

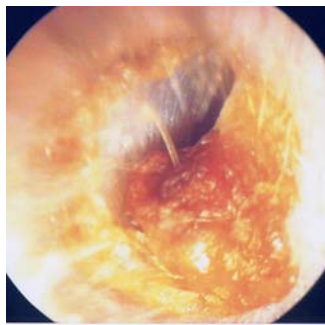
Cuerpos Extraños

Cuerpos Extraños

El hallazgo de CUERPOS EXTRAÑOS en el conducto auditivo externo en los niños es frecuente, y ocasionalmente sorprendente por su naturaleza.

A la presencia de cerumen o la entrada accidental de otros elementos como por ejemplo insectos o restos de algodón de los bastoncillos, se añade la posibilidad de hallar materiales introducidos de forma más o menos inadvertida por el propio paciente.

La clínica dependerá de la naturaleza del cuerpo extraño, pero en niños es muy frecuente que pasen completamente desapercibidos, ya que, aún habiendo ocluido completamente el conducto puede que el niño no nos llame la atención, en ausencia de otras molestias.



El TAPON DE CERUMEN sigue siendo el cuerpo extraño más frecuente también en niños.

Para su extracción atraumática puede recurrirse a la instilación de soluciones ceruminolíticas, seguida de la irrigación del conducto con agua, que puede realizarse por la propia familia.

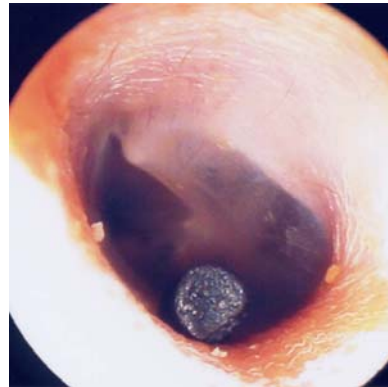
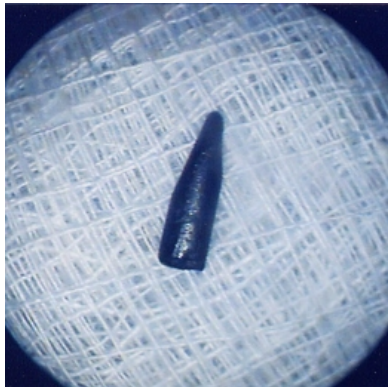
En el paciente pediátrico su limpieza es particularmente difícil en ciertos casos, ya que no siempre contaremos con su colaboración si se requieren maniobras instrumentales, pudiendo ser necesaria su extracción bajo sedación o incluso anestesia en quirófano.

Ahora bien, la agresividad al plantearnos qué maniobras vamos a aconsejar, dependerá del tipo de cuerpo extraño con el que nos encontremos.

Debemos hacer mención especial de las pilas de botón: su extracción debe ser particularmente precoz, ya que su persistencia sobre la piel provoca una reacción electrolítica con necrosis local.

Los cuerpos extraños orgánico, debido a su capacidad de hidratación, también suponen una dificultad añadida ya que a medida que se mantienen en el conducto van incrementando su tamaño.

Niño de 6 años. Clínica de otalgia ocasional punzante al bostezar o sonarse, sin ninguna otra manifestación.



A la exploración presentó una punta de mina de lápiz depositada en la pared inferior del conducto auditivo a una distancia mínima de la membrana de forma que sólo provocaba clínica ante maniobras que movilizaran ampliamente la membrana.

Los cuerpos extraños inorgánicos sólidos pueden intentar extraerse instrumentalmente con sumo cuidado de no producir lesiones en la pared o en la membrana.

En niños mayores puede realizarse bajo control endoscópico o microscópico.

En los más pequeños deben plantearse las mismas maniobras bajo sedación, ya que cualquier movimiento inopinado puede llevar a provocar una lesión indeseable.

Igualmente, en algunos cuerpos extraños, las maniobras de irrigación deben desaconsejarse, ya que pueden conducir a una movilización incontrolada del cuerpo extraño que provocaría más daños que su sola presencia.



Niña de 5 años.

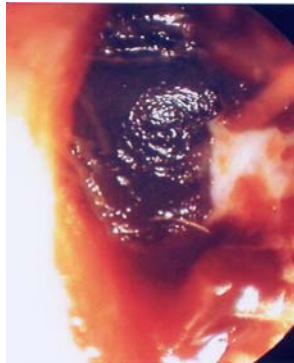
Piedra aislada en pared inferior de conducto auditivo descubierta a raíz de una exploración rutinaria.

No generaba ninguna molestia.

Su movilización puede provocar su caída sobre la membrana timpánica.

Niña de 4 años.

Se asocia un tapón de cerumen a la presencia de un drenaje transtimpánico ya extruido que va siendo eliminado por el crecimiento epidérmico.



Para su tratamiento adecuado puede asociarse una extracción instrumental cuidadosa de drenaje, con una posterior irrigación para el tapón de cerumen.

En los pacientes pediátricos no es rara la asociación de la presencia de un cuerpo extraño con otros elementos dependientes de alguna patología o tratamiento otológicos.

Esto debe tenerse en cuenta por dos motivos:

- La extracción de un cuerpo extraño en presencia de algún elemento necesario debe ser particularmente cuidadosa. Debe poderse extraer el cuerpo extraño respetando estos elementos.
- La presencia de cuerpos extraños puede estar impidiendo la función terapéutica de ciertas prótesis. Es particularmente importante controlar su presencia y solucionarlos tan pronto sea posible.



Niña de 3 años.

Observamos un drenaje transtimpánico migrando por el conducto auditivo rodeado por restos de descamación querática y cerumen.

No es un cuerpo extraño oclusivo, ni está ocasionando ninguna clínica. En este caso, y si puede realizarse un control regular, puede no ser necesaria ninguna maniobra, y esperar que el propio crecimiento epitelial expulse el conjunto



Niña de 7 años.

Portadora de drenaje transtimpánico en T.

Se observan restos de costra hemática en el fondo del conducto auditivo, englobando el drenaje.

Debe poder extraerse el cuerpo extraño, conservando el drenaje, ya que este es necesario para el correcto funcionamiento de la caja timpánica.

Para ello será necesaria una limpieza microscópica bajo sedación.

Otitis Media Aguda

Otitis Media Aguda

La OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) es un proceso infeccioso que afecta a la caja timpánica, que se acompañará de un fenómeno inflamatorio severo de la mucosa de la misma.

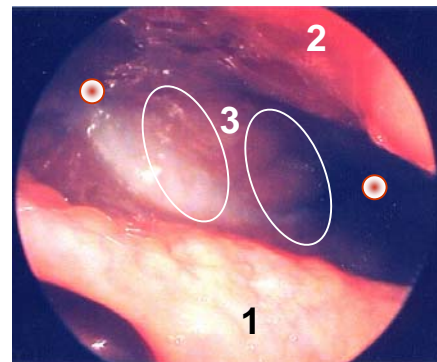
Es una patología particularmente frecuente en la infancia. En estas edades se asocia la frecuencia de procesos catarrales de vías altas, con las peculiaridades anatómicas del área de rinofaringe, y la distinta anatomía de la Trompa de Eustaquio respecto a la del adulto.

Si bien pueden presentarse de forma aislada, las otitis medias agudas suelen ser secundarias a procesos catarrales de vías altas, que favorecen su aparición por dos motivos: el propio proceso inflamatorio de mucosa de vías altas que también afecta a la mucosa de la caja timpánica, induciendo un aumento en la secreción mucosa de la caja, al mismo tiempo que dificulta su drenaje al bloquear la salida de la Trompa por congestión de la mucosa o de las estructuras presentes, como pueden ser unas vegetaciones adenoideas hipertróficas.

Aspecto de la rinofaringe de un paciente de 4 años.

Observamos:

- 1.- Velo del paladar.
- 2.- Pared posterior de la faringe.
- 3.- Amígdala faríngea
(Vegetaciones adenoideas)
ocluyendo completamente la luz de la rinofaringe.

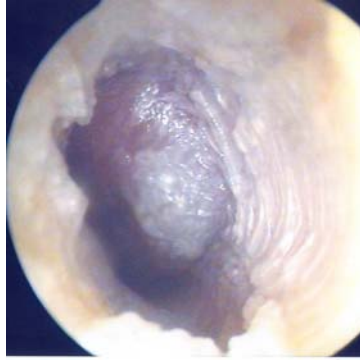


Hemos trazado dos elipses donde correspondería observar las coanas, y dos esferas donde correspondería poder observar los rodetes tubáricos y el orificio de la Trompa de Eustaquio. Todas estas vías se encuentran ocluidas.

Clínicamente suelen presentarse en forma de otalgia intensa, aguda, generalmente asociada a procesos catarrales de vías altas. Sin embargo, en lactantes y niños muy pequeños puede pasar absolutamente desapercibida, hasta manifestarse en forma de otorrea aguda, afebril, tras un periodo de inquietud o malestar indefinidos.

Igualmente una OMA suficientemente severa puede producir una perforación timpánica a cualquier edad, ésta se traducirá en la aparición de secreción, acompañada con frecuencia de restos hemáticos, pero normalmente calmará el dolor. Estaremos ante lo que llamamos OTITIS MEDIA AGUDA SUPURADA.

En la exploración, el abombamiento en la posición y una disminución de movilidad importante con las maniobras de Valsalva son las alteraciones en la otoscopia que más se relacionan con las otitis medias agudas. A ello se unirá un enrojecimiento significativo de la membrana timpánica.



Niña de 18 meses.

La familia consulta por episodio agudo de otorrea con restos hemáticos, descubierta por la madre en la almohada 2 días antes.

La paciente estaba afebril, reconociéndose el antecedente reciente de catarro de vías altas y diarrea mantenida de 7 días de evolución, que cedió al iniciarse la otorrea.

La exploración demuestra un abombamiento timpánico y maceración de la pared de CAE por secreción.

En el tratamiento médico de las otitis medias agudas debemos recordar que:

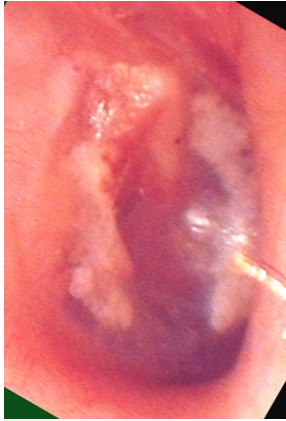
- 1.- Existe un proceso infeccioso agudo, o como mínimo, un acúmulo de secreciones que pueden sobreinfectarse.
- 2.- Ese acúmulo de secreción se encuentra en una cavidad cerrada, con un conducto de ventilación pequeño e inflamado, que además en niños pequeños es más corto y horizontal que en el adulto, favoreciendo aún más el paso de secreciones de vías altas, que se añaden a las propias de la caja timpánica.
- 3.- El propio proceso produce una reacción inflamatoria de la mucosa de la caja, que puede generar más secreción.



Varón de 13 años de edad.

Clínica de otalgia intensa iniciada a las 24 horas de presentar cuadro catarral vírico de vías altas.

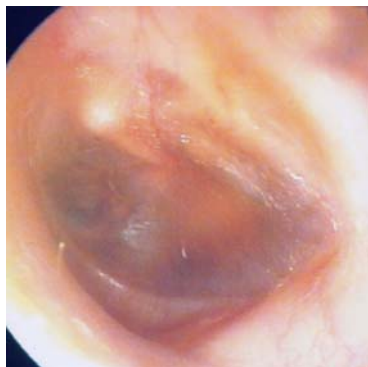
La exploración evidencia un abombamiento de la membrana timpánica, con una opacidad completa, hiperemia, e, incluso, restos hemáticos en la parte inferior de conducto.



*El mismo oído después de tratamiento médico, a los 9 días.
Observamos una membrana que ha vuelto a una posición normal, con un aumento de la transparencia global. Se observa la persistencia de un ligero eritema póstero-superior.
Presenta placas de depósito de calcio, que se han querido relacionar con patología previa, pero que se pueden hallar en oídos sin ningún antecedente.*



*Niña de 7 años.
OMA supurada izquierda.
Opacidad y abombamiento posterior. Area supurativa póstero-superior*



*Mismo caso a los 10 días de tratamiento.
Tímpano en su posición. La imagen ambarina de caja debe sugerir la persistencia de moco en caja.*

En el tratamiento de las otitis medias agudas:

- Será necesario un tratamiento antibiótico oral.
- Es aconsejable la asociación de mucolíticos.
- Es aconsejable la asociación de antihistamínicos.
- Es necesario un tratamiento antiinflamatorio oral.

Recomendaremos evitar la entrada de agua en el oído ya que puede ser dolorosa, aún en ausencia de perforación. Esta medida será necesaria en caso de perforación espontánea o terapéutica.

En casos muy intensos, puede plantearse la práctica de una miringotomía para evitar la perforación espontánea del tímpano, permitir el drenaje de secreción y aliviar el dolor. Con un tratamiento correcto se producirá el cierre espontáneo en la práctica totalidad de los casos.

Si se produce una perforación se mantendrá el mismo tratamiento, evitando taponamientos de oído para permitir el drenaje de la secreción.

*Niño de 2 años.
Abombamiento y eritema importantes.*

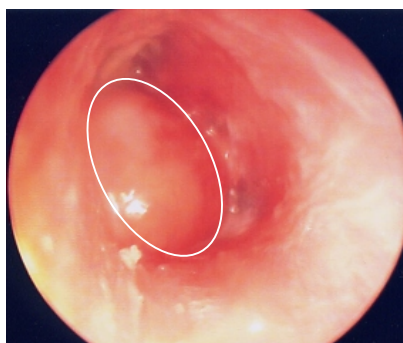


*Niña de 5 años.
Abombamiento severo y opacidad completa.*



La membrana timpánica infantil es muy reactiva, por lo que ocasionalmente pueden verse reacciones muy severas, pero que con un tratamiento correcto también responden con gran rapidez.

Una lesión inflamatoria severa puede ocasionar imágenes que se presten a confusión o a una interpretación difícil.



Niña de 5 años de edad.

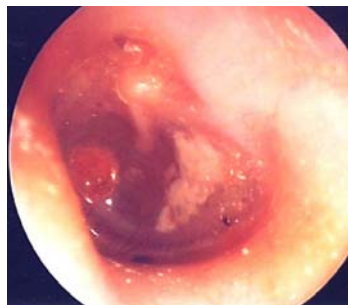
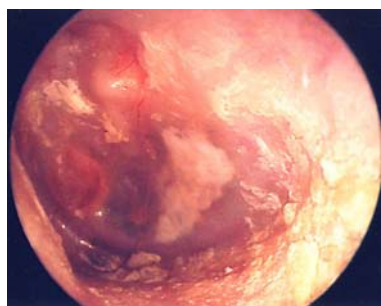
Consulta por clínica de otalgia muy intensa iniciada a los 3 días de haber presentado una otitis media supurada, y haber iniciado tratamiento.

A la exploración se aprecia una lesión que cubre la membrana timpánica.

Se trata de un GRANULOMA de la membrana timpánica (enmarcado en la imagen pequeña).



Al tratamiento de la otitis media se añadió un tratamiento local con gotas combinadas de antibiótico y antiinflamatorio. A los 5 días el granuloma se había reducido casi completamente. Quedan restos de secreción en CAE y la membrana aún presenta aspecto inflamatorio.



A los 15 días solamente queda una pequeña placa de secreción en la zona donde se produjo la perforación timpánica, y donde se inició el granuloma. A las 3 semanas el tímpano prácticamente recupera su posición normal, se ha definido el resto de secreción seca, que será expulsada espontáneamente. Queda un depósito de calcio ya existente previamente.

En casos de otitis media intensos no es raro observar la presencia de restos de moco que han trasudado a través de la membrana timpánica sin llegar a producirse una perforación clara.

Estos restos pueden aparecer posteriormente sobre la membrana o siendo eliminados por la pared del conducto auditivo por el crecimiento epitelial.

*Paciente 15 años.
OMA con resto de moco seco posterior.
No se evidencia perforación.*



*A los 7 días la placa de moco seco ya
inicia su expulsión por el conducto.*

