

RELACION PEDIATRIA/ORL



JOSE MAURI BARBERA . SERVICIO ORL H.G.U. ALICANTE

10/02/2016

RELACION PEDIATRIA/ORL



RELACION PEDIATRIA/ORL



PATOLOGIAS MAS FRECUENTES

- **PATOLOGIA ANILLO WALDEYER**
- **PATOLOGIA OTICA**
- RINOSINUSITIS
- CUERPOS EXTRAÑOS AREA ORL
- EPISTAXIS/TX NASALES/ DESVIACIONES SEPTALES
- DISFONIAS
- HIPOACUSIA INFANTIL

ESPECTRO CLINICO

- Niñ@ entre 2-8 años con :
 - Faringoamigdalitis recurrentes.
 - CVRA de repetición
 - IRN , respiración bucal , mucosidad nasal abundante , voz nasalizada
 - Roncopatía y/o apneas
 - Asociación alergias ambientales / bronquitis
 - Patología oíca asociada :
 - Hipoacusia (no hace caso, sube el volumen de la TV, repite mucho qué)
 - OMA de repetición

INDICACIONES AMIGDALECTOMIA

**INDICACIONES DE ADENOIDECTOMIA Y AMIGDALECTOMIA
:DOCUMENTO DE CONSENSO ENTRE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICOFACIAL Y
LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA**

Acta Otorrinolaringol (Esp 2006); 57: 59-65

TONSILLECTOMY AND ADENOICTOMY

SHARON D. RAMOS , SHRADDHA MUKERJI

PEDIATRIC CLIN N Am 60 (2013) 793- 807

INDICACIONES AMIGDALECTOMIA

- PATOLOGIA INFECCIOSA
 - **FAA DE REPETICION**
 - COMPLICACION AMIGDALITIS
 - FAAR Y MULTIPLES ALERGIAS AB
 - SINDROME PFAPA (PERIODIC FEVER , APHTOUS STOMATITIS , PHARYNGITIS , ADENITIS)
- **SAHOS**

AMIGDALITIS DE REPETICIÓN

Common causes of recurrent tonsillitis

Viral

- Adenovirus
- Rhinovirus
- Corona
- Influenza virus
- Epstein-Barr virus

Bacterial

- Group A β -hemolytic streptococcus
- *Moraxella catarrhalis*
- *Haemophilus influenzae*

Data from Regoli M, Chiappini E, Bonsignori F, et al. Update on the management of acute pharyngitis in children. Ital J Pediatr 2011;37:10. <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-37-10>.

AMIGDALITIS DE REPETICIÓN

Paradise criteria for tonsillectomy

Criterion definition

- Minimum frequency of sore throat episodes 7 or more episodes in the preceding year, OR
- 5 or more episodes in each of the preceding 2 years, OR
- 3 or more episodes in each of the preceding 3 years

Clinical features (sore throat plus the presence of 1 or more qualifies as a counting episode)

- Temperature $>38.3^{\circ}\text{C}$, OR
- Cervical lymphadenopathy (tender lymph nodes or >2 cm), OR
- Tonsillar exudate, OR
- Positive culture for group A β -hemolytic streptococcus

Treatment

- Antibiotics administered in conventional dosage for proved or suspected streptococcal episodes

Documentation

- Each episode and its qualifying features substantiated by contemporaneous notation in a clinical record, OR
- If not fully documented, subsequent observance by the clinician of 2 episodes of throat infection with patterns of frequency and clinical features consistent with the initial history

Data from Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB. Clinical practice guidelines: tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;144(Suppl 1):S1–30.

FRECUENCIA AMIGDALITIS

7 EN EL ULTIMO AÑO ó
5 EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS ó
3 EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS

SEGUIMIENTO MINIMO DE 1 AÑO , EXCEPTO :

- AMIGDALITIS COMPLICADA
- ALERGIAS AB MULTIPLES

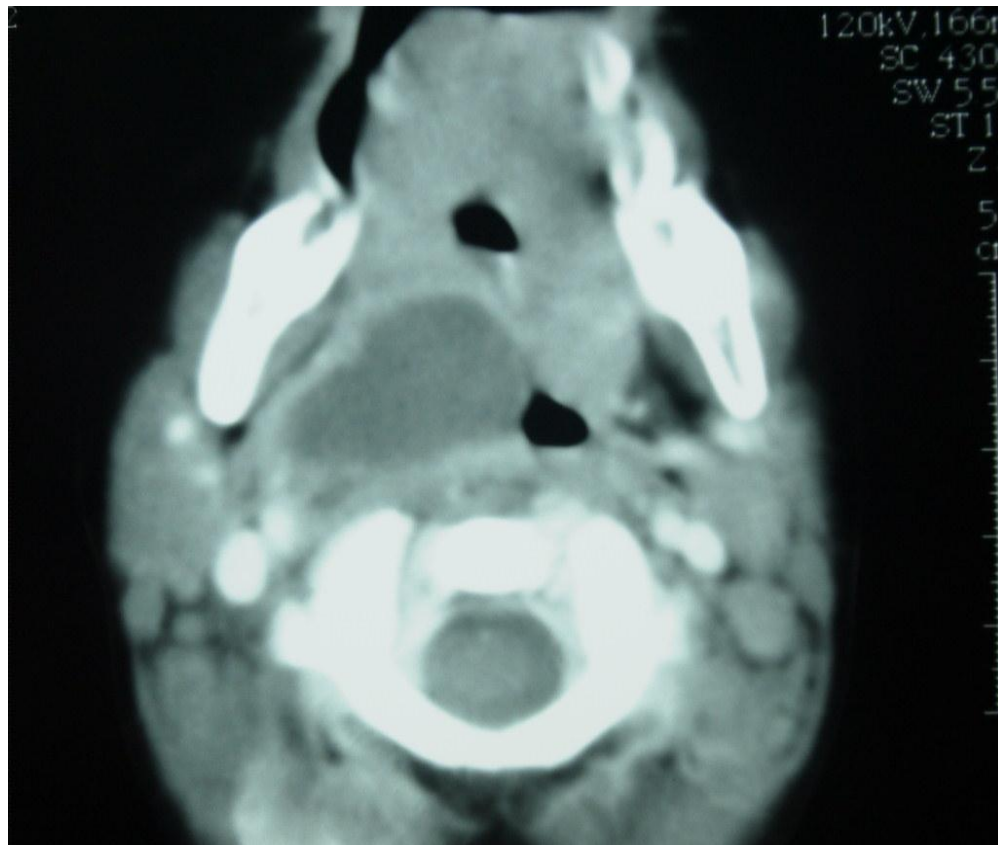
CUADRO AMIGDALITIS

- DOLOR FARINGEO + 1 DE :
 - $T^a > 38$
 - ADENOPATIAS CERVICALES
 - EXUDADO FARINGOAMIGDALAR
 - FROTIS FARINGEO + PARA SBHGA
- EPISODIOS DOCUMENTADOS Y TRATADOS DE FORMA ADECUADA CON CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO CORRECTO

AMIGDALITIS DE REPETICION. PRACTICA CLINICA

- DIFICIL REALIZAR HISTORIA CLINICA
- MINIMO DOS AÑOS DE EDAD
- > 10 Kg PESO
- CRITERIOS DE PARADISE + Ó AL MENOS ALTA FRECUENCIA CON CLARA **INTERFERENCIA SOCIAL/ESCOLAR** EN EL ULTIMO AÑO
- DESEABLE UN FROTIS FARINGEO POSITIVO PARA SBHGA EN EL ULTIMO AÑO
- ASLO NO UTIL

ABSCESSO PERIAMIGDALINO



ABSCESO PERIAMIGDALINO

DX : CLINICA SUGESTIVA + PUNCION O TECNICA
IMAGEN POSITIVA

TRATAMIENTO :

- DRENAJE + AB Y AMIGDALECTOMIA EN FRIO SI SE REPITE ABSCESO O EXISTIAN ANTECEDENTES DE FAA
- AMIGDALECTOMIA + DRENAJE DE FORMA URGENTE DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 H PREVIA COBERTURA AB

AZITROMICINA???

ABSCESO PERIAMIGDALINO

HGU ALICANTE

- SI CLINICA SUGESTIVA REALIZAR TECNICA DE IMAGEN
- SI TECNICA IMAGEN (ECO ?/TAC) POSITIVA PARA ABSCESO REALIZAR AMIGDALECTOMIA URGENTE DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 H , PREVIA COBERTURA AB
- ECO NO UTILIDAD EN ABSCESOS PARAFARINGEOS Y RETROFARINGEOS . DUDOSA UTILIDAD EN PERIAMIGDALINOS

SAHOS EN NIÑOS. CLINICA

**SINTOMAS NOCTURNOS : RONQUIDOS , APNEAS
, SUEÑO INQUIETO**

**SINTOMAS DIURNOS : RARA SOMNOLENCIA.
IRRITABILIDAD , TRASTORNOS
COMPORTAMIENTO , DEFICIT ATENCION ,
PROBLEMAS ESCOLARES , HIPERACTIVIDAD**

SAHOS EN NIÑOS. ETIOLOGIA

EN NIÑOS SANOS , MAS DEL 90 % SE DEBEN A HIPERTROFIA AMIGDALOADENOIDEA . GRADOS III/IV DE HIPERTROFIA SE CORRELACIONAN BIEN CON UNA PSG PATOLOGICA Y SE BENEFICIAN DE CIRUGIA AMIGDALOADENOIDEA

PSG EN NIÑOS

IA > 1

IAH > 5

SaO₂ min < 92 %

CO₂ 45 mmHg > 60 % del tiempo del sueño

CO₂ 50 mmHg > 10 % del tiempo del sueño

PSG EN NIÑOS. CUANDO REALIZARLA

NIÑOS OBESOS , CON IMC POR ENCIMA DEL P95

COMORBILIDAD ASOCIADA : PATOLOGIAS NEUROMUSCULARES , SD CRANEOFACIALES , Y ENFERMEDADES METABOLICAS (MUCOPOLISACARIDOSIS)

DISCREPANCIA ENTRE CLINICA Y TAMAÑO AMIGDALOADENOIDEO

The Brodsky grading scale for tonsil size

Grade	Description
0	Tonsils within the tonsillar fossa
1	Tonsils just outside the tonsillar fossa and occupy <25% of the oropharyngeal width
2	Tonsils occupy 26%–50% of oropharyngeal width
3	Tonsils occupy 51%–75% of oropharyngeal width
4	Tonsils occupy >75% of the oropharyngeal width

Friedman y cols., 2002



SAHOS . TAMAÑO AMIGDALAR

- EXPLORACION CON LENGUA DENTRO DE CAVIDAD BUCAL
- A VECES POLO INFERIOR NO VISIBLE PROMINENTE EN HIPOFARINGE
- HIPERTROFIA GRADOS III/IV SON CANDIDATOS A CIRUGIA SI ASOCIAN CLINICA SUGESTIVA DE SAHOS
- RECOMENDABLE EDAD > 2 AÑOS Y > 10 Kg

INDICACIONES ADENOIDECTOMIA

- CUANDO EXISTE INDICACION AMIGDALECTOMIA SE REALIZA ADENOIDECTOMIA
- HIPERTROFIA ADENOIDEA FRANCA CON CUADRO CLINICO CONGRUENTE
- SOSPECHA ENFERMEDAD MALIGNA

PROBLEMAS INDICACIONES ADENOIDECTOMIA

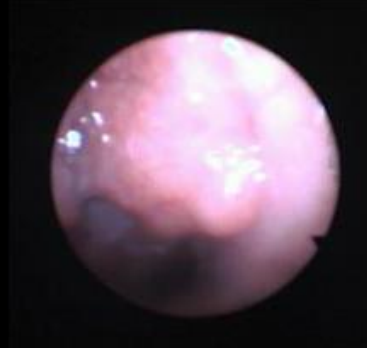
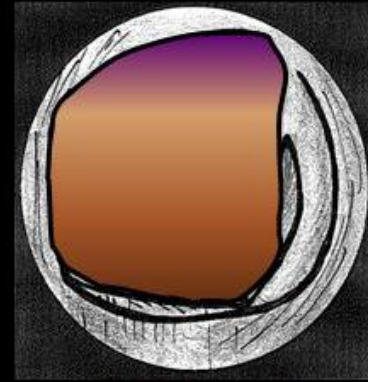
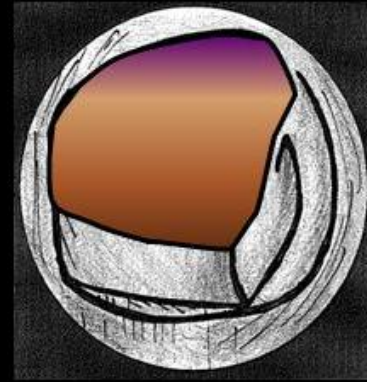
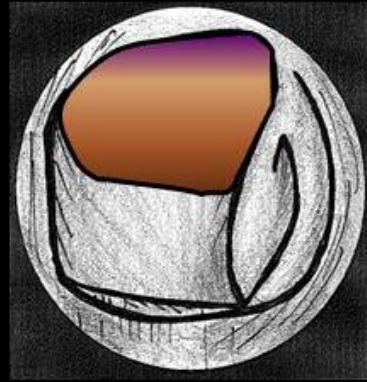
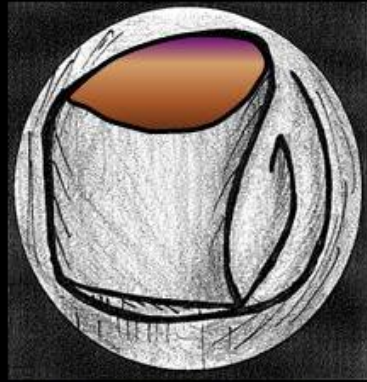
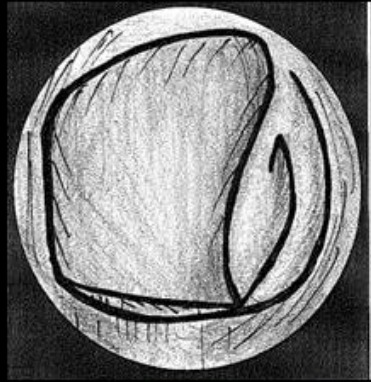
- SINTOMAS MAS VAGOS (IRN , MUCOSIDAD NASAL , RESPIRACION BUCAL , RINORREA POSTERIOR CON VOMITOS MATUTINOS) Y QUE SE SOLAPAN CON OTRAS ENFERMEDADES
- COMO MEDIR **TAMAÑO ADENOIDEO**
- RELACION ENTRE ADENOIDECTOMIA Y PATOLOGIA OTICA / SINUSAL??

MEDICION TAMAÑO ADENOIDEO

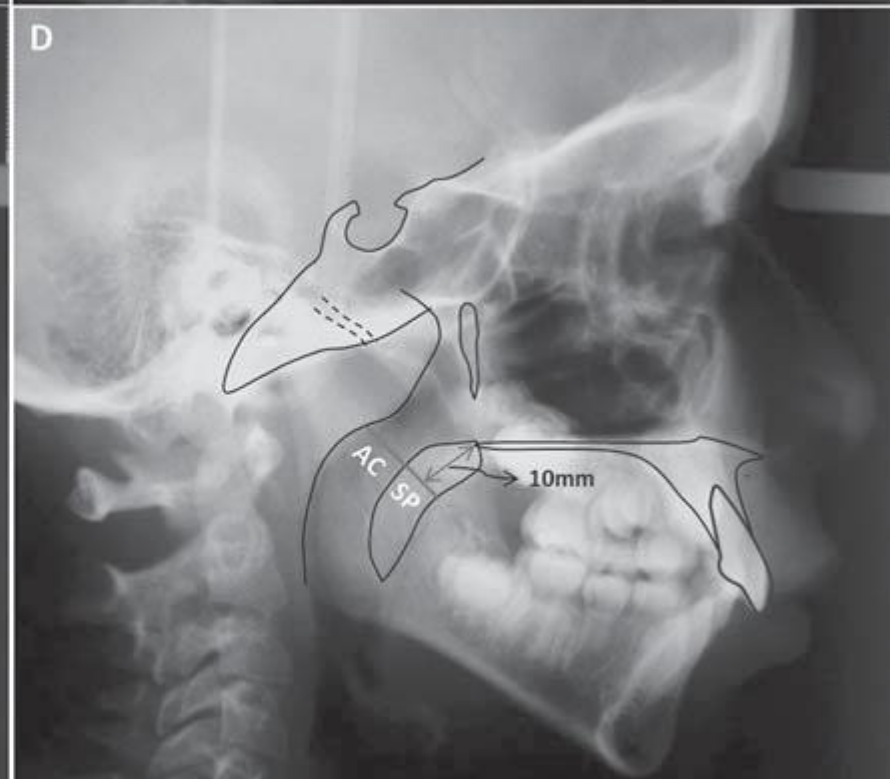
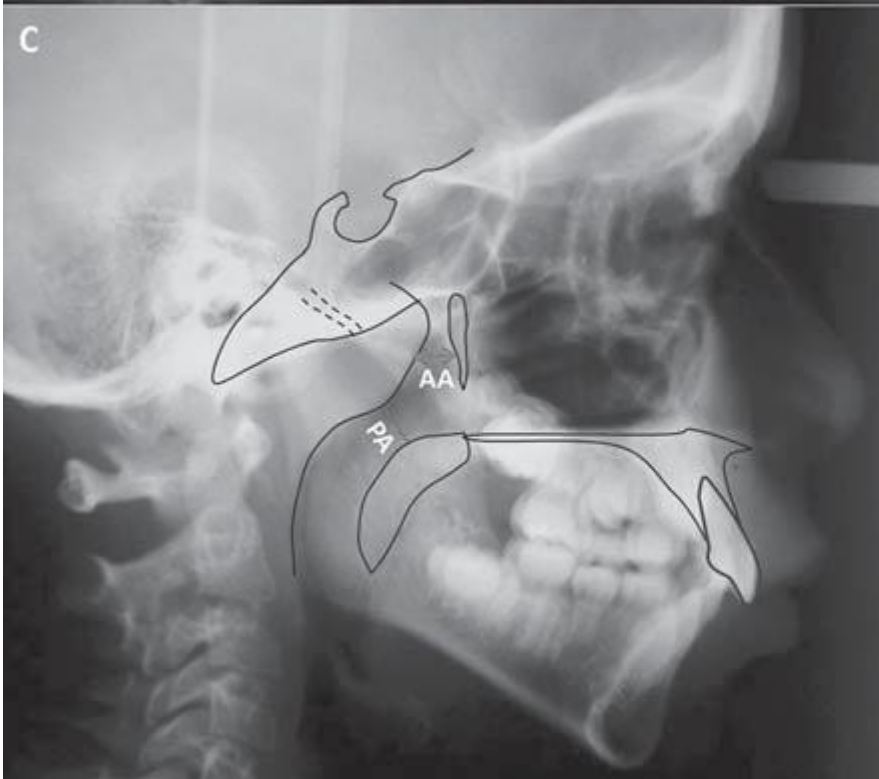
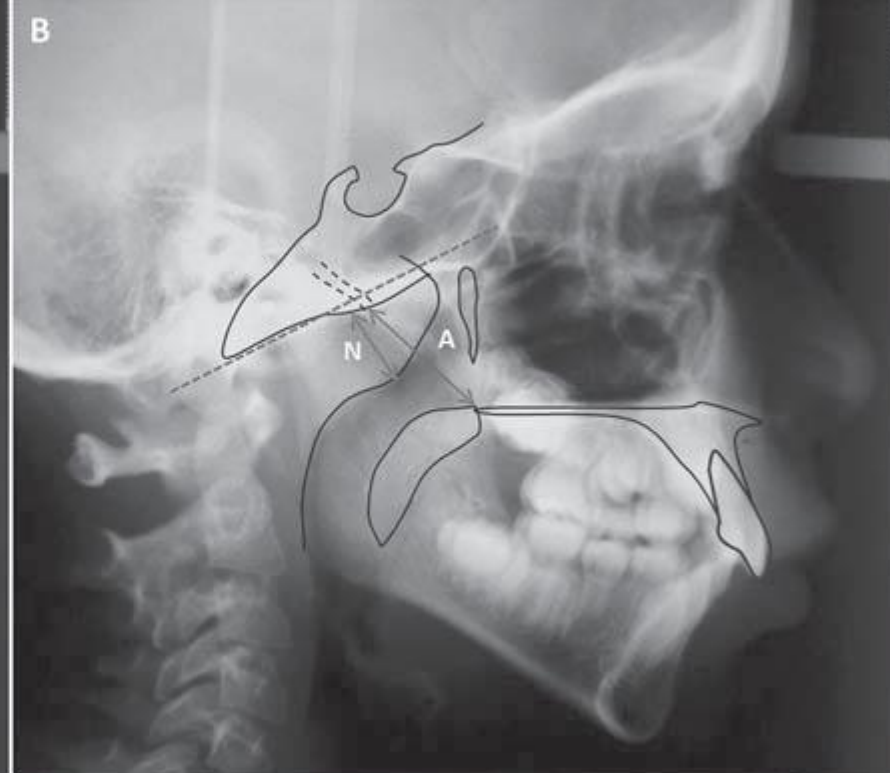
- GOLD ESTÁNDAR FIBROSCOPIA
- RADIOGRAFIA CAVUM EN DESUSO
- COCIENTE ADENOIDEO NASOFARINGEO?

NO SOLICITAR RX CAVUM SI YA EXISTE UNA INDICACION CLARA DE AMIGADLECTOMIA

Parikh y cols., 2006



TEJIDO LINFOIDE NO ENCAPSULADO Y MAS
DIFICIL DE DELIMITAR



RADIOLOGIA NASOFARINGE



PATOLOGIA OTICA

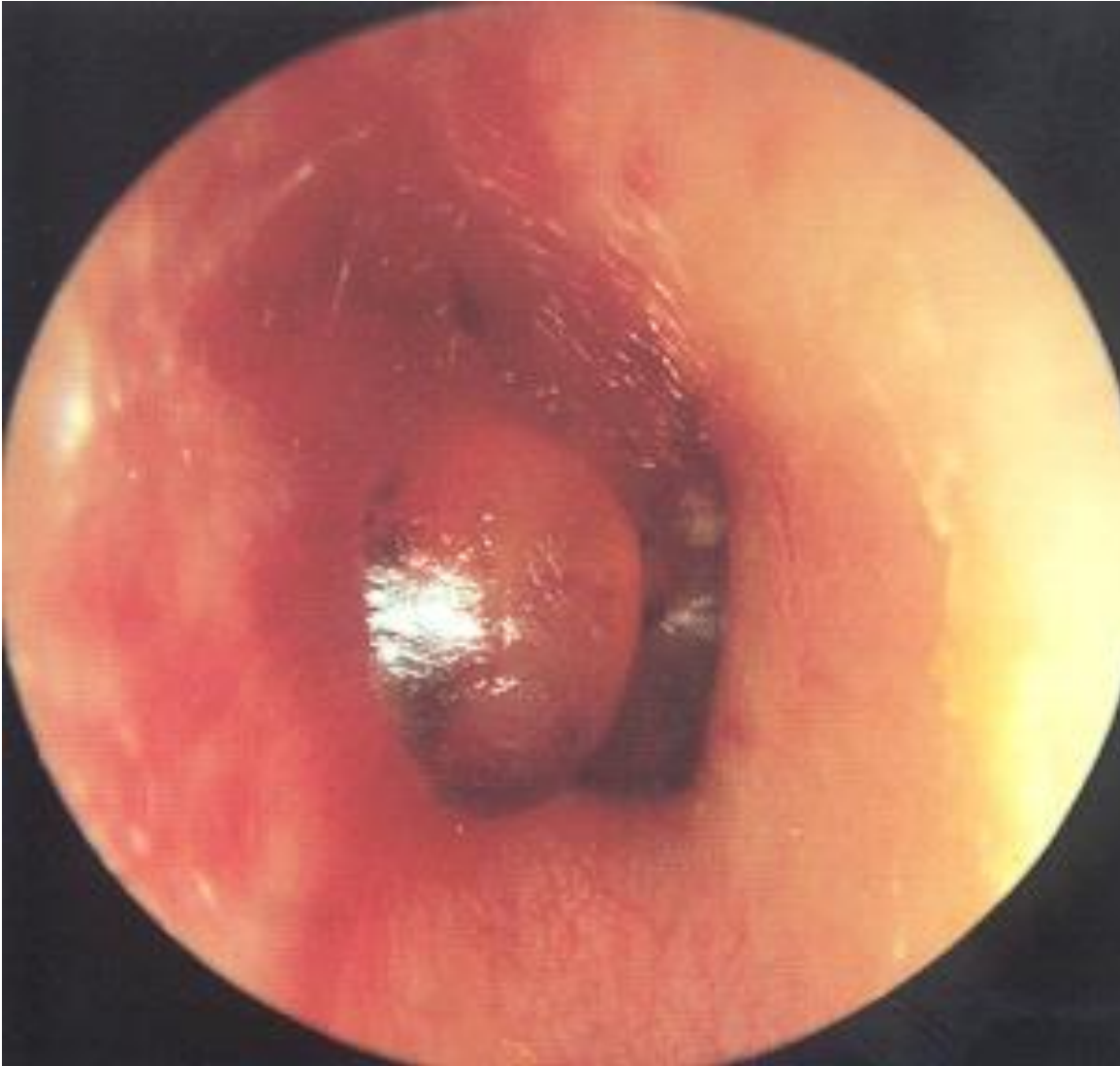
- OTITIS EXTERNA
- PATOLOGIA OIDO MEDIO
 - OMA
 - OSM

OTITIS EXTERNA



LIMPIEZA
GOTAS OTICAS
EVITAR AGUA

OTITIS MEDIA AGUDA



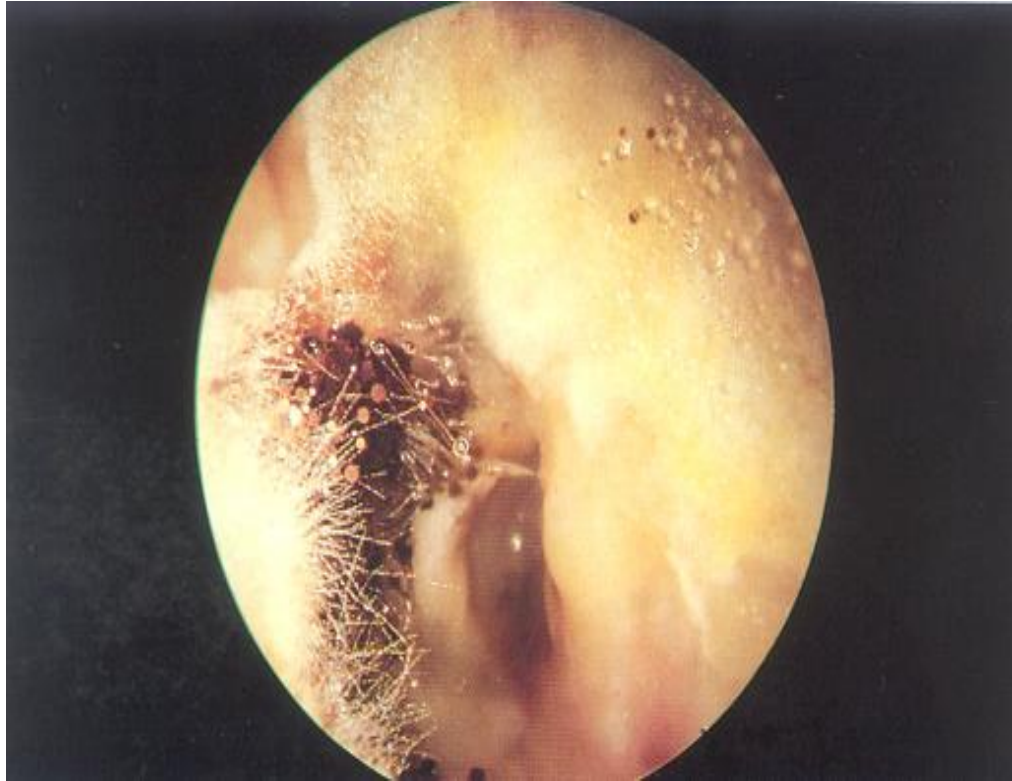
NO GOTAS OTICAS EN
OMA NO SUPURADA

AÑADIR TTO TOPICO SI
APARECE OTORREA

OMA DE REPETICION

- CULTIVO SI OTORREA. --
MODIFICAR AB
- DTT

OTOMICOSIS



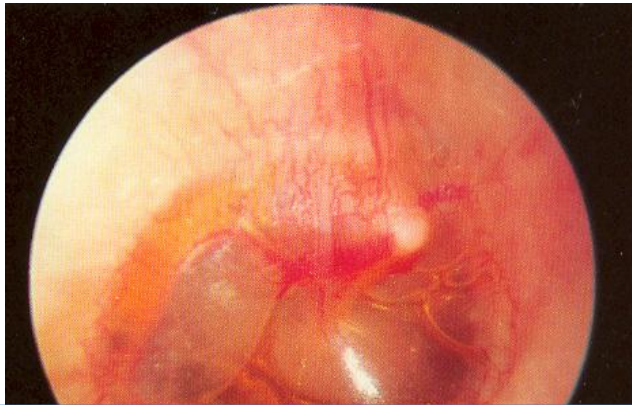
MULTIPLES AB PREVIOS.

PERSISTE DOLOR , OTORREA Y PRURITO

FUNDAMENTAL **LIMPIEZA**

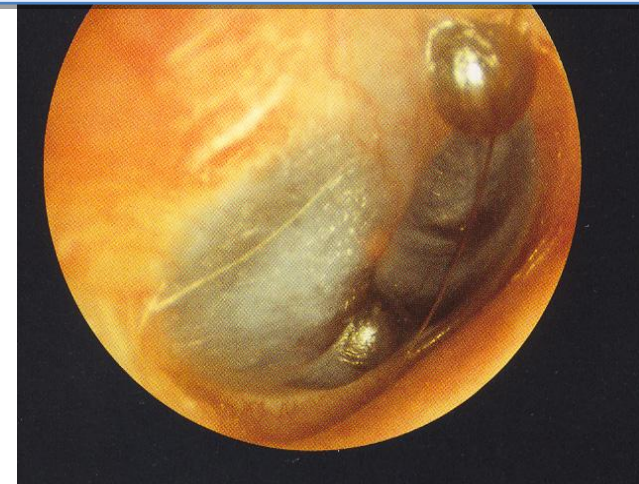
ALCOHOL BORICADO + ANTIFUNGICO TOPICO

OTITIS SEROMUCOSA



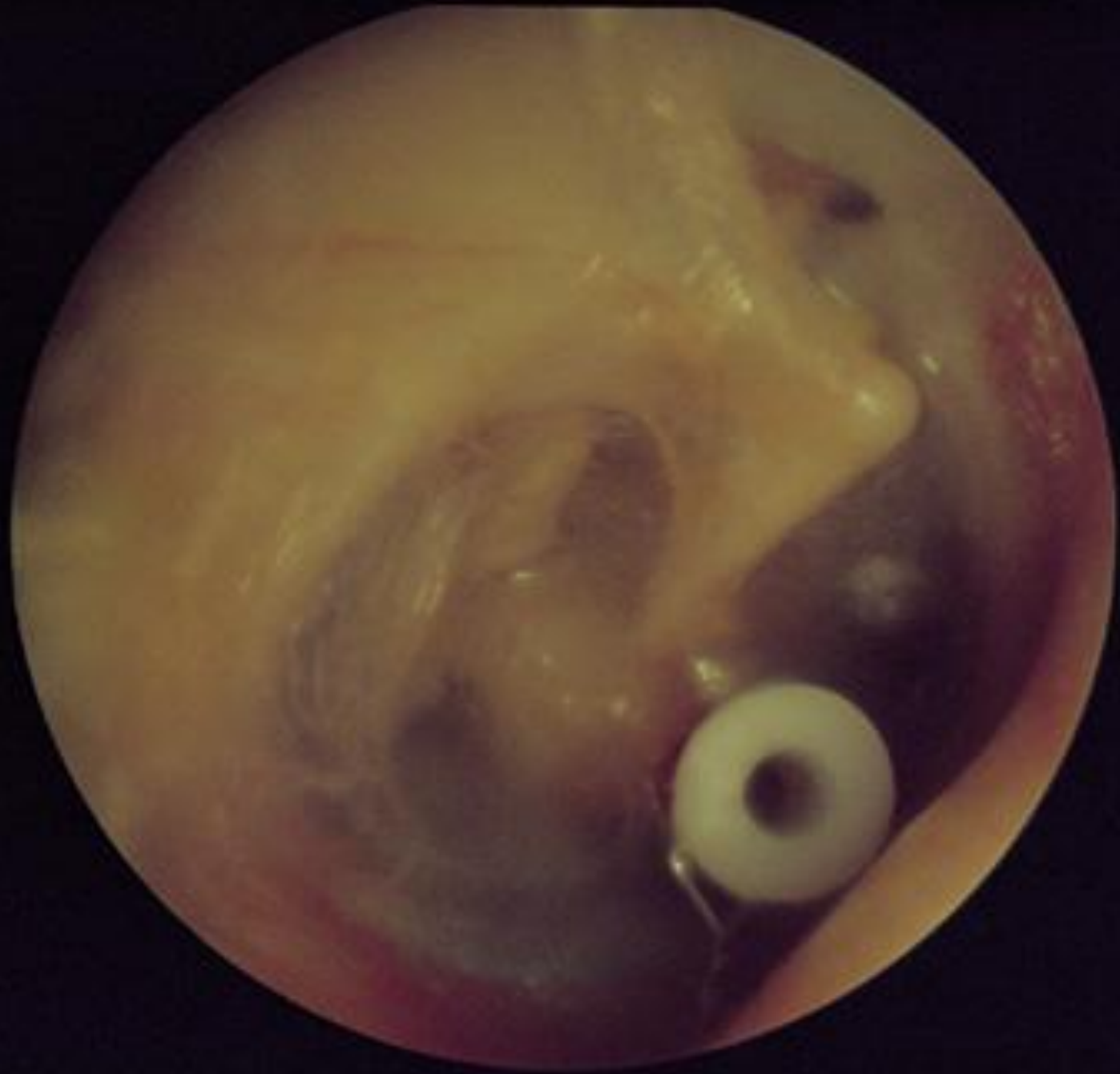
AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, and American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion



OSM . TTOS MEDICOS

- ANTIHISTAMINICOS Y DESCONGESTIVOS NO EFECTIVOS
- CORTICOIDES SISTEMICOS MEJORIA A CORTO PLAZO PERO ALTOS EFECTOS SECUNDARIOS
- NO INDICACION DE PAUTAS LARGAS DE AB
- SEGUIMIENTO ESTRECHO EN NIÑOS CON RETRASO LENGUAJE O DIFICULTADES DE APRENDIZAJE



INDICACIONES DTT

- **CLINICOS**

 - 3 meses OSM BILATERAL

 - / OSM UNILATERAL > 6 meses

 - OMA DE REPETICION (>3 OMA en 6 meses / > 4 en 12 meses)

- **AUDIOLOGICOS**

 - Perdida conductiva bilateral > 30 dB

- **OTROS**

 - Alteraciones morfológicas MT persistentes. Otitis adhesiva

 - OMA complicada (mastoiditis , parálisis facial ,complicaciones intracraneales)

INDICACIONES DTT CONTROVERTIDAS EN OSM

- OMA < 3 EPISODIOS EN 6 MESES
- OMA RECIDIVANTE. PERIODOS INTERCRISIS CON OIDO MEDIO VENTILADO
- TENDENCIA . No DTT EN ESTAS SITUACIONES



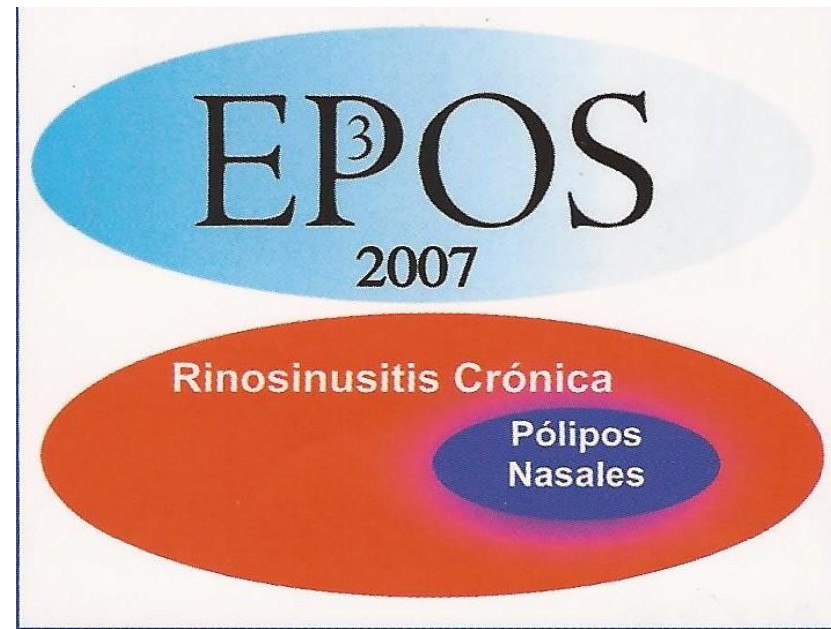




OSM Y ADENOIDECTOMIA

- MEDIDA INICIAL DTT SIN ADENOIDECTOMIA SALVO QUE EXISTA CLINICA RESPIRATORIA ASOCIADA
- LA ADENOIDECTOMIA POR SI SOLA NO CAMBIA LA SITUACION DEL OIDO
- VALORAR ADENOIDECTOMIA SI TRAS LA CAIDA DEL DRENAJE REAPARECE OSM
- LA AMIGDALECTOMIA NO TIENE NINGUN SENTIDO EN EL TTO DE LA OSM

DEFINICION RINOSINUSITIS



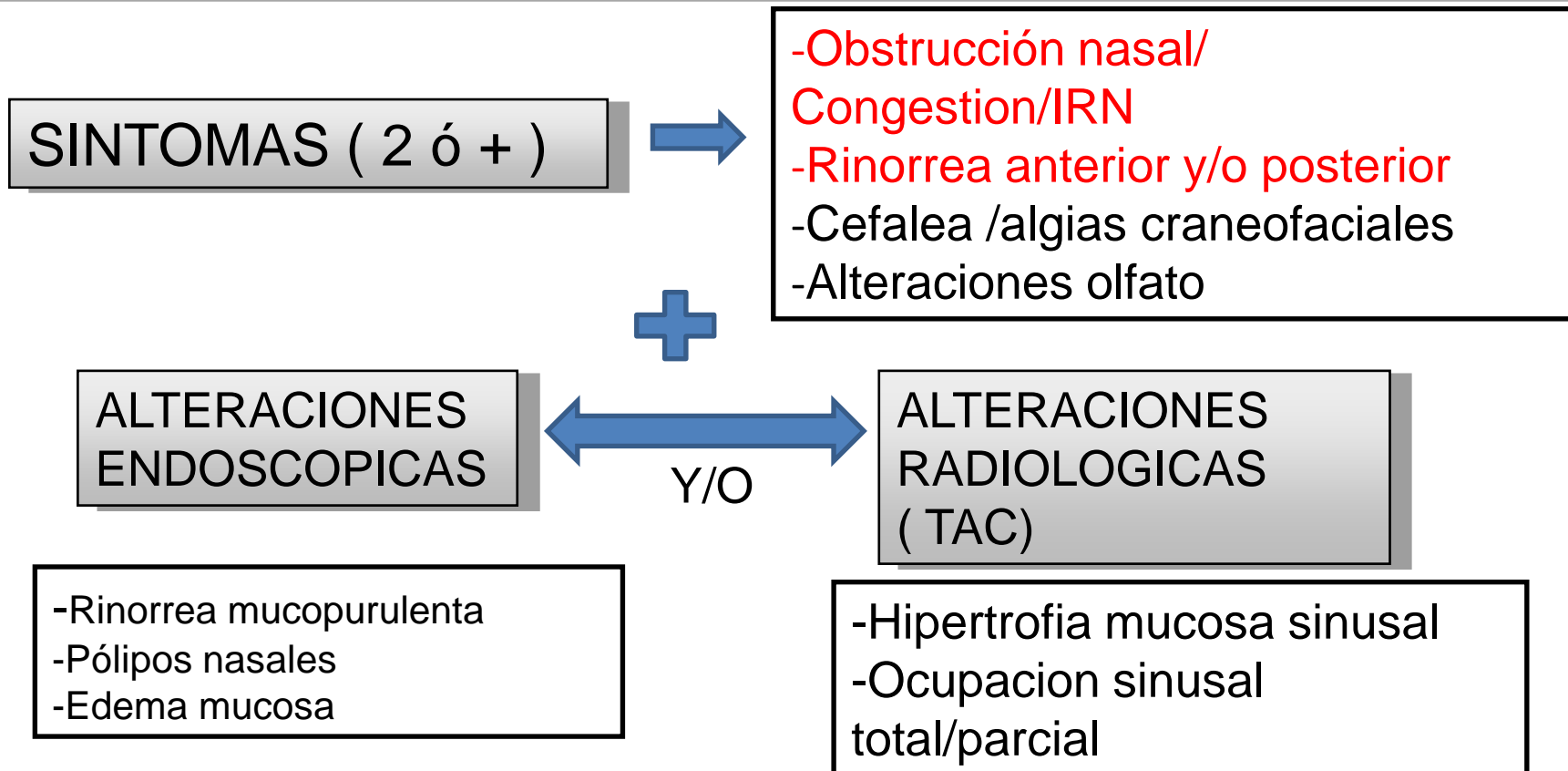
EP³OS 2007 . EUROPEAN POSITION PAPER ON
RHINOSINUSITIS AND NASAL POLYPS

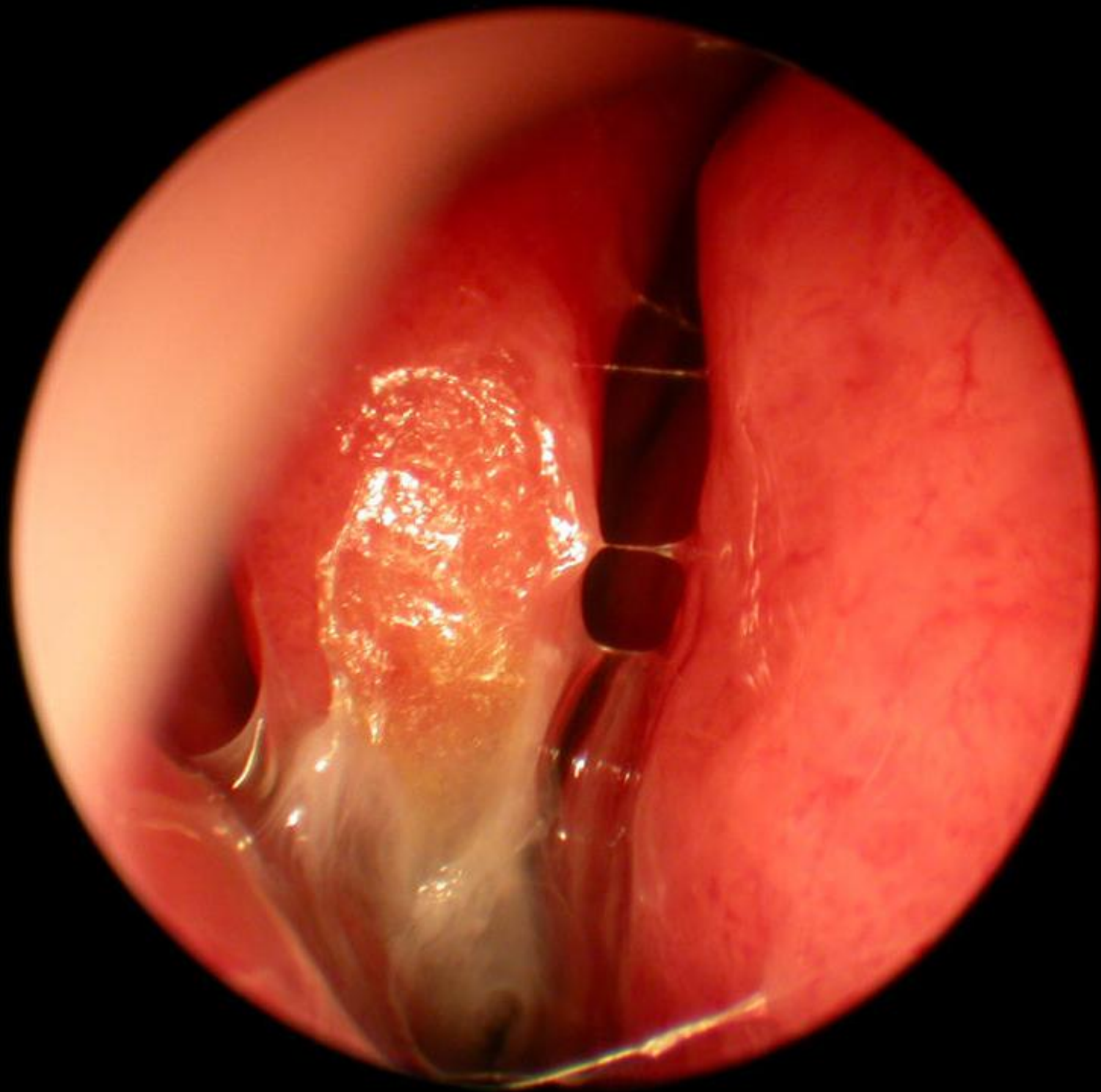


ARIA (1999) . RINITIS ALERGICA Y SU
IMPACTO EN EL ASMA

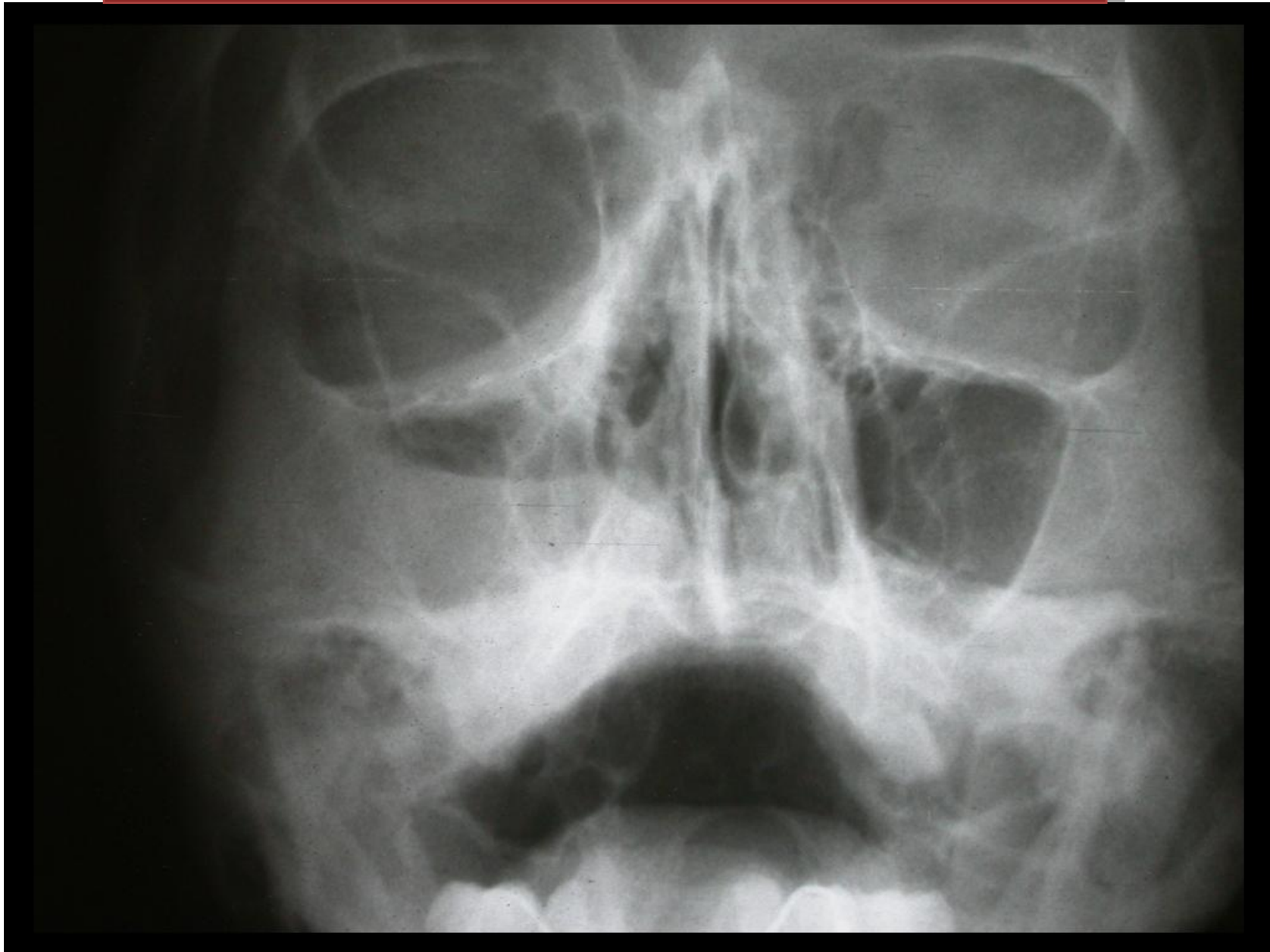
DEFINICION SINUSITIS

CRITERIOS CLINICOS . INFLAMACION MUCOSA NASAL Y SINUSAL CARACTERIZADO POR





DIAGNOSTICO SINUSITIS ES CLÍNICO



C.ORBITARIAS

CLASIFICACION DE CHANDLER

GRUPO I - CELULITIS PRESEPTAL . EDEMA PALPEBRAL

GRUPO II- CELULITIS POSTSEPTAL.

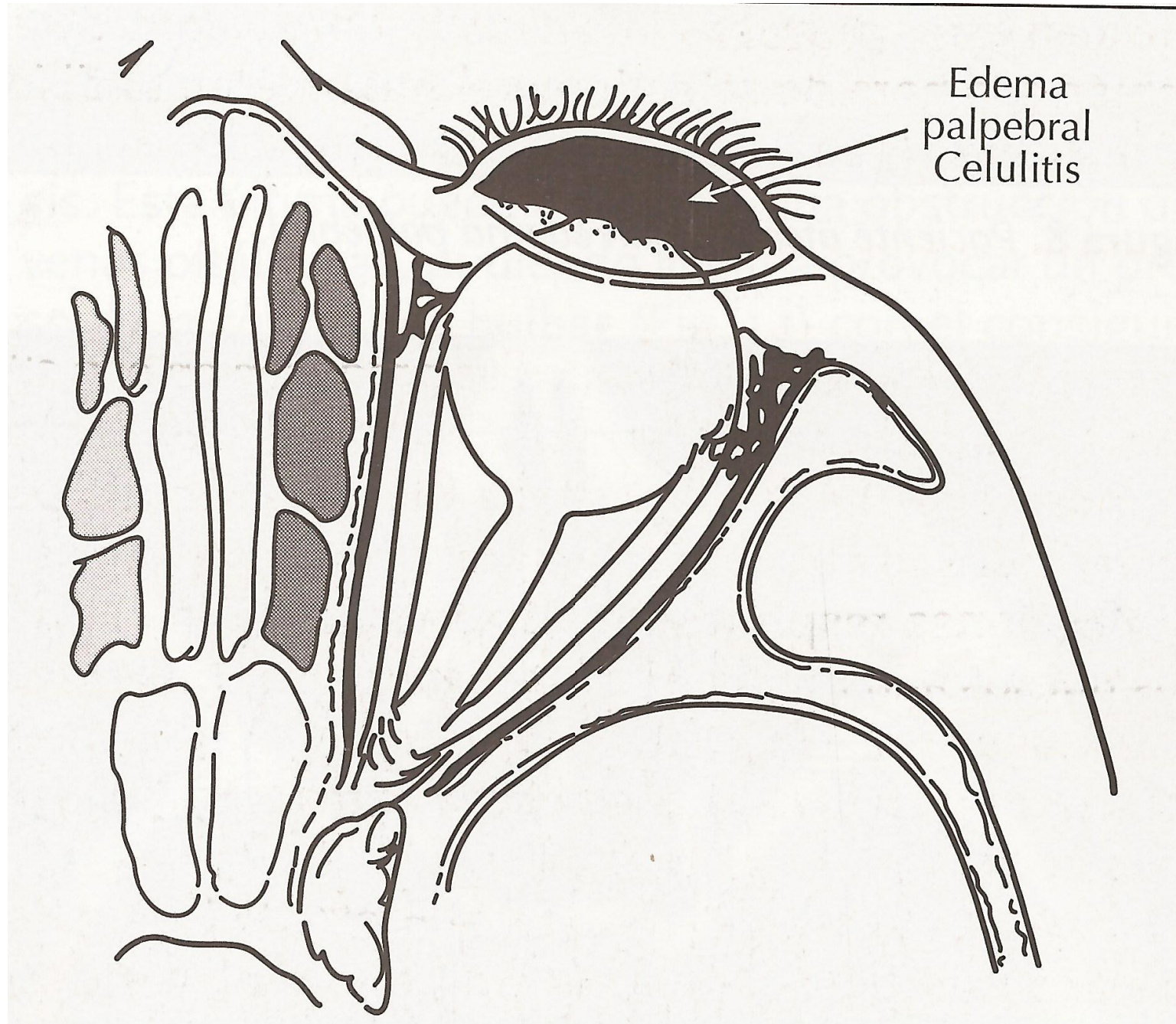
GRUPO III- ABSCESO SUBPERIOSTICO ORBITARIO

GRUPO IV- ABSCESO ORBITARIO

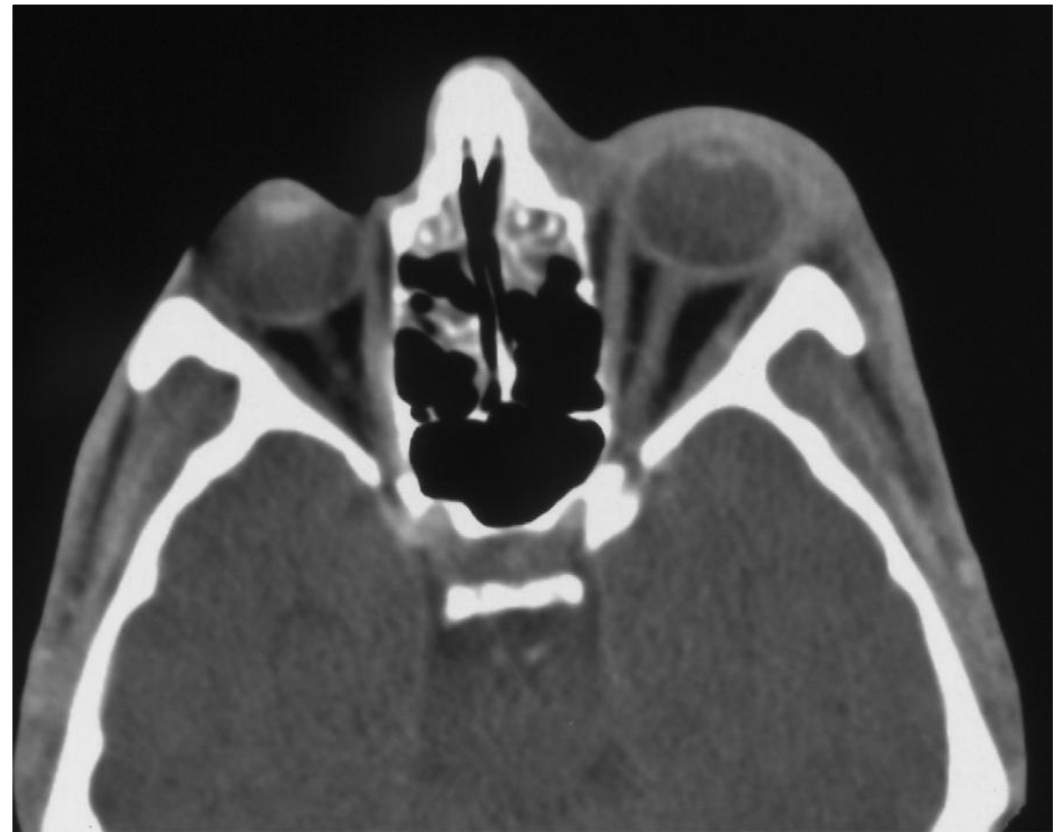
GRUPO V- TROMBOFLEBITIS SENO CAVERNOSO



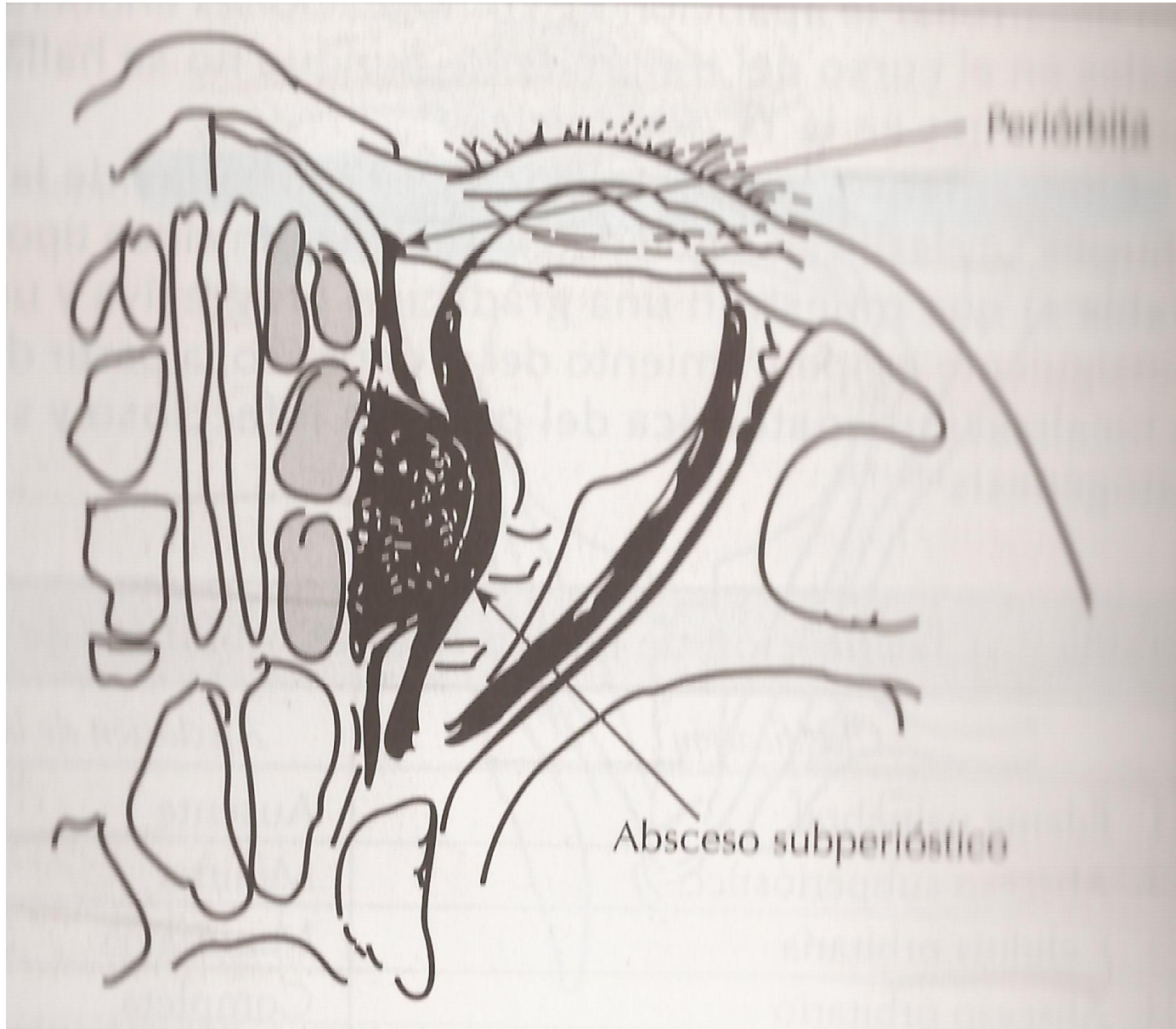
CELULITIS PRESEPTAL



CELULITIS ORBITARIA



GRADO III . ABSCESO ORBITARIO SUBPERIÓSTICO



ABSCESO ORBITARIO SUBPERIOSTICO



INFORME DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO

(A cumplimentar por la maternidad)

Fecha de alta ___/___/___

ANTECEDENTES FAMILIARES Y OBSTÉTRICOS

Enfermedades Hereditarias y

Familiares Sí No

Edad de la madre al parto ___/___ años

Gestación-Abortos-Hijos ___/___/___
Incluye en todos los casos el actual

EMBARAZO

Tabaco Sí No

Tóxicos Sí No

Fecundación in vitro Sí No

Control del embarazo Sí No

Incidencias o patología Sí No

PARTO

Único Múltiple; N° orden ___/___

Presentación

Cefálica Nalgas Otras

Ruptura prematura de membranas
(más de 24 horas)

Terminación Vaginal Cesárea

Instrumentalizada Sí No

Forceps Ventosa Espátula

AL ALTA

Peso ___/___/___/___/___ gramos

Lactancia

Materna Mixta Artificial

Detección precoz de

Hipotiroidismo y Anemia de células falciformes Fenilcetonuria y Fibrosis quística

Necesita un seguimiento especial sanitario o social Sí No

OBSERVACIONES:

EXAMEN DE SALUD AL NACIMIENTO

Edad Gestacional ___/___/___ semanas

Apgar 1' ___/___/___ 5' ___/___/___

Reanimación Sí No

Superficial Profunda

Peso ___/___/___/___/___ gramos

Longitud ___/___/___/___ cm

Perímetro craneal ___/___/___/___ cm

Clasificación Recién Nacido:

PEG AEG GEG

Grupo Sanguíneo ___/___/___

Rh ___/___ Coombs ___/___

Proftexis ocular Sí No

Vitamina K Sí No

Patología que ha requerido ingreso

Sí No

Factores de riesgo de hipoacusia

Sí No

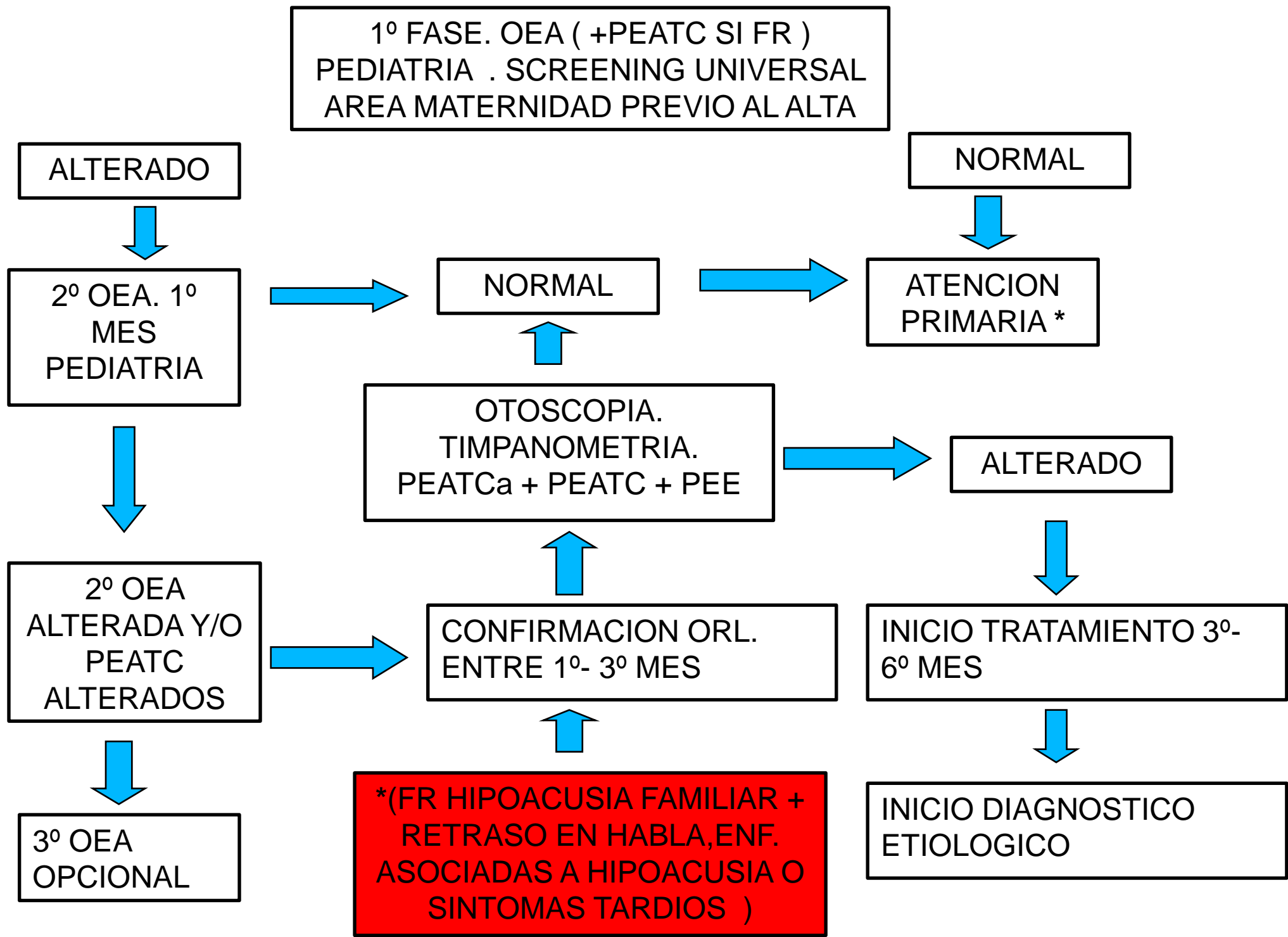
Detección precoz de hipoacusia

Sí No

Resultado prueba hipoacusia

Normal Alterado

HIPOACUSIA INFANTIL



1º FASE. OEA (+PEATC SI FR)
PEDIATRIA . SCREENING UNIVERSAL
AREA MATERNIDAD PREVIO AL ALTA

ALTERADO

NORMAL

2º OEA. 1º MES
PEDIATRIA

NORMAL

ATENCION PRIMARIA *

OTOSCOPIA.
TIMPANOMETRIA.
PEATCa + PEATC + PEE

ALTERADO

2º OEA
ALTERADA Y/O
PEATC
ALTERADOS

CONFIRMACION ORL.
ENTRE 1º- 3º MES

INICIO TRATAMIENTO 3º-
6º MES

3º OEA
OPCIONAL

***(FR HIPOACUSIA FAMILIAR +
RETRASO EN HABLA, ENF.
ASOCIADAS A HIPOACUSIA O
SINTOMAS TARDIOS)**

INICIO DIAGNOSTICO
ETIOLOGICO



ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH) para 2010

Germán Trinidad-Ramos, Valentín Alzina de Aguilar, Carmen Jaudenes-Casaubón, Faustino Núñez-Batalla* y José Miguel Sequí-Canet

Tabla 1 Actualización de los factores de riesgo de hipoacusia infantil adaptados del JCIH 2007⁴²

1. Sospecha por parte del cuidador acerca de retrasos en el habla, desarrollo y audición anormal
2. Historia familiar de hipoacusia permanente en la infancia
3. Estancia en Cuidados Intensivos Neonatales durante más de 5 días, incluidos los reingresos en la Unidad dentro del primer mes de vida
4. Haber sido sometido a oxigenación por membrana extracorpórea, ventilación asistida, antibióticos ototóxicos, diuréticos del asa (furosemida). Hiperbilirrubinemia que precisó exanguinotransfusión
5. Infecciones intrauterinas grupo TORCHS (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis y toxoplasmosis)
6. Anomalías craneofaciales incluyendo las del pabellón auricular, conducto auditivo, apéndices o fositas preauriculares, labio leporino o paladar hendido y anomalías del hueso temporal y asimetría o hipoplasia de las estructuras faciales
7. Hallazgos físicos relacionados con síndromes asociados a pérdida auditiva neurosensorial o de conducción como un mechón de pelo blanco, heterocromía del iris, hipertelorismo, telecantus o pigmentación anormal de la piel
8. Síndromes asociados con pérdida auditiva o pérdida auditiva progresiva o de comienzo tardío como neurofibromatosis, osteopetrosis y los síndromes de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell and Lange-Nielson entre otros
9. Enfermedades neurodegenerativas como el síndrome de Hunter y neuropatías sensorio-motrices como la ataxia de Friedrich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth
10. Infecciones posnatales con cultivos positivos asociadas a pérdida auditiva, entre las que se incluyen las meningitis víricas (especialmente varicela y herpes) y bacterianas (especialmente Hib y neumocócica)
11. Traumatismo craneoencefálico, especialmente fracturas del hueso temporal y base de cráneo que requiera hospitalización
12. Quimioterapia
13. Enfermedades endocrinas. Hipotiroidismo

DISFONIA INFANTIL

NIÑO 5-10 AÑOS

UNICAMENTE DISFONIA .

PROBLEMA VISUALIZACION LARINGE EN CONSULTA (FIBROSCOPIA)

AUN ASI UNICAMENTE SE CONFIRMA DX DE SOSPECHA DE NODULOS
VOCALES Y SE REMITE A FONIATRA

FONIATRIA INFANTIL DIFICIL DE REALIZAR Y RESULTADOS MEDIOCREES.

MEJORIA TRAS CAMBIO VOCAL PUBERAL

DISFONIA INFANTIL

REMITIR SI DISFONIA SE HACE INCAPACITANTE PARA LA COMUNICACIÓN SOCIAL O SI APARECEN SINTOMAS ASOCIADOS (DISNEA , LARINGITIS SUBGLOTICA RECURRENTE, PROBLEMAS DEGLUTORIOS,ETC)

EN ESOS CASOS LARINGOBRONCOSCOPIA EXPLORADORA

CUERPOS EXTRAÑOS

AREA ORL

NARIZ : NO INTENTAR EXTRACCION CON PINZAS.

SOBREPASAR CUERPO EXTRAÑO CON UN GANCHO DE ANGULO RECTO Y EXTRAER

NO REALIZAR LAVADO. RIESGO ASPIRACION/DEGLUCION

OIDO : NO INTENTAR EXTRACCION CON PINZAS.

SOBREPASAR CUERPO EXTRAÑO CON UN GANCHO DE ANGULO RECTO Y EXTRAER

SE PUEDE INTENTAR LAVADO

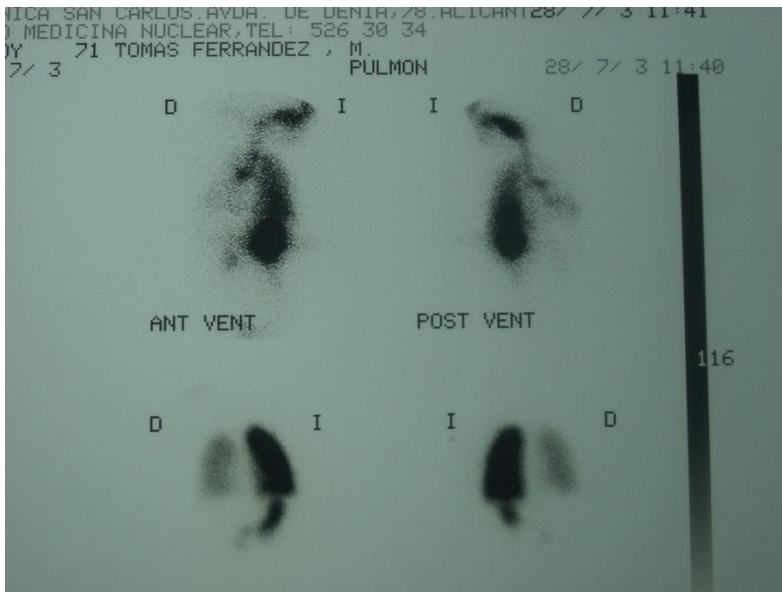
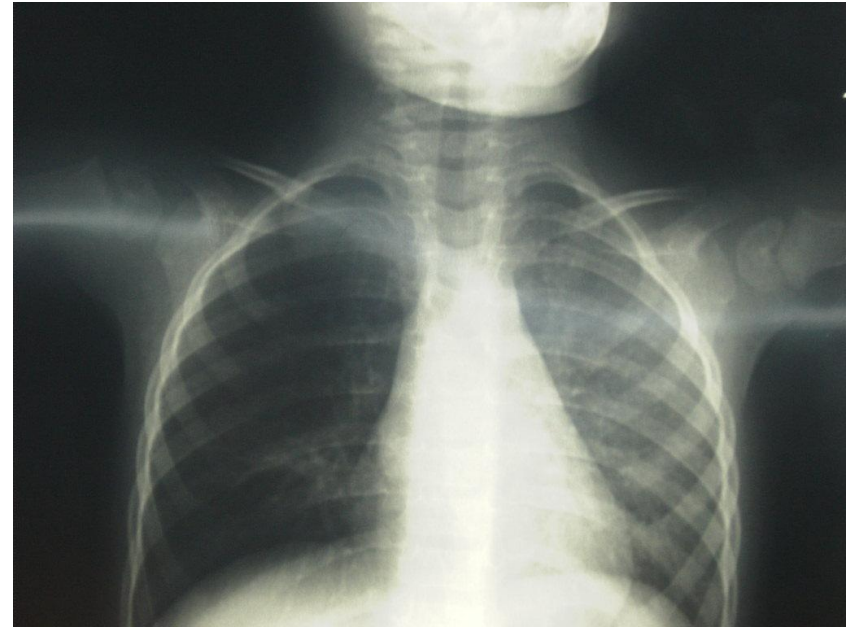
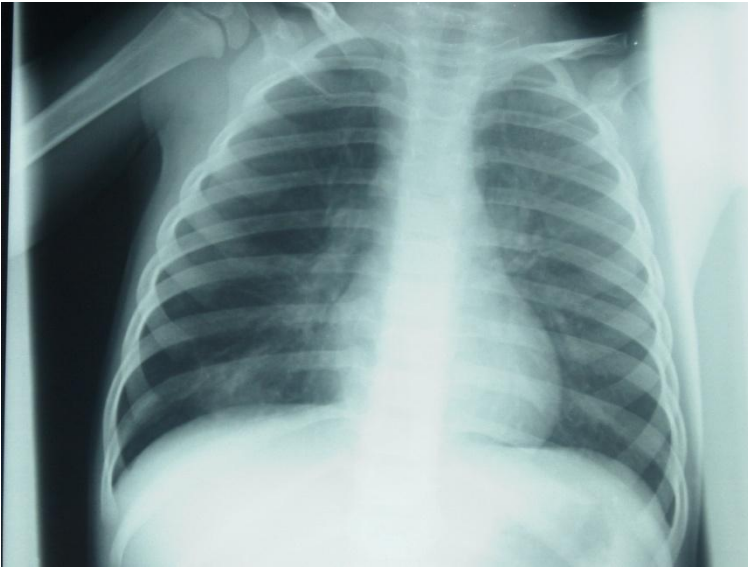
SI INSECTO MATARLO CON ALCOHOL

CEIB

**SI CRISIS ASFICTICA POSITIVA DOCUMENTADA ES
IMPRESCINDIBLE REALIZACION BRONCOSCOPIA.**

**BRONCOSCOPIA UNICO METODO DIAGNOSTICO Y
TERAPEUTICO EN CEIB**

CEIB



CEIB



TRAUMATISMOS NASALES

NO SOLICITAR RX HUESOS PROPIOS

NARIZ INFANTIL ES EN SU MAYORIA CARTILAGINOSA .

SUTURAS ENTRE HUESOS PROPIOS Y ENTRE HUESO PROPIO Y APOFISIS ASCENDENTE DE MAXILAR NO ESTAN CONSOLIDADAS

PALPACION DIRECTA.

SI EDEMA IMPORTANTE DIFICIL EVALUAR

HIELO LOCAL, AINES Y REEVALUACION EN 48-72 H

DESVIACIONES SEPTALES

SE DEBEN OPERAR LAS DESVIACIONES SEPTALES EN LOS NIÑOS O DEBEMOS ESPERAR A QUE FINALICE EL CRECIMIENTO NASAL?

TEORIAS DE CRECIMIENTO FACIAL. SCOTT

Consideran al **cartílago septal como el centro primario de crecimiento**, capaz de ejercer una fuerza propulsora sobre las estructuras inferiores de la parte central de la cara, con las que se encuentra en contacto.

Asume la existencia de unos **centros primarios de crecimiento en el cartilago septal** y por tanto la cirugía septal estaría contraindicada en la infancia

TEORIAS DE CRECIMIENTO FACIAL. MOSS

El crecimiento óseo equilibrado de la nariz y macizo facial es consecuencia de múltiples factores interrelacionados, entre los que se incluyen una fisiología orofaríngea normal y una función respiratoria nasal correcta.

El **crecimiento nasofacial esta supeditado a una funcionalidad nasal correcta** y es esto lo que debe primar a la hora de indicar cirugía , pues lo contrario llevará también a una alteración en el crecimiento nasal

La mayoría de estudios parecen corroborar un crecimiento facial correcto siempre y cuando se logre una buena función nasal.

CIRUGIA SEPTOPIRAMIDAL EN LA INFANCIA

Ante todo lo expuesto el gran interrogante es discernir si provoca mayor alteración en el crecimiento facial la realización de cirugía septopiramidal o la alteración funcional que se produce al no operar al niño , manteniendo por tanto la obstrucción nasal.

CIRUGIA SEPTOPIRAMIDAL EN LA INFANCIA

La cirugía septopiramidal en la infancia es una cirugía poco frecuente , con muchos interrogantes y escaso consenso científico.

La **tendencia actual es a la realización de la misma lo mas precozmente posible** , siempre que el tamaño de las estructuras nasales lo permita con ciertas garantías y exista un **problema funcional** constatado

OTRAS PATOLOGIAS

FISURAS PALATINAS
FISTULAS PREAURICULARES
PATOLOGIA CERVICAL

Quistes tiroglosos
Fistulas laterocervicales
Quistes branquiales
Linfangioma
Patologia tiroidea quirúrgica
Patologia glandulas salivares