

# URGENCIAS EN LA OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dr. de Prado Facundo.  
MÓDULO II OÍDO.

# CUERPOS EXTRAÑOS EN CAE

Inorgánicos (inmóviles).

Orgánicos (vivos, móviles)

Otodinia.

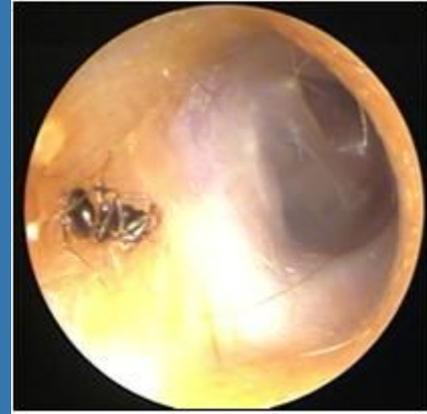
Otorrea,

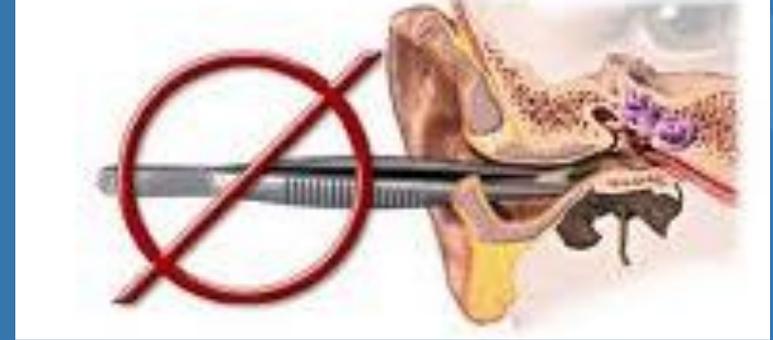
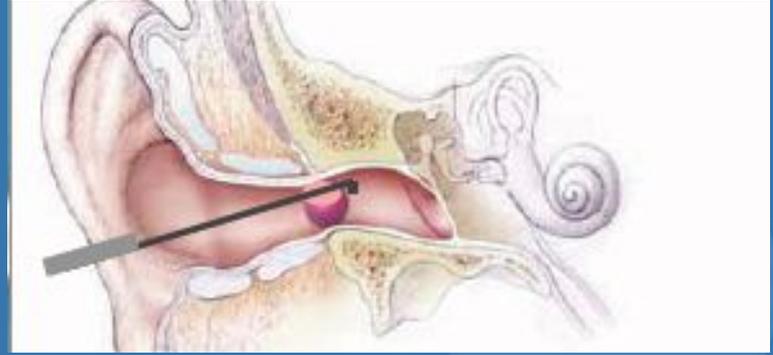
hipoacusia o ruido en caso de insectos.

Dx: Otoscópico

Tto: inmovilización con vaselina líquida o alcohol, extracción mecánica,

En caso de cuerpos orgánicos (semillas) es conveniente deshidratarlos con alcohol.







Algodón



Papel



Ramita

# MIASIS DE OÍDO EXTERNO

Cuando la Mosca ingresa en el CAE y encuentra una herida, desova de 200 a 500 huevos, que eclosionan en 8 a 72 horas.

Tratamiento es extracción de las larvas bajo visión microscópica (derivar).

¿Qué puedo hacer en la APS?

Ivermectina tópica, llenar el CAE.

ivermectina sistémica.



# Afecciones de oído debidas a explosiones.

La explosión provoca dos tipos de fenómenos:

- Fenómenos de presión.
- Fenómenos acústicos.

Al pasar de la forma sólida a la forma gaseosa, el material explosivo aumenta de volumen. Esta transformación produce un brusco y masivo cambio de presión, que se propaga.



# FENÓMENOS ACÚSTICOS

Se considera que se produce traumatismo acústico a partir de 100 dB.

Los niveles de sobrepresión aérea en un perímetro de 2,9 km alrededor del epicentro de la explosión oscilaron entre 0,3 y 100 kPa, superando el umbral de estallido (50 kPa).

Umbrales sonoros que varían entre 144 y 194 dB



# Repercusión otológica de la explosión.

## Oído externo

Se halla especialmente expuesto a la proyección de fragmentos.

Heridas y contusiones del pabellón y del conducto.

Se han descrito casos de colesteatomas multifocales del conducto.

## Qué hacer?

limpieza decontaminación de pabellón.

No intentar extraer fragmentos del CAE si no se tiene visión microscópica o endoscópica.

Vendaje con venda de Cambridge y apósito esteril.



# Oído medio

La onda de choque, provoca el hundimiento brutal del tímpano.

La cadena osicular sufre tensiones suprafisiológicas que ocasionan la rotura del tímpano y lesionan los huesecillos.

Pudiendo dar cuatro estadios lesionales.

1. hiperemia.
2. hemotímpano con derrame retrotimpánico.
3. Perforación timpánica.
4. Lesiones osiculares; Luxación, fracturas del estribo, del yunque y del cuello del martillo.



**Figura 2** *Perforación traumática por estallido.*

# ¿Qué hacer?

Instaurar tratamiento corticoideo sistémico.

Antibioticoterapia, de preferencia sistémica.

Prevenir la entrada de agua o cualquier contaminante.

Derivar al otorrino para una segunda opinión.

Muchas de las perforaciones timpánicas pequeñas, reparan

Si hipoacusia, con tímpano íntegro, y audiometría con gap oseo-aereo, o alteración en diapasones sospechar luxación o fractura... derivación pronta.

## Oído interno.

- Lesiones funcionales, potencialmente reversibles, debidas a la modificación de la composición de la endolinfa.
- Lesiones orgánicas mayores, irreversibles, por arrancamiento total o parcial del órgano de Corti;
- Lesiones asociadas por ruptura de la membrana de la ventana redonda o por dislocación de la platina del estribo, que provocan fístula perilinfática.

# Ahora el verdadero problema... ¿Cómo llega a la consulta el paciente?

- Hipoacusia, conductiva, mixta, neurosensorial.
- Acufenos uni, bilaterales continuos o fluctuantes.
- Otagia.
- Vértigo.
- Hiperacusia.
- Ausencia de síntomas en el instante, pero con sintomatología diferida.

El tratamiento médico de los trastornos neurosensoriales es la corticoterapia, a la que a veces se asocian vasodilatadores.

Existe incidencia de recuperación espontánea de la pérdida neurosensorial.

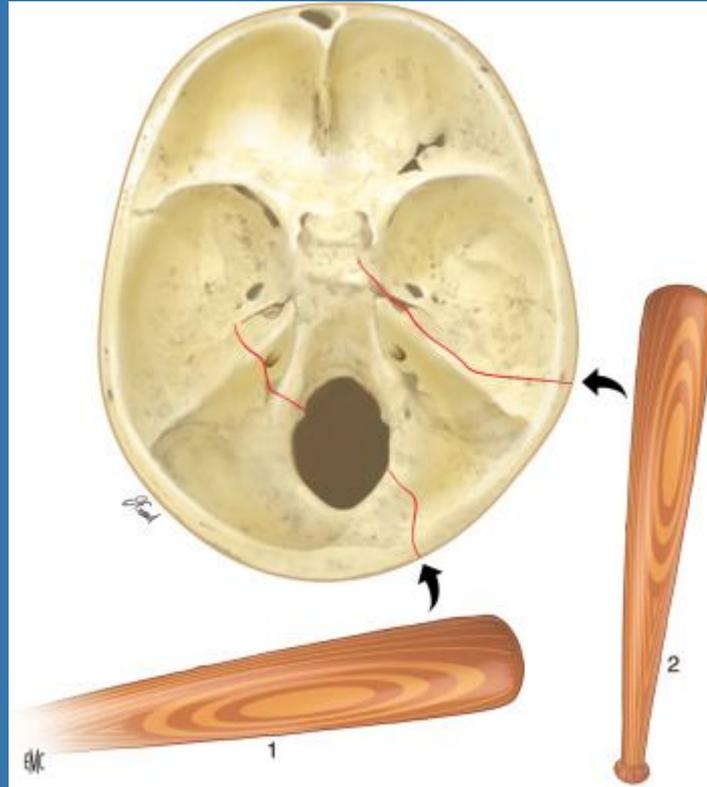
Es poco probable que la audición se recupere después de los 6 meses.

Se recomienda el reposo auditivo.

Ante todo paciente que presente hipoacusia fluctuante o evolutiva, o ante trastornos del equilibrio sugestivo, pensar en fístula perilinfática.

El riesgo aumenta cuando existe lesión osicular (hipoacusia conductiva).

# Fractura temporal



# Fracturas sin compromiso del sensorio o SNC.

La Evaluación es con TC, en ella se evalúa trazo fracturario y estructuras comprometidas.

Tener en cuenta que puede acompañarse de parálisis facial, hipoacusia neurosensorial y vértigo, sospechar lesión del CAI.

Si presenta solo hipoacusia neurosensorial y/o vértigo sospechar lesión de oído interno.

Si sólo presenta hipoacusia conductiva, sospechar lesión de oído medio.

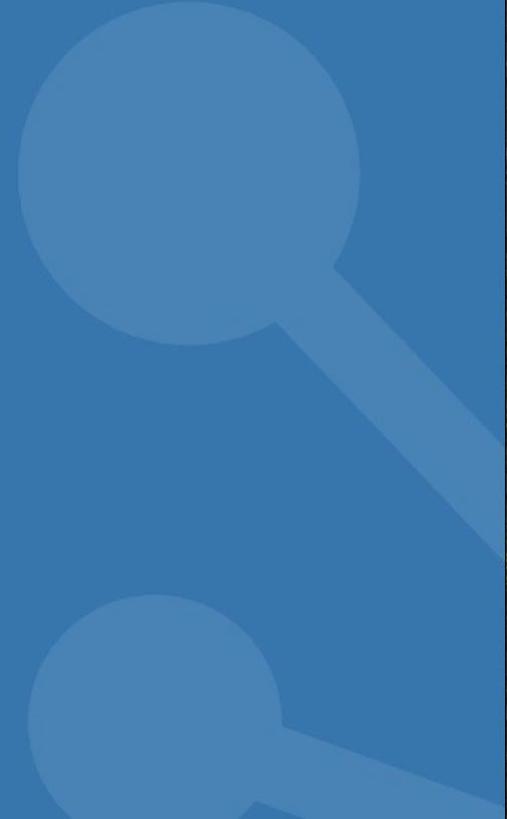
Siempre tener en cuenta el riesgo de fístula.

# Tratamiento?

Reposo.

Corticoterapia.

Valoración por ORL y Audiometría pronta.



# Bibliografía

EMC - Otorrinolaringología, Volume 47, April 2018, Pages 1-12

EMC - Otorrinolaringología Patología general del oído, Fracturas del peñasco

Otorrinolaringología y especialidades Conexas de Vicente Diamante.

Investigación auditiva Volumen 199, Números 1 y 2, enero de 2005 , páginas 111-116 Investigación auditiva Cambio de umbral auditivo temporal de inicio tardío después de un golpe en la cabeza en conejillos de indias.