

FIGURA 1. Anatomía del pabellón auricular.

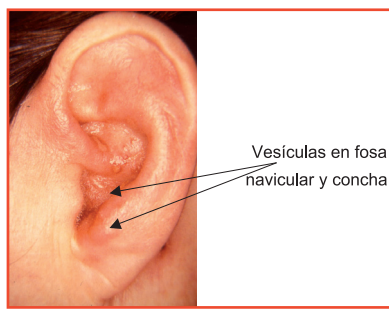


FIGURA 2. Anatomía del pabellón auricular.

TABLA 1

Acumetría

	Hipoacusia de transmisión	Hipoacusia neurosensorial	Audición normal
Rinne	-	+	+
Weber	Al oído patológico	Al oído sano	Centrado

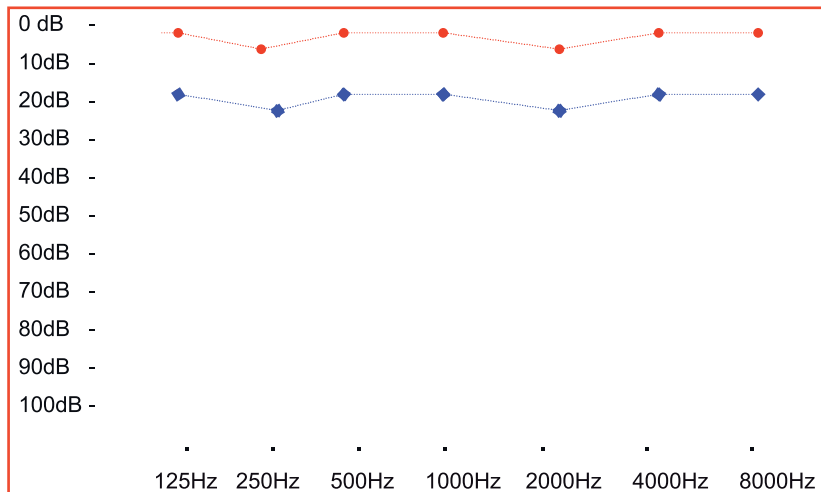


FIGURA 3. Audiometría normal.

HIPOACUSIA DE TRANSMISIÓN

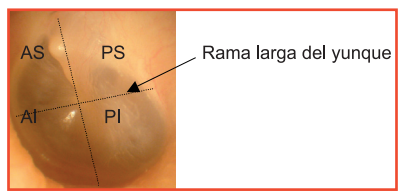
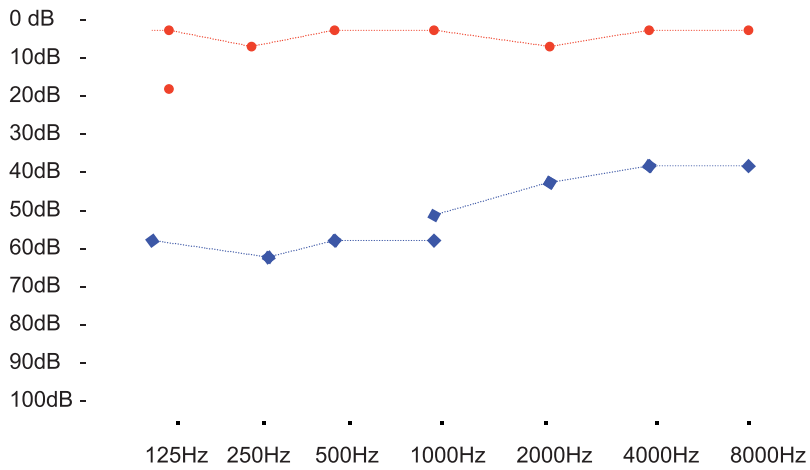


FIGURA 6. Timpano del oído izquierdo normal.

HIPOACUSIA DE PERCEPCIÓN

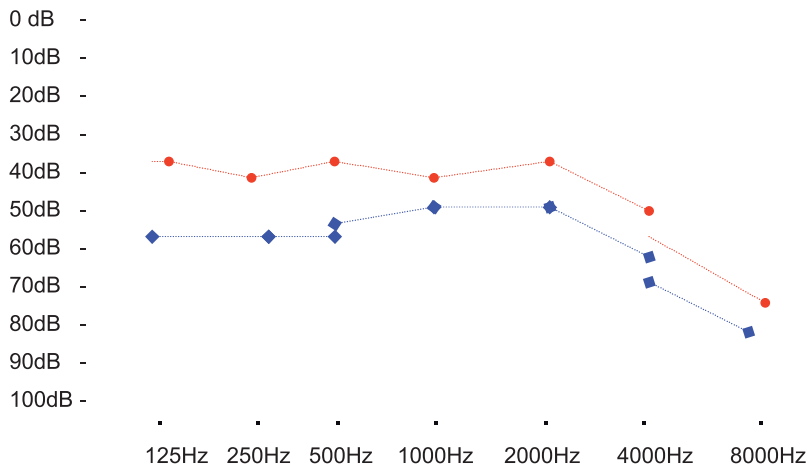


FIGURA 4. Hipoacusia de transmisión y de percepción.

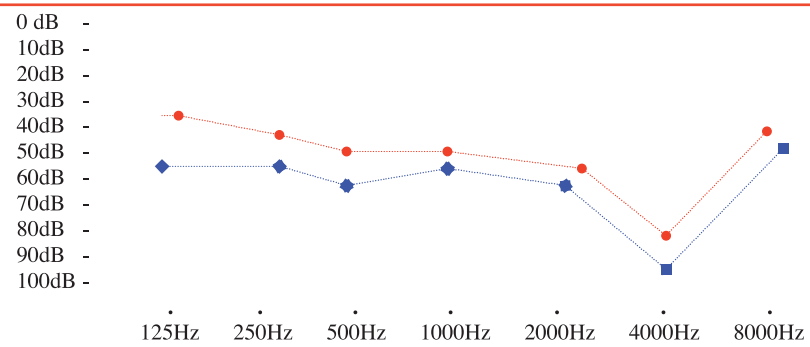


FIGURA 5. Audiometría de un trauma acústico.

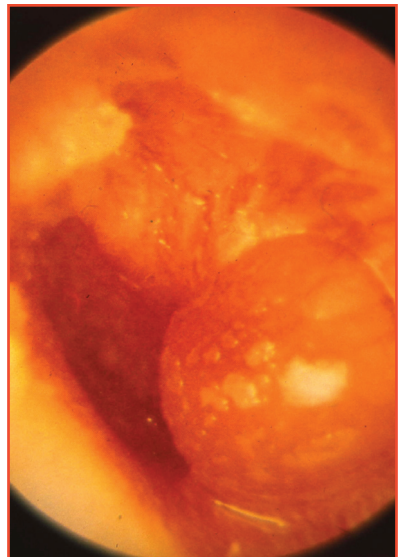
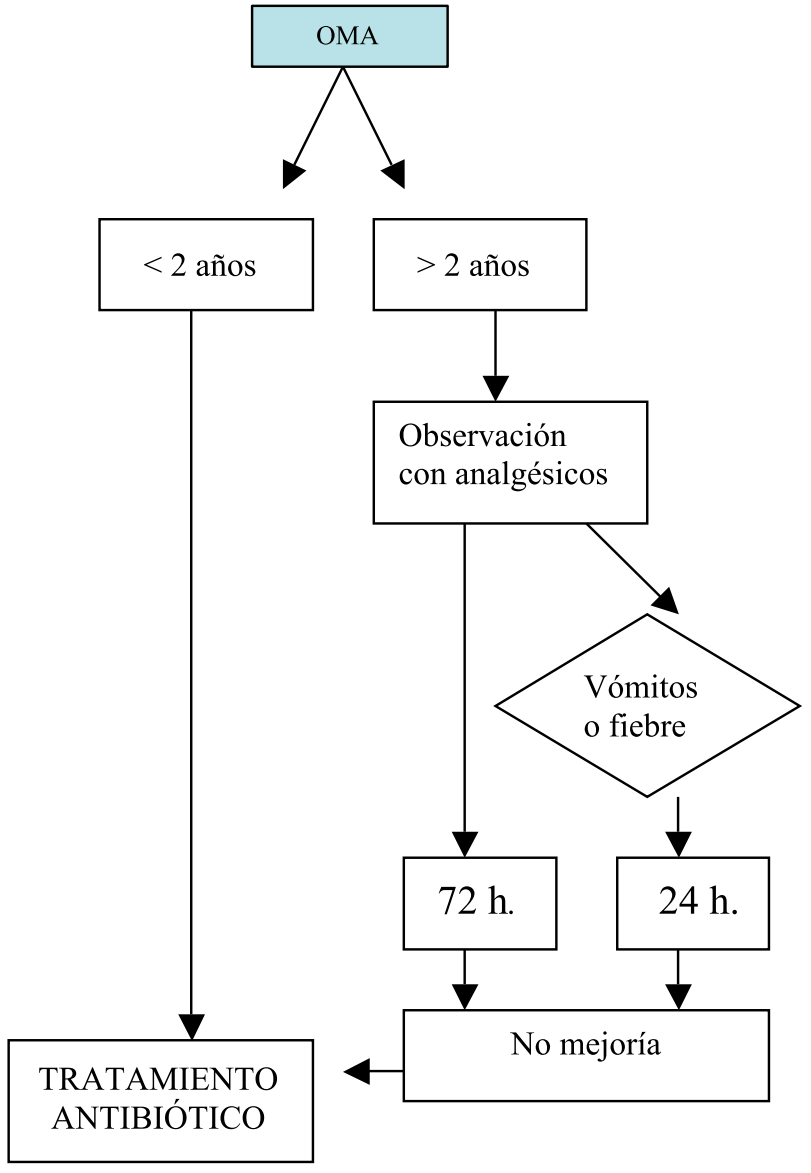


FIGURA 7. Miringitis bullosa.



ALGORITMO 1. Manejo de una otitis media aguda (OMA).

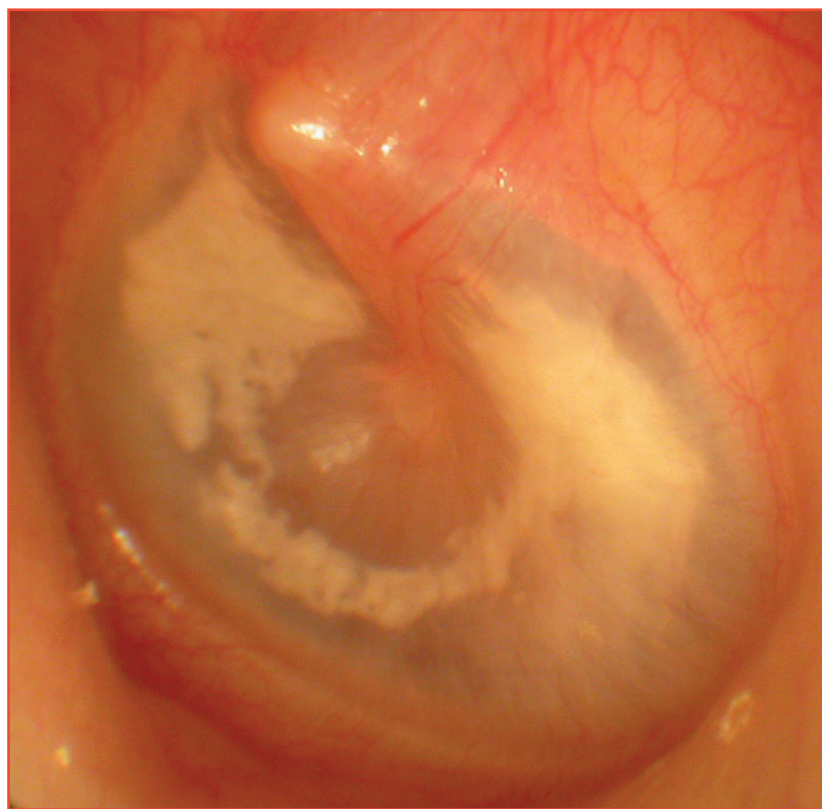


FIGURA 8. Miringoesclerosis.

TABLA 2

Causas de otorrea

Patología de oído externo	Patología de oído medio
Otitis externa circunscrita	Otitis media aguda
Otitis externa difusa	Otitis media crónica simple
Otomicosis	Otitis media crónica colesteatomatosa
Otitis externa agresiva	Otitis media crónica específica (enfermedades granulomatosas)
Patología tumoral	Patología gumoral

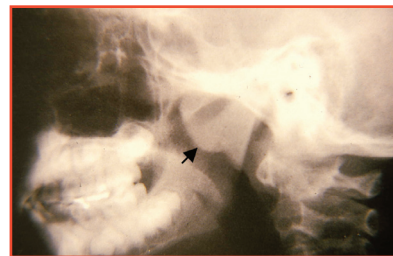


FIGURA 9. Hipertrofia adenoidea.

TABLA 3

Material básico para tratamiento de una epistaxis

- Rinoscopio
- Pinza de bayoneta
- Batea
- Anestésico con adrenalina
- Mechas de algodón.
- Gasa mechada (si es posible de 2 cm de ancho)
- Pomada antibiótica o vaselina.
- Nitrato de plata
- Gasas y compresas.
- Taponamientos nasales
- Sondas nasales de doble balón

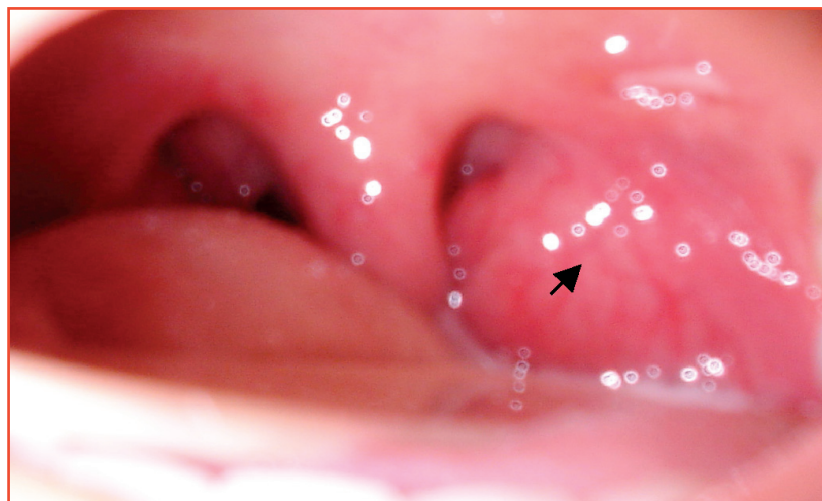


FIGURA 10. Flemón periamogdalino izquierdo.



FIGURA 11. Sonda nasal de doble balón



FIGURA 12. Test de Romberg y de Unterberger.

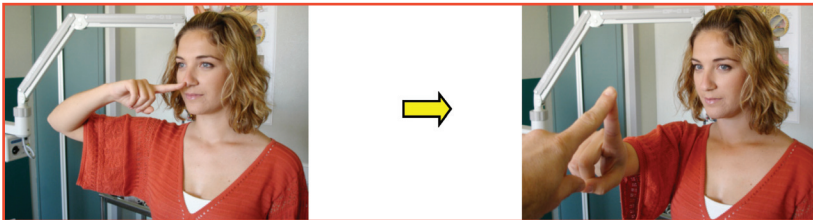


FIGURA 13. Prueba dedo-nariz.

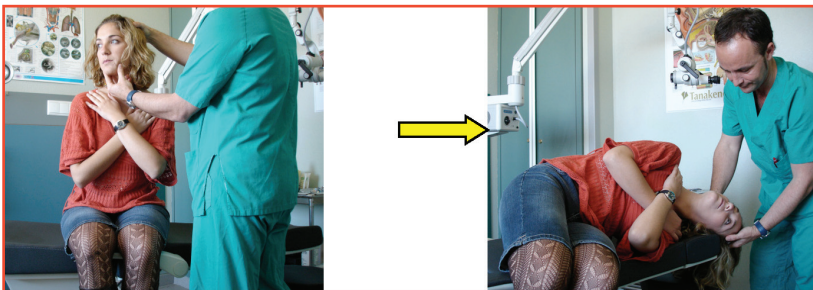


FIGURA 14. Test de decúbito lateral para canal semicircular posterior izquierdo.

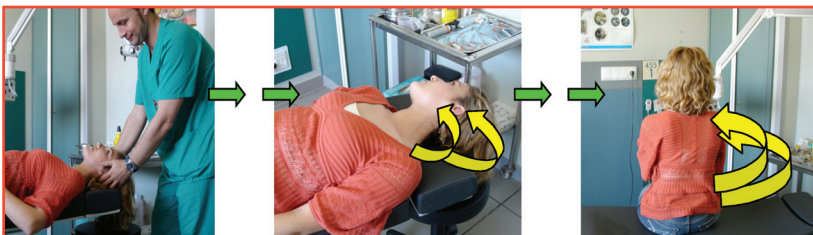


FIGURA 15. Maniobra de reubicación canalicular. VPB del canal posterior izquierdo.



FIGURA 16. Laringoscopia indirecta.

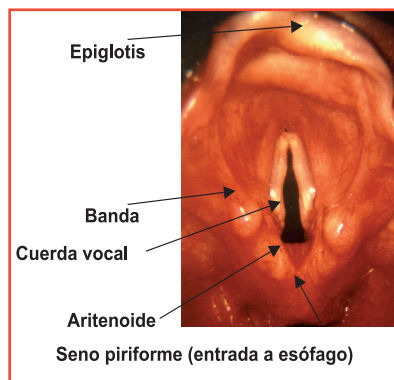


FIGURA 17. Visión de la laringe por laringoscopia indirecta.



FIGURA 18. Colocación de la cánula.

Patología del pabellón auricular

- **Fistula preauricular:** En el borde anterior del hélix. Si se infecta: AINE + antibiótico (AB). Definitivo la cirugía
- **Neumotoma mastoidea:** Drenaje precoz por ORL
- **Hepias y asón:** Vestibulo y CAE. Puede producir parálisis facial. Antivirico oral 1 semana
- **Impétigo ulcerativo:** Por estafilococo o estreptococo. Placas eritematosas, vesiculosas que evolucionan a costras. AB tópico y/o vía oral
- **Erisipela:** Asociada con otitis media externa. Remitir a ORL para tratamiento hospitalario

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

Patología del conducto auditivo externo

- **Forúnculo en el CAE:** inflamación localizada y dolorosa. Antibiótico oral, si fluctúa drenaje
- **Otitis externa bacteriana:** Prurito, hipoacusia de transmisión. Trago (+). Antibiótico tópico
- **Otiomycosis:** *Candida* o *Aspergillus*. Imagen de algodón, otorrea serosa. Antifúngico local
- **Hematoma en el CAE:** No hay que intervenir
- **Hematoma timpánico:** se comprueba la integridad timpánica. Analgésico. Ver evolución

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

Exploración de la audición: Acumetría

	HIPOACUSIA DE TRANSMISIÓN	HIPOACUSIA PERCEPCIÓN	AUDICIÓN NORMAL
RINNE	-	+	+
WEBER	Al oído enfermo	Al oído sano	Centrado

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

1. Patología del pabellón auricular.

2. Patología del conducto auditivo externo.

3. Exploración de la audición: Acumetría.

Patología oído medio

Miringitis bullosa: Otitis catarral. Vesículas serohemáticas tímpano y CAE. Otorragia. Curación espontánea **miringotomía**. Secuela cicatricial calcificada inactiva del tímpano. Placas blanquecinas. No tiene significación patológica

Perforación timpánica: Traumática o secundaria a OMA, suelen cicatrizar espontáneamente

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

Tratamiento de la Otitis Media Aguda

- 70-90% OMA se resuelven sin antibiótico (AB) en 7-14 días
- <2 años: AB siempre
- >2años: Observación
 - 72h
 - 24h: Si fiebre ó vómitos
- De elección: Amoxicilina 40-60 mg/kg/día

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

Patología de Faringe

- **Hipertrofia adenoides:** Vegetaciones Tejido linfoide. Obstruye fosas y trompa Eustaquio. Catarros frecuentes. Ronquido SAOS. Otitis serosa. Respiran por la boca. Malposición dentaria. Diagnóstico: Radiografía de cavum
- **Flemón Periamigdalino:** Asimetría amigdalar. Paladar abombado. Úvula desplazada. Voz de "patata caliente". Fiebre tóxica

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

4. Patología oído medio.

5. Tratamiento de la Otitis Media Aguda.

6. Patología de Faringe.

Fosas nasales

Epistaxis:

- Que se "suene" la nariz para expulsar todos los coágulos
- Gasa de borde de 2 cms ancho + pomada AB. 1'5mts x fosa
- Muy útil: Láminas de Merocel® y Sonda de doble balón
- Introducir el taponamiento pegado al tabique y hacia abajo
- Antibiótico 48h y retirada de taponamiento

Trauma nasal: Descartar hematoma de tabique

Cuerpo extraño: *Neomax unilateral fémur en niño*

Rinitis crónica: Corticoides tópicos. No efectos secundarios

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

Características del vértigo periférico

- **COMPLETO:** Siempre van a aparecer todos los distintos síntomas que le caracterizan en algún momento de cuadro: sensación giro de objetos, náuseas, acúfenos, nistagmo
- **PROPORCIONADO:** A mayor intensidad del vértigo, mayor intensidad del resto de los síntomas
- **ARMÓNICO:** Las desviaciones corporales son bilaterales, igual, afecto y el nistagmo hacia el lado contrario

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

Vértigo paroxístico benigno

- **Diagnóstico:** Maniobra de decubito lateral*



- **Tratamiento:** Maniobra de reubicación canalicular*



*exploración y tratamiento de un VPPB del canal posterior izquierdo

EL MEDICO

semFYC

EL MEDICO

7. Fosas nasales.

8. Características del vértigo periférico.

9. Vértigo paroxístico benigno.