



Diagnóstico y tratamiento de patologías otorrinolaringológicas en pediatría

Diagnosis and treatment of otorhinolaryngological pathologies in pediatrics

Diagnóstico e tratamento de patologias otorrinolaringológicas em pediatria

Graciela Abigail Jara Sarango ^I
gj.abigail@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-4641-5968>

Ericka Andrea Ponce Espinoza ^{II}
erickaponceespinoza@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-7629-3268>

Johanna Raquel Ordoñez Ortiz ^{III}
jroo_@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-4273-3088>

Gina Nicolle Muñoz Córdova ^{IV}
ginamunozcordova@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-0067-1576>

Correspondencia: gj.abigail@gmail.com

Ciencias Médicas
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 15 de noviembre de 2024 * **Aceptado:** 29 de diciembre de 2024 * **Publicado:** 10 de enero de 2025

- I. Médica, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca; Ecuador
- II. Médica, Universidad de Guayaquil, Guayas; Guayaquil; Ecuador
- III. Médica, Universidad de Guayaquil, Guayas; Guayaquil; Ecuador
- IV. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional, Universidad Espíritu Santo; Guayas; Guayaquil; Ecuador

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.

Palabras claves: Otorrinolaringología, Síntomas, Tratamiento, Pediatría.

Abstract

Basic otorhinolaryngological (ENT) examination in children sometimes presents difficulties that prevent a correct diagnosis and the most appropriate treatment in each case. From a practical point of view, the main difficulties will be reviewed and how to try to overcome them, highlighting the main diagnostic suspicions, through otoscopic findings. The material that should be available in a Pediatrics consultation in Primary Care for a correct examination will be reviewed, as well as for the extraction of a wax plug or a foreign body. Based on the best evidence, the main complementary tests will be selected (radiology of sinuses and cavum, impedance measurement and audiometry) and their correct interpretation. The main emergency situations will be recalled (foreign body, epistaxis, pharyngeal abscess), giving guidelines on what to do in each case and in which cases the patient will be referred urgently or preferentially to the otorhinolaryngologist. Finally, the criteria for referral to an otorhinolaryngologist will be presented based on the probable surgical indications, as well as the postoperative advice to be taken into account.

Keywords: Otorhinolaryngology, Symptoms, Treatment, Pediatrics.

Resumo

O exame otorrinolaringológico (ENT) básico na criança apresenta, por vezes, dificuldades que impedem o diagnóstico correto e o estabelecimento do tratamento mais adequado a cada caso; Do ponto de vista prático, serão revistas as principais dificuldades e como tentar ultrapassá-las, destacando as principais suspeitas diagnósticas, através dos achados otoscópicos. O material que deverá estar disponível numa consulta de Pediatria nos Cuidados Básicos será revisto para um correto exame, bem como para a extração de tampão de cera ou corpo estranho. Com base nas melhores evidências, serão selecionados os principais exames complementares (radiologia dos seios perinasais e cavum, impedanciometria e audiometria) e a sua correta interpretação. Serão lembradas as principais situações de emergência (corpo estranho, epistaxe, abscesso faríngeo), aconselhando o que fazer em cada caso e em que casos serão referenciados com urgência ou preferência ao otorrinolaringologista. Por fim, serão explicados os critérios de referência ao otorrinolaringologista com base nas prováveis indicações cirúrgicas, bem como os conselhos pós-operatórios a ter em conta.

Palavras-chave: Otorrinolaringologia, Sintomas, Tratamento, Pediatria.

Introducción

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 (1).

El objetivo de este trabajo de investigación 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 artículo 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, 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.

Metodología

Esta investigación está enfocada en el estudio del Diagnóstico y Tratamiento De Patologías Otorrinolaringológicas En Pediatría con la finalidad de brindar información a lectores, especialista y estudiantes, en aras de reducir el impacto negativo que este tipo de enfermedad tiene en las personas que la padecen y brindar una mejor calidad de vida, a través, de tratamientos que proporcionen una mayor efectividad.

La revisión se ha centrado en textos, documentos y artículos científicos publicados disponibles en la web, considerando que aquella herencia de la globalización permite acceder a mayor y mejor información a través de las herramientas tecnológicas. El motor de búsqueda ha sido herramientas académicas de la web que direccionan específicamente a archivos con validez y

reconocimiento científico, descartando toda información no confirmada o sin las respectivas referencias bibliográficas.

Resultados

EXPLORACIÓN ORL EN EL NIÑO

En este apartado se pretende dar una idea general sobre cómo tratar, de qué material se debe disponer y cómo explorar a estos pacientes de modo que se logre superar las dificultades y así obtener un diagnóstico lo más certero posible. En primer lugar, se debe intentar mantener un ambiente de tranquilidad y de confianza, explicándole lo que se le va 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 suministre datos de la anamnesis, sino para valorar “cómo oye y cómo habla”, lo que va a orientar sobre problemas de obstrucción nasal (rinolalia cerrada), de paladar (rinolalia abierta), disfonía (nódulos vocales), o tener una idea aproximada del nivel de audición que va a tener. La exploración debe ser completa e incluir siempre, oídos, nariz, garganta y cuello, siendo la exploración faríngea la que, generalmente, suele provocar más desasosiego al niño.

Posición

En el recién nacido y en los primeros meses, se pueden 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 adulto.

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)



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, da libertad para el uso de ambas manos, dirigiendo la luz a la zona a explorar; en su defecto, si no se cuenta 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 neumática (2).

Para la otoscopia se debe 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).

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 atrás (3).

La presencia de cera, que puede ocultar la adecuada visión del tímpano, suele ser el problema fundamental con el que se pueden enfrentar; en estos casos, generalmente la extracción cuidadosa con ganchito de 1,5 mm sería la opción más adecuada, que generalmente se puede 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”, se debe 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 se debe 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 se puede enfrentar es el miedo que puede provocar en el niño la introducción 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 se necesita 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 se debe que proseguir con la exploración.

PRINCIPALES SOSPECHAS DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LA OTOSCOPIA Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

Exploración otoscópica

La otoscopia es, la mayoría de la 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, se valora 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, se valora 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, siendo estos datos de importante valor en el diagnóstico de una otitis media (4).

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 blandas (5).

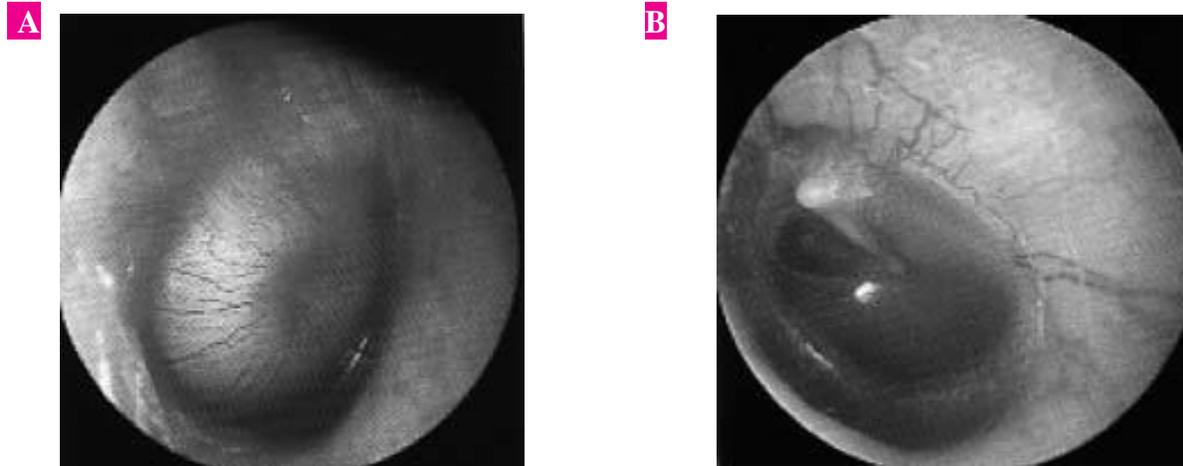
Otitis media aguda (OMA)

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 membrana (6).

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 antibiótico- terapia oral, excepto en niños menores de 2 años, que se recomienda desde el inicio del cuadro, siendo la amoxicilina la primera elección (7).

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 descongestivos no se han demostrado eficaces, así como el uso de corticoides tópicos junto con métodos de insuflación tubárica (Otovent), con resultados beneficiosos a corto plazo, pero sin poder determinar los efectos a largo plazo (8). 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 sistemática, que su colocación provoca escasa mejoría, por lo que recomiendan adoptar una actitud expectante en estos casos (9).

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 mal función 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 el crecimiento cefálico, la función tubárica y la maduración del sistema inmune (10).

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

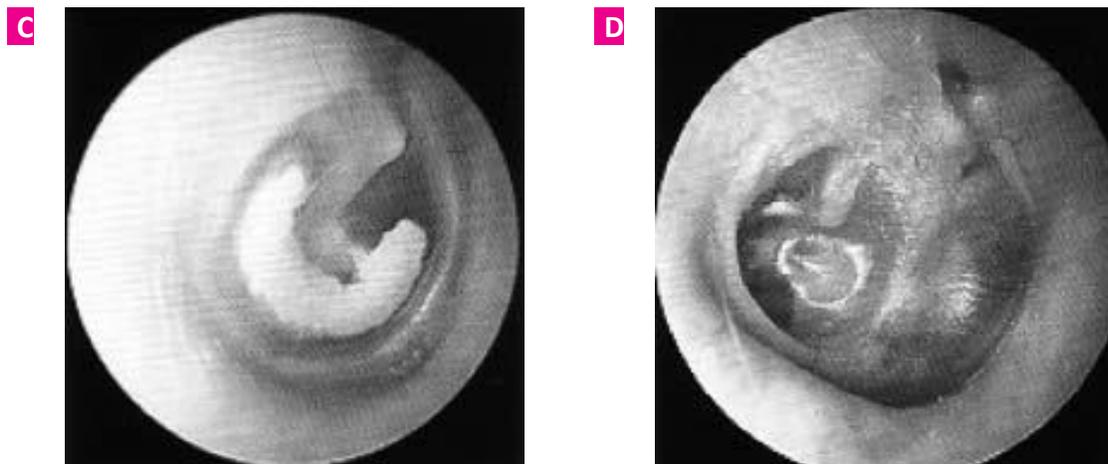
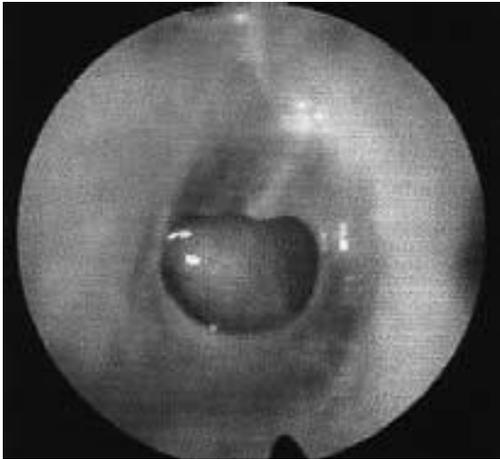


Figura 4. *Imágenes otoscópicas de oídos derechos que muestran: E. perforación timpánica con otorrea;*

F. colesteatoma atical

E



F



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 va a llevar a indicar una intervención quirúrgica, ya que lo mandatario 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-radiológica, debiendo reservarse para casos de duda diagnóstica la realización de un TC nasosinusal (11). 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 se ha observado, y, en general, siempre que funcione perfectamente es más fiable que la otoscopia para confirmar una otitis serosa, en donde mostraría una curva aplanada.

Audiometría

A partir de los 5 años, y dependiendo de las características del niño, la realización de la audiometría tonal liminar en frecuencias conversacionales (500-1.000-2.000 Hz) puede servir 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

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, se valora 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 botón (12).

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 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 aspiración (12).

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, 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 se pueden extraer con visión directa y con pinzas, con o sin anestesia tópica, incluso con ayuda, si no se visualiza, 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 complicaciones (13).

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 nariz (10). 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 se controla la hemorragia, puede ser debido a sangrado más posterior, por lo que se colocara 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 mostrado 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 electro coagular el punto sangrante o colocar un taponamiento posterior, siempre bajo anestesia general (13).

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.

PRINCIPALES MOTIVOS DE DERIVACIÓN POR INDICACIÓN QUIRÚRGICA

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 residuales (5).

Conclusión

El documento "Diagnóstico y Tratamiento De Patologías Otorrinolaringológicas en Pediatría" aborda de manera exhaustiva las diversas patologías otorrinolaringológicas (ORL) que pueden presentarse en la consulta pediátrica de Atención Primaria. A lo largo del texto, se destacan las dificultades que pueden surgir durante la exploración ORL en niños y se ofrecen soluciones prácticas para superarlas, asegurando así un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

El documento subraya la importancia de contar con el material adecuado en la consulta pediátrica, como otoscopios, rinoscopios y otros instrumentos esenciales para la exploración y tratamiento de patologías ORL. Además, se enfatiza la necesidad de seleccionar y realizar correctamente las pruebas complementarias, como la radiología de senos y cavum, la impedanciometría y la audiometría, para obtener una interpretación precisa de los resultados.

Se abordan también las principales situaciones de urgencia en ORL, como la presencia de cuerpos extraños, epistaxis y abscesos faríngeos, proporcionando pautas claras sobre cómo actuar en cada caso y cuándo es necesario derivar al paciente al especialista en otorrinolaringología. Asimismo, se presentan los criterios de derivación al otorrinolaringólogo basados en las probables indicaciones quirúrgicas y se ofrecen consejos postoperatorios para garantizar una recuperación adecuada.

En resumen, el documento ofrece una guía práctica y detallada para los profesionales de la salud en la atención pediátrica, con el objetivo de mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento de las patologías ORL en niños. Al seguir las recomendaciones y pautas presentadas, se espera reducir el impacto negativo de estas enfermedades en los pacientes pediátricos y proporcionar una mejor calidad de vida a través de tratamientos más efectivos y adecuados.

Bibliografía

1. Lesperance MM. Cummings pediatric otolaryngology. Elsevier Health Sciences; 2021.
2. O’Handley JG, Tobin EJ, Shah AR. Otorhinolaryngology. Textbook of family medicine. 2020;300.
3. Benedek P, Balakrishnan K, Cunningham MJ, Friedman NR, Goudy SL, Ishman SL, et al. International Pediatric Otolaryngology group (IPOG) consensus on the diagnosis and management of pediatric obstructive sleep apnea (OSA). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;138:110276.
4. Zatoński T, Pazdro-Zastawny K, Kolator M, Krajewska J, Basiak-Rasała A, Górna S, et al. A study on health and the association between overweight/obesity and otorhinolaryngological diseases in 6-to 17-year-old children from Wrocław, Poland. *Arch Med Sci.* 2020;18(2):413.
5. Rosenfeld RM, Tunkel DE, Schwartz SR, Anne S, Bishop CE, Chelius DC, et al. Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 2022;166:S1–55.
6. Di Gesù R, Acharya AP, Jacobs I, Gottardi R. 3D printing for tissue engineering in otolaryngology. *Connect Tissue Res.* 2020;61(2):117–36.
7. Lawlor CM, Choi S. Diagnosis and management of pediatric dysphagia: a review. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery.* 2020;146(2):183–91.
8. Ning AY, Cabrera CI, D’Anza B. Telemedicine in otolaryngology: a systematic review of image quality, diagnostic concordance, and patient and provider satisfaction. *Annals of Otolology, Rhinology & Laryngology.* 2021;130(2):195–204.
9. Denoyelle F, Simon F, Chang KW, Chan KH, Cheng AG, Cheng AT, et al. International Pediatric Otolaryngology Group (IPOG) consensus recommendations: congenital cholesteatoma. *Otolology & Neurotology.* 2020;41(3):345–51.
10. Nurov UI, Ikramova FS, Alimova SA. Functional status of immune status in inflammatory diseases of the paranasal sinuses in twin children. *Academic research in educational sciences.* 2021;2(5):238–46.

11. Xu Z, Wu Y, Tai J, Feng G, Ge W, Zheng L, et al. Risk factors of obstructive sleep apnea syndrome in children. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2020;49(1):11.
12. Elbeltagy R. Prevalence of mild hearing loss in schoolchildren and its association with their school performance. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2020;24(01):e93–8.
13. Rosen CA. *Bailey's head and neck surgery: otolaryngology*. Lippincott Williams & Wilkins; 2022.

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).