figura 3. Otoscopias que muestran: C. placa calcárea timpánica derecha (timpanoesclerosis); D. retracción timpánica posterior derecha (otitis adhesiva)

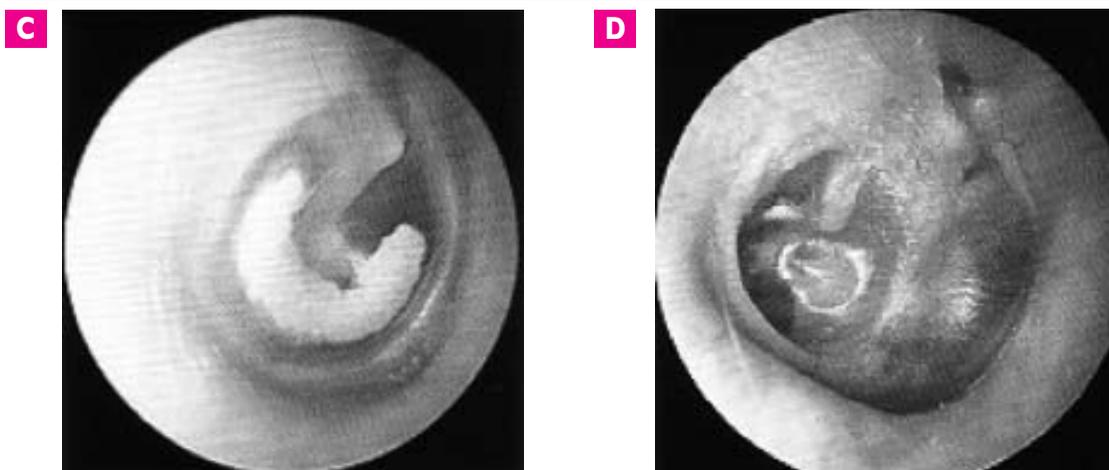
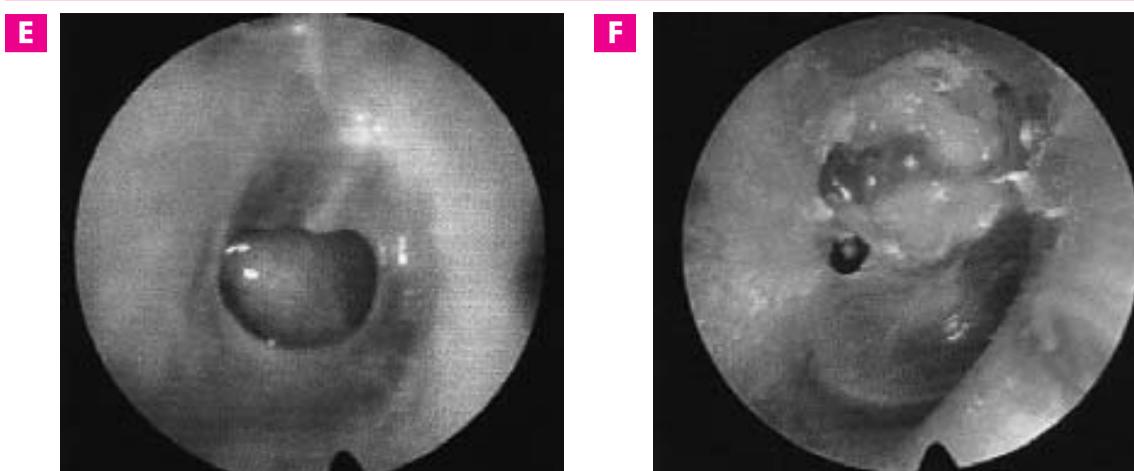


Figura 4. Imágenes otoscópicas de oídos derechos que muestran: E. perforación timpánica con otorrea; F. colesteatoma atical



el crecimiento cefálico, la función tubárica y la maduración del sistema inmune¹².

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS MÁS EFICACES

Pruebas radiológicas

No hay clara evidencia de que la realización de determinadas pruebas radiológicas vaya a cambiar radicalmente

nuestra actitud terapéutica, por lo que debemos evitar la radiología innecesaria en niños. La presencia de una gran hipertrofia adenoidea en una radiografía lateral de cavum no nos va a llevar a indicar una intervención quirúrgica, ya que lo mandatorio es la clínica y la visión directa de las mismas con fibroscopio pediátrico por el especialista ORL. Asimismo, el diagnóstico de una probable sinusitis es fundamentalmente clínico, existiendo una mala correlación clínico-radiológica¹³, debiendo reservarse para casos de duda diagnóstica la realización de un TC nasosinusal.

Los signos radiológicos de sinusitis son engrosamiento de la mucosa mayor de 4 mm, opacificación o niveles hidroaéreos.

Impedanciometría

Su valor fundamental es constatar mediante una prueba objetiva (una curva), la imagen otoscópica que hemos observado, y, en general, siempre que funcione perfectamente es más fiable que la otoscopia para confirmar una otitis serosa, en donde nos mostraría una curva aplanada.

Audiometría

A partir de los 5 años, y dependiendo de las características del niño, la realización de la audiometría tonal limitar en frecuencias conversacionales (500-1.000-2.000 Hz) puede servirnos para orientar el nivel auditivo que presenta el niño para valorar la necesidad o no de solicitar potenciales evocados auditivos.

PRINCIPALES URGENCIAS ORL Y SU DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA

A) Cuerpos extraños

- **En el CAE:** generalmente, el niño es llevado a la consulta porque le han visto introducirse el cuerpo extraño o él mismo lo ha contado, menos frecuente es que se presente con otalgia, otorrea, hipoacusia o fiebre. Lo más habitual es que la extracción se realice en el consultorio sin ningún tipo de anestesia, siempre que el cuerpo extraño no esté enclavado o el niño sea colaborador o se le pueda inmovilizar fácilmente la cabeza. En primer lugar, valoraremos la naturaleza del cuerpo extraño, si es animado (insecto), o inanimado; en el primer caso, lo primero será inmovilizarle, con unas gotas alcohol, una solución de lidocaína o aceite mineral, para luego tratarse como si fuera inanimado. La extracción se puede hacer si el cuerpo extraño no es muy voluminoso, no es vegetal, y se sabe con seguridad

que no tiene una perforación timpánica, con irrigación con agua templada hacia el techo del CAE; si no se realizará el arrastre del objeto mediante ganchito abotonado o con asa, o por aspiración. La presencia de un cuerpo extraño en el CAE no es una emergencia y solo supone una urgencia en caso de que protruya fuera del CAE, se desconozca el grado de penetración o se trate de pilas de tipo botón¹⁴.

- **En fosas nasales:** el síntoma inicial va a ser la obstrucción nasal y a medida que pasan los días se le añadirá la rinorrea unilateral purulenta y fétida, debiendo descartar ante estos síntomas un cuerpo extraño mientras no se demuestre lo contrario. Ante su sospecha, la rinoscopia anterior nos permite visualizarlo si se encuentra entre cornete inferior y septum. La maniobra más sencilla, en niños que saben sonarse, es decirle que se suene con fuerza al mismo tiempo que se obtura la fosa nasal libre, si no se expulsa se procederá a la manipulación instrumental. Si hay congestión de la mucosa nasal se puede colocar, previamente, un algodón con adrenalina 1/100.000 y lidocaína 2%. Como norma general se debe colocar al niño, sentado, de pie o en brazos de uno de los padres, pero nunca tumbado; no se deben utilizar pinzas, excepto si el objeto es irregular, y se usará un gancho de 2,5 mm, que permita rebasar (por encima) el cuerpo extraño y arrastrarlo hacia adelante a lo largo del suelo de la fosa nasal. Se realizará con anestesia general siempre que el niño no colabore o el cuerpo extraño esté impactado muy posteriormente y haya riesgo de que desplace al cavum al manipularlo, con el riesgo de aspiración¹⁵.
- **En faringe y laringotraqueales:** son inicialmente los más graves. Los síntomas variables como tos, disnea, disfonía, estridor o pinchazo cervical alto, con odinofagia o sialorrea, nos van a orientar sobre su localización y actitud a tomar. A excepción de los cuerpos extraños de la cavidad oral o de

la faringe, que los podemos extraer con visión directa y con pinzas, con o sin anestesia tópica, incluso ayudándonos, si no los visualizamos, con palpación de las amígdalas. En el resto de localizaciones se realizará con anestesia general para evitar desencadenar espasmos laríngeos. Respecto a los cuerpos extraños laringotraqueales, en los que ocluyen totalmente la vía, se intentará maniobra de Heimlich (mayores de 1 año), y posición prono con la cabeza más baja que el cuerpo dando golpes interescapulares (menores de 1 año), antes de realizar una traqueotomía inmediata. El uso de antibióticos y corticoides previos a la extracción pueden reducir el número de complicaciones¹⁶.

B) Epistaxis

La mayoría de los casos se deben a problemas locales (infecciosos, rinitis, traumatismos...), pero en ocasiones son un síntoma asociado a una enfermedad sistémica (hemopatías, hepatopatías, hipertensión arterial, malformaciones...). En el manejo terapéutico del niño se debe intentar que sea lo menos traumático posible, respetando la integridad de la mucosa y las estructuras osteocartilaginosas, así como controlar las constantes hemodinámicas y tratar si existe la causa desencadenante. El punto de sangrado más frecuente, en la infancia, es la zona anterior, área de Kiesselbach, por lo que generalmente el sangrado cede con la introducción de una mecha de algodón con H₂O₂ o una solución vasoconstrictora y compresión durante 5 minutos ambas alas de la nariz¹⁷. Si falla este método se colocará un taponamiento con una esponja precomprimida, Merocel[®], que se expande con la sangre, o al hidratarla con suero fisiológico. Si no controlamos la hemorragia, puede ser debido a sangrado más posterior, por lo que colocaremos en zig-zag, gasa de borde orillada impregnada en vaselina. Estos taponamientos se mantendrán un mínimo de 48 horas, y cuando el taponamiento se extienda más de la zona anterior, se le pautará antibiótico oral. No es recomendable el uso de nitrato de plata, porque genera escaras que pueden sangrar de nuevo, y atrofia cicatricial; no ha mos-

trado utilidad el uso de procoagulantes sistémicos o tópicos. Si la epistaxis no está totalmente controlada, se remitirá de forma urgente al ORL para el control endoscópico, y electrocoagular el punto sangrante o colocar un taponamiento posterior, siempre bajo anestesia general¹⁷.

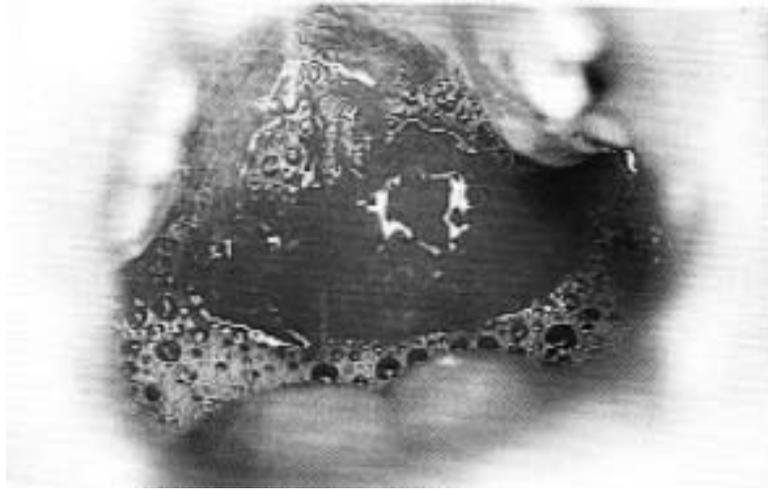
Es importante que tras taponar una epistaxis, el niño no realice esfuerzos físicos durante unos días, debe estornudar con la boca abierta, dormir con la cabecera elevada a 30° y mantener un buen estado de hidratación. Tras retirar el taponamiento, se debe vigilar al niño para que no se manipule con los dedos; y, en caso de sequedad nasal, hacer uso de pomadas tipo vaselina con vitamina A.

C) Otorrea

La otorrea como secreción que emerge por el CAE procedente del oído medio o externo es un motivo frecuente de asistencia a la consulta de Urgencias, siendo la otitis media aguda (OMA) la causa más frecuente de otorrea en la infancia. Sin embargo, desde la consulta de Pediatría de Atención Primaria, hay determinados cuadros clínicos que no deben pasar desapercibidos para remitirlos de forma urgente al especialista.

- **Mastoiditis**, es una rara complicación de una OMA (2 casos/100.000 niños)¹⁸ siendo característica la tríada de fiebre elevada, y otalgia que no cede a pesar de la aparición de otorrea. El diagnóstico lo confirmará la TAC de mastoides con contraste, para excluir afectación intracraneal; y se iniciará tratamiento antibiótico intravenoso (i.v.) seguido o no según evolución de antrotomía-mastoidectomía.
- **Otitis externa maligna**, cuadro muy raro, producido por pseudomona aeruginosa, siendo más frecuente en diabéticos mal controlados e inmunodeprimidos; se manifiesta por otorrea purulenta e inflamación de partes blandas del CAE y pabellón auricular. Requiere tratamiento con antibióticos i.v.

Figura 5. Cavity oral que muestra abombamiento de paladar blando de predominio izquierdo con sialorrea, característico del absceso periamigdalino



D) Absceso y flemón periamigdalino

La aparición en el curso de una faringoamigdalitis, con fiebre, de odinofagia y disfagia progresiva, halitosis, trismus y voz “en patata caliente”, son síntomas que sugieren el absceso o flemón periamigdalino. A la exploración, se observa el desplazamiento de la amígdala afectada hacia la línea media, con protrusión del paladar blando, que se encuentra edematoso e eritematoso (figura 5), lengua saburral y adenopatía cervical dolorosa ipsilateral. Al ser una enfermedad potencialmente peligrosa (sepsis, diseminación retrofaríngea, mediastinitis y obstrucción respiratoria), requiere derivación hospitalaria urgente para tratamiento i.v. y valoración de drenaje. Siempre que observemos un gran edema faríngeo, el uso de corticoide sistémico previo a su traslado hospitalario mejorará su sintomatología.

PRINCIPALES MOTIVOS DE DERIVACIÓN POR INDICACIÓN QUIRÚRGICA

A) Drenajes transtimpánicos

- Otitis serosa bilaterales de más de 3 meses de duración asociada a hipoacusia y que no responden a tratamiento médico, o en casos unilaterales de 4-6 meses de duración que no responden a tratamiento médico.

- Otitis media aguda recurrente, con otitis serosa asociada en los casos en los que falla la profilaxis antibiótica.
- Membrana timpánica atelectásica, para revertir este proceso.
- Complicaciones de OMA, mastoiditis, laberintitis, parálisis facial.

En el postoperatorio se recomienda evitar la entrada de agua jabonosa o salada (mar), ya que su menor tensión superficial les permite pasar a través de los tubos. Se prohibirán inmersiones mayores de un metro o tirarse desde el trampolín. Si los drenajes no se han extruido a los 2-3 años, se suelen retirar siempre que la patología de base esté resuelta, para evitar perforaciones residuales¹⁹.

B) Adenoidectomía

1. Indicaciones prioritarias: hipertrofia adenoidea con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) severo. Sospecha maligna.
2. Indicaciones relativas: hipertrofia adenoidea con insuficiencia respiratoria nasal mantenida y que

coexiste con: SAOS, malformación craneofacial, infecciones (OMA recidivante, otitis media crónica, otitis media secretora, rinosinusitis)²⁰.

Actualmente, el uso de corticoides tópicos nasales en niños con hipertrofia moderada-severa han mostrado una mejoría de la obstrucción nasal y una reducción del tamaño de las adenoides²¹, mostrando una alternativa interesante al tratamiento. La intervención se debe evitar siempre que exista una malformación del paladar (evitar rinolalia abierta) y en niños menores de 2 años salvo que la situación clínica se haga muy necesaria.

C) Amigdalectomía

I. Indicaciones absolutas:

- Hipertrofia que provoque obstrucción de la vía aérea, disfagia severa, SAOS o complicaciones cardiopulmonares.
- Hipertrofia amigdalilar unilateral (sospecha de neoplasia).

- Convulsiones febriles 2.^a a amigdalitis aguda.
- Hemorragia amigdalilar persistente o repetitiva.

2. Indicaciones relativas:

- Amigdalitis aguda: 7 o más episodios en ese año, 5 episodios al año en los últimos 2 años o 3 episodios al año en los últimos 3 años (con clínica, exploración y/o cultivo positivo a estreptococos beta-hemolíticos del grupo A; así como incapacitantes, documentados durante al menos 6 meses y con tratamiento adecuado).
- Síntomas persistentes durante al menos un año.
- Dos casos consecutivos de absceso periamigdalino²⁰.

Se debe evitar la intervención si existen enfermedades hematológicas y sistémicas graves, menores de 3 años y con malformaciones del paladar.

Bibliografía

1. Tomás Barberá M. Exploración ORL en el niño. En: Tratado de Otorrinolaringología pediátrica. Ponencia oficial de la SEORL 2000. Girona: Grafiques Alzamora, S.A.; 2000. p. 23-8.
2. Solanellas Soler J, Martín Muñoz P. Otoscopia neumática. Exploración otoscópica. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones; 2004. p. 347-52.
3. Solanellas Soler J. Imagen del tímpano normal y patológico, técnica de la otoscopia neumática (videotoscopia). En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones; 2003. p. 209-13.
4. Cabra J, Moñux A. Otorrea. En: Tratado de Otorrinolaringología pediátrica. Ponencia oficial de la SEORL 2000. Girona: Grafiques Alzamora S.A.; 2000. p. 129-34.
5. Fernández-Cuesta Valcarce MA. Actualización de sinusitis y otitis media aguda. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones; 2003. p. 73-81.
6. Alberta Medical Association. Guideline for the diagnosis and treatment of acute otitis media in children. CMA Infobase. Summary, 2008.
7. Coleman C, Moore M. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD001727. DOI: 10.1002/14651858.CD001727.pub4.
8. Thomas CL, Simpson S, Butler CC, van der Voort JH. Esteroides orales o nasales tópicos para la pérdida auditiva asociada con la otitis media exudativa en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Stangerup MD, J. Sederberr - Olsen MD, Balle MD. Auto-inflación as a treatment of Secretory Otitis Media. Arch Otolaryngology. 1992;118:149-54.
10. Perera R, Haynes J, Glasziou P, Heneghan CJ. Autoinsuflación para la hipoacusia asociada a la otitis media con derrame (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Lous J, Burton MJ, Felding JU, Ovesen T, Rovers MM, Williamson I. Drenajes timpánicos (tubos de ventilación) para la pérdida de la audición asociada a la otitis media con derrame en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en

- <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
12. Ramos A, Bernal M, Manrique M. Timpanoplastias en niños. En: Tratado de Otorrinolaringología pediátrica. Ponencia oficial de la SEORL 2000. Girona: Grafiques Alzamora S.A.; 2000. p. 135-40.
 13. Fokkens W, Lund V, Mullol J, en representación del grupo European Position Paper on Rhinosinusitis and nasal polyps. Consideraciones especiales: rinosinusitis en la infancia. *Rhinology*. 2007;20 Supl 9:584-9.
 14. Sandiumenge A, Caballero M, Riera L. Cuerpo extraño ótico. En: Tratado de Otorrinolaringología pediátrica. Ponencia oficial de la SEORL 2000. Girona: Grafiques Alzamora S.A.; 2000. p. 641-2.
 15. Sculerati N. Foreign bodies of the nose. In: Bluestone CD (eds.). *Pediatric Otolaryngology*. 4ª ed. Saunders: Elsevier Science; 2003. p. 1032-8.
 16. Manning SC, Stool SE. Foreignbodies of the Pharynx and esophagus. In: Bluestone CD (eds.). *Pediatric Otolaryngology*. 4ª ed. Saunders: Elsevier Science; 2003. p. 1324-37.
 17. Manning SC, Culbertson MC. Epistaxis. In: Bluestone CD (eds.). *Pediatric Otolaryngology*. 4ª ed. Saunders: Elsevier Science; 2003. p. 925-31.
 18. Van Zuijlen DA, Schilder AG, Van Balen FA, Hoes AW. Nacional differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:140-4.
 19. Juan JM, Corral JL. Tubos de ventilación/drenajes transtimpánicos. En: Tratado de Otorrinolaringología pediátrica. Ponencia oficial de la SEORL 2000. Girona: Grafiques Alzamora S.A.; 2000. p. 103-8.
 20. Cervera Escario J, Del Castillo Martín F, Gómez Campderá JA, Gras Albert JR, Pérez Piñero B, Villafuela Sanz MA. Indicaciones de Adenoidectomía y Amigdalectomía: Documento de Consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2006;57:59-65.
 21. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, César JA, Chadha NK. Intranasal corticosteroids for nasal airway obstruction in children with moderate to severe adenoidal hypertrophy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006286. DOI: 10.1002/14651858.CD006286.pub2.