

URGENCIAS EN O.R.L.

Dr. Francisco López Catalá
Médico adjunto del Servicio de O.R.L.

HEMORRAGIAS EN O.R.L.**HEMORRAGIAS NASALES O EPISTAXIS**

El diagnóstico del proceso es evidente. No así su etiología, ya que sólo el 20-25% de las epistaxis son de causa conocida (exceptuando las traumáticas). En Asistencia Primaria se tomarán constantes (valorar hipo o hipertensión) y se practicará un taponamiento anterior, si se cuenta con buena iluminación y utillaje preciso (debe disponerse de un aspirador). Si no existen las condiciones adecuadas, debe remitirse al Centro Hospitalario con un apósito provisional, a fin de realizar el taponamiento anterior o posterior adecuados. Raramente son necesarias ligaduras arteriales u otras medidas como las embolizaciones; en todo caso estas medidas exigen un estudio angiográfico previo, riguroso.

BUCORRAGIAS

La causa suele ser evidente: traumatismo, lesión tumoral ulcerada, patología variada dentaria o gingival. Si la lesión lo permite, en Ambulatorio, puede hacerse una cauterización con Ni Ag o cualquier sustancia hemostática. En función del resultado y sobre todo de la posible etiología maligna del sangrado, deberá remitirse a Centro Hospitalario, como Urgencia diferida.

OTORRAGIAS

Raras y fundamentalmente de origen traumático o inflamatorio agudo. Nunca dar medicación tópica, ni manipular un oído sangrante: es la manera más segura de facilitar la sobreinfección. La mayoría se pueden resolver en Asistencia Primaria, con oclusión externa suave y cobertura antibiótica sistémica.

FRACTURAS O CONTUSIONES AISLADAS DE LA PIRAMIDE NASAL

Son las más frecuentes por la situación de la nariz en el centro de la cara estando por tanto más expuesta a todo tipo de agresiones. En Asistencia Primaria es preciso diferenciar las dos eventualidades siguientes:

- **FRACTURA O TRAUMATISMO COMPLEJO:** puede presentar signos orbitarios, derrame conjuntival, edema palpebral intenso, tumefacción o equimosis en zonas diversas (sobre todo en región malar).
 - Bucorragias o epistaxis muy intensas.
 - La exploración prácticamente se reduce a la inspección externa y a una palpación suave facial, la sensación de crepitación o dolor intenso en algún punto, sobre todo a nivel del marco orbitario.
 - El paciente debe ser remitido a un **Centro Hospitalario**.
- **FRACTURA O CONTUSIÓN NASAL:** aparece edema de la pirámide o deformidad y tumefacción sólo en esta zona.
 - Epistaxis moderada.
 - La palpación cuidadosa es anodina en el macizo facial, habiendo sólo dolor localizado en la nariz. Es necesario hacer una rinoscopia anterior, que informará del estado del tabique y los cornetes.
 - Ante una fractura nasal aislada, se puede **tratar de manera Ambulatoria**:
 - Reducción que se puede realizar manualmente. Contención con férula de yeso y consolidación durante 8 ó 10 días.
 - A estos principios hay que añadir en este caso un taponamiento nasal uni o bilateral, para cohibir la epistaxis y ayudar a mantener la estática del septum.
 - En determinados casos (pacientes pusilánimes, niños, fracturas complejas o con hemorragia abundante o fracturas complejas), el tratamiento deberá hacerse bajo anestesia general o como mínimo bajo sedación, por lo que deberá remitirse al centro hospitalario de referencia

CUERPOS EXTRAÑOS

Es conveniente hacer la distinción clínica de cuerpos extraños reales o presuntos, que sólo puede hacerse después de una exploración exhaustiva que descarte su presencia real. La anamnesis es orientativa. Los cuerpos extraños nasales y óticos pueden ser de introducción casual, o bien voluntaria, en niños y alienados. Los faringolaríngeos, dejando aparte casos anecdóticos, son mayoritariamente de origen alimentario, asimismo los de esófago y los afortunadamente infrecuentes, laringotraqueales.

1) CUERPOS EXTRAÑOS NASALES

- La clínica es obstructiva unilateral.

- En pacientes adultos, es posible su extracción en Ambulatorio, usando una espátula atraumática (nunca pinzas, que los introducen más).
- En niños y personas pusilánimes, es precisa una anestesia o como mínimo una sedación.

2) CUERPOS EXTRAÑOS ÓTICOS

- En oído son prácticamente asintomáticos, y el diagnóstico de certeza, se basa únicamente en la otoscopia.
- El mejor sistema de extracción es un lavado, como el utilizado en los tapones de cera. Si así no salen, es mejor su derivación.

3) CUERPOS EXTRAÑOS FARÍNGEOS

- Se suelen situar en zonas procidentales. Las amígdalas y base de la lengua son los lugares de asentamiento más frecuentes de las espinas de pescado.
- Se manifiestan por odinofagia discreta. El dolor generalmente se sitúa en un punto concreto.
- Como en los casos anteriores su extracción es sencilla con buena luz y pinzas dentadas adecuadas.
- No siempre se visualizan, lo cual no significa que no estén. Si se han enclavado en zonas más bajas, vallécula, surco glosomigdalino, cara posterior de la amígdala etc. es preciso realizar una endoscopia cuidadosa, con toques de anestesia local para localizarlos.
- Es preciso insistir, en que los cuerpos extraños, son urgencias diferibles, y si no se dispone del material adecuado, es mejor abstenerse de maniobras agresivas que empeoran siempre el cuadro.
- No intentar extraer un cuerpo extraño que no se vea claramente

4) CUERPOS EXTRAÑOS LARÍNGEOS

- Pueden provocar un cuadro dramático, y normalmente no se ven en asistencia primaria.
- La intensa disnea que provocan, hace que estos casos acudan de entrada al Hospital.

5) CUERPOS EXTRAÑOS EN ESÓFAGO

- Siempre plantean dudas diagnósticas, porque aún con una buena radiología, la mayoría de ellos son radiotransparentes o de difícil visualización.
- Es preciso contar con la posibilidad de una radiografía con contraste y un buen equipo de fibroendoscopia.

OTALGIA

- Las causas más frecuentes son la otitis media aguda o la otitis externa.
- Se acompaña de poca fiebre y el estado general está poco o nada alterado.
- El interrogatorio aclarará la existencia de proceso catarral o baños de mar o piscina.

EXPLORACION

- **Palpación de la mastoides:** levemente dolorosa en todo proceso agudo de oído medio.
- **Palpación del trago:** su positividad indica afectación de otitis externa en el adulto o niño mayor y no descarta la posibilidad de otitis media en el niño pequeño.
- **Otoscopia (fundamental):**
 - Otitis externa: Tímpano prácticamente normal y conducto con tegumentos edematosos y presencia de secreción.
 - Otitis media aguda: Tímpano enrojecido, abombado o con otorrea más o menos pulsátil, aún cuando no se vea la perforación.

La remisión al centro hospitalario, se plantea en caso de sospecha de algún tipo de complicación sea intratemporal o endocraneana.

OBSTRUCCIÓN NASAL

Acompañada o no de rinorrea y cefalea, se acompaña de pesadez facial y raramente de fiebre alta, durante el curso de un resfriado o en época primaveral por incidencia de procesos alérgicos. En los casos benignos descritos, siempre es bilateral. Sospechar siempre un proceso más complejo en la obstrucción unilateral, sobre todo si hay rinorrea purulenta (sinusitis, poliposis, proceso expansivo, cuerpo extraño, etc).

Rinoscopia anterior:

- Resfriados: cornetes enrojecidos y brillantes.
- Alergias: cornetes pálidos y/o violáceos deslustrados.

Sólo deberá remitirse al Hospital (en todo caso se tratará de una urgencia diferible), en alguno de los cuadros unilaterales citados, para cuyo diagnóstico diferencial se precisa exploración óptica o radiológica.

ODINODISFAGIA O DISFAGIA DOLOROSA

Cuando este síntoma es debido a enfermedades agudas, benignas: anginas, faringitis víricas, etc., se acompaña de fiebre moderada o alta y discreta afectación del estado general. En casos benignos es difusa y bilateral. La unilateralidad, que sea intensa y acompañada de ligero trismus o voz gangosa, puede indicar un flemón periamigdalino o más raramente una neoplasia (no se presenta en forma aguda).

En Asistencia Primaria puede diagnosticarse fácilmente la mayoría de procesos faríngeos agudos, mediante el examen visual de la faringe. Unas amígdalas hiperémicas, criptas dilatadas y punteado blanquecino, con frecuente presencia de adenopatías cervicales, son el aspecto común de amigdalitis bacteriana. No olvidar la semejanza de este cuadro con la **mononucleosis infecciosa** (de evolución más tórpida y estado general más afectado); Actualmente puede detectarse con test de ejecución prácticamente inmediata.

Se derivarán al Hospital:

- Urgencia inmediata: flemones periamigdalares, que deben desbridarse.
- Urgencia diferida: los casos unilaterales en que se sospeche un proceso neoplásico, angina necrótica, etc.

DISFONÍA

Puede ser motivo urgente, si es de aparición brusca y si, como es frecuente en procesos agudos (laringitis catarrales o enfriamientos bruscos), se acompaña de dolor a la fonación y ocasionalmente de distrés respiratorio. Los pacientes de riesgo son de edades comprendidas entre 50 y 65 años, fumadores o profesionales de la voz.

En Asistencia Primaria debería realizarse una laringoscopia indirecta, pero si ello no es posible y con un tratamiento antibiótico-antiinflamatorio estándar no mejora, o si se trata de un paciente de riesgo, deberá ser remitido en forma prioritaria al Hospital para la realización de una endoscopia y en su caso del tratamiento que proceda.

VERTIGOS

Es importante un correcto interrogatorio, que permite diferenciar un cuadro otológico (siempre con síntomas auditivos) de un cuadro neurológico (síntomas acompañantes de más o menos focalidad), que se completa con una exploración clínica básica, que permitirá hallar una hipoacusia perceptiva, y sobre todo la presencia o ausencia de nistagmus. El **nistagmus** es siempre signo de patología orgánica, tanto en la fase aguda de un vértigo laberíntico, como en cualquier fase de enfermedades neurológicas. Si existe **vegetatismo** importante ocasionalmente puede ser criterio de ingreso. Si no es así se administrará al paciente un sedante vestibular y se solicitarán de forma programada las exploraciones complementarias oportunas.

Es muy difícil realizar un diagnóstico etiológico en esta fase. Lo importante es orientar correctamente al paciente. Se derivará a un Centro Hospitalario, de forma diferida, si la exploración clínica y otológica básica requiere la práctica de pruebas específicas:

- Patología ótica: exploración vestibular completa incluyendo electronistagmografía.
- Síntomas de centralidad: exploración neurológica exhaustiva, incluyendo técnicas de imagen.

PARÁLISIS FACIAL

Su aparición brusca y completa debe hacer pensar tres causas que por frecuencia son: Parálisis "a frigore", Herpes Zoster del Ganglio Geniculado o complicación intratemporal de un cuadro otítico grave.

- En Asistencia Primaria, la **parálisis "a frigore"**, se diagnosticará precisamente por su aparición, en ausencia de otros síntomas.
- El **Zoster del Geniculado**, se acompaña de otalgia más o menos intensa y vesículas herpéticas en la concha del pabellón y tercio externo del conducto auditivo externo.
- La Parálisis del facial, en el curso de una otitis sobre todo si hay imagen de colesteatoma, es una complicación intratemporal grave.

Los dos primeros casos pueden tratarse en Ambulatorio, con medicación antivírica (Aciclovir) ajustando las dosis al peso del enfermo y la gravedad de la afección. La administración de Corticoides, ha sido discutida, pero actualmente se acepta, ya que disminuye la presencia de secuelas. El complejo vitamínico B, tiene escasa utilidad. El tercer supuesto, requiere ingreso en Centro Hospitalario, ya que su tratamiento es quirúrgico.

SORDERA BRUSCA

- Es la pérdida súbita de audición, generalmente unilateral.
- Es de causa laberíntica, una laberintoplejia, de causa vírica o vascular.
- Puede acompañarse de vértigo, pero no siempre.
- Es imprescindible una audiometría tonal, para diferenciarla de una hipoacusia leve de otras causas.
- Su ingreso precoz en Centro Hospitalario y la perfusión de corticoides y vasodilatadores logra recuperar aproximadamente el 50% de los casos en pacientes de menos de 50 años.

ALGIAS DIVERSAS CRANEO-FACIALES

Estos dolores suelen ser achacados por el paciente a sinupatías más o menos reales. La falta de clínica rinológica acompañante y la normalidad o muy leves alteraciones a la exploración neurológica básica, orientarán hacia un cuadro neurálgico o dentario. Se instaurará la analgesia correspondiente y será tributario de exploración exhaustiva otorrinolaringológica y neurológica de forma programada.

PATOLOGÍA FUNCIONAL EN O.R.L.

Es difícil llegar a este diagnóstico, precisa de una valoración cuidadosa de los síntomas y una exploración minuciosa, que descarte la organicidad del proceso. Los motivos más frecuentes de consulta en pacientes ansiosos son:

- Obstrucción nasal sin causa.
- Parestesias faríngeas.
- Disnea suspirosa.
- Acúfenos con normalidad auditiva.
- Exposición polimorfa de síntomas inespecíficos en pacientes con alteraciones de conducta más o menos acusada.

En función de la localización de la molestia, se explorará la zona cuidadosamente y se adoptará en cada caso la actitud más prudente.

PATOLOGÍA NEOPLÁSICA

Estos pacientes no deberían acceder a ningún centro por vía de Urgencia, pero desafortunadamente sucede en general por dos circunstancias:

- **Cáncer no conocido:** El paciente detecta de forma imprevista un signo o síntoma que despierta su inquietud y para obviar posibles listas de espera:
 - Hemorragias.
 - Tumoraciones cervicales o faciales.
 - Parálisis nerviosas.
 - Disfagia.
 - Subdisnea o disfonía persistente.
- **Cáncer conocido:** Acuden al Médico de Guardia por empeoramiento de su estado general:
 - Algas intensas.
 - Desnutrición o deshidratación.
 - Sobreinfecciones.
 - Problemas con prótesis o sondas en pacientes intervenidos de laringectomía total o parcial.

DISTRES RESPIRATORIO

- Comentamos este cuadro por su agudeza y peligrosidad.
- Si aparece formando parte de un Síndrome politraumático o tumoral su diagnóstico es fácil. El problema se presenta cuando la disnea aparece de forma aislada.
- El Médico de Primaria debe poder diferenciar si este distrés es de origen en vías altas (laringo-faríngea) o bajas (bronco-pulmonar).
- La disnea laríngea se acompaña siempre de tiraje y cornaje.
- En todo caso se debe realizar una laringoscopia, siempre que sea posible. Tener en cuenta que una endoscopia puede agravar el cuadro.
- La actuación más prudente en Asistencia Primaria, es administrar un corticoide por vía endovenosa y el traslado del paciente al Centro Hospitalario.