

CUERPOS EXTRAÑOS EN OIDOS Y VIA AEREA SUPERIOR

**CLAUDIA OSORIO
CORCHUELO**
OTORRINOLARINGOLOGA
U. de Antioquia



SANvicente
fundación



CUERPOS EXTRAÑOS EN OIDOS Y VIA AEREA SUPERIOR

CLAUDIA OSORIO Corchuelo

OTORRINOLARINGOLOGA

U. de Antioquia

Hospital San Vicente Fundación

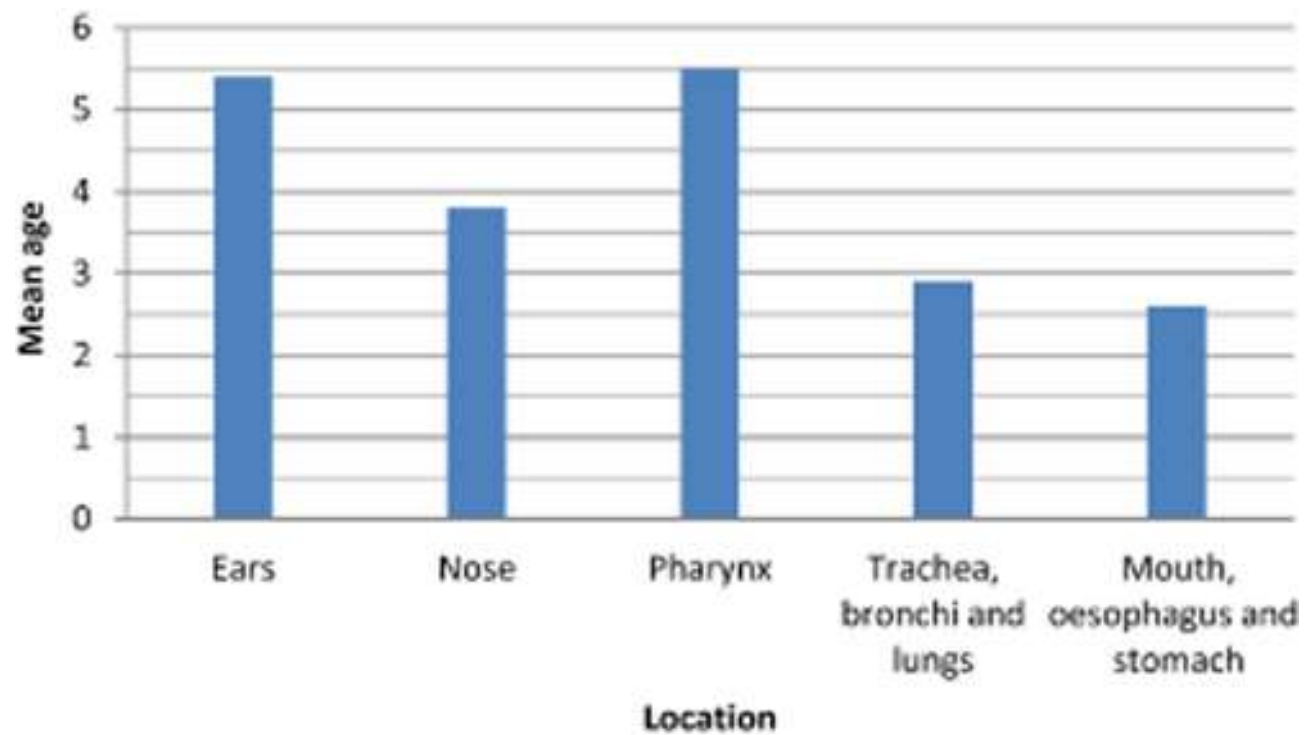
GENERALIDADES

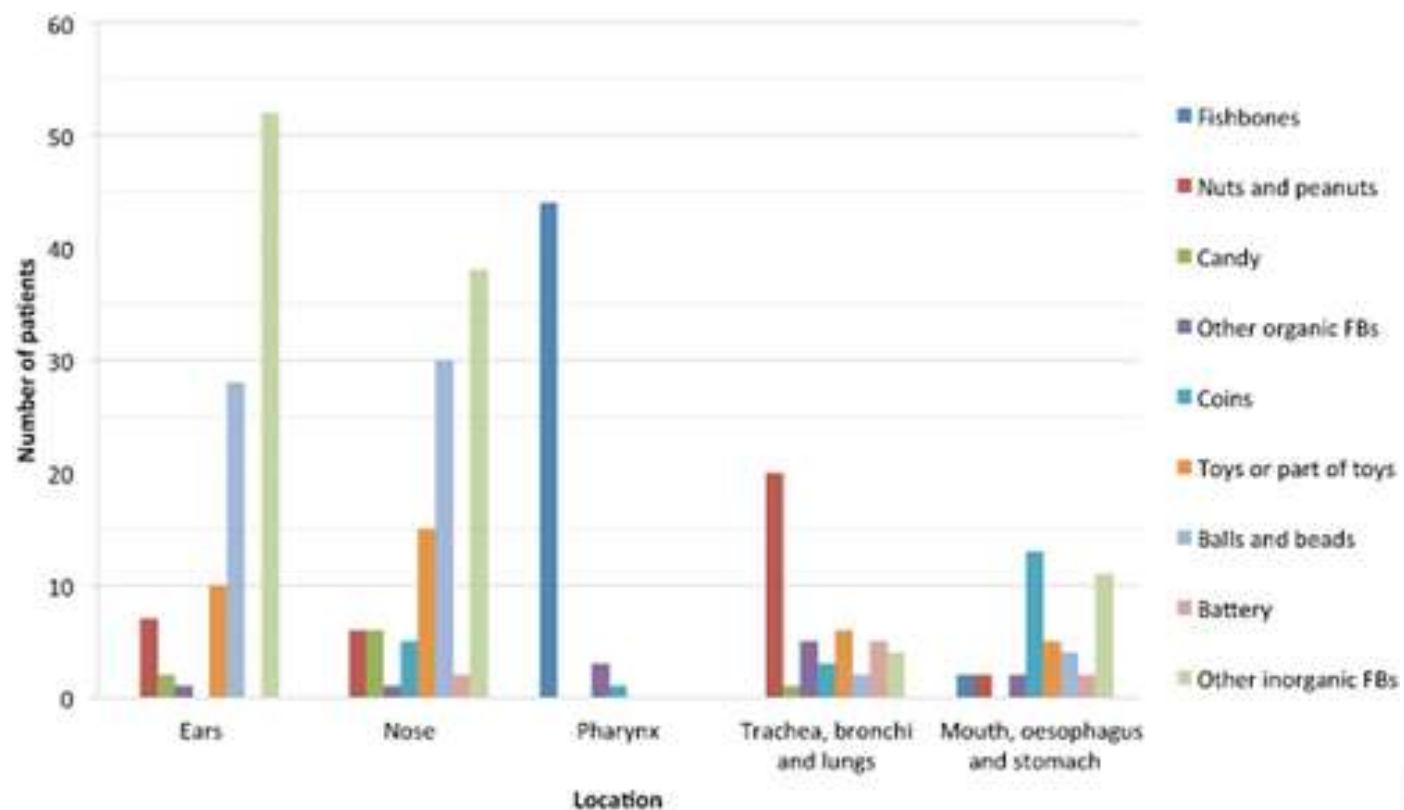


- Los cuerpos extraños en las vías respiratorias ocurren más comúnmente en niños pequeños
- 20% de los pacientes: 0 y 3 años de edad.
- Los síntomas muy variables
- específicos o ausencia total de síntomas, lo que puede llevar a un diagnóstico erróneo o retrasado.
- complicaciones agudas y crónicas casi el 15% de los pacientes.

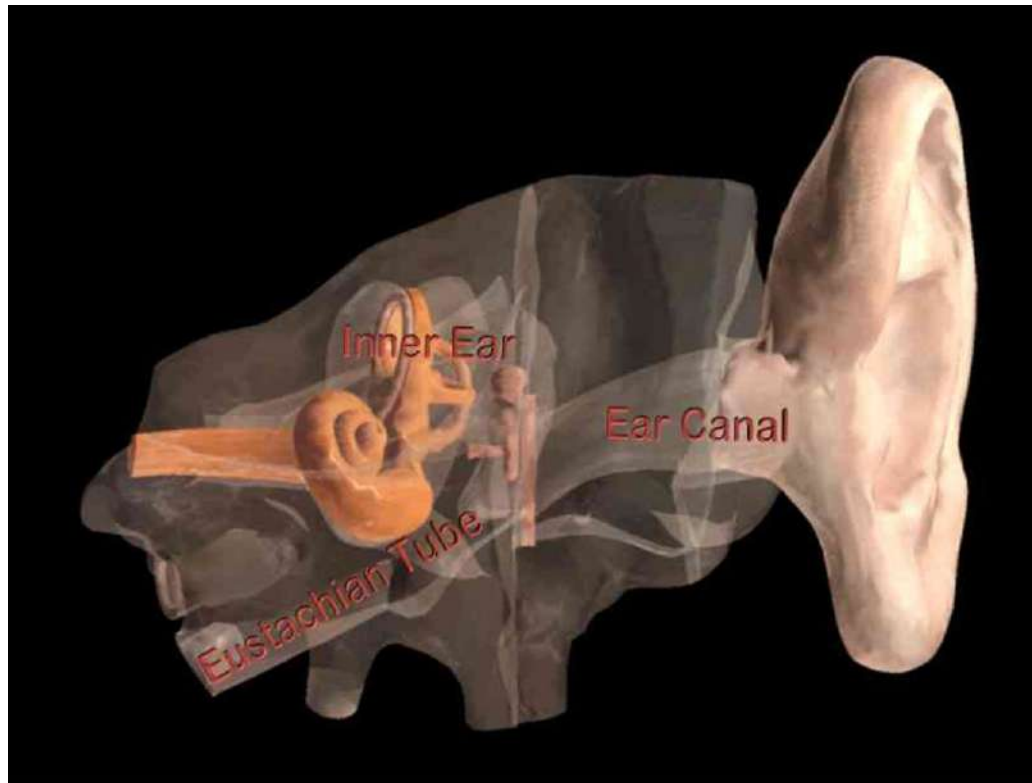
Clasificación







Cuerpos extraños en oído



- síntoma más común: dolor
- hallazgo incidental en el 22% de los niños
- múltiples – bilaterales – recurrentes
- ANIMADO - INANIMADO

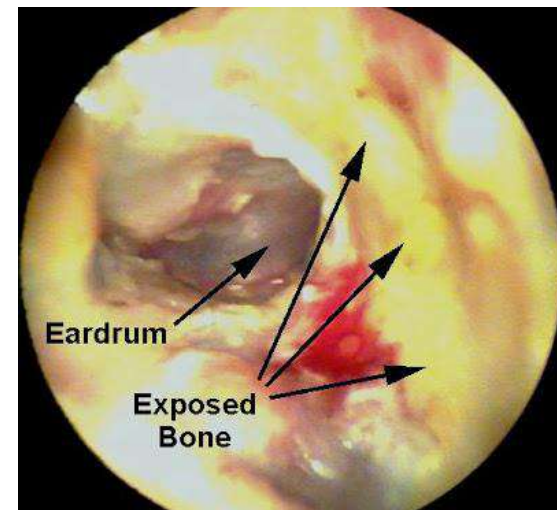


Quien lo extrae?

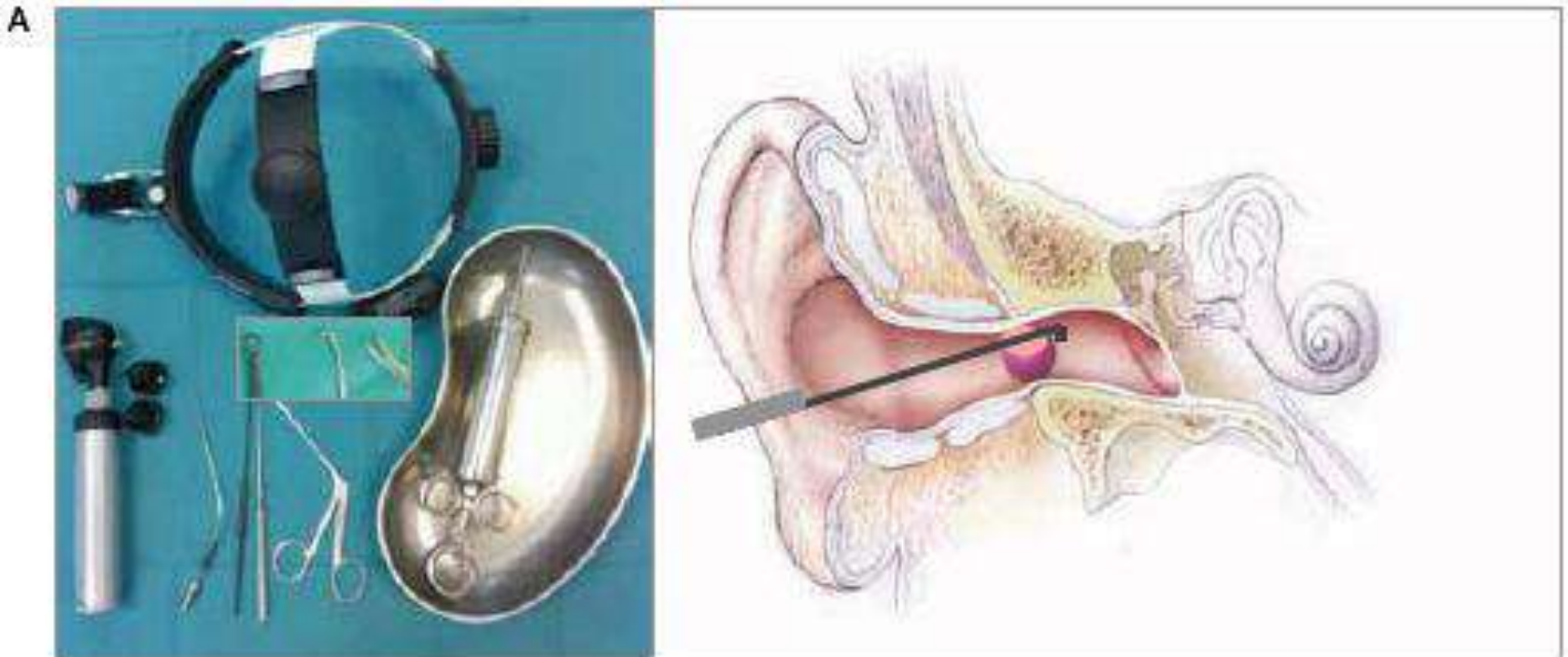
- Medico general vs otorrino
 - tamaño, la forma y la consistencia del objeto.
 - blanda e irregular versus dura, regular y esférica. bordes afilados?, baterías?
 - objetos duros o redondos, en casos en los que intentos anteriores han fallado, y / o donde hay un trauma en el oído, deben ser referidos a un especialista.
- el primer intento de extracción debe considerarse crítico, ya que el fracaso a menudo resulta en un mayor dolor y hace que los intentos adicionales sean más desafiantes

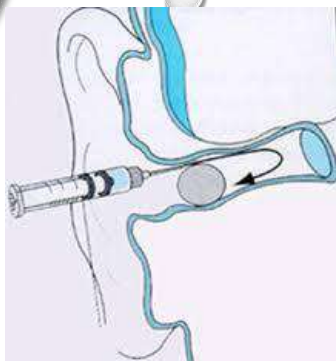


- Los casos de insectos vivos se manejan mejor por inmersión con una solución líquida antes de eliminarlos, como aceite mineral, alcohol o aceite de oliva
- La mayoría de las veces, no necesitan ser removidos con urgencia, excepto las baterías



EXTRACCION





IRRIGACION

SI:

INSECTOS

C E PEQUEÑOS

NO:

VEGETALES

BATERIAS

PERFORACION
TIMPANICA

OIDOS OPERADOS



PINZA CUERPO EXTRAÑO

SI:

INSECTOS

C. EXTRAÑOS BLANDOS
(PAPEL)

NO:

OBJETOS REDONDOS



CURETA

SI:

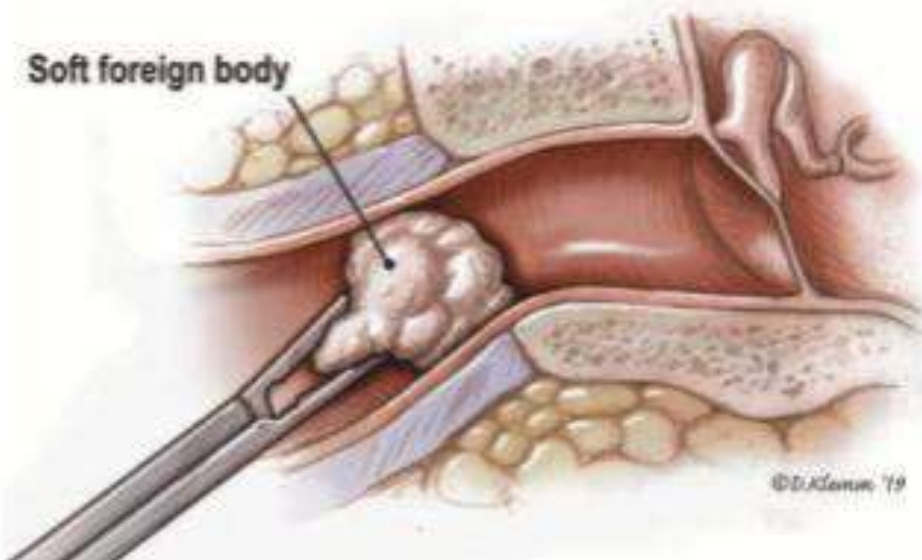
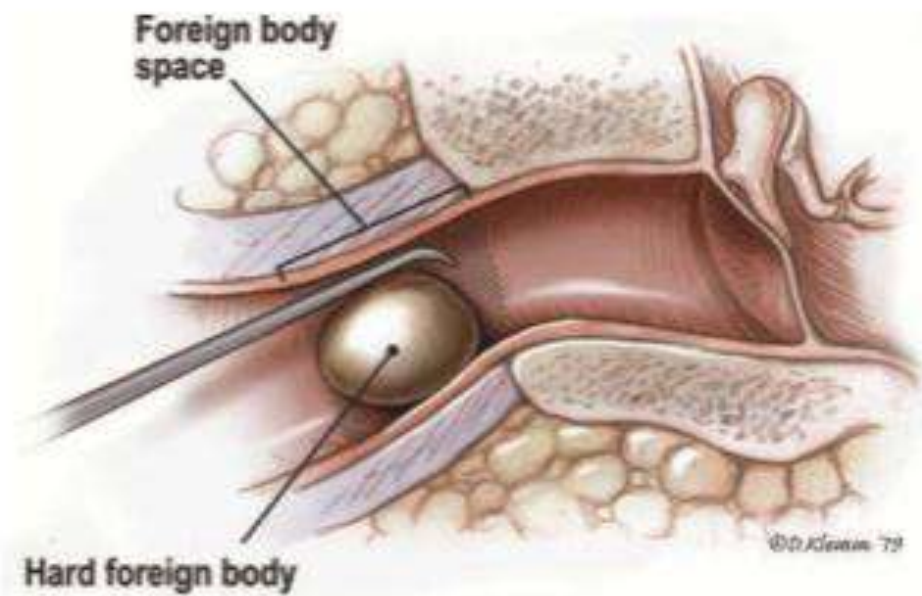
OBJETOS REDONDOS

NO:

OBJETOS FRIABLES

OBJETOS IMPACTADOS

SUCCION





Cuerpo extraño en oído



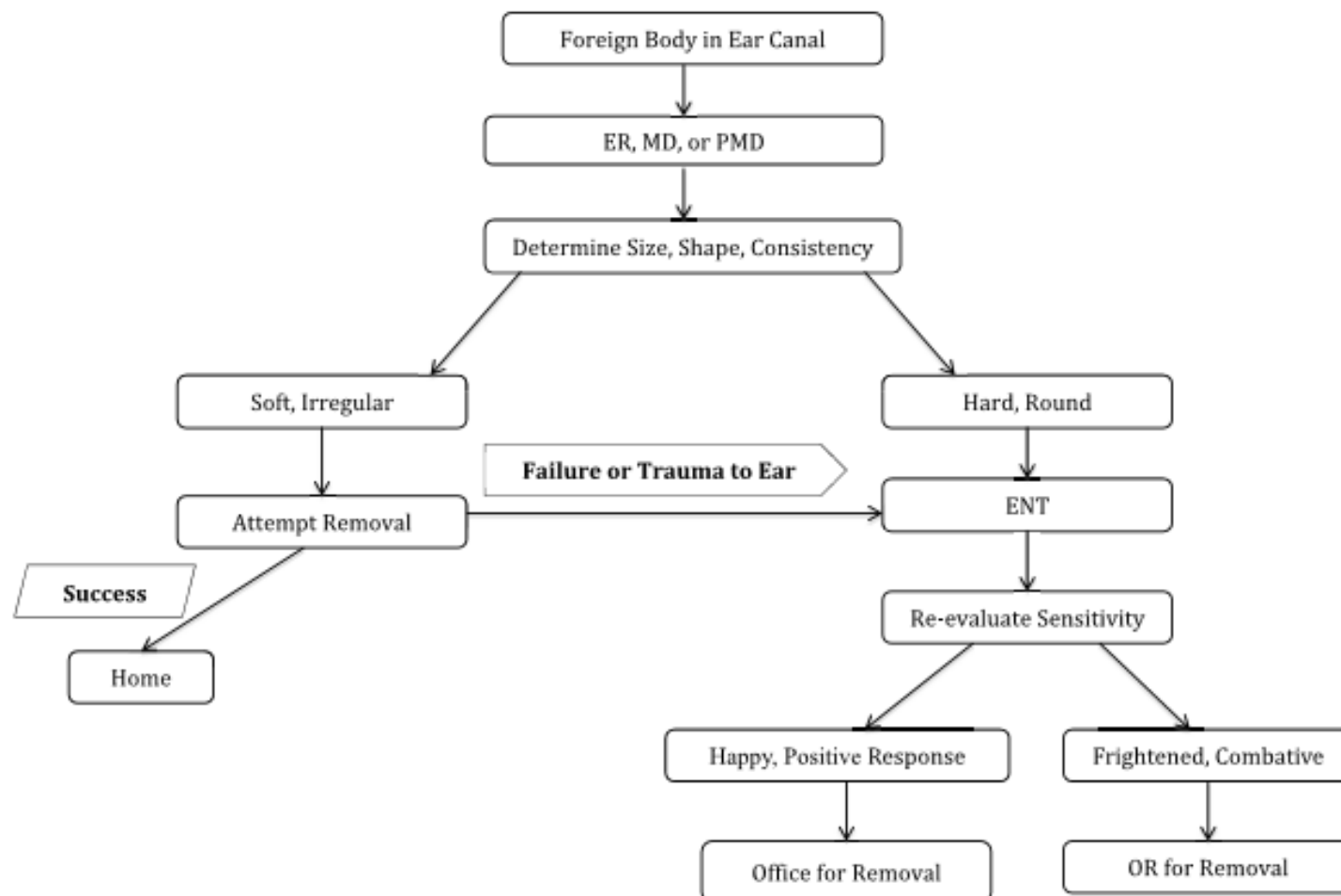
Arena



Piedrecillas



Drenaje suelto



Cuerpos extraños en nariz

- Los cuerpos extraños nasales generalmente se ven en la primera década cuando el niño comienza a moverse y jugar e intenta conocer el entorno.
- 61.8% de los casos < 5 años
- 89.7% < 10 años.

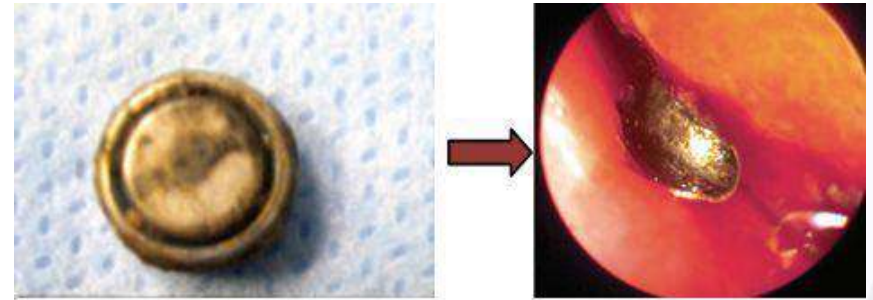




- No dolor
- congestión nasal
- secreción nasal purulenta unilateral
- epistaxis
- mal olor
- Un niño con secreción nasal purulenta unilateral debe ser examinado por la posibilidad de un cuerpo extraño.
- VEGETALES: SE HIDRATAN Y GENERAN REACCION INFLAMATORIA
- Necrosis, perforación , sinequias



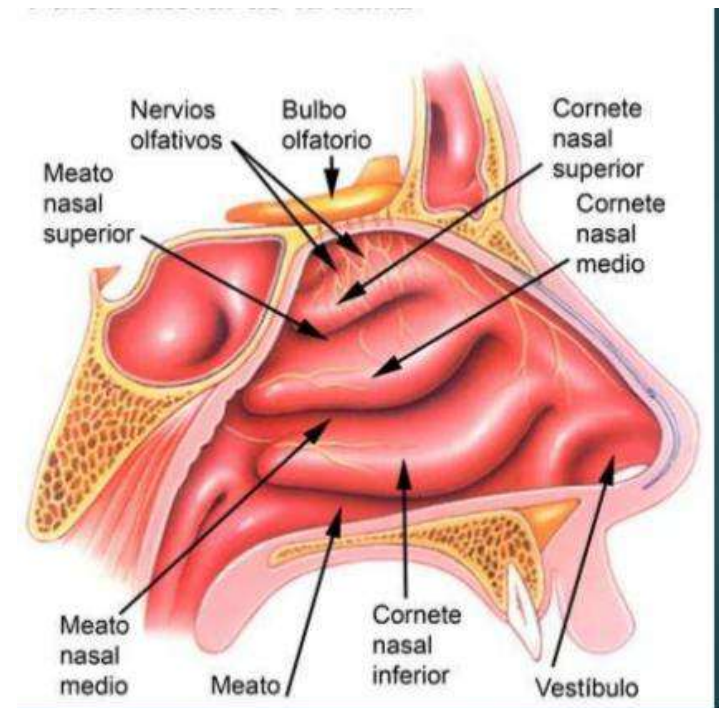
- no dudar en realizar un examen nasal endoscópico bajo anestesia general en caso de sospecha clínica.
- RX AP – LATERAL
- Evolución a infecciones como sinusitis, otitis, meningitis.
- Retirar el cuerpo extraño lo antes posible evitará el desarrollo de rinolitos : acumulación de sales de calcio y magnesio, inflamación crónica si permanece en la cavidad nasal durante un período



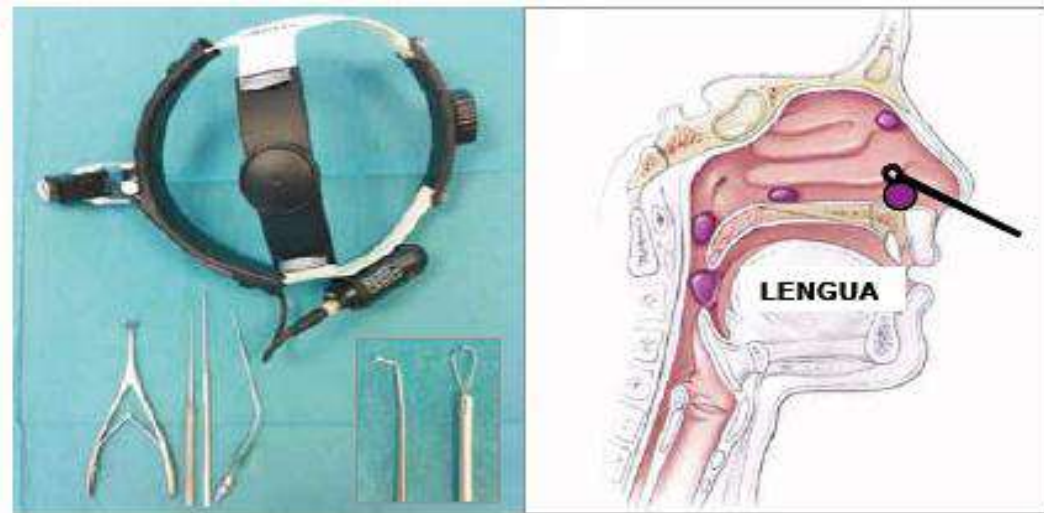
Extracción

depende de:

- ubicación – forma - cooperación del paciente y la experiencia del médico.
- PISO NASAL – ANTERIOR A CORNETE MEDIO
- Si bien las intervenciones se realizan en entornos ambulatorios, los cuerpos extraños pueden migrar al tracto respiratorio, especialmente en niños pequeños, y pueden causar insuficiencia respiratoria o incluso la muerte.



1. INSTRUMENTAL ADECUADO
2. ILUMINACION
3. ASPIRACION
4. INMOVILIZACION DEL PACIENTE
5. APLICACIÓN DE VASOCONSTRICTOR , LIDOCAINA
6. PINZAS – CURETA – SUCCION





Cuerpos extraños en VIA AEREA



- La ingestión y / o aspiración de cuerpos extraños son incidentes evitables.
- >morbilidad y mortalidad en niños menores de 3 años
- 4ta causa de muerte accidental y la 3ra en < 1 año
- exploración del medio ambiente a través de la boca, falta de molares que disminuye su capacidad de masticar adecuadamente los alimentos, falta de capacidad cognitiva para distinguir entre comestibles y no comestibles. EXPLORACION DE objetos y tendencia a la distracción y a realizar otras actividades, como jugar, comer.

- La mayoría de los CUERPOS EXTRAÑOS se expulsan espontáneamente por medio de reflejos protectores como toser o escupir, o pasan sin complicaciones a través del tracto digestivo
- La mayoría de ellos se ven dentro de las 48 h del evento.
- Los síntomas de aspiración o ingestión de CE pueden simular diferentes enfermedades : asma, crup o neumonía, retrasando el diagnóstico correcto.





- radiografía de tórax puede ser normal.
- hallazgos rx de tórax compatibles con un cuerpo extraño inhalado : atrapamiento de aire, atelectasia y neumotórax , ninguno de estos hallazgos es patognomónico
- estudio casi la mitad de los casos tenían radiografía normal , mientras que el diagnóstico definitivo generalmente se realiza mediante evaluación endoscópica.
- El diagnóstico de un cuerpo extraño inhalado se retrasó más de 24 h en casi el 40% de los casos
- el diagnóstico tardío de un cuerpo extraño inhalado puede dar lugar a complicaciones agudas y crónicas graves que parecen ocurrir en casi el 15%
- la neumonía y la bronconeumonía parecen ser las más documentadas

DIAGNOSTICO

- Nunca se debe ignorar un historial positivo de asfixia o tos con dificultad respiratoria en un niño previamente sano que estaba jugando o comiendo y / o el historial relacionado por el paciente joven que ha ingerido algo.
- la contribución dada por el examen físico y los estudios radiográficos puede ser falsamente negativa después de que haya pasado el evento agudo.



- el diagnóstico puede ser crítico si el evento ocurre en un niño pequeño sin ningún testigo.
- en otros momentos, los padres no cuentan la historia de asfixia porque los médicos no la tuvieron en cuenta en las primeras consultas.

SINTOMAS



- fases clínicas
- 1. la etapa inicial o de impactación : asfixia, náuseas y paroxismos de tos, obstrucción de las vías respiratorias. Estos signos se calman cuando el CE se aloja y los reflejos se cansan
- 2. fase asintomática: dura de horas a semanas, puede provocar retrasos en el diagnóstico.
- 3. fase de complicaciones: cuando la obstrucción, la erosión o la infección causan neumonía, atelectasia , absceso o fiebre, disfagia , absceso mediastínico , perforación o erosión en VA O esófago

Ubicación y síntomas FARINGE

- ODINOFAGIA
- DISFAGIA
- SIALORREA
- DISFONIA
- ESPINAS - HUESOS –
MONEDAS- ALFILERES-
PROTESIS DENTALES



Ubicación y síntomas LARINGE



- sitio < frecuente (2–12%), excepto en niños menores de 1 año
- Emergencia
- síntomas de obstrucción, disfonía o afonía.
- El edema laríngeo consecuente puede conducir a una obstrucción completa.
- Los síntomas pueden simular laringitis (en un niño previamente sano).
- obstrucción parcial: estridor, ronquera, tos, crup, odinofagia y disnea.
- bloqueo: dificultad respiratoria, cianosis, paro respiratorio Y muerte.
- Cuerpos ext. delgados y puntiagudos (como espinas de pescado), redondeados y blandos (como uvas, aceitunas)

Ubicación y síntomas TRAQUEA

- baja prevalencia (3–12%)
- Disfonía ,estridor bifásico, tos
- disnea y actitud asustada, los cambios de posición se asocian con una nueva crisis de asfixia .
- edema hasta obstrucción completa.
- síntomas variables debido a su movilidad, desde la impactación subglótica hasta el bloqueo extremo de un bronquio
- Atelectasias



Ubicación y síntomas BRONQUIOS

- 80% al 90% se encuentran en el bronquio.
- El 65% de los pacientes tienen la tríada de tos, sibilancias y disminución de los ruidos respiratorios
- Hasta el 95% de ellos presentan al menos uno de los signos.
- edema alrededor del CE, causando obstrucción completa y colapso lobular.



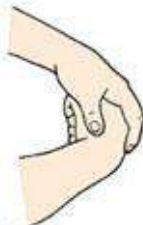
MANIOBRA DE HEIMLICH



1- Inclinar levemente a la persona hacia delante, y pararse detrás de ella.



2- Hacer un puño con una mano



3- Colocar los brazos alrededor de la persona y apretar el puño con la otra mano cerca de la parte superior del estómago, justo debajo de la caja torácica



4- Hacer un movimiento rápido y firme hacia adentro y hacia fuera



Colocar al bebé sobre el antebrazo con el estómago hacia abajo y darle 5 golpes en la espalda con la palma de la mano.



Colocar el puño por encima del ombligo y tomar el puño con la otra mano. Inclinandose sobre una silla o un mostrador dirija el puño hacia su cuerpo con un empujón hacia arriba.

Retirar el objeto con el dedo
ÚNICAMENTE si la persona lo puede ver



Colocar al bebé boca abajo a lo largo del antebrazo y darle 5 golpes fuertes y rápidos en la espalda con el talón de la mano



Colocar dos dedos en la mitad del esternón del bebé y dar 5 compresiones rápidas hacia abajo





Bibliografia

- AJGP VOL. 47, NO. 10, OCTOBER 2018
- Eur Arch Otorhinolaryngol (2008) 265:971–978
- International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 76S (2012)S12–S19
- International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 132 (2020) 109871
- Ear, Nose & Throat Journal 1–6^a 2019

RESPONSABILIDAD SOLIDARIDAD
LIDERAZGO HUMANISMO RESPETO
HONESTIDAD RESPONSABILIDAD
SOLIDARIDAD LIDERAZGO HONESTIDAD
HUMANISMO
RESPONSABILIDAD
LIDERAZGO HUMANISMO RESPETO
HONESTIDAD RESPONSABILIDAD
SOLIDARIDAD LIDERAZGO HONESTIDAD
HUMANISMO
RESPONSABILIDAD
LIDERAZGO HUMANISMO RESPETO
HONESTIDAD HUMANISMO RESPONSABILIDAD
SOLIDARIDAD LIDERAZGO SOLIDARIDAD
HONESTIDAD

GRACIAS



sANviciente
fundación