



TRATAMIENTOS EN PATOLOGÍA ORL PEDIÁTRICA Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Dr. Tomás Mogollón Cano-Cortés.

Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Unidad de ORL Infantil.

Dra. Verónica García Caruezo.

Residente del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Dra. Miriam Blanco Ruiz.

Residente del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

En el ejercicio de la práctica pediátrica es, por nosotros conocidos, pediatras y otorrinos, la interacción de ambas especialidades en el ámbito clínico.

Los otorrinos pediátricos somos especialistas otorrinolaringólogos con capacitación especializada en el paciente pediátrico, siendo muy importante que el niño sea valorado por un especialista preparado para explorarlo, interrogarlo y tratarlo de la forma más adecuada para ellos.

En general, en principio, corresponde al pediatra la valoración, el seguimiento y el tratamiento de la mayoría de afecciones del área de otorrino, que por patologías podríamos diferenciar en (1):

1) Malformaciones congénitas de las estructuras de cabeza y cuello.

2) Patologías adquiridas que afecten a nuestro área, sea del oído (p.ej. otitis media serosa (OMS), colesteatoma...), la laringe (p. ej. síndrome de apnea obstructiva del sueño [SAOS]), la vía laringotraqueal (p.ej. Estenosis postintubación), la vía aerodigestiva (aspiración de cuerpo extraño), o del esqueleto facial (traumatismos nasales p. ej.)

3) Alteraciones sensoriales que incluirían las hipoacusias, alteraciones vertiginosas, parálisis faciales, parálisis vocales y disfunción promotora manifestada por problemas del habla, de la deglución, babeo.

4) Neoplasias o malformaciones vasculares de cabeza y cuello, incluyendo la vía laringo-traqueal (hemangiomas subglóticos, estridor...)

5) Infecciones de curso tórpido o complicadas, son otras de las actuaciones del otorrino dentro del área pediátrica, p.ej. otitis media supurada, rinosinusitis, adenomigdalitis recurrente, epiglotitis, abscesos de cuello...

Planteadas las áreas de acción conjunta de nuestras especialidades, nos gustaría reflexionar de las singularidades que nos afectan en el ejercicio profesional:

1) Por una parte el planteamiento de nuestro sistema de salud, con consultas masificadas, escaso tiempo por paciente y una presión asistencial que marca nuestro ritmo diario laboral.

2) Un sistema de guardias en el que, a la presión asistencial ordinaria, se pueden sumar situaciones clínicas que, aun en principio controladas, puedan derivar a situaciones complejas o críticas que incluso pueden comprometer la vida del niño.

3) La propia naturaleza evolutiva de la infancia, que desde recién nacidos hasta la adolescencia, los cambios anatómicos, fisiológicos, las distintas susceptibilidades patológicas según la edad e incluso las distin-



tas etapas psicológicas, nos enfrentan a marcos asistenciales muy diferentes.

4) El avance de la sociedad, las redes de información y el fácil acceso de la población en general a las mismas, hacen que los pacientes, y en nuestro caso los padres, nos demanden con celeridad respuestas prontas y efectivas ante los problemas planteados por las situaciones clínicas de sus hijos.

5) La exigencia de la mejora de calidad asistencial que conlleva pertenecer a un país desarrollado, que aplicado a los servicios de salud se traduce en efectividad clínica, lo que implica dos facetas: decidir que una actuación es la más correcta ante un determinado problema de salud y lograr que dicha actuación se apliquen en la práctica clínica cotidiana correctamente.

6) Por último, nuestro entorno socio-cultural, donde los niños son el centro de atención del ámbito familiar y donde no se concibe que un desenlace dramático pueda ocurrir en nuestro entorno.

Si bien uno de los aspectos del taller es el tratamiento de la patología ORL pediátrica, en su doble vertiente, médico y quirúrgica, será en el transcurso del mismo, cuando basándonos en un guión de la exploración ORL en el niño, pieza básica junto con el interrogatorio, para un adecuado enfoque diagnóstico, iremos comentando las distintas opciones terapéuticas de la variada patología que asumimos, centrándonos sobre todo en las más frecuentes, de entre las cuales con diferencia, las más tratadas en la práctica clínica diaria son la insuficiencia nasal por hipertrofia adenoidea aislada o asociada a hipertrofia amigdalina, la amigdalitis de repetición, la otitis media secretora y otitis media aguda. El tratamiento de dichas patologías una vez rebasada la actitud conservadora, es el tratamiento quirúrgico, cuyas indicaciones, en general ampliamente consensuadas y protocolizadas, pasamos a recordar por ser de sumo interés:

1) Criterios de Adenoidectomía: La adenoidectomía con o sin amigdalectomía y/o inserción de drenajes transtimpánicos es probablemente la intervención quirúrgica

programada que se realiza con más frecuencia en niños(2). Son sus indicaciones:

1.1. Hipertrofia adenoidea que origina insuficiencia nasal mantenida.

1.2. Hipertrofia adenoidea que aun no produciendo insuficiencia nasal mantenida, tenga repercusión ótica persistente o recurrente, o rinosinusitis de repetición. Sería prioritario indicar adenoidectomía si coexiste con un cuadro de SAOS severo, y si sospechamos enfermedad maligna, que en nuestro entorno es extremadamente raro, si bien está referido en la bibliografía. Sería una indicación diferible, si la insuficiencia nasal coexiste con SAOS, con malformación cráneo-facial, con afectación ótica, sea otitis media aguda recidivante,

2) Otitis media secretora u otitis media crónica, o bien coexista con procesos rinusinales de repetición.

No sería criterio de adenoidectomía pretender mejorar el desarrollo ponderal del niño, su apetito o pretender solucionar una situación de halitosis; tampoco parece que la adenoidectomía sea eficaz para disminuir las infecciones del tracto respiratorio superior (3), si bien por todos es conocida la correlación de hipertrofia adenoidea y síndrome sinu-bronquial en la práctica clínica.

Criterios de Amigdalectomía:

2.1. Amigdalitis de repetición, con episodios que cumplan al menos uno de los criterios siguientes: exudado purulento, fiebre de 38° C o más, linfadenopatías cervicales anteriores, cultivo faríngeo positivo para estreptococo beta-hemolítico del grupo A, con una incidencia de 7 episodios o más en el último año, episodios dos años consecutivos, o 3 episodios al año en los tres últimos años.

2.2. Absceso periamigdalino recurrente, tal que son indicación dos casos de absceso consecutivo(4).

2.3. Adenitis cervical recurrente (con una incidencia igual a los criterios de



amigdalitis), siendo un cuadro de afectación inflamatoria aguda de las adenopatías cervicales, con fiebre de 38° C o más, malestar general, de más de tres días de evolución y coexistiendo con una infección respiratoria de vías altas o con un episodio de amigdalitis aguda.

2.4. SAOS con obstrucción grave de la vía aérea a nivel de orofaringe (5), con desaturaciones o retención de CO₂.

Serían criterios de indicación absoluta(6):

--Cor Pulmonale.

--SAOS con apneas durante el sueño (pausas de diez segundos o más).

2.5. Sospecha de malignidad amigdal, p.ej. linfoma, que cursa con una hipertrofia amigdal unilateral progresiva no relacionada con procesos infecciosos.

2.6. Maloclusión dentaria por mantener la boca abierta debido a la hipertrofia amigdal. (7)

3. Criterios de indicación de drenajes trans-timpánicos:

3.1. OMS bilateral de más de 3 meses de duración asociada a hipoacusia y que no responde a tratamiento médico.

3.2. OMS unilateral de más de 6 meses de duración que no responde a tratamiento médico.

3.3. Otitis Media Aguda (OMA) recurrente.

3.4. Complicaciones de OMA:

- Mastoiditis.
- Laberintitis.
- Parálisis facial.

En estas patologías, ante un cuadro de OMA con tímpano íntegro, la colocación de DTT asociada a tratamiento médico y otras técnicas quirúrgicas contribuye a la resolución del cuadro.

Pasamos a continuación a recordar los criterios de derivación de la patología ORL en

Pediatría sea de forma derivada a consultas externas ORL o Urgencia hospitalaria, des-glosándolo en las distintas áreas patológicas que pueden afectar nuestra especialidad:

1. Patología Faringo-esofágica.

* Faringitis viral aguda: Derivar si clínica >2 semanas.

* Faringoamigdalitis bacteriana: Derivar si:

- Criterios de Paradise.
- Absceso periamigdalino recurrente.
- Adenitis cervical recurrente.

Derivación urgente si se sospecha Absceso periamigdalino.

* Mononucleosis: Derivar ante persistencia de clínica y/o hipertrofia amigdal más de 10 días. Derivación urgente si se produce obstrucción de vía aérea o se sospecha de neoplasia amigdal (hacer el diagnóstico diferencial con Angina de Vincent.)

* Disfagia: Derivación urgente si se sospecha cuerpo extraño.

2. Patología Laríngea.

* Disfonía persistente.

* Disfonía asociada a traumatismo cervical, entonces derivación urgente.

* Disfonía más estridor. Derivación urgente si se sospecha:

- Cuerpo extraño.
- Epiglotitis.
- Amigdalitis severa.
- Absceso retrofaríngeo.
- Crup.

3. Masas cervicales.

* Masa cervical inflamatoria. Posibles diagnósticos:

- Quiste branquial.
- Quiste del conducto tirogloso.



- Quiste dermoide.
- Laringocele laringopiocele.
- * Masa cervical no inflamatoria. Diagnóstico diferencial tumoral.
- * Adenitis infecciosa. Derivación urgente si crecimiento rápido y no respuesta al tratamiento.
- * Sialolitiasis. Derivación urgente si sospecha absceso.

4. Patología del sueño.

Derivación si existe hipertrofia adenoidea con síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS).

5. Patología nasal.

- * Epistaxis. Si es recurrente, posterior y/o persistente, derivación urgente si requiere taponamiento.
- * Dificultad respiratoria nasal. Hacer diagnóstico diferencial con Hipertrofia adenoidea, Poliposis nasales y Rinitis alérgica.

Debe hacerse derivación urgente si se sospecha Cuerpo Extraño Nasal.

- * Rinosinusitis crónica. Derivación Urgente si hay Celulitis periorbitaria o episodio agudo que requiera tratamiento intravenoso.
- * Contusión nasal con o sin fractura radiológica. Hacer control a las 48-72 horas si se produce hundimiento o resalte del dorso nasal.

Derivación urgente si se produce Hematoma del tabique.

6. Patología ótica.

- * Tapón de cerumen, derivar si sospecha de patología subyacente.
- * Otitis media serosa persistente: si más de 3 meses y es bilateral o más de 6 meses si es unilateral.

- * Otitis media aguda de repetición.
- * Otitis media aguda subaguda.
- * Hipoacusia.
- * Otitis media crónica Banal y/o Colesteatomatosa.

Motivos de derivación urgente, a su vez, son: Otomastoiditis, Inestabilidad y OMA, Vértigo y otorrea, Otitis externa en paciente inmunodeprimido o diabético, Parálisis facial y vértigo

Por último y de una forma eminentemente práctica, nos preguntaremos e intentaremos resolver que puede aportar el ORL al pediatra en el manejo de la patología ORL infantil.

Bibliografía:

- 1) Surgical Advisory Panel. Pautas para la remisión de pacientes a las especialidades quirúrgico pediátricas. Pediatrics (Ed.Esp.) 2002; 54(1): 50-3.
- 2) Rodríguez Fernández C. y cols. Actuaciones quirúrgicas en nuestro medio. Boletín pediátrico. 2008; 48: 46-51.
- 3) Jullien S., Buñuel Álvarez J.C. Evidencias en pediatría. V7 n4. Dic 2011.
- 4) Indicaciones y priorización en la cirugía de la Amigdalectomía / Adenoidectomía. Unidad de Evolución Tecnológicas Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Madrid, 2004.
- 5) M. Moya y cols. Indicación de Amigdalectomía y Adenoidectomía en el niño y el adolescente. An Esp Ped. 1997; 47; 12-13.
- 6) Riera March A, Trinidad Pineda J. Tratado de ORL y cirugía de cabeza cuello. TomoIII. Cap126. Patología inflamatoria de las vías altas aéreo-digestivas en el niño. Proyectos Médicos; 1999 17 39-56.