



URGENCIAS ORL FRECUENTES EN CLÍNICA MÉDICA



LORENZO R. PARREÑO

TEMARIO

RINOLÓGICAS

- SINUSITIS
- EPISTAXIS

OTOLÓGICAS

- VÉRTIGO
- HIPOACUSIA SÚBITA

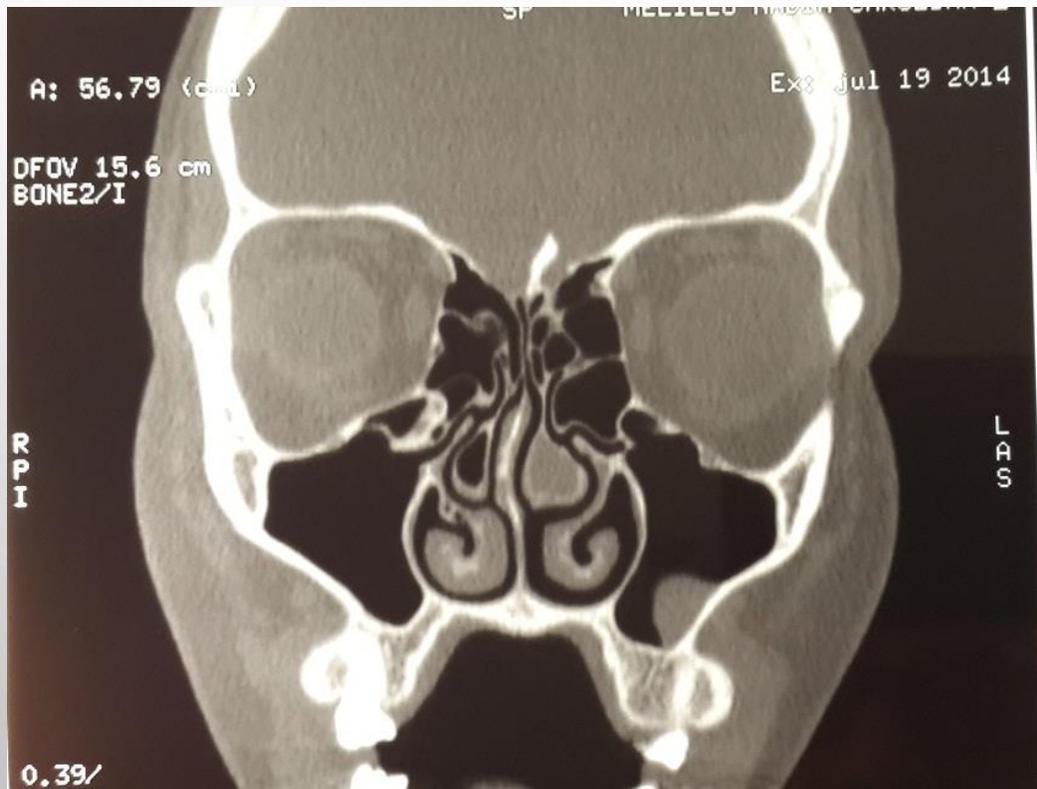
FARINGOLARINGOLÓGICAS

- ABSCESO PERIAMIGDALINO

SINUSITIS (EPOS 2020)

- INFLAMACIÓN DE NARIZ Y CAVIDADES PARANASALES CARACTERIZADA POR DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CUMPLIENDO AL MENOS UNO DE LOS DOS PRIMEROS:
 - BLOQUEO NASAL / OBSTRUCCIÓN / CONGESTIÓN.
 - DESCARGA NASAL (ANTERIOR O POSTERIOR).
 - DOLOR / PRESIÓN FACIAL.
 - HIPOSMIA / ANOSMIA / TOS.
- ASOCIADO A CAMBIOS ENDOSCÓPICOS Y/O TOMOGRÁFICOS

IMÁGENES ENGAÑOSAS



REFLEXIONES

- ALTA PREVALENCIA / BAJA TASA DE COMPLICACIONES
- IMPORTANTE TASA DE COMORBILIDADES
- LA SINUSITIS ES EL “APELLIDO” DE UNA FAMILIA CON MUCHOS INTEGRANTES DE DISTINTO CARÁCTER Y COMPORTAMIENTO
- **NECESIDAD DE ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO**

CLASIFICACIÓN

Rinosinusitis aguda

Rinosinusitis crónica

**RSC
PRIMARIA**

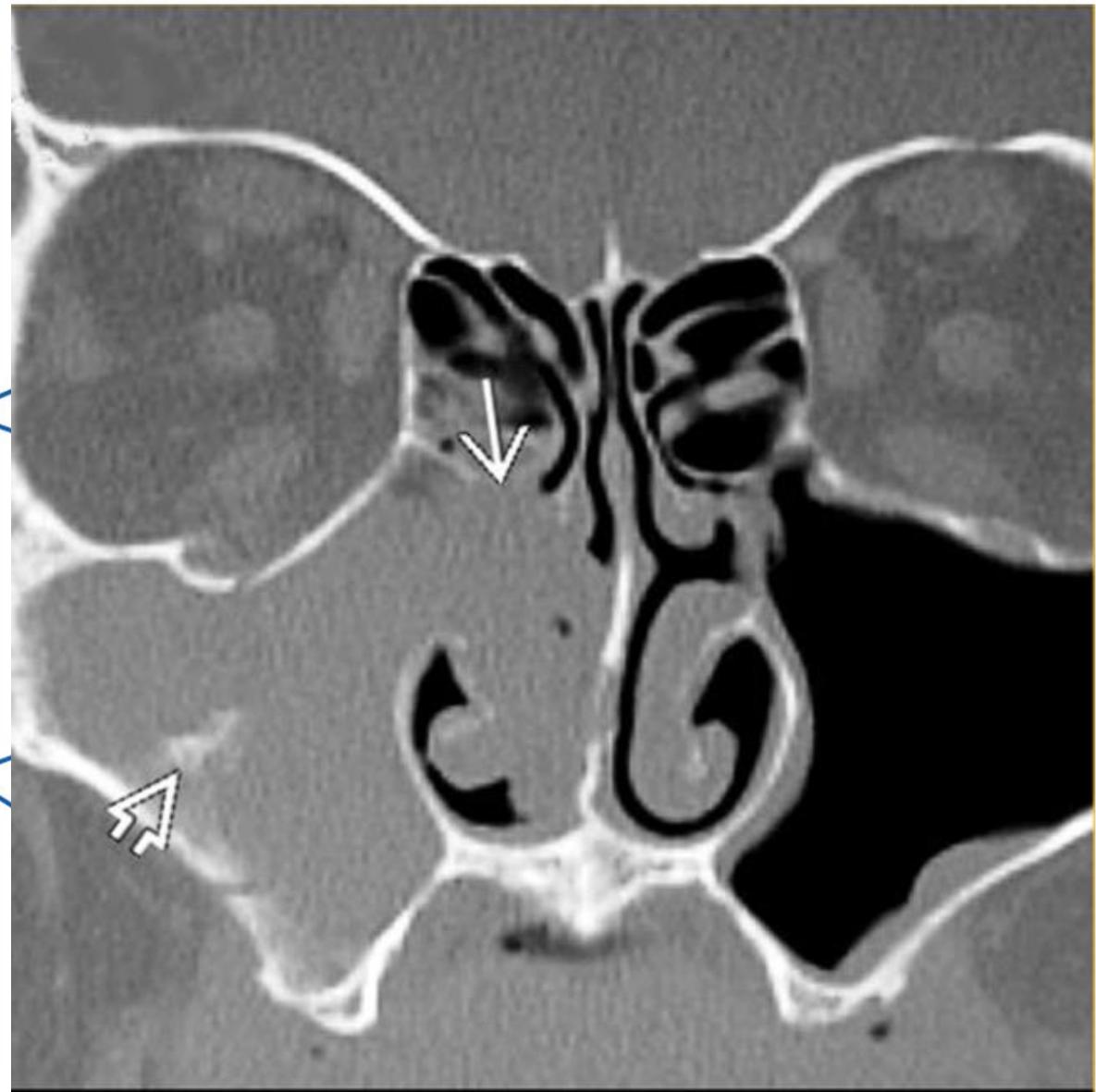
**RSC
SECUNDARIA**

**RSC
PRIMARIA**

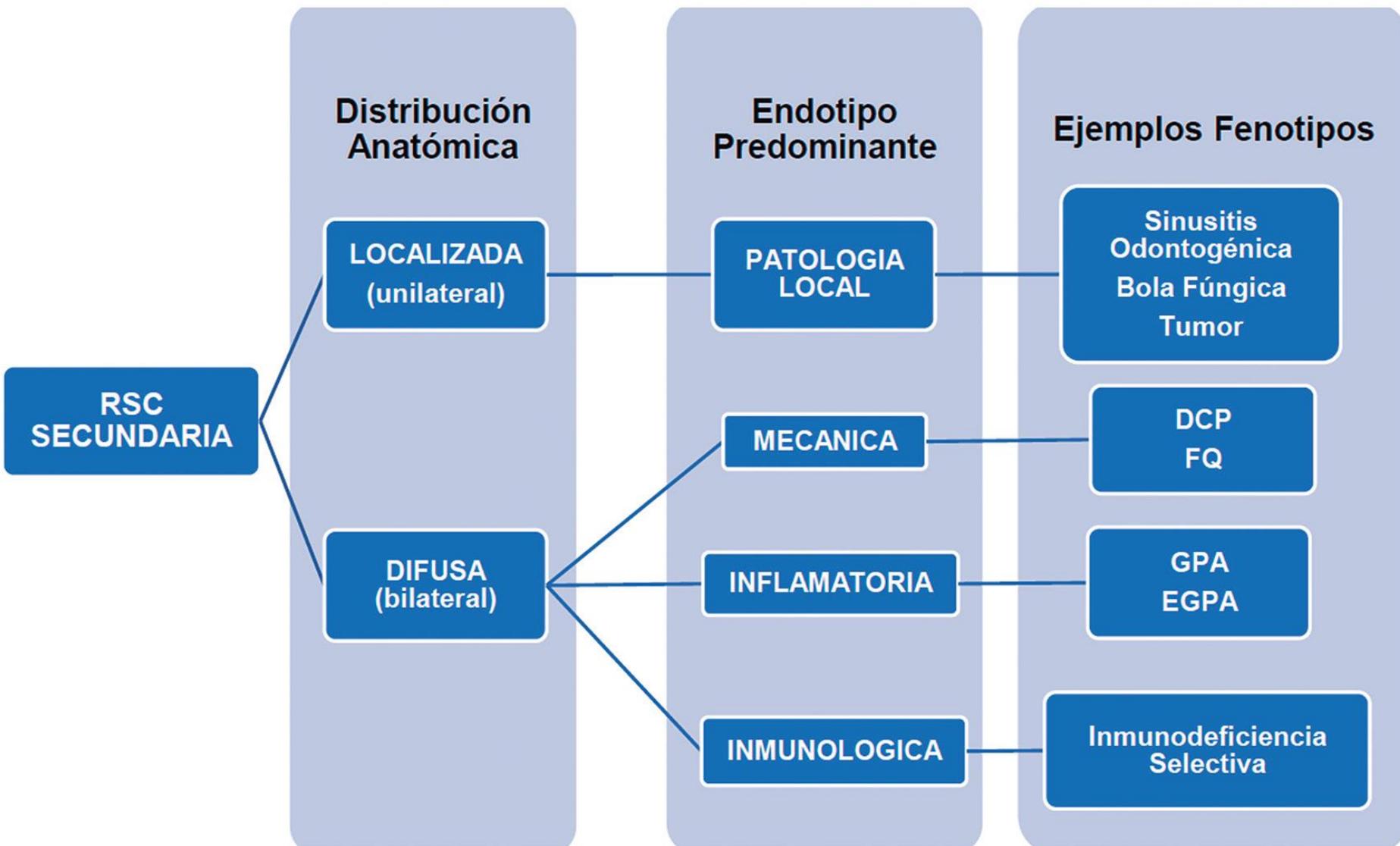
**Distribución
Anatómica**

**LOCALIZADA
(unilateral)**

**DIFUSA
(bilateral)**



EPOS 2020. RSCe: rinosinusitis eosinofílica, corresponde a 10 eosinófilos/campo de aumento mayor (400x) al microscopio.



EPOS 2020. DCP: disquinesia ciliar primaria; FQ: fibrosis quística; GPA: granulomatosis con poliangeítis (Ex Wegener); EGPA: granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Ex Churg-Strauss).

PAUTAS DE ALARMA/DERIVACIÓN

- Persistencia $>$ 10 días con tratamiento
- Tres o más episodios al año
- Complicaciones oculares: edema, proptosis, etc
- Hinchazón facial
- Cefalea intensa
- Signos neurológicos
- Signos de sepsis



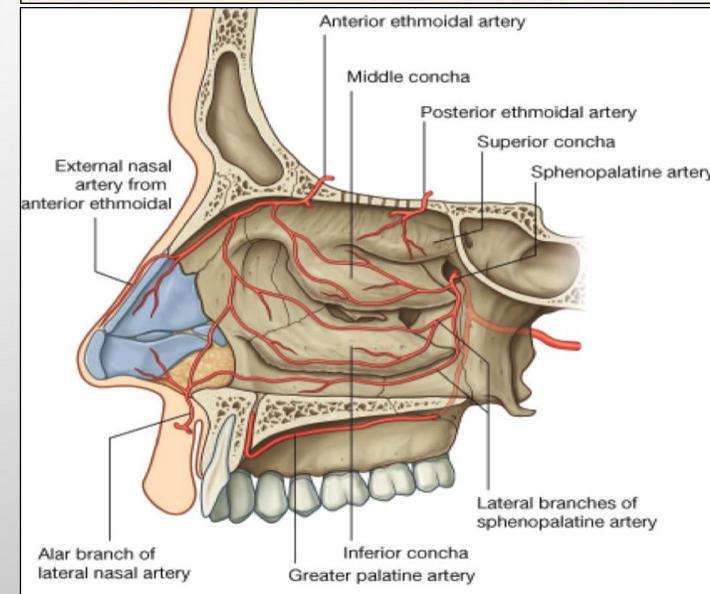
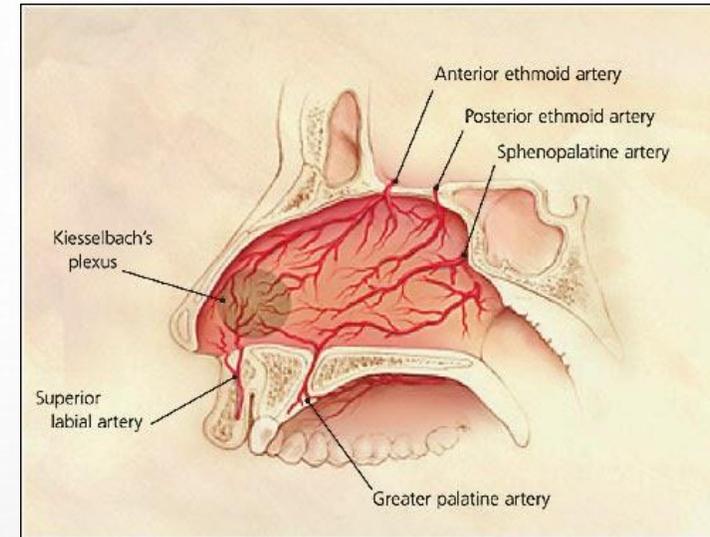
EPISTAXIS

- **SISTEMA CAROTÍDEO EXTERNO**

- ESFENOPALATINA
- ARTERIA FACIAL

- **SISTEMA CAROTÍDEO INTERNO**

- ARTERIA ETMOIDAL ANTERIOR Y POSTERIOR



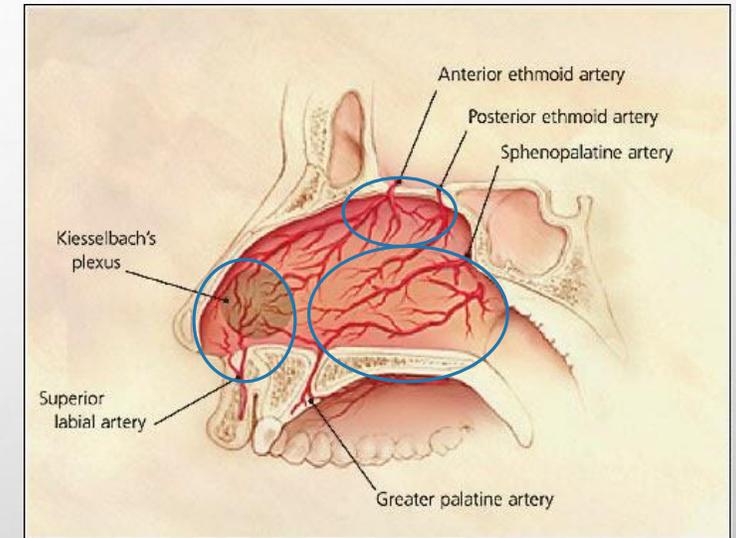
CLASIFICACIÓN

POR GRAVEDAD

- LEVE
- MODERADA
- SEVERA

POR ORIGEN

- ANTERIOR
- POSTERIOR
- SUPERIOR



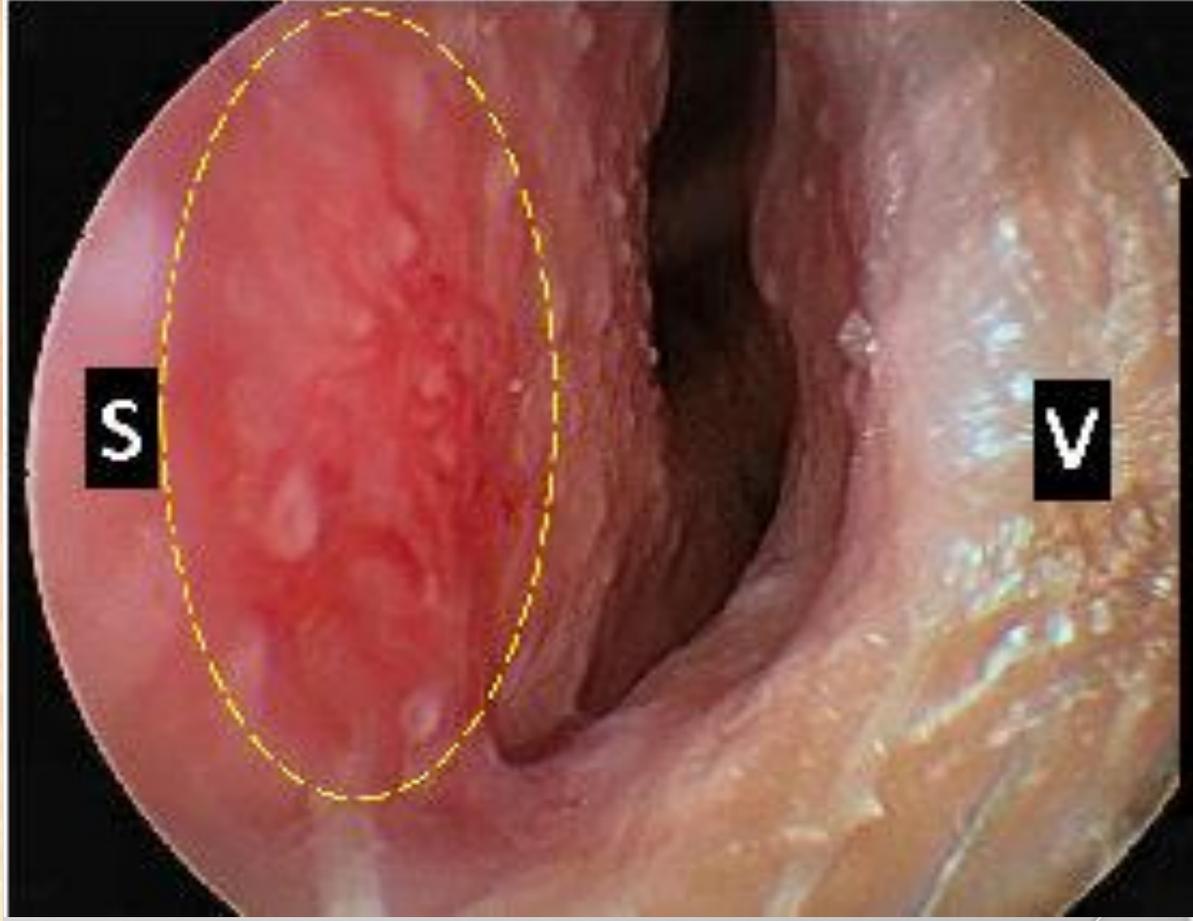
MANEJO INICIAL

SIN SANGRADO ACTIVO

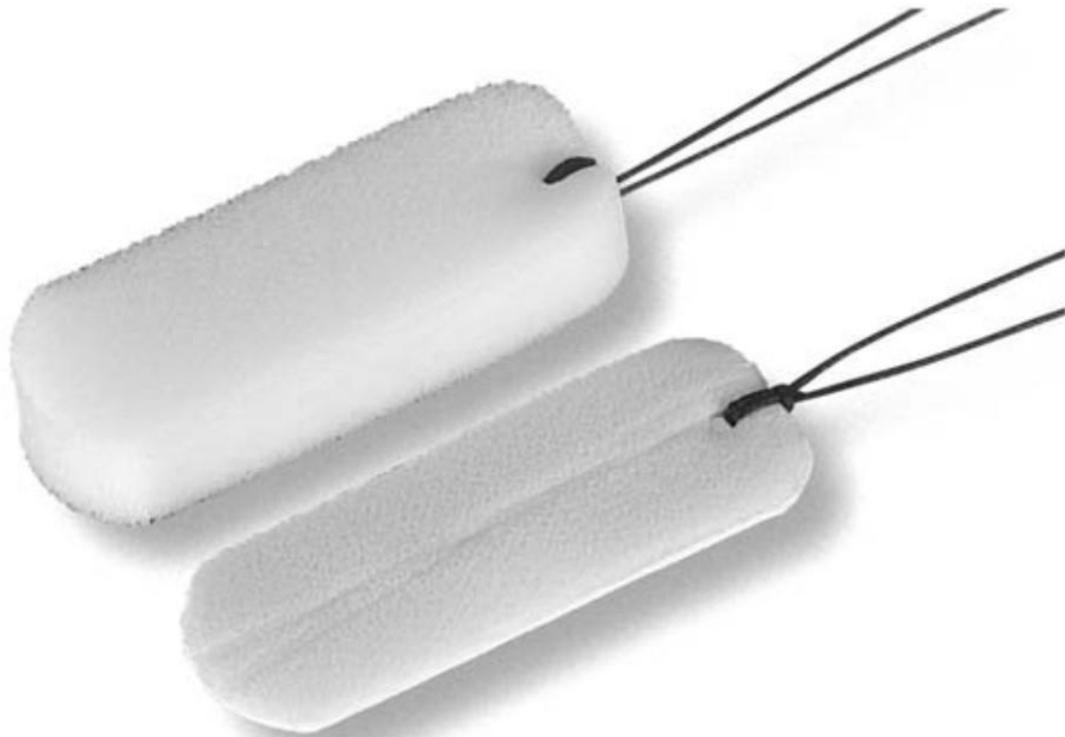
- EVALUACIÓN
- ESTABILIZACIÓN
- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- MEDIDAS PROFILÁCTICAS
- DERIVACIÓN

SANGRADO ACTIVO

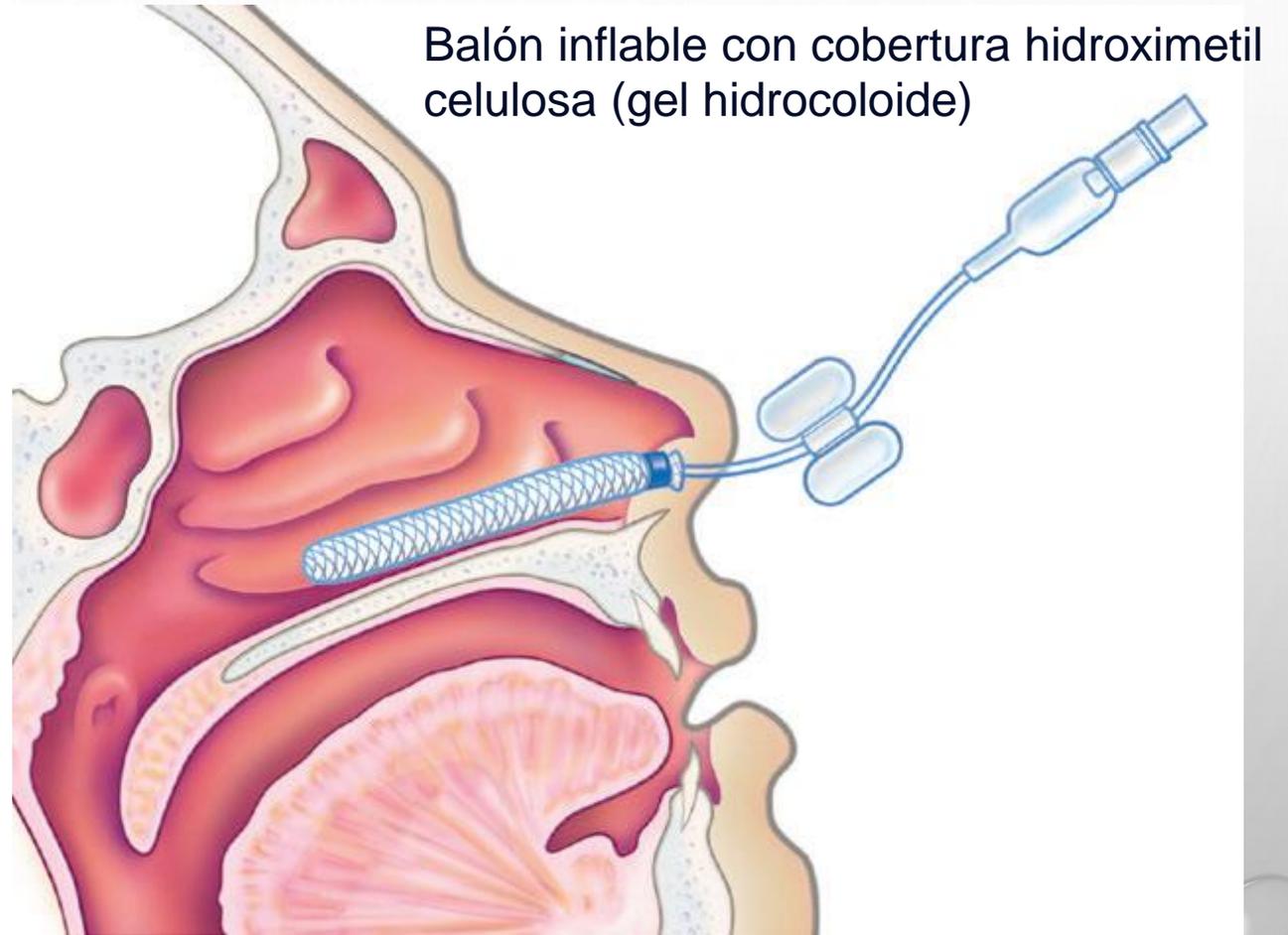
- AUTOPROTECCIÓN (IDEAL EPP3)
- ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE
- FLEXIÓN CERVICAL LEVE ANTERIOR
- RIÑONERA-PALANGANA
- SOPLAR LA NARINA SANGRANTE Y PRESIÓN DIGITAL
- ALGODÓN O GASA CON VASOCONSTRUCTOR



SANGRADO ACTIVO SEVERO



Esponja fabricada a partir de acetato de polivinilo, continuo, poroso y de células abiertas



Balón inflable con cobertura hidroximetil celulosa (gel hidrocóloide)

**“LA INTELIGENCIA Y EL
SENTIDO COMÚN SE
ABREN PASO CON POCOS
ARTIFICIOS”**

J. GOETHE, (1749-1832)

SINDROME VERTIGINOSO

PREVALENCIA

30% de las personas sufrirán vértigo en algún momento de la vida.

- La primera causa de vértigo es el VPPB
- 2 a 7% de los vértigos son por ACV o tumores

DEFINICIONES

Journal of Vestibular Research 19 (2009) 1–13
DOI 10.3233/VES-2009-0343
IOS Press

Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders

First consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society

1. Vertigo

Definition: **(Internal) vertigo** is the sensation of self-motion when no self-motion is occurring or the sensation of distorted self-motion during an otherwise normal head movement. This “internal” vestibular sen-

La sensación de movimiento cuando
no hay movimiento



Sensación de movimiento
distorsionado durante el
movimiento de la cabeza

2. Dizziness

Definition: **(Non-vertiginous) dizziness** is the sensation of disturbed or impaired spatial orientation without a false or distorted sense of motion.

La sensación de perturbación o
disminución de la orientación
espacial sin sensación de
movimiento falso o vértigo

INTERROGATORIO DIRIGIDO

- ES VÉRTIGO O MAREO ?
- CÓMO Y CUÁNDO INICIÓ?
- ES CONTINUO O EPISÓDICO? HAY DESENCADENANTES?
- CUANTO DURA EL VÉRTIGO?
- HAY SÍNTOMAS AUDITIVOS O DOLOR?
- HAY SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS?

CLINICA

Diagnostico	Duración	movimientos	Sint. Auditivos
VPPB	Segundos a minutos	posicionamiento	no
Posic. centrales	No se agota	posición	no
Neuritis vestibular	Horas a dias	empeora	no
Meniere	horas	empeora	Hipoacusia, acufeno

EXAMEN FISICO DIRIGIDO

- EXAMEN OCULOMOTOR DIRIGIDO **HINTS**
- EXAMEN NEUROLÓGICO
 - TAXIA
 - DIADOCOCINECIA
 - PARES CRANEALES
- PRUEBAS VPPB ?
- OTOSCOPIA
- AUDICIÓN ?

HINTS (EXAMEN OCULOMOTOR DIRIGIDO)

- HEAD IMPULSE
- NYSTAGMUS
- TEST-OF-SKEW

SENSIBILIDAD 94.6 – 100% / ESPECIFICIDAD 96%

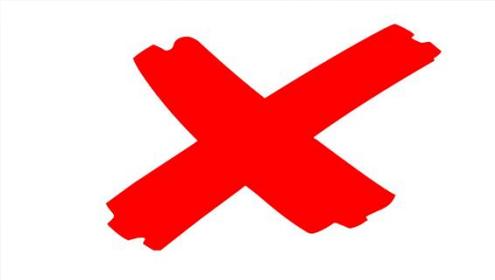
PARA DIAGNOSTICO DE ACV

RMN antes de las 48 hs: <90%

HEAD IMPULSE



NISTAGMUS



NISTAGMUS CENTRAL



SKEW TEST



RESUMEN HINTS (PLUS)

HINTS

Resumen

	Central	Periférico
<i>Head Impulse</i>	Normal (no sacadas)	Sacada ocular unilateral
<i>Nistagmus</i>	Vertical o bidireccional	Horizonto- rotatorio Unilateral
<i>Test de Skew</i>	Positivo	Negativo
<i>Pérdida auditiva aguda unilateral</i>	+	-

DIX HALLPIKE

- NISTAGMO **ROTATORIO** CON COMPONENTE VERTICAL HACIA **ARRIBA**

- CSP DERECHO: ANTI HORARIO
- CSP IZQUIERDO: HORARIO



HIPOACUSIA SÚBITA

CRITERIOS DE HUGHES

PÉRDIDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL CON O SIN VÉRTIGOS:

- ✓ IGUAL O MAYOR A 30 dB.
- ✓ QUE AFECTE TRES FRECUENCIAS CONTIGUAS.
- ✓ QUE SE PRESENTA EN UN PERÍODO MENOR O IGUAL A TRES DÍAS.

Hughes GF, Freedman H, Haberkamp T, Guay M. Sudden sensorineural hearing loss.
Otolaryngol clin. North Am., 1996; 29:393-405

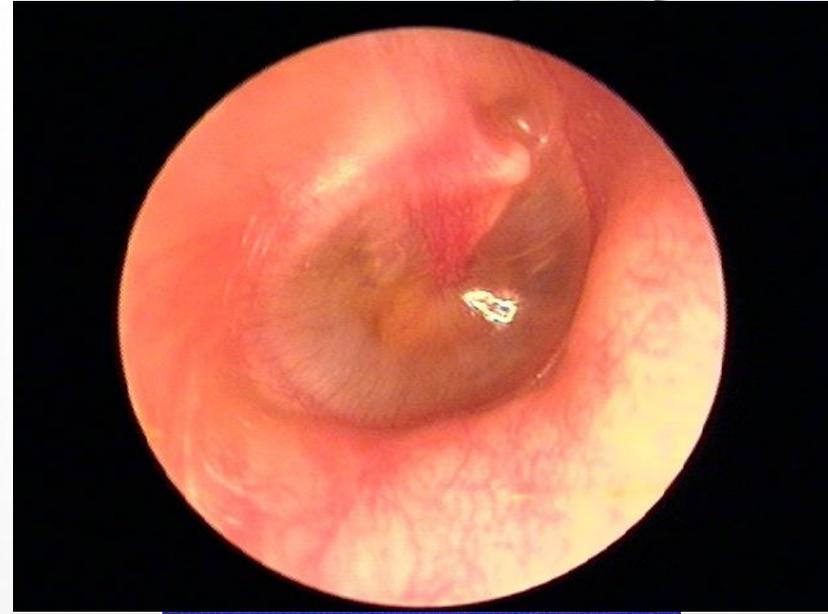
HIPOACUSIA SÚBITA

EPIDEMIOLOGÍA Y GENERALIDADES

- 1 CADA 5000 PERSONAS POR AÑO.(NIDCD 2018)
- EDAD PROMEDIO 46 AÑOS (Mattox y Simmons)
- NO HAY DIFERENCIA POR OIDO, SEXO O RAZA.
- UBICUA.
- BILATERALIDAD SIMULTÁNEA < 1%
- ACÚFENOS 70 % - VÉRTIGOS 40 %
- **EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO SE OBTIENE EN 10 A 15% DE LOS CASOS**

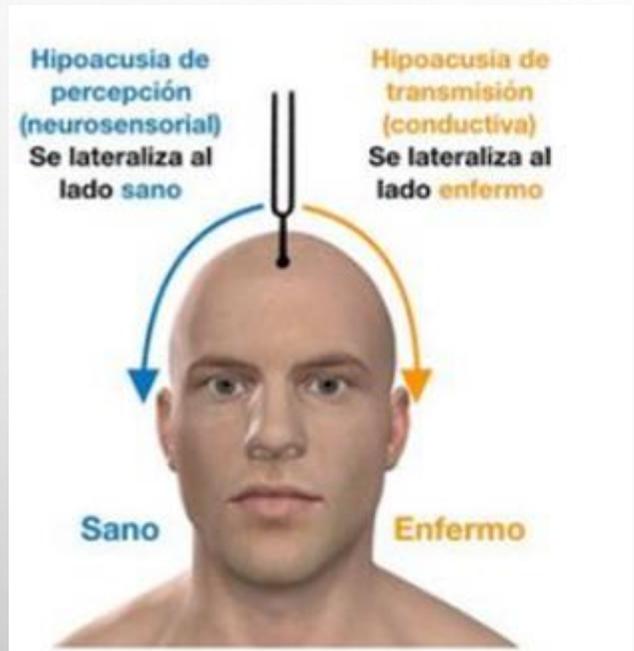
REFLEXIONES

- RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA 30/60%
- ¿ES UNA URGENCIA OTOLÓGICA?
- ¿MOTIVA CONSULTA PRECOZ O DIFERIDA?
- ¿INFLUYE EL RETRASO DIAGNÓSTICO?

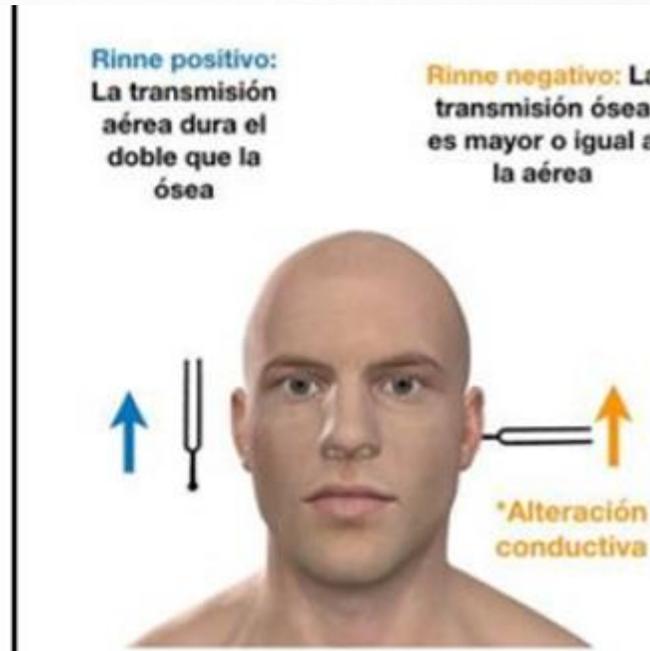


DIAPASONES

PRUEBA DE WEBER



PRUEBA DE RINNE



ALGUNOS TRUCOS

- 1- COLOCAR DIAPASÓN EN LA MANO DEL PACIENTE
- 2- DUDAS CON WEBER, PROBAR EN LOS DIENTES
- 3- ESPERAR A QUE “DEJE DE OÍR O SE APAGUE EL SONIDO”

INSTANCIAS DIAGNÓSTICAS

1- DIAGNÓSTICO DE CERTEZA/DIFERENCIAL

2- DIAGNÓSTICO DE GRAVEDAD

3- DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO



LABORATORIO

Análisis especiales HNSS

- Hemograma – VES – Urea – Glucemia
- Perfil tiroideo
- Hepatograma
- VDRL / FTA Abs.
- HIV – CMV
- Hepatitis C – Hepatitis B anticore y AS.
- Citometría de flujo (evaluar CD4/CD8)
- Complemento total, C3, C4
- Factor Reumatológico y Prot. C Reactiva
- FAN, ANCA C y ANCA P, RO/LA.
- Ac. Antifosfolipídicos.
- Anticuerpos anticocleares (HSP 70/ 68 kD)

ANÁLISIS “DIRECCIONADO”

Lab. básico

Infecciosas

Autoinmunes

ABSCESSO PERIAMIGDALINO



ABSCESO PERIAMIGDALINO

- ANGINA QUE SE AGRAVA DE MANERA UNILATERAL.
- ODINODISFAGIA, DOLOR CRECIENTE UNILATERAL.
- TRISMUS.
- QUEBRANTO, FIEBRE.
- VOZ GANGOSA.
- EDEMA DEL PILAR ANTERIOR Y ÚVULA .
- ÚVULA DESVIADA HACIA EL OTRO LADO.
- ADENOPATÍAS CERVICALES

PREGUNTAS

- ES UN FLEMÓN O UN ABSCESO?
 - CRITERIO TEMPORAL
 - TRISMUS
 - ASIMETRÍA MÁS EDEMA DE ÚVULA

NUNCA, NUNCA, NUNCA OLVIDAR

- ✓ EVALUACIÓN HEMÁTICA RUTINARIA/EXUDADO
- ✓ SI HAY DUDAS: TAC
- ✓ LA COEXISTENCIA DEL EBHGA CON EBV

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of varying sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

¡MUCHAS GRACIAS!

LORENZO.PARRENO@ATENCIONORL.COM

Consideramos **URGENCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA** cuando:

- Presentación aguda o agudizada.
- Necesidad de atención médica no diferible por uno o más de los siguientes motivos:
 - ✓ Riesgo de vida.
 - ✓ Riesgo funcional.
 - ✓ Evitar el agravamiento del cuadro.
 - ✓ Resolver situaciones álgicas o de trastorno funcional importante.
 - ✓ Evitar la aparición de complicaciones y secuelas.
 - ✓ Valoración subjetiva por parte del paciente o de sus familiares de padecer una situación de urgencia real.

MANIOBRAS DE REPOSICIÓN

- MANIOBRA MÁS UTILIZADA:
 - **EPLEY**
- OTRAS MANIOBRAS:
 - **SEMONT**

