

# URGENCIAS EN LA OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dr. de Prado Facundo.  
MÓDULO I NARIZ

# Disneas laríngeas.

Disnea inspiratoria

Tiraje, supraesternal, supraclavicular luego intercostal e infraesternal.

Más acentuados descenso inspiratorio de la laringe

Aleteo nasal

Tos crupal (en obstrucciones subglóticas) y cornaje.

Estasis venosa yugular.

Excitación, sudación.

Hiperextensión cefálica (en RN y lactantes).

Cianosis.

Agotamiento respiratorio.

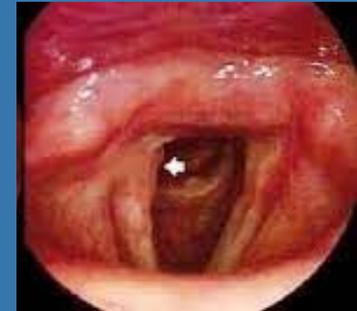
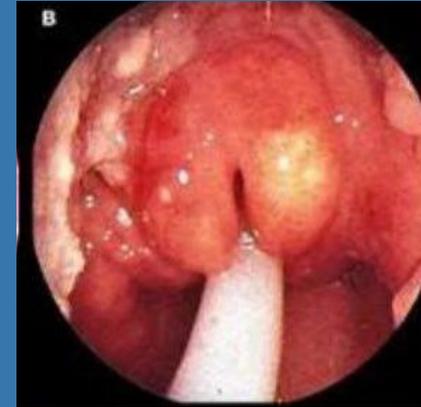
# Que afección laríngea es una urgencia?

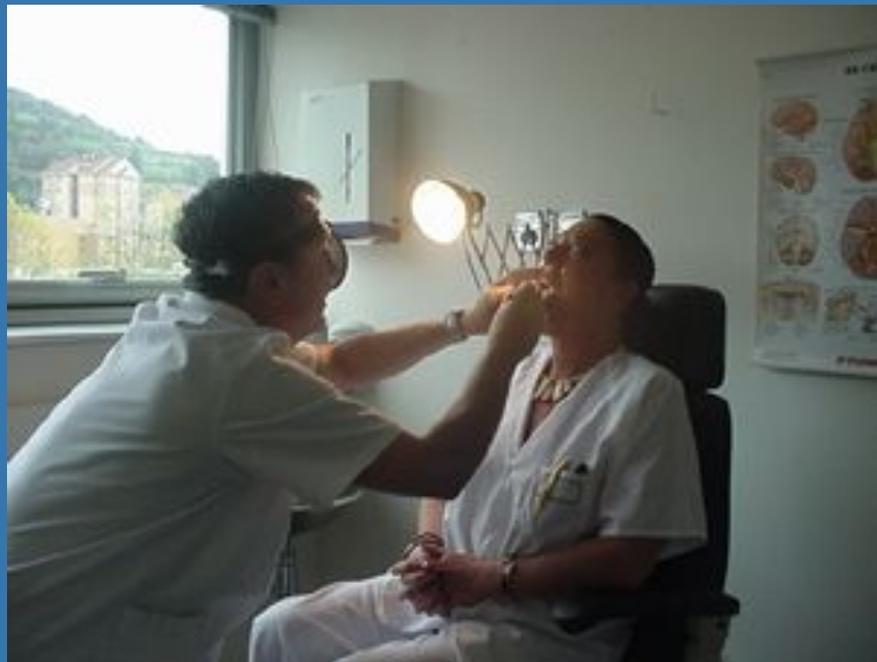
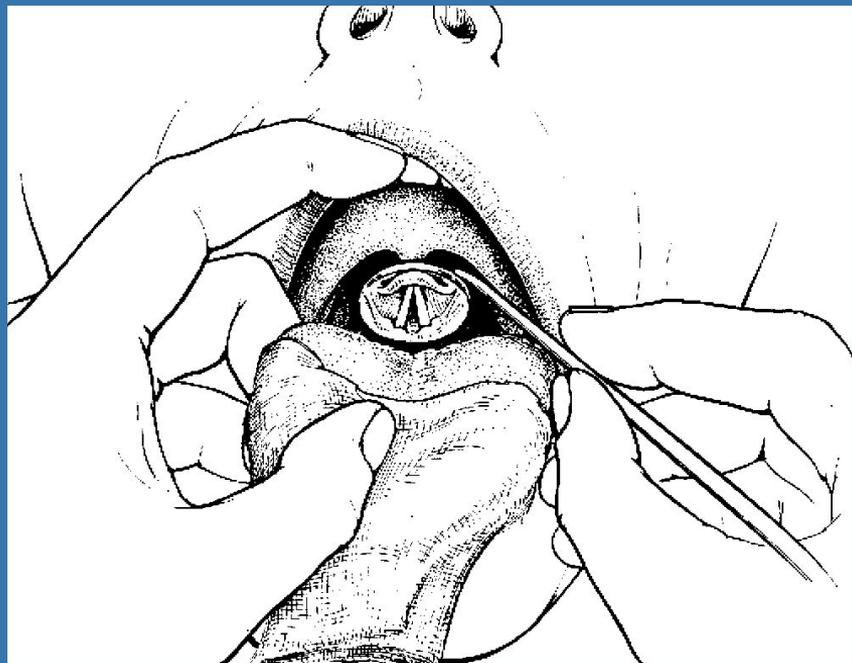
Cuerpos extraños.

Traumas.

Infecciosas supra.

Infecciosas  
infragloticas.







# Disnea por cuerpo extraño en Laringe.

Dx: clínico.

Comfirmación laringoscopia.

Dx diferencial? Lo típico es disnea inspiratoria,

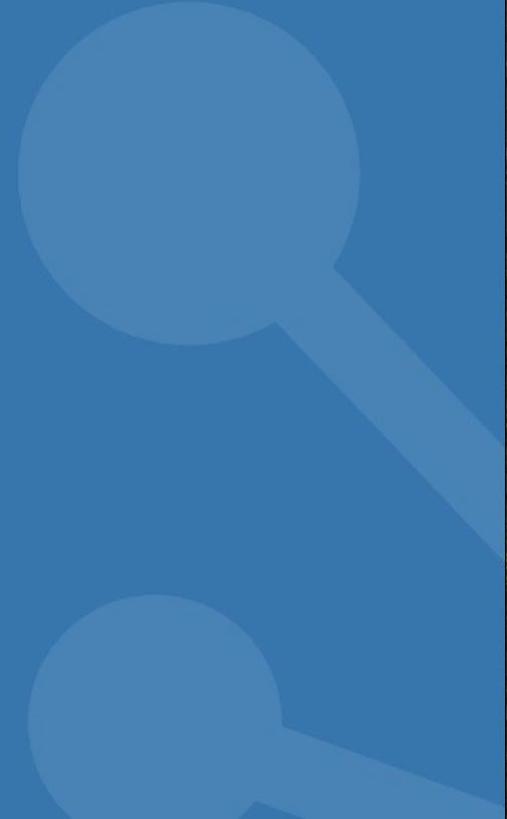
Las obstrucciones respiratorias bajas provocan disnea espiratoria

Tto: de acuerdo a la gravedad y la causa

Intubación traqueal o traqueostomía,

Eventual asistencia respiratoria mecánica.

Extraccion instrumental bajo endoscopía.



# Laringitis Supraglotica.

Enfermedad inflamatoria aguda que afecta epiglotis y tejidos adyacentes (aritenoides y los pliegues).

HAEMOPHILUS INFLUENZAE,

Neumococo, estafilococo y estreptococo B-hemolitico.

Paciente (2 a 8 años)

Fiebre alta, odinofagia, sialorrea.

Posición preferencial (sentado con la cabeza hacia adelante, el cuello alargado y la boca abierta),

Voz apagada, estridor y dificultad respiratoria, con estado toxoinfeccioso y que empeora rápidamente.

# Diagnóstico y advertencias.

Clinico (interrogatorio y exploracion)

Complementarios?

hemocultivo (50-75% son positivos)

Estudio radiologico de la supraglotis (siempre que el estado general del paciente lo permita) en la que se advierte el edema de la zona supraglótica

**ADVERTENCIA:** no manipular la zona faringea por el riesgo de precipitar un laringoespasma, una descarga vagal masiva y un paro cardiorrespiratorio

# TRATAMIENTO

Se internará preferentemente en UTI (por 10 días).

Equipo completo de apoyo cardiorrespiratorio

Evitar el estrés innecesario: no sedar al paciente, no deprimir la lengua.

Asegurar una vía aérea permeable. (intubación 48 a 72hs)

Una vez intubado, cultivo de la zona afectada y hemocultivos.

ATB: Cefalosporina de 2da o 3era (ceftriaxona) 4 a 5 días.

Completar 10 por VO.

Administrar corticoides.

Vacunar ulteriormente con vacuna Anti-haemophilus influenzae.

# LARINGITIS SUBGLOTICA

Inflamación de las cuerdas vocales hasta el borde inferior del cricoides, asociada a inflamación del árbol traqueobronqueal.

**Etiología:** Virus Parainfluenza 1 y 3 en otoño y primavera y virus Influenza A y B en invierno.

# Clínica

Niños de 6 meses a 2 años de edad.

Precedida de una infección de la vía aérea superior leve.

Febrícula, taquipnea, voz ronca, estridor inspiratorio, tos no productiva brusca mientras el niño duerme.

Evolucionan de manera creciente, con agravamiento por la noche.

La mayoría de los casos cura en forma completa sin tratamiento, algunos deben ser hospitalizados y otros intubados

# Diagnóstico y tratamiento.

Clínico.

Duda diagnóstica?

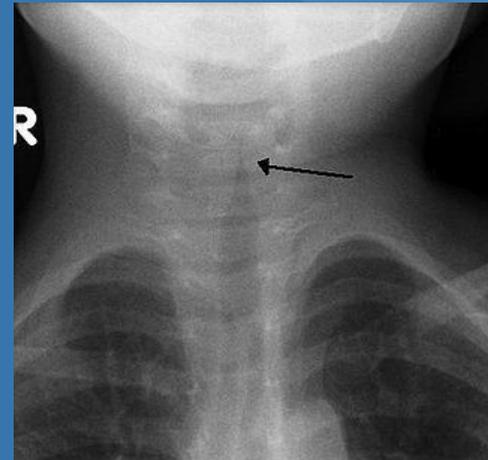
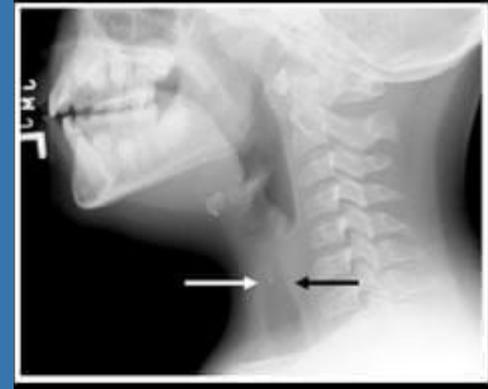
Rx frente perfil de cuello en hiperxtensión.

Criterios de internacion:

Estridor en reposo moderado a grave,

Tiraje moderado a grave.

Cianosis, compromiso del nivel de conciencia,



**Tabla I. Escala de Taussig para valorar la gravedad del crup**

|                 | <b>0</b> | <b>1</b>                 | <b>2</b>                    | <b>3</b>        |
|-----------------|----------|--------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Estridor        | No       | Leve                     | Moderado                    | Intenso/ausente |
| Entrada de aire | Normal   | Leve disminución         | Disminuida                  | Muy disminuida  |
| Color           | Normal   | Normal                   | Normal                      | Cianosis        |
| Retracciones    | No       | Escasas                  | Moderadas                   | Intensas        |
| Conciencia      | Normal   | Agitado si se le molesta | Ansioso y agitado en reposo | Letargia        |

*Leve: <5; Leve-moderado: 5-7; Moderado: 7-8; Grave: >8.*

| PUNTAJE | CLASIFICACION DE GRAVEDAD | CONDUCTA   |
|---------|---------------------------|--|
| <5      | LEVE                      | HUMIDIFICACION Y CORTICOIDES ORALES  |
| 5-6     | LEVE A MODERADA           | OBSERVAR REACCION A LA HUMIDIFICACIÓN Y CORTICOIDES. CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO Y DISTANCIA DEL HOPITAL |
| 7-8     | MODERADA                  | INTERNACIÓN  |
| >8      | GRAVE                     | INTERNAR DE INMEDIATO, PREFERENTEMENTE EN UTI. VALORAR LA POSIBILIDAD DE INTUBACIÓN                        |

Humidificación con medio frío (nebu, el vapor no sirve)

Hidratación oral o parenteral

Corticoides ambulatorios PREDNISONA 1 a 2 mg/kg/día cada 6-8hs durante 48-72hs

En internación dosis inicial (Dexametasona 0,6 a 1,5 mg/kg) o dosis fraccionadas (Dexametasona 0,2 a 0,4 mg/kg/dosis i.v. o i.m c/12hs durante 24-48hs)

ATB: no tienen utilidad

Eventual intubación en el niño con insuficiencia respiratoria

Muchas gracias!

The image features a solid blue background. In the center, the text "Muchas gracias!" is written in a white, sans-serif font. In the bottom right corner, there is a decorative graphic consisting of two light blue speech bubbles. The top bubble is larger and has a tail pointing towards the bottom right. The bottom bubble is smaller and also has a tail pointing towards the bottom right.