



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES
PATOLOGÍAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN TRES
CIUDADES DEL PERÚ, 2015**

**PRESENTADA POR
ANGEL ALBERTO MENDOZA AGUIRRE**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES
PATOLOGÍAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN TRES
CIUDADES DEL PERÚ, 2015**

TESIS

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

PRESENTADA POR:

ANGEL ALBERTO MENDOZA AGUIRRE

LIMA – PERÚ

2015

Asesor

Gonzalo Gamio Távora, otorrinolaringólogo y jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora.

Jurado

- **Presidente:** Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP
- **Miembro:** Zoel Aníbal Huatuco Collantes, Doctor en Medicina, docente de la Facultad de Medicina – USMP
- **Miembro:** Manuel Jesús Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP

A mis padres y hermanos

A mi novia



Agradecimientos a:

Gonzalo Gamio Távora, otorrinolaringólogo, por sus sugerencias y aportes.

Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en Salud Pública, por su apoyo en metodología.

Alessandra Karinna Marro Ruíz, licenciada de enfermería, por sus sugerencias y apoyo en la redacción.



ÍNDICE

RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO I	06
MARCO TEÓRICO	06
1.1. Antecedentes de Estudio	06
1.2. Bases Teóricas	15
1.3. Definiciones Conceptuales	53
CAPÍTULO II	55
METODOLOGÍA	55
2.1. Tipo y Diseño de Estudio	55
2.2. Población y Muestra	55
2.3. Técnica e Instrumento de Recolección	55
2.4. Procesamiento y Análisis	55
2.5. Aspectos Éticos	56
CAPÍTULO III	57
RESULTADOS	57
CAPÍTULO IV	62
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
FUENTE DE INFORMACIÓN	66
ANEXO	68

RESUMEN

Objetivo: Conocer el perfil epidemiológico de las principales patologías otorrinolaringológicas en los Hospitales de EsSalud de Tumbes, Huancavelica y Pucallpa.

Metodología: La población estuvo constituida por todos los pacientes asegurados de EsSalud atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología de los Hospitales de Tumbes, Huancavelica y Pucallpa en las campañas especializadas realizadas en los meses de mayo, agosto y noviembre del 2014 respectivamente.

Resultados: De los 545 pacientes se determinó que la edad media fue 37.71 años. Del total 301 pacientes fueron de sexo femenino (55%) y 244 de sexo masculino (45%). El diagnóstico más frecuente fue Hipoacusia con un 27.71% (151 pacientes), 72 pacientes provenían de la Sierra, 54 de la Selva y 25 de la Costa; seguido de Rinitis Alérgica con un 21.10% siendo más frecuente en la Costa; y en tercer lugar estuvieron las Otitis con un 12.66% (69 pacientes) siendo mayoritario en la Costa.

Conclusiones: El conocer las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes, su procedencia y su distribución etaria y de género ayudan a mejorar los protocolos de atención y optimizar el uso de recursos.

Palabras clave: perfil epidemiológico, patología otorrinolaringológica, Essalud

ABSTRACT

Objective: Knowing the epidemiological profile of the main ENT pathologies EsSalud Hospitals Tumbes, Pucallpa and Huancavelica.

Methodology: The population consisted of all EsSalud insured patients treated at the Department of Otolaryngology at the Hospital of Tumbes, Pucallpa Huancavelica and in the specialized campaigns in the months of May, August and November 2014 respectively

Results: Of the 545 patients it was determined that the mean age was 37.71 years. Of the total 301 patients were female (55 %) and 244 male (45 %) sex. The most frequent diagnosis was hearing loss with 27.71 % (151 patients) , 72 patients were from the Sierra de la Selva 54 and 25 of the Costa ; Allergic rhinitis followed with 21.10 % being more frequent in Costa ; and thirdly they were the Otitis with 12.66 % (69 patients) being majority in the Coast.

Conclusions: Knowing the most common ENT diseases, their origin and their gender and age distribution help improve care protocols and optimize the use of resources.

Keywords: Epidemiological profile, pathology, Essalud

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades otorrinolaringológicas tienen una alta prevalencia e incidencia por lo que se necesita una evaluación especializada para poder hacer un adecuado diagnóstico. De lo mencionado, podemos presumir que el especialista en Otorrinolaringología formando parte de la atención primaria aumenta su eficacia y contribuye a diagnosticar y resolver problemas referentes a su especialidad.¹

En España se describe que las patologías infecciosas otorrinolaringológicas son consideradas habitualmente como infecciones respiratorias altas. Dentro de este grupo de patologías se incluyen infecciones que comprometen el oído externo y medio, senos paranasales, faringe, laringe y epiglotis. También se describe que en la población pediátrica estas patologías son muy frecuentes, dentro de los cuales se identifican dentro de los más frecuentes los cuadros de faringoamigdalitis (50%), otitis externa o media (37,8%) y sinusitis (8,7%).²

En Chile se realizaron estudios para identificar la distribución de la patología ambulatoria. Un estudio, publicado por Wess et al, identifica que la patología otológica es el principal motivo de consulta y comprende casi el 50% de todos. Según el tipo de diagnóstico, las principales patologías que requirieron atención por consulta externa fueron otitis media crónica y en segundo lugar infecciones amigdalinas y rinosinusales. Otro estudio publicado por Ulloa et al, referente a actividad intrahospitalaria, analizaron un total de 8.275 egresos hospitalarios y

9.607 cirugías, de lo cual concluyeron que la patología faríngea se presenta con más frecuencia (40%), seguida de patología rinosinusal.³

Estudios en Lima, identifican que las patologías otorrinolaringológicas son muy frecuentes, constituyendo así un 49% de todas las consultas de medicina general, diferenciándose de otras enfermedades correspondientes a otras especialidades médicas con un porcentaje mucho menor. Dentro de los diagnósticos otorrinolaringológicos, se describen que las patologías más frecuentes fueron: rinfaringitis aguda (33%), faringitis aguda (29.4%) y amigdalitis aguda (29.2%). Se observa que estos resultados guardan relación con datos obtenidos en El Salvador, en donde se describen también, que dichas patologías son las principales causas que motivan la necesidad de acudir a un establecimiento de salud en busca de ayuda. Así mismo, dichos datos epidemiológicos también son similares a los encontrados en Estados Unidos, donde se describe que de un total de 174 por cada mil atenciones por enfermedades agudas, 85.2 por mil corresponden a infecciones respiratorias agudas.⁴

Dado que en nuestro país existe una alta prevalencia de enfermedades otorrinolaringológicas, se realizó el presente estudio mediante el cual se determinó el perfil epidemiológico en tres importantes ciudades del Perú que abarcan Costa, Sierra y Selva.

Esta investigación es de gran ayuda para los servicios de Otorrinolaringología de los hospitales incluidos en el presente estudio, porque sus aportes dieron a conocer el perfil epidemiológico de las principales patologías otorrinolaringológicas.

Es conveniente para la sociedad, porque dio a conocer cuán frecuentes son las distintas patologías otorrinolaringológicas y sus características.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

En el año 2002 en España, Mir N. et al, desarrolló la investigación titulada: ¿Qué papel tiene la otorrinolaringología en la Asistencia primaria? Un análisis de variación en áreas Concretas. El objetivo fue determinar las diferencias en la derivación hospitalaria entre dos sistemas de asistencia primaria que comprendían uno con y otro sin médico especialista en otorrinolaringología. El estudio realizado en la comarca de Osona (Barcelona) fue de tipo cohorte histórico, para lo cual se utilizó el análisis estadístico de áreas concretas. Se estudiaron las derivaciones a un hospital de referencia único, los pacientes provenientes de dos redes de asistencia primaria, una que cuenta con otorrinolaringólogo y otra sin dicho especialista. Se analizaron las diferencias de morbilidad, seguimiento y variables demográficas de las primeras atenciones realizadas en el consultorio de otorrinolaringología en el hospital de referencia. Se describe que el centro que no cuenta con otorrinolaringólogo deriva más pacientes con patologías otorrinolaringológicas en relación al otro centro que si cuenta con el especialista. Finalmente se concluye que la presencia de médicos especialistas en otorrinolaringología en los centros de asistencia primaria incrementa el porcentaje de patologías otorrinolaringológicas resueltas fuera del hospital de referencia y disminuye el número de derivaciones.¹

En el año 2009 en Chile, Ruz S. et al, desarrolló la investigación titulada: Análisis epidemiológico de la patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital San Juan de Dios. El objetivo fue determinar la frecuencia de consultas para poder así crear programas de formación continua. El estudio fue de tipo retrospectivo, en el cual se analizaron durante el año 2006 los registros de atención ambulatoria del Hospital San Juan de Dios. Encontraron que el 50% de todas las consultas correspondía a patologías otológicas, de estas, la más frecuente fue la otitis media crónica, y en segundo lugar la patología adenoamigdaliana y rinitis. Finalmente concluyeron que la patología de tipo infecciosa ha sido desplazada por la patología inflamatoria crónica.³

En el año 2003 en Perú, Díaz L. et al, realizó la investigación titulada Frecuencia de diagnósticos de la especialidad de otorrinolaringología en el consultorio de medicina general en un centro de salud. Cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de las principales patologías en la consulta de medicina general, de acuerdo a la especialidad haciendo énfasis en los diagnósticos otorrinolaringológicos. Fue un estudio de tipo descriptivo transversal, en el cual se identificaron los principales diagnósticos de acuerdo a su frecuencia y especialidad, los pacientes fueron atendidos en el área de consulta externa de medicina general en el período comprendido entre junio y setiembre del año 2002. Los diagnósticos se clasificaron usando el Código Internacional de Enfermedades versión 10. En el período indicado se realizaron un total de 2116 consultas, identificando 2499 diagnósticos. De todos los pacientes se halló la edad promedio que fue $29.85 \pm$

17.11 años, de los cuales 40% fueron varones y 60% mujeres. Así mismo se identificó que de todos los diagnósticos realizados, el 49% corresponden a patologías otorrinolaringológicas, 8.8% patologías gastrointestinales, 7.6% enfermedades neumológicas, 6.8% patologías reumatológicas y 6.5% a enfermedades infecciosas generales. Entre las patologías otorrinolaringológicas encontradas se describen 33% de casos de rinofaringitis aguda, 29.4% corresponden a faringitis aguda y 29.2% son amigdalitis aguda. La conclusión de este estudio denota que las patologías otorrinolaringológicas constituyen la primera causa de consulta en el servicio de medicina general en un centro de salud de la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú. Lo antes mencionado podría ser extrapolado a otros centros de atención primaria, por tal motivo debería brindarse mayor atención en la formación médica referente a la especialidad de otorrinolaringología.⁴

En el año 2013 en Brasil, Cruz J. et al, realizó la investigación titulada: Profile of Otorhinolaryngology emergency unit care in a high complexity public hospital. El objetivo fue evaluar las características epidemiológicas de la atención en la sala de emergencias de Otorrinolaringología en un hospital de alta complejidad en un periodo de 12 meses. El estudio fue de tipo transversal, retrospectivo con recolección de datos realizada a partir de los registros de Otorrinolaringología del servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad en la ciudad de São Paulo, en un período de un año. Se recogieron los datos: edad, sexo, diagnóstico clínico y la conducta. Las secciones se dividen en especialidades: Otología,

Rinología, faringolaringoestomatología y cirugía de cabeza y cuello. Nivel de urgencia / emergencia, etiología y se evaluó la distribución mensual de visitas. Obtuvieron 17.503 fichas servicio, 1.863 fueron excluidos. De las 15.640 fichas incluidas, la edad media fue de 36,3 años. 9.818 (62,77%) correspondieron a los cuidados que se consideran urgentes / de emergencia. Entre las urgencias / emergencias, 6.422 (65,41%) fueron para diagnósticos en otología y entre las 10 más frecuentes el diagnóstico, siete eran la subespecialidad de la otología. Concluyen que entre la atención en la sala de emergencias de Otorrinolaringología, 62,77% son casos urgente / de emergencia, sobre todo en la subespecialidad de la otología.⁵

En el año 2011 en Chile, Seymour C. et al, realizaron el estudio: Patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cuyo objetivo fue determinar las características principales de las patologías ambulatorias encontradas en el Policlínico de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el año 2008. Dicho estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo, obteniendo y analizando datos demográficos, diagnósticos encontrados y distribución según localización. Fueron en total 9157 pacientes, cuya edad promedio fue de 34,9 años, de los cuales 45% fueron varones. Se identificó que un tercio del total de atenciones se presentaron en las estaciones de verano y primavera. Del total la patología otológica fue la más frecuente (38%), seguida de patología nasosinusal (27%), faríngea (10%) y laríngea (10%). Los dos diagnósticos más frecuentes fueron Hipoacusia y rinitis

alérgica con un 10% cada uno, seguida de otras. Finalmente se concluye que el conocer las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes y su distribución etaria favorecen una mejor organización y uso de recursos.⁶

En el año 2011 en Brasil, Lobo P. et al, realizó el estudio titulado: Clinic-epidemiological analysis of an Otorhinolaryngology Emergency Unit Care in a Tertiary Hospital. El objetivo fue evaluar los factores clínicos y epidemiológicos relacionada con las enfermedades otorrinolaringológicas identificadas en los pacientes evaluados en la sala de emergencias de un hospital terciario y evaluar la adecuación del nivel de atención de la salud en relación con asistencia médica prestados en un hospital de tercer nivel. Fue un estudio analítico donde se evaluaron: edad, sexo, diagnóstico clínico y la hora de llegada. Los eventos se dividieron en otología, rinología, faringolaringoestomatología y cirugía de cabeza y cuello. Los eventos fueron evaluados por el nivel de urgencia requerido y el tiempo de llegada. Se recogieron 26.584 guías llamadas y se excluyen 2001. 54,48% eran mujeres y (45,51%) hombres. Problemas otológicos son los más prevalentes (62,27%). Emergencias se consideraron 61,26% de cuidado; sólo el 9,7% de asistencia promedio requirió recursos de alta complejidad. Se concluye que el 61,26% de las enfermedades otorrinolaringológicas atendido en la sala de emergencias tienen carácter urgente, y que sólo el 9,7% de las necesidades requiere de recursos de alta complejidad.⁷

En el año 2011 en Chile, Aróstica L. et al realizó el estudio titulado: Epidemiología de la patología otorrinolaringológica ambulatoria y quirúrgica en población mayor de 65 años. El objetivo fue identificar el diagnóstico ambulatorio otorrinolaringológico en la población mayor de 65 años de edad en la atención por consultorio externo de otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el año 2009. Fue un estudio descriptivo transversal retrospectivo. El diagnóstico otorrinolaringológico fue rescatado de los archivos clínicos. Grupos anatómico-funcionales, el diagnóstico y el sexo específico fueron tabulados. Un paciente podría tener más de un diagnóstico. Se realizó un análisis estadístico STATA. Se obtuvo 148 ancianos (204 diagnósticos) consultado durante el año 2009, la edad media de $74,08 \pm 6,87$ años, 65,54% mujeres. La mayor parte de grupos fueron la vestibular-auditiva (65,20%), naso-sinusal (17,64%) y faringolaríngea (8,33%). El diagnóstico específico más frecuente fue presbiacusia (21,08%), cerumen impactado (13,73%), rinitis alérgica (8,33%) y vértigo (6,37%). No se encontraron diferencias significativas entre sexos en cualquier diagnóstico. Se identificó que existe una alta frecuencia de presbiacusia, y llama la atención la frecuencia de cerumen impactado y rinitis alérgica que desplaza a otras patologías esperadas. Se concluye que los resultados proporcionan una nueva información epidemiológica chilena de las patologías otorrinolaringológicas ambulatorias y quirúrgicas.⁸

En el año 2007 en China, Xue T., realizó una investigación titulada: Retrospective analysis of 1062 cases consulted by an otolaryngology chief resident. Su objetivo fue describir los patrones de práctica de consulta de un jefe de residentes de otorrinolaringología en China. Fue un estudio retrospectivo donde se consultó a un total de 1.062 nuevos pacientes durante un período de 10 meses de residencia en otorrinolaringología, incluida la consulta de emergencia para 467 casos (43,97%) y las consultas de rutina para 595 casos (56,03%). El jefe de residentes consultó a un promedio de 28 pacientes nuevos por semana. El diagnóstico más común para una consulta de emergencia fue epistaxis (279 casos, 59,72% de las consultas de emergencia), que se caracteriza por alteraciones de la coagulación sanguínea, hipertensión, insuficiencia renal o insuficiencia hepática, factores iatrogénicos. La segunda causa fue la obstrucción de la laringe y la traqueotomía (113 casos, 24,19% de las consultas de emergencia). Hubo 43 casos con cuerpo extraño en bronquios. Para la consulta de rutina en medicina interna general, rinitis crónica y sinusitis (169 casos) fue el trastorno más común, seguido de la faringitis crónica, aguda o amigdalitis crónica. En conclusión la consulta es una práctica clínica inimitable y un desafío para los residentes de otorrinolaringología. Los jefes de los residentes deben estar preparados para la práctica de consulta. La acumulación de datos relacionados de la consulta es necesaria y útil para los jefes de residentes.⁹

En el año 2007 en Brasil, Marques A. et al, llevaron a cabo un estudio titulado: *Pediatric Otolaryngology at the public health system of a city in Southeastern Brazil*. Con el objetivo de evaluar la adecuada referencia de atención primaria a la secundaria en otorrinolaringología pediátrica. En total se evaluó a 408 pre-escolares (5 años en promedio), y se obtuvo como resultado, 214 (52,5%) varones, el tiempo de espera promedio para cita fue de 3,7 meses. Los diagnósticos en la atención primaria y la atención secundaria fueron respectivamente: otitis (44%, 49%), las amígdalas / adenoides hipertrofia (22%, 33%), amigdalitis (18%, 23%), sinusitis (13%, 21%), alérgica rinitis (3%, 33%). El análisis de concordancia de Kappa fue de 0,15 para la otitis con derrame, 0.35 para la otitis recurrente, 0.04 para hipertrofia amigdalar y de adenoides, 0.43 para la amigdalitis, 0.05 para la rinitis alérgica, y 0.2 para la sinusitis. Los diagnósticos que en atención primaria se refieren a la atención secundaria definida por el médico de familia o pediatra para evaluar al niño eran concordantes. Concluyendo que las inadecuadas derivaciones de la atención primaria a la secundaria en otorrinolaringología fue expresado por el largo tiempo de espera para las citas y por el bajo acuerdo entre los diagnósticos en diferentes niveles de la atención de los mismos pacientes. La atención primaria de salud podría ser más eficiente si los profesionales estuvieran mejor calificados en la especialidad de Otorrinolaringología.¹⁰

En el año 2007 en Chile, Béjar M. et al, realizaron una investigación titulada: Mortalidad nacional en otorrinolaringología, donde el objetivo fue describir como las patologías otorrinolaringológicas influyen en las tasas de mortalidad y así poder comparar los resultados con otras investigaciones. Fue un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo. Se obtuvo como resultado un promedio de mortalidad de 7.34 por 100000 habitantes debido a patologías otorrinolaringológicas, lo que demuestra una tendencia a disminuir dicha cifra en un 53% en los años estudiados que va desde 1991 hasta 1999. Lo antes mencionado se explica por la disminución en la tasa de mortalidad debido a cuerpo extraño en la vía aérea; no obstante, esta patología continúa siendo la causa principal de mortalidad en la especialidad de otorrinolaringología, constituyendo la segunda causa el cáncer de laringe. Así mismo se identifica una consistente disminución de mortalidad a causa de otitis media supurativa, lo cual se explica porque ahora es más fácil acceder a los servicios de salud por parte de la población.¹¹

En el año 2000 en México, Flores K. et al, realizaron el estudio titulado: Padecimientos más comunes referidos del Departamento de Urgencias Médicas al Departamento de Otorrinolaringología en el Hospital General .Dr. Manuel Gea González. Con el objetivo de conocer cuáles son las patologías más frecuentes que son referidas en un periodo de 4 años. Utilizaron parámetros de medición como sexo, edad, tipo de urgencia, tiempo de evolución del padecimiento, diagnóstico de Urgencias, diagnóstico otorrinolaringológico de Urgencias,

diagnóstico otorrinolaringológico definitivo. Los diagnósticos más frecuentes encontrados fueron infecciones de vías respiratorias superiores, principalmente faringitis y otitis, trauma nasal y facial, epistaxis, infecciones de los espacios profundos del cuello, tapon ceruminoso y otros cuerpos extraños; llegando a la conclusión que el presente es el primer trabajo que describe los diagnósticos de urgencia otorrinolaringológica, especificando sus porcentajes de presentación, severidad y frecuencia.¹²

1.2 Bases teóricas

Se define a las patologías otorrinolaringológicas, a todas aquellas enfermedades de cualquier etiología que comprometan el oído, nariz, faringe y/o laringe. En el Perú la cantidad de pacientes con este tipo de enfermedades va en aumento, principalmente las patologías otológicas.

A continuación se describirán las principales patologías:

A) PATOLOGÍAS DEL OÍDO

a) PATOLOGIA DEL OIDO EXTERNO

Patología inflamatoria

- **Pericondritis del pabellón auricular:** la infección del espacio subpericóndrico es originada por distintas causas, entre las que se consideran aquellas de

origen traumático, quemaduras, otohematomas infectados, congelación, heridas quirúrgicas, entre otras. Los primeros signos incluyen eritema y edema del pabellón, para luego formarse abscesos subpericóndricos, los cuales pueden causar necrosis del cartílago, en el que puede aparecer el signo “oreja en coliflor”. El tratamiento debe instaurarse lo más pronto posible, con antibióticos que también cubran *Pseudomona aeruginosa*, tales como ciprofloxacino o aminoglucósidos, además del drenaje del absceso seguido de vendaje compresivo.

- **Erisipela:** esta patología comprende dermoepidermitis del pabellón auricular así como del área preauricular. Se observa eritema, calor local y edema con bordes elevados, cursa también con presencia de adenopatías periféricas, fiebre y malestar general. Generalmente el ingreso de gérmenes es por heridas en la piel. Los gérmenes implicados son estreptococos del grupo A y *S. aureus*. El tratamiento incluye vancomicina.
- **Zóster ótico (síndrome de Ramsay Hunt):** esta es una infección producida por el virus varicela zóster y que afecta el nervio facial, se caracteriza por la aparición de vesículas cutáneas en la concha auricular, conducto auditivo externo y membrana timpánica. Si es que la infección avanza aparecerá parálisis facial, otalgia y afectación del VIII par craneal (vértigo e hipoacusia).

- **Otitis Externa:**

Definición: Proceso inflamatorio de la piel del oído externo, usualmente del conducto auditivo externo (CAE) y de origen bacteriano, con ocasional afectación

de las partes blandas subyacentes. Se considera una patología dermatológica en un sitio otológico.

Epidemiología:

- Se estima en 3 a 10% de la población general.
- Aumenta la incidencia en clima húmedo y caliente, especialmente en los que mantienen contacto con el agua (nadadores), quienes presentan cinco veces más riesgo de desarrollar otitis externa.

Fisiopatología:

La infección y cuadro clínico están condicionados por las características regionales de la piel del CAE, que en el tercio externo es más gruesa y tiene glándulas sebáceas y apócrinas, el resto de ella es más delgada y se halla en contacto con el periostio subyacente, ricamente vascularizado y muy sensible, razón por la cual se genera bastante dolor.

Los factores de protección en esta área húmeda y oscura son: integridad de la piel, producción de cerumen, flora bacteriana, el pH ácido y la inmunidad general.

Mediado embriológicamente, la piel del CAE tiene un mecanismo de descamación y autolimpieza que toma de 6 – 12 semanas con algunas peculiaridades del adosamiento de la piel al folículo piloso. La obstrucción del drenaje de glándulas sebáceas hacia el folículo piloso y de este al CAE (>1/3 externo), como respuesta inflamatoria al incremento de temperatura y humedad ambiental en la mayoría de casos, son el principal factor en la patogénia de la otitis externa.

El uso de hisopos, en niños especialmente, puede desplazar la cera interior, formándose tapones compactos contra la membrana timpánica que, además, hacen difícil este grupo etario y descartar OMA.

Los pacientes inmunosuprimidos pueden desarrollar otitis externa recurrente, incluso formas severas de pronóstico muy reservado (otitis externa maligna, descrita inicialmente en diabéticos descompensados, añosos).

Clasificación según su localización:

- Otitis externa circunscrita: infección del folículo piloso en 1/3 externo del CAE (furunculosis).
- Otitis externa difusa: facilitada por el ingreso de agua en el CAE, se observa también pacientes con OMS supurativa.

Microbiología:

- OE circunscrita (furunculosis), predomina *Staphylococcus aureus*.
- OE difusa: la bacteria aislada más frecuente es *Pseudomona aeruginosa* (51.2% Moacyr Saffer-2007), que vive en lugares húmedos por encima de 30°C, se desarrolla en la superficie de piscinas y el cloruro afecta muy poco su proliferación. Pocas veces causa infección de la piel en personas sanas, aunque la piel del CAE es una excepción; puede formar un biofilm que hace difícil su remoción mecánica y aumenta la resistencia a los antibióticos, justificando su uso tópico de preferencia. Otros gérmenes más frecuente son *Proteus sp* y otras enterobacterias.

Criterios de diagnóstico

- Clínico: Dolor, usualmente intenso, que se incrementa al movilizar el pabellón, abrir la boca, masticar. Observar en niños menores de 2 años, pues no localizan bien el dolor. Se asocia a disminución auditiva y otorrea.
- Otoscopia: Edema y enrojecimiento del CAE progresivo, hasta quedar completamente obstruido en los casos severos, dificultando el examen. En caso de otorrea determinar si ésta proviene del oído medio. Las secreciones del oído medio son más densas, filantes y presentan burbujas. La presencia de una secreción más líquida, de color verdoso sugiere la presencia de pocianina producida por *Pseudomona aeruginosa*.
- Otros: cultivos y antibiogramas de las secreciones en los casos severos, resistencia al tratamiento o inmunodeficiencia.

Tratamiento:

- Lavado del CAE son soluciones de ácido acético al 2%.
- Especialistas: aspiración de secreción acumuladas, por otomicroscopio.
- Casos leves, sin diseminación a áreas adyacentes:
 - ✓ Gotas antibióticas: Polimixina B, Neomicina, Ciprofloxacino, Ofloxacino, Tobramicina 3-5 gotas c/6-8 horas por 5 días.
 - ✓ Gotas antibióticas + corticoides: la reducción en el tiempo de dolor las justifican.
 - ✓ Analgésicos sistémicos y mechas de gasa impregnadas en antibiótico.

- Para aquellos casos con diseminación a planos dérmicos:
 - ✓ Lo descrito anteriormente más el empleo de corticoides sistémicos, prednisona a dosis usuales de 0.5 mg a 1gr por 3 a 5 días, u otro corticoide en dosis equivalentes.
 - ✓ Antibióticos: Ciprofloxacino 500 mg c/12 x 7-10 días, Amoxicilina + Ac. Clavulánico >60 mg/kg/día, especialmente en OE circunscrita.
- Prevención:
 - ✓ Ácido acético al 2% o alcohol isopropil al 5% (bactericida *Pseudomona aeruginosa*)
 - ✓ Alcohol boricado a saturación.
- **Otomycosis:** infección ocasionada por hongos que comprometen el conducto auditivo externo. Dentro de los agentes etiológicos podemos encontrar principalmente *Aspergillus sp.* y *Candida*, los cuales pueden proliferar con mayor facilidad por el uso prolongado de antibióticos, por manipulaciones, por entrada de agua contaminada y por cuadros de otitis externas de etiología bacteriana previa. El cuadro clínico está caracterizado por intenso prurito y secreción ótica blanquecina y grumosa. Al examen se identifican, mediante otoscopia, hifas de color blanquecino cuando es originado por *Candida sp.*, y negruzcas cuando se refiere a *Aspergillus niger*. El tratamiento incluye curaciones del oído afectado realizando limpieza de las secreciones, además del uso tópico de antifúngicos como clotrimazol y también alcohol boricado. En

aquellos pacientes inmunosuprimidos y/o casos resistentes se pueden usar antifúngicos sistémicos tipo itraconazol o fluconazol.

- **Otitis externa maligna necrotizante:** es una patología de baja frecuencia pero muy grave, ocasionada por *Pseudomona aeruginosa*, y que puede alcanzar una mortalidad de casi el 50%. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes inmunosuprimidos y pacientes de tercera edad diabéticos. El cuadro clínico inicia con afectación del conducto auditivo externo, originando intensa otalgia y otorrea persistente la cual no presenta mejoría con tratamientos convencionales. Al examen clínico, se puede observar en la otoscopia tejido de granulación con esfacelos y pólipos en el conducto auditivo externo; luego del lo cual se produce necrosis de los tejidos adyacentes, entre ellos tejidos blandos, hueso y cartílago, e incluso podría haber afectación de los nervios craneales. Si hubiera tal afectación, se describe compromiso del VII par craneal con parálisis facial, y si se extendiera a la base craneal afecta el agujero yugular o rasgado posterior, produciendo el síndrome de Vernet (compromiso de los nervios craneales IX, X y XI), y si además se compromete el canal del XII par craneal, originará el síndrome de Collet-Sicard. Se recomienda que el diagnóstico clínico y otoscópico debe complementarse con una tomografía computarizada, gammagrafía con Tc-99 para un pronto diagnóstico y con Ga-67 como criterio de resolución. Esta patología requiere que el paciente sea hospitalizado y se le brinde tratamiento antibiótico endovenoso prolongado por 6 semanas con antibióticos de amplio espectro como imipenem, meropenem, ciprofloxacino, ceftazidima o cefepime, además

de considerar el tratamiento quirúrgico combinado para situaciones que lo ameriten.

- **Otitis externa eccematosa (eccema ótico):** corresponde a un cuadro de dermatitis en el cual se puede observar descamación del tercio externo del conducto auditivo externo, que a su vez produce intenso prurito. El tratamiento se realiza con pomadas o soluciones de corticoides tópicos.
- **Miringitis bullosa:** es aquella enfermedad infecciosa que afecta la membrana timpánica, producida por *Mycoplasma pneumoniae*, la cual generalmente se produce ante una infección respiratoria producida por dicho germen. Se puede observar a la miringitis ampollosa hemorrágica, como una variante, originada por el virus de la gripe. Esta origina lesiones ampollosas con contenido hemorrágico en las paredes del conducto auditivo externo y la membrana timpánica. El síntoma principal es intensa otalgia que mejora con la ruptura de las ampollas y otorragia. Se ha visto que esta patología tiende a curarse espontáneamente en el lapso de 3 o 4 días. Algunas veces se puede asociar el uso de antibióticos por vía oral para así prevenir la sobre infección bacteriana y la posible progresión a otitis media aguda.

Patología traumática

- **Otohematoma:** es aquella patología originada luego de un traumatismo con la consiguiente aparición de una colección hemática subpericóndrica en el pabellón auricular. El tratamiento incluye necesariamente el drenaje quirúrgico y posterior vendaje compresivo que debe ser realizado de manera precoz,

además de tratamiento antibiótico profiláctico. Todo esto para evitar el riesgo de pericondritis y necrosis del pabellón auricular, con lo que aparecería el signo típico llamado “oreja en coliflor”.

- **Perniosis:** se caracteriza por la aparición de nódulos pruriginosos subcutáneos bilaterales, originados por exposición prolongada al frío.
- **Heridas del pabellón auricular:** aquellas lesiones con un tamaño menor a los 2 cm, se realizará sutura directa; si es que la lesión es mayor, requerirá del uso de injertos. En los casos de arrancamientos o avulsiones del pabellón auricular, se realizará la sutura del fragmento, heparinización y tratamiento antibiótico, siempre y cuando no hayan transcurrido más de tres horas. Cuando se realiza la reconstrucción de la herida del pabellón auricular, es imprescindible no dejar cartílago descubierto ya que existe el riesgo de que se produzca pericondritis.

Patología tumoral del oído externo

- Tumores benignos: los osteomas del conducto auditivo externo son los más frecuentes y se localizan principalmente en la unión timpanoescamosa, muy cerca al tímpano. Las exostosis, a diferencia de los osteomas, suelen ser múltiples.
- Tumores malignos: los tumores más frecuentes son el carcinoma epidermoide y el epitelioma basocelular que comprometen el conducto auditivo externo o el pabellón auricular, de estos los de peor pronóstico son los del conducto ya que el diagnóstico es más tardío. El tratamiento indicado es la extirpación con

suficientes márgenes y posteriormente se realiza la reconstrucción. Cabe mencionar que en los casos de metástasis ganglionar originados por carcinoma epidermoide está indicado el vaciamiento ganglionar.

Patología congénita

- **Quistes y fístulas preauriculares:** se producen por un cierre inadecuado de la unión entre el primer y el segundo arcos branquiales. Suelen aparecer en la raíz del hélix, en forma de un quiste o una fístula. En su mayoría son bilaterales y podrían estar asociados a otras malformaciones del pabellón auricular y de la cadena osicular. Generalmente son asintomáticas, a no ser que se infecten. El tratamiento es eminentemente quirúrgico.
- **Fístulas auriculocervicales:** producidos por un problema de fusión entre la primera hendidura y el primer arco branquial. Son menos frecuentes, se observa que el orificio fistuloso desemboca en el conducto auditivo externo o en el pabellón auricular, descendiendo por el cuello en relación a la parótida y nervio facial; se ubican alrededor del ángulo mandibular, siempre por encima del hueso hioides. Cuando esta lesión se infecta, origina una tumoración inflamatoria por debajo del ángulo mandibular, así como otorrea en el conducto auditivo externo. El tratamiento siempre es quirúrgico.
- **Malformaciones del pabellón auricular (microtia y anotia) y atresias congénitas del CAE:** estas pueden estar relacionadas a malformaciones craneoencefálicas del primer y segundo arcos branquiales (síndromes de

Treacher-Collins, Crouzon, Goldenhar, Pierre-Robin) y también a malformaciones del oído medio.

Patología obstructiva del conducto auditivo externo

- **Tapones de cerumen:** el cerumen es producido por las glándulas ceruminosas y sebáceas en el tercio externo del conducto auditivo externo (zona cartilaginosa), y este podría quedar acumulado en el conducto. Situación que se observa muy frecuentemente en aquellos conductos que son estrechos y más aún si el paciente usa hisopos. En los casos en que el cerumen obstruye completamente el conducto auditivo externo producen hipoacusia, autofonía y sensación de plenitud. El tratamiento consiste en la extracción de dicho tapón con gancho abotonado o mediante lavado de oído con agua tibia, siempre y cuando no haya perforación timpánica.
- **Tapones epidérmicos:** también podría acumularse en el conducto descamaciones epidérmicas, las cuales se adhieren y pueden causar obstrucción. Se ha visto relación con los síndromes de Kartagener y Mounier-Kuhn.
- **Cuerpos extraños:** en su mayoría los pacientes que presentan este problema son pediátricos. Dependiendo del tipo de cuerpo extraño pueden ser asintomáticos, pero en los casos en los cuales se impactan pueden originar hipoacusia y otalgia. El tratamiento consiste en la extracción del cuerpo extraño bajo visión directa y puede hacerse con gancho abotonado, usando

aspirador o con lavado de oído, evitando que se introduzca más y pueda lesionar la membrana timpánica.

b) PATOLOGÍAS DEL OIDO MEDIO

Alteraciones de la ventilación y drenaje del oído medio

- **Ototubaritis:** es aquella patología en la cual se produce obstrucción transitoria de la Trompa de Eustaquio, generalmente originada por procesos rinofaríngeos. Esta obstrucción genera que se disminuya la presión en el oído medio y hace que se produzca hipoacusia transitoria asociado a sensación de taponamiento y autofonía. Al examen se evidencia la membrana timpánica retraída y opaca. El tratamiento incluye antihistamínicos y corticoides.
- **Otitis media seromucosa o con derrame:** enfermedad en la cual existe inflamación del oído medio que a su vez cursa con acumulación de líquido en dicha cavidad, con ausencia de síntomas y de signos de infección bacteriana aguda. El cuadro obstructivo tubárico crónico genera falta de ventilación del oído medio y por consiguiente hipopresión sostenida en dicha cavidad, que produce un trasudado seroso de aspecto claro (otitis serosa). Si es que la situación persiste, se origina una metaplasia que transforma las células epiteliales planas en células prismáticas ciliadas. Así mismo existe incremento de glándulas mucosas, que secretan un exudado denso, opalescente, no purulento (otitis mucosa). Esta enfermedad es propia de pacientes pediátricos, constituyendo la causa más frecuente de hipoacusia conductiva en niños entre 2 y 6 años, se ha visto que afecta al 10% de niños en edad pre escolar,

generalmente debido al aumento del tejido adenoideo y también a que en edad infantil la Trompa de Eustaquio funciona de manera inadecuada por carecer de porción ósea, ser más corta y tener orientación horizontal. Se ha visto que se incrementa la frecuencia en aquellos casos que también tienen Síndrome de Down y/o malformaciones velopalatinas. Cuando se produce en adultos, generalmente se origina por infecciones rinofaríngeas o cuadros alérgicos, pero debe considerarse y descartar siempre cáncer de cavum. Los síntomas típicos son sensación de taponamiento ótico, chasquidos con la deglución y autofonía, pero no hay otalgia ni otorrea; no obstante es frecuente que curse asintomática, sobre todo en niños, y que se recupere espontáneamente sin tratamiento. Al examen otoscópico, se ve la membrana timpánica íntegra, retraída y opaca, con niveles hidroaéreos y burbujas en caja timpánica; en los casos crónicos, tiene un aspecto azulado (blue-drum). La timpanometría es característicamente plana y en la audiometría se identifica hipoacusia de tipo conductivo. El tratamiento incluye el uso de vasoconstrictores y antiinflamatorios, el tratamiento con antibióticos se da sólo en casos especiales. Si se identifica hipertrofia adenoidea obstructiva, el tratamiento consiste en adenoidectomía. Luego de lo cual si los síntomas persisten, se realiza miringotomía con colocación de tubos de ventilación en los cuadrantes inferiores. A pesar del tratamiento, pueden quedar como secuela áreas de timpanoesclerosis, otitis adhesiva y problemas en el lenguaje por hipoacusia.

Otitis Media Aguda (OMA)

Esta patología es una infección aguda de la mucosa que tapiza las cavidades del oído medio, ya que en condiciones normales es estéril. Por lo general es una infección monobacteriana en el que los gérmenes más comunes son: *Streptococcus pneumoniae* (35%); *H. influenzae* (25%); *M. catarrhalis* (13%); *S. pyogenes* (4%). Sin embargo, se observa que actualmente las bacterias productoras de b-lactamasas cada vez son más frecuentes. La vía de propagación más frecuente es la tubárica, en la cual se produce una diseminación retrógrada a partir de infecciones que comprometen el tracto respiratorio superior hacia el oído. La incidencia más alta se da entre los 6 meses y 3 años de edad, llegando incluso a suceder que casi el 66% de niños menores de 3 años han tenido en algún momento por lo menos un episodio de otitis media aguda. Lo observado responde a la disfunción tubárica que presentan y a la existencia de un reservorio de bacterias patógenas en rinofaringe por la hipertrofia adenoidea. En la evolución de la enfermedad se pueden distinguir dos fases:

- **Fase de colección:** existe un acúmulo de contenido purulento dentro de la caja timpánica que origina una distensión de la membrana timpánica. Motivo por el cual se origina una intensa otalgia pulsátil, hipoacusia, fiebre y malestar general, inclusive en niños se puede agregar náuseas y/o vómitos. Al examen otoscópico se evidencia una membrana timpánica abombada, enrojecida y presencia de contenido purulento en la caja timpánica.
- **Fase de otorrea:** aquí se produce salida de material purulento y otorragia ya que se produjo perforación de la membrana timpánica espontánea en la pars

tensa. En esta fase suele haber mejoría de los síntomas y principalmente desaparición de la otalgia.

- Tratamiento: incluye principalmente tratamiento antibiótico sistémico empírico de amplio espectro, el cual cubra también gérmenes productores de β-lactamasas. Generalmente se usa amoxicilina con ácido clavulánico con dosis alta de amoxicilina, y en aquellos pacientes alérgicos a B-lactámicos se suelen emplear macrólidos tipo claritromicina o azitromicina. En aquellos casos en los cuales existe perforación de la membrana timpánica, se puede adicionar antibiótico tópico (gotas). En los casos de pacientes pediátricos con cuadros de otitis media aguda recurrentes, se puede considerar la posibilidad de miringotomía con colocación de tubos de ventilación y la adenoidectomía. En los casos de otitis media aguda complicadas y en pacientes inmunosuprimidos también debe realizarse la miringotomía.
- **Formas especiales de OMA:**
 - **OMA del lactante:** en este caso los síntomas locales no son tan evidentes; la perforación y otorrea son raras y el signo del trago podría ser positivo ya que el conducto auditivo externo no está osificado. Los síntomas generales (digestivos, fiebre, malestar general, llanto intenso nocturno, irritabilidad) son más evidentes y existe un mayor riesgo de complicación. Existe una forma especial de OMA, denominada aticoantritis, el cual se caracteriza por presentar abombamiento de la pars flaccida y caída de la pared posterosuperior del conducto auditivo externo. Está indicado el tratamiento antibiótico vía intravenosa.

- **OMA necrotizantes:** se presenta en pacientes inmunosuprimidos, en enfermedades sistémicas virales tales como sarampión, parotiditis o varicela, o enfermedades bacterianas como escarlatina y erisipela por estreptococo, difteria. La forma de presentación es agresiva, con riesgo incrementado de complicaciones por osteolisis, lesión de la cadena osicular, mastoiditis, parálisis facial y complicaciones intracraneales como meningitis. Como secuela podrían quedar perforaciones de membrana timpánica amplias.

Otitis Media Crónica (OMC)

Es aquella patología en la que existe una inflamación crónica del oído medio que origina un cuadro de otorrea purulenta crónica o recidivante. La presentación clínica excluye otalgia y existe hipoacusia variable en función de las lesiones de la membrana timpánica y de la cadena osicular. Se describen 2 grandes formas clínicas:

- **Otitis media crónica simple, supurativa o benigna:** consiste en inflamación crónica y recidivante de la mucosa del oído medio, y se diferencia del colesteatoma porque no existe osteólisis de sus paredes. Al examen otoscópico se observa una perforación central, sin afectar el annulus, y generalmente existe lesión de la cadena osicular, mayormente en el brazo largo del yunque. Si se evalúa la radiografía simple y la tomografía computarizada, se puede destacar la presencia de una mastoidees ebúrnea con ausencia de erosiones en las paredes óseas, todo esto lo diferencia del colesteatoma. La causa principal es la existencia previa de una perforación de

la membrana timpánica, que quedó como secuela de un cuadro de otitis media aguda o de un traumatismo, y un probable cuadro de disfunción de la Trompa de Eustaquio contribuiría a la cronificación del proceso. En aquellas ocasiones que se presenta infección y otorrea, generalmente responde a los casos en los que hubo entrada de agua al oído o infecciones rinofaríngeas. Generalmente se producen por gérmenes saprofitos del conducto auditivo externo como *Pseudomonas* y otros gramnegativos, y *S. aureus*, y también gérmenes del tracto respiratorio superior. El tratamiento indicado durante la fase activa supurativa incluye el uso de antibioticoterapia local y/o sistémica, y en la fase de remisión, luego de 3 o 6 meses sin otorrea, es válido indicar la timpanoplastia. El objetivo de dicho tratamiento quirúrgico es realizar una reconstrucción timpánica y de la cadena osicular, aunque a diferencia del colesteatoma, el tratamiento quirúrgico no es imprescindible.

- **Colesteatoma u otitis media crónica colesteatomatosa:** esta patología incluye una inflamación crónica y no tiene comportamiento de un tumor propiamente dicho, pero se habla de que tiene comportamiento pseudotumoral. Se origina por la presencia de un epitelio queratinizante en las cavidades del oído medio, que compromete preferentemente el ático, capaz de sintetizar una serie de sustancias que producen osteólisis de sus paredes, lo que implica un elevado riesgo de complicaciones que hacen imperativo que el tratamiento sea quirúrgico.
 - **Patogenia:** el colesteatoma es un saco blanquecino compacto, el cual está formado por una porción central que posee escamas de queratina

dispuestas de manera concéntrica y una porción periférica, denominada matriz, el cual tiene epitelio queratinizante el cual genera la porción central.

- Colesteatoma adquirido primario: el más frecuente, abarca 90% de todos los casos; se produce por una invaginación progresiva de la membrana timpánica a nivel de la pars flácida, hacia el ático del oído medio denominado epítímpano posterior, el cual está favorecido por una disfunción tubárica que genera hipopresión secundaria.
- Colesteatoma adquirido: originado secundariamente a una perforación timpánica pre existente, en el cual se produce invasión del epitelio del conducto auditivo externo hacia el oído medio a través de la perforación.
- Colesteatoma congénito: de muy baja incidencia, aparece en niños sin perforación de membrana timpánica ni antecedentes de infección ótica previa; suelen ser muy agresivos y recidivantes. Se presume que se originan a partir de restos embrionarios ectodérmicos en el interior del hueso temporal.

➤ **Clínica:** esta patología se presenta con otorrea crónica, característicamente de olor fétido y persistente, a pesar del tratamiento médico. La hipoacusia suele ser muy importante producto de las graves lesiones erosivas de la cadena osicular. Podrían aparecer complicaciones intratemporales o intracraneales, como las ocurridas en los cuadros de otitis medias, frecuentemente aparecen fístulas del

conducto semicircular lateral, las cuales deben sospecharse ante la aparición de clínica vertiginosa y se confirman con el signo de la fístula. El examen otoscópico es considerado el más importante en el diagnóstico de un colesteatoma, mediante el cual se identifica perforación timpánica marginal en la región del ático con presencia de escamas blanquecinas en el oído medio. Siempre se debe descartar un colesteatoma cuando se encuentra un pólipo en el conducto auditivo externo que procede del ático. En la tomografía computarizada se observa una masa con densidad de partes blandas que erosiona los bordes óseos del oído medio.

- **Tratamiento:** siempre es quirúrgico, se realiza timpanoplastia con mastoidectomía abierta, que puede ser radical o radical modificada, o cerrada, en el cual se preserva la pared posterior del conducto auditivo externo, y ulterior reconstrucción tímpano osicular funcional auditiva. Es importante recordar que el principal objetivo del tratamiento quirúrgico es evitar la aparición de complicaciones, y no el mejorar la audición.
- **Timpanoesclerosis:** es una patología producido como secuela de procesos otítricos a repetición. Se presenta en el 10% de las otitis medias crónicas simples. Se trata de una degeneración hialina del colágeno, con la consiguiente formación de placas de calcio en la mucosa del oído medio, principalmente alrededor de la cadena osicular y del tímpano, finalmente esto se traduce en una hipoacusia de tipo conductivo bastante importante.

- **Otitis crónica adhesiva:** se produce por un cuadro crónico de obstrucción de la Trompa de Eustaquio con membrana timpánica atrófica y retraída hasta adherirse al fondo de la caja timpánica y a la cadena osicular, originando que el espacio aéreo del oído medio desaparezca. Se produce una hipoacusia de tipo conductivo progresiva. El tratamiento indicado es quirúrgico y en estadíos avanzados se pueden usar prótesis auditivas.

c) **PATOLOGÍAS DEL OIDO INTERNO**

Presbiacusia

Dentro de las enfermedades que comprometen la cóclea, es considerada la más frecuente, en estudios se ha visto que en promedio afecta a la cuarta parte de los pacientes mayores de 60 años. Generalmente se produce por lesión del órgano de Corti, lo que origina pérdida de las células ciliadas, principalmente en la espira basal de la cóclea. Lo descrito origina un cuadro de hipoacusia neurosensorial bilateral simétrica, de curso progresivo y que incluso podría asociarse a acúfenos. En la evaluación audiométrica se identifica reclutamiento positivo y mala inteligibilidad, principalmente en ambientes ruidosos, el paciente refiere algo muy típico que es el no poder entender lo que le dicen y no el que no escuche; este problema en sus inicios compromete generalmente frecuencias agudas superiores a 2.000 Hz, y cuando ya existe una pérdida superior a los 30 dB, en frecuencias conversacionales produce repercusión social. También existen otras formas más infrecuentes que incluye lesión a otros niveles del oído interno, como son: la

presbiacusia neuronal o tipo 2, en la cual hay lesión del ganglio espiral con hipoacusia rápidamente progresiva, pésima discriminación verbal y curva plana con pérdida similar en todas las frecuencias; y la presbiacusia estrial o tipo 3, en este tipo existe atrofia de la estría vascular con hipoacusia progresiva, buena inteligibilidad, curva plana y asociación familiar. Existe la posibilidad de un componente central que se evidencia por la esquizoacusia (comprensión mejor de monosílabos que de frases). El tratamiento consiste en colocar prótesis auditivas, entrenamiento auditivo y labiolectura.

Hipoacusia brusca o sordera súbita

Es aquella hipoacusia unilateral de tipo neurosensorial, de presentación súbita con tiempo de enfermedad menor a 72 horas, caracterizado por una disminución mayor a 30 dB en 3 frecuencias consecutivas. Se describe que en un 70% se presenta con acúfenos y en un 40% puede haber alteración del equilibrio. En la mayoría de casos la etiología es idiopática, salvo en algunos pocos casos en los que se puede determinar la etiología como neurinoma del acústico, ototóxicos, sífilis, enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple y enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, panarteritis nodosa y síndrome de Cogan. Así mismo se han descrito algunos factores de mal pronóstico como son: hipoacusia marcada, presencia de vértigo y edad avanzada. El tratamiento debe incluir vasodilatadores y corticoides.

Hipoacusia inmune o autoinmune

Se trata de un cuadro de disfunción cocleovestibular que se debe sospechar cuando se tiene un paciente con hipoacusia neurosensorial progresiva y bilateral, sin causa definida, y que además estén asociadas a acúfenos y vértigo. Este tipo de cuadros mejoran con corticoides y algunas veces se asocia a problemas inmunológicos como artritis reumatoide, LES, tiroiditis, etc. Un ejemplo de ello es el síndrome de Cogan, el cual relaciona disfunción cocleovestibular a queratitis intersticial.

Ototoxicidad

Son alteraciones que pueden ser transitorias o definitivas de la función coclear o vestibular, que son provocadas por fármacos o por sustancias no farmacológicas:

- **Cocleotoxicidad:** en este tipo se describe que inicia con acufeno de manera aguda y continua, seguido de hipoacusia de tipo neurosensorial bilateral y simétrica con disminución en tonos agudos.
- **Vestibulotoxicidad:** se observa que es más frecuente la sensación de inestabilidad que el vértigo, esto se explica porque las lesiones son bilaterales, además que predomina el nistagmo posicional en relación al espontáneo.

Los fármacos que producen ototoxicidad son los siguientes:

- **Aminoglucósidos,** afectan principalmente cuando el paciente tiene la función renal alterada. Los que producen daño a predominio coclear (lesión de células ciliadas externas): neomicina, amikacina, kanamicina y dihidroestreptomicina (el más ototóxico). Los de predominio vestibular

(lesión de células tipo I de crestas ampulares y máculas): estreptomina y gentamicina.

- Antineoplásicos: aquí afectan fundamentalmente el cisplatino y el carboplatino, que son cocleotóxicos, produce lesiones similares a los aminoglucósidos en el órgano de Corti.
- Diuréticos de asa: dañan la estría vascular y, por tanto, la cóclea: furosemida, ácido etacrínico. La furosemida lesiona también el vestíbulo.
- Antipalúdicos derivados de la quinina: son cocleotóxicos irreversibles.
- Son cocleotóxicos reversibles la eritromicina intravenosa en altas dosis, la vancomicina y los salicilatos (ácido acetilsalicílico) en dosis elevadas.

B) PATOLOGIA NASAL

a) Rinitis

Esta enfermedad se caracteriza por la inflamación de la mucosa que recubre las fosas nasales, así mismo se puede referir a rinosinusitis cuando dicha inflamación abarca también la mucosa de los senos paranasales.

Rinitis en las que predomina la congestión

Son los siguientes tipos:

- **Catarro común** (rinitis aguda inespecífica): el agente etiológico de esta patología es de tipo viral, y se ha descrito al Rinovirus como el principal agente etiológico. Los principales síntomas descritos son los de un cuadro gripal: fiebre, malestar general, obstrucción nasal, rinorrea al principio

acuosa y luego más viscosa, y disminución del olfato, todos estos generalmente transitorios. Al examen, en la rinoscopia anterior se puede identificar una marcada congestión mucosa. El tratamiento consiste sólo en medicación sintomática que habitualmente es por una semana, dentro de ellos se usan descongestionantes, antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos, etc.

- **Rinitis alérgica:** este tipo es muy frecuente, comprende una cuarta parte de la población. La rinitis podrá ser de tipo estacional o perenne de acuerdo al tipo de neuroalergeno. Los agentes etiológicos del primer tipo comprende los pólenes de las gramíneas, las malezas y de árboles como el olivo, el plátano, el ciprés; mientras que los agentes etiológicos en la rinitis perenne pueden ser los ácaros del polvo doméstico, el pelo de animales, ciertos alimentos, etc. La forma de presentación clínica habitual consiste en estornudos en salvas, rinorrea acuosa, obstrucción nasal y prurito nasal y/o ocular. Al examen se puede ver mediante la rinoscopia que la mucosa que recubre los cornetes tiene una palidez característica. Como la etiología es alérgica, es lógico saber que habrá un incremento de eosinófilos en sangre y exudado nasal, así como de IgE en sangre tanto total como específica. Las pruebas cutáneas alérgicas (Prick-test) confirman el diagnóstico. El tratamiento es el mismo que el de cualquier proceso alérgico: evitar la exposición al alérgeno, usar descongestionantes, antihistamínicos, corticoides intranasales, etc.

- **Rinitis vasomotora:** esta patología suele aparecer en edades medias de la vida y la forma de presentación clínica es muy similar (episodios de estornudos, rinorrea clara y obstrucción nasal). Sin embargo, la etiología es distinta, los síntomas se originan por una hiperfunción parasimpática y los desencadenantes son muy inespecíficos: cambios bruscos de temperatura, corrientes de aire, olores irritantes, etc. Este tipo de rinitis está favorecido por fármacos como la reserpina, el hipotiroidismo, el embarazo, la toma de anticonceptivos orales, etc. Los exámenes de laboratorio son negativos. El tratamiento se orienta en la supresión de sustancias irritantes, medicación sintomática y en algunos casos resistentes se puede considerar la actuación sobre el nervio vidiano (neurectomía por coagulación o criocirugía).
- **Rinitis crónica hipertrófica:** también se ha visto que la repetición sucesiva de episodios de rinitis aguda provoca fenómenos inflamatorios crónicos. Estos cambios inflamatorios son los causantes de la obstrucción nasal, la rinorrea y de la disminución de olfato. En estos casos se ve que existe un crecimiento de los cornetes inferiores, y si se ve que el cuadro clínico no mejora con el tratamiento médico, habrá la necesidad de recurrir a tratamiento quirúrgico con el objetivo de disminuir el volumen de dichos cornetes (radiofrecuencia, turbinectomía o conchotomía).
- **Rinitis crónica no alérgica con eosinofilia o intrínseca:** es un tipo de rinitis crónica (obstrucción nasal, rinorrea acuosa, hiposmia, sin prurito nasal y sin estornudos), perenne, en el que se identifican abundantes

eosinófilos en el exudado nasal, pero sin embargo, no es de etiología alérgica. Se ha descrito que se asocia a poliposis nasosinusal y asma. El tratamiento está orientado al uso de corticoides tópicos.

- **Rinitis del embarazo:** se produce generalmente en la segunda mitad de la gestación. Se resuelve espontáneamente luego del parto.
- **Rinitis por fármacos:** estos cuadros pueden presentarse tanto con obstrucción nasal como con sequedad de la mucosa. Algunos medicamentos relacionados a estos cuadros son: la aspirina, los anticonceptivos orales, los vasoconstrictores y los betabloqueantes.

Rinitis en las que predomina la sequedad

- **Rinitis seca anterior:** en este cuadro la sensación de sequedad nasal se presenta en los 2/3 anteriores de la fosa y puede ser originada por varios factores: ambientes secos, aire acondicionado, contaminación. Al examen de rinoscopia anterior, con frecuencia se observan signos de sangrado, así como lesiones costrosas. El tratamiento de esta patología se da con abundante hidratación (lavados con suero fisiológico o agua marina) y pomadas aceitosas.
- **Ocena:** es una rinitis de tipo crónica y atrófica generalmente asociada a cacosmia. Generalmente los pacientes son de sexo femenino de edad joven y frecuentemente de raza asiática, en el que a pesar del olor fétido de las costras, el paciente no percibe tal olor, es decir que ambos están presentes cacosmia y anosmia del que la padece. El tratamiento es muy similar que el

de la rinitis seca anterior, salvo en casos resistentes, en los cuales se considera la posibilidad de cirugía del vestíbulo nasal con el objetivo de reducir el tamaño del mismo y así poder evitar la desecación (operación de Eyre).

b) Rinosinusitis

Esta patología se define como la inflamación de la mucosa que tapiza las fosas nasales y los senos paranasales.

➤ **Patogenia**

Se ha visto que el causante de dicho proceso inicia con la obstrucción del ostium del seno, el cual dificulta la ventilación e impide un adecuado drenaje del mismo, lo que finalmente origina una disminución de la presión de oxígeno en la cavidad y con ello favorece el crecimiento bacteriano. Se ha visto que existen múltiples factores y entre ellos están:

- Factores locales: se describen algunos tales como la desviación del septum nasal, poliposis y taponamientos nasales.
- Factores generales: cuadros como diabetes mellitus, alteraciones electrolíticas, los cuales reducen la resistencia del organismo.
- Factores ambientales: bajas temperaturas, contaminación, sequedad ambiental los que reducen la actividad ciliar.

➤ Bacteriología

En los cuadros de rinosinusitis agudas, se han identificado los gérmenes más comúnmente implicados que en orden de frecuencia son: neumococo, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*. En las sinusitis crónicas, los anaerobios son los que adquieren gran importancia (*Veillonella spp.*, *Peptococcus spp.*, *Corynebacterium acne*), algo similar que también ocurre en las sinusitis maxilares agudas de origen dentario (10% del total), las cuales se presentan con una fetidez característica. En pacientes con SIDA es conveniente recordar el *Petrilledium boydii* o *Pseudoallescheria*. Si hablamos de sinusitis no bacterianas, podemos considerar aquellas producidas por agentes micóticos:

- Sinusitis por *Aspergillus*: producido principalmente por *A. fumigatus*. La infección puede ser de los tipos: no invasiva, invasiva o fulminante. La última se presenta típicamente en pacientes inmunosuprimidos, el hongo invade el seno, la órbita y las estructuras intracraneales.
- Mucormicosis rinocerebral: este cuadro es típico de pacientes diabéticos en coma cetoacidótico y en inmunosuprimidos. Aparte de la sintomatología sinusal, puede aparecer ptosis, oftalmoplejía, afectación de los pares III y VI y clínica sistémica (pulmonar, gastrointestinal). El tratamiento es igual que el anterior, se usa anfotericina intravenosa y desbridamiento quirúrgico, controlando muy bien el equilibrio hidroelectrolítico.

Finalmente, se debe recordar que también existen los cuadros de rinosinusitis viral producido principalmente por: rinovirus, parainfluenza, influenza, virus respiratorio sincitial, adenovirus, enterovirus, etc.

➤ **Localización**

En pacientes pediátricos, el seno etmoidal es el más afectado, por la razón que es el primero en desarrollarse. En los adultos el seno maxilar es el más comprometido, seguido en frecuencia por el etmoidal, el frontal y el esfenoidal. Si la sinusitis afecta a todos los senos, se habla de pansinusitis. En patologías en las que se afecta el meato medio, se produce una sinusitis asociada del maxilar, del frontal y del etmoides anterior, por su relación en cuanto a desembocadura.

➤ **Clínica**

En los cuadros de sinusitis aguda, el paciente generalmente presenta cefalea importante que empeora con las maniobras que aumentan la presión intrasinusal, como por ejemplo, bajar la cabeza. También se describe rinorrea purulenta y dolor selectivo a la palpación de los puntos sinusales. Asimismo, puede presentar halitosis, fiebre y anosmia. La sinusitis crónica no es tan florida en su forma de presentación, suele cursar con rinorrea acompañada de insuficiencia respiratoria nasal. En cualquier sinusitis, la rinolalia será cerrada (no hay que olvidar que la abierta aparece en la insuficiencia velopalatina).

➤ **Diagnóstico**

La anamnesis es importante y luego se lleva a cabo rinoscopia, palpación de senos, exploración de orofaringe (rinorrea o descarga posterior de material purulento procedente de las fosas nasales).

Dentro de las pruebas diagnósticas, la endoscopia nasal es considerado un elemento importante, ya que al permitir explorar las fosas en su tercio medio y

posterior, deja ver la existencia de rinorrea en el meato medio y las posibles causas de obstrucción de este meato.

En la radiografía de senos paranasales se escogen las proyecciones más adecuadas y es posible ver el edema de la mucosa, el velamiento de las cavidades sinusales, los niveles hidroaéreos, etc. Se describen muchos falsos negativos. La presencia de erosión ósea nos hará pensar en un proceso maligno.

Las proyecciones empleadas son las siguientes:

- Caldwell (occipitofrontal): senos frontal y etmoidal.
- Waters (occipitomentoniana): senos maxilar y frontal.
- Hirtz (axial o craneobasal): seno esfenoidal, celdas etmoidales.
- Lateral (bitemporal): esfenoidal, frontal, silla turca, adenoides.

La tomografía computarizada es el método diagnóstico radiológico de elección y la prueba de imagen más usada en la actualidad.

➤ **Tratamiento**

El tratamiento está basado en la antibioticoterapia (amoxicilina con ácido clavulánico de elección) durante 10 a 14 días, y en el intento de una mejor ventilación de los senos paranasales (aerosoles, vasoconstrictores, corticoides intranasales). Se usan también analgésicos y antiinflamatorios. En las sinusitis crónicas, en las agudas que no mejoran con tratamiento médico y en el caso de que se presenten complicaciones, suele ser necesario el tratamiento quirúrgico mediante cirugía endoscópica nasosinusal.

c) Poliposis nasosinusal

Es una forma especial de rinosinusitis crónica, muy frecuente (2% de la población). Los pólipos se refieren a unas tumoraciones benignas, las cuales crecen a partir de la mucosa, a predominio etmoidal y alrededor del cornete medio, producido por mecanismos inflamatorios crónicos (gran infiltración de eosinófilos en mucosa nasal) y en varios casos se produce luego de fenómenos alérgicos. El cuadro clínico comprende síntomas como la rinitis: obstrucción nasal, hiposmia, rinorrea, sin prurito nasal ni estornudos.

El diagnóstico es sencillo, con rinoscopia o endoscopia nasal, se identifican tumoraciones blandas semitransparentes, refringentes, móviles, translúcidas y tienen el aspecto de “granos de uva pelada”. Las pruebas tales como la tomografía computarizada sirven básicamente para determinar la extensión de los pólipos.

Siempre se debe indagar entre los antecedentes, por la existencia de asma (se asocia en el 20 a 30% de los casos) y de intolerancia al ácido acetil salicílico (se asocia en el 10% de los pacientes); esta información obtenida se asocia a poliposis bilateral de difícil tratamiento, forman la enfermedad de Widal o tríada ASA.

En pacientes pediátricos que tengan poliposis bilateral, se debe descartar siempre una mucoviscidosis (el 20% de estos niños presentan poliposis nasal). Asimismo se asocian al Churg-Strauss (existen pólipos nasales en el 50% de los casos) y Kartagener. Se describe que es infrecuente la presentación de pólipos unilaterales, esto se da en el llamado pólipo antrocoanal de Killian.

Frecuentemente se produce en pacientes jóvenes y se ha visto que se inicia en el seno maxilar, de allí sale por el meato medio hacia la coana.

El tratamiento de la poliposis actualmente es de tipo eminentemente quirúrgico, mediante cirugía endoscópica. Además cabe recordar que esta es una patología que tiene una alta tasa de recidiva, por lo que se recomienda que el tratamiento quirúrgico debe ser muy conservador.

C) PATOLOGIA FARINGEA

Patología hiperplásica

a) Hiperplasia de amígdala faríngea (adenoides o vegetaciones)

Esta enfermedad es predominante en la edad infantil y el cuadro clínico que se observa se debe a:

- Obstrucción del cavum: esto produce obstrucción nasal con rinolalia cerrada, respiración bucal, ronquidos nocturnos (síntoma muy sugestivo de hiperplasia adenoidea), que inclusive algunas veces llega a producir síndrome de apnea obstructiva del sueño, problemas de implantación dentaria, y facies adenoidea, además de obstrucción de estructuras circundantes como la trompa de Eustaquio, con la consecuente aparición de otitis serosas repetitivas.
- Componente inflamatorio que se extiende a zonas aledañas, produciendo rinosinusitis, otitis medias agudas repetitivas e infecciones traqueobronquiales. En el diagnóstico se debe incluir también una

radiografía simple de cavum faríngeo y opcionalmente la endoscopia flexible.

b) Hiperplasia de amígdalas palatinas (anginas)

Este cuadro puede producir alteraciones en la deglución, voz gangosa por disminución de la movilidad velopalatina y ronquidos nocturnos, que algunas veces pueden producir un auténtico síndrome de apnea obstructiva del sueño.

En aquellos casos de hipertrofia amigdalina asimétrica unilateral, se indicada la amigdalectomía para poder descartar neoplasias malignas, tales como carcinoma epidermoide y linfomas no Hodgkin.

Patología infecciosa

Esta patología de etiología infecciosa es bastante frecuente, de manera importante en la infancia y en adultos, hasta la tercera década de la vida, en la que suele limitarse a las amígdalas palatinas y a la lingual.

a) Adenoiditis

Es aquella inflamación e infección del tejido amigdalino faríngeo, el cual afecta principalmente a niños menores de 6 años, ya que dicho tejido luego tiende a involucionar. Los que originan este cuadro incluyen agentes virales como adenovirus y rinovirus, así como agentes bacterianos tales como *H. influenzae* y neumococo. El cuadro clínico incluye obstrucción nasal con rinorrea, fiebre y síntomas de vecindad como otitis medias a repetición, laringitis y rinosinusitis. El

tratamiento médico indicado incluye antibióticos y sintomáticos. La posibilidad quirúrgica deberá ser evaluada por el especialista.

b) Amigdalitis agudas

Se describen principalmente dos tipos que se describen a continuación:

- **Bacteriana:** a pesar de que se conoce que los cuadros virales son más frecuentes, entre las causas bacterianas, el principal germen responsable es el *Streptococo B-hemolítico* del grupo A. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre alta, disfagia con odinofagia importante y mal estado general. Al realizar el examen orofaríngeo se pueden evidenciar amígdalas hipertróficas, congestivas, con presencia de placas blanquecinas en el interior de las criptas (amigdalitis pultácea), además de petequias en el paladar. También son frecuentes las adenopatías inflamatorias submandibulares y yugulares dolorosas a la palpación. En el hemograma se evidenciará leucocitosis con neutrofilia. El tratamiento de primera línea incluye antibióticos B-lactámicos (penicilina, amoxicilina con ácido clavulánico) asociados a analgésicos, antipiréticos y abundante hidratación.
- **Mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso:** es un tipo de amigdalitis vírica producida por el virus Epstein Barr, aunque también existen otros síndromes mononucleósicos originados por otros virus como el Citomegalovirus. Habitualmente se presenta en adolescentes como un cuadro de amigdalitis que no responde a tratamiento antibiótico, caracterizado por odinofagia intensa y mayor compromiso del estado general, con fiebre y astenia importantes. Al examen, se evidencian

amígdalas con placas purulentas difusas y gruesas además de petequias en el velo del paladar, y múltiples adenopatías dolorosas a la palpación, ubicadas a nivel cervical y en cadenas axilares, inguinales, etc. En el examen se debe palpar bazo e hígado para descartar la existencia de hepatoesplenomegalia. En el hemograma, es típico la linfomonocitosis y presencia de linfocitos atípicos, además de serología para VEB y Paul-Bunnell positivos. El tratamiento es sintomático, antipiréticos, analgésicos, reposo e hidratación. El empleo de antibióticos puede originar un rash cutáneo, frecuentemente aparece con ampicilina, pero puede darse con cualquier B-lactámico.

Patología inflamatoria crónica

Este tipo de patologías se producen generalmente por secuela de múltiples procesos agudos producidos por agentes virales o bacterianos. Se puede mencionar que existen varios tipos como faringitis crónica y amigdalitis crónica.

a) Faringitis Crónica.

Es una patología de tipo inflamatoria prolongada que compromete la mucosa orofaríngea, su etiología es multifactorial y generalmente cursa con faringodinia y odinofagia crónica o recidivante. Se producen cambios en la mucosa como edema, infiltrado crónico, así como también hiperplasia e hipertrofia de las glándulas mucosas e hiperplasia del tejido faríngeo que conforman el anillo de Waldeyer.

La etiología puede ser específica o inespecífica. En el primer grupo puede deberse a cuadros de sinusitis crónica, procesos odontológicos, reflujo gastroesofágico, enfermedades metabólicas y otros déficits inmunológicos. En la forma inespecífica es por presentarse una respiración oral, roncopatía crónica, obstrucción nasal y alergia; también se puede producir por exposición crónica a sustancias irritantes, polvo, minerales y aire contaminado.

Al examen se puede encontrar la mucosa orofaríngea congestiva en forma difusa, puede estar cubierta por secreción densa, así como también hiperplasia de masas laterales. Se debe examinar también las fosas nasales en busca de factores obstructivos.

Se pueden recurrir a exámenes auxiliares como nasofibroscofia, endoscopia digestiva cuando hay sospecha de reflujo gastroesofágico, cultivo de secreción faríngea cuando se sospeche de que pueda ser portador del estreptococo b-hemolítico.

El tratamiento se da con antiinflamatorios, colutorios, cauterizaciones faríngeas.

D) PATOLOGÍA LARÍNGEA

a) Laringitis Aguda

Generalmente de etiología infecciosa. El cuadro clínico en niños suele producir más disnea con estridor y en adultos aparece con mayor frecuencia disfonía. Esta diferencia se relaciona con las diferencias

anatómicas entre la laringe del niño y del adulto; en la laringe infantil se puede ver la epiglotis en forma de omega, las cuerdas vocales de menor diámetro, más cortas y mayor reactividad de la subglotis, tal es así que se ha visto que por cada milímetro de inflamación subglótica se traduce en una disminución del 50% del calibre de la luz.

En niños las formas clínicas más frecuentes son:

Laringitis supraglótica o Supraglotitis o Epiglotitis: esta forma es muy grave. La vacuna contra *H. influenzae* tipo B, ha hecho que disminuyan los casos producidos por este germen, que en años anteriores llegaba hasta un 85% de todos los casos, actualmente se ve que se ha incrementado la frecuencia de otros agentes etiológicos como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus sp.* Por lo general compromete a niños entre dos a seis años, y suele manifestarse con malestar general, fiebre, disnea con estridor inspiratorio, lo que ocasiona que el niño permanezca en posición sentado y con el cuello hiperextendido, para así lograr que por gravedad la epiglotis no colapse el vestíbulo laríngeo. Así mismo suele aparecer odinofagia intensa que a su vez genera problemas para deglutir la saliva y distorsión en la resonancia de la voz.

Si se sospecha esta patología, se debe realizar una radiografía cervical lateral simple de partes blandas para confirmar el engrosamiento epiglótico, esto debido a que se contraindica la exploración de faringe con

bajalenguas o laringoscopia indirecta, ya que se puede originar un espasmo con el consecuente empeoramiento de la disnea.

Siempre se debe asegurar la vía aérea y estar preparados para una posible intubación orotraqueal o traqueotomía, se debe considerar también el tratamiento con antibióticos de amplio espectro como ceftriaxona y corticoides endovenosos.

Laringitis subglótica o Crup: Es la forma más común, constituye el 80% de episodios disneicos en pacientes pediátricos mayores de un año. Su etiología es viral: principalmente influenza A y B y parainfluenza. Generalmente se da en niños pequeños, el cuadro clínico inicia lentamente luego de un proceso gripal, inicia con estridor a predominio inspiratorio de tono grave, disnea y tos, también leve disfonía. Están ausentes la disfagia y odinofagia, el estado general suele ser mejor que la epiglotitis.

El tratamiento se da con Adrenalina racémica en aerosol, corticoides y antibioticoterapia profiláctica con Amoxicilina con ácido clavulánico si es que el cuadro dura más de 48 horas. Generalmente no hay la necesidad de intubación.

Laringitis estridulosa o Espasmódica o Pseudocrup: este tipo de laringitis suele tener un comienzo abrupto generalmente durante el sueño con estridor inspiratorio, pero sin disnea, suelen estar afebriles y con buen estado general. La mayoría de casos se solucionan espontáneamente o

sólo requieren humidificación ambiental. Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial con los dos tipos anteriores.

Laringitis diftérica o Crup Verdadero: Actualmente es muy infrecuente, se produce por el *Corynebacterium diphtheriae*. El cuadro clínico se da con disfonía, tos perruna y disnea con estridor. Al examen clínico se puede encontrar también amigdalitis con placas adherentes que sangran al desprenderlas, las que se pueden ver también en la laringe. El tratamiento incluye penicilina, antitoxina y humidificación.

Formas clínicas en adultos:

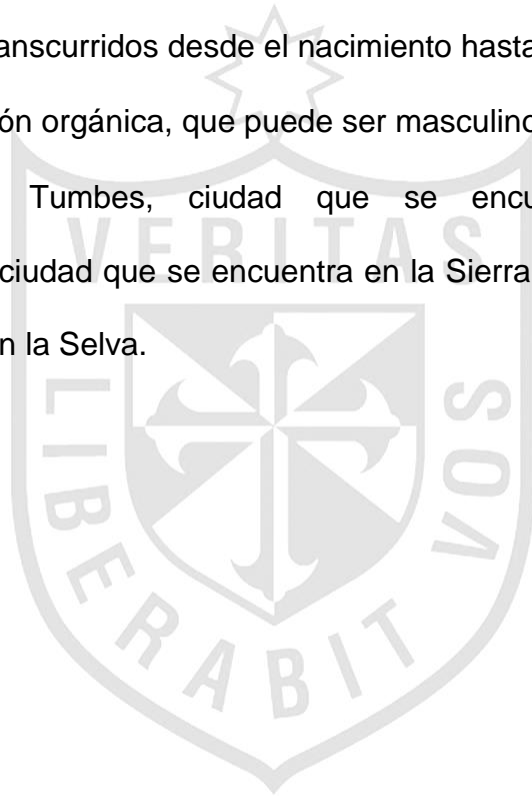
Laringitis catarral: de etiología viral que comprende parainfluenza e influenza, rinovirus y adenovirus. El paciente cursa con tos seca, disfonía y algunas veces odinofagia. Al examen se evidencia la laringe eritematosa, con edema y secreciones. El tratamiento consiste en evitar irritantes, reposo de voz, expectorantes y antiinflamatorios.

Epiglotitis del adulto: es diferente al cuadro pediátrico ya que los gérmenes implicados son distintos. Se recomienda explorar la laringe para descartar otras posibles causas como cuerpos extraños, tumores o laringopioceles.

1.3 Definiciones conceptuales

- **Patología otorrinolaringológica.-** Se refiere a cualquier tipo de enfermedad que comprende oído, nariz o faringe/laringe.

- **Patología rinosinusal.-** Se refiere a cualquier tipo de enfermedad que compromete nariz y/o senos paranasales.
- **Patología ótica.-** Se refiere a cualquier tipo de enfermedad que compromete oído.
- **Patología orofaríngea / laríngea.-** Se refiere a cualquier tipo de enfermedad que compromete orofaringe o laringe.
- **Edad.-** Años transcurridos desde el nacimiento hasta un momento dado.
- **Sexo.-** Condición orgánica, que puede ser masculino o femenino.
- **Procedencia.-** Tumbes, ciudad que se encuentra en la Costa; Huancavelica, ciudad que se encuentra en la Sierra y Pucallpa, ciudad que se encuentra en la Selva.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal y el diseño es no experimental.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el presente estudio se trabajó con todos los pacientes asegurados de EsSalud atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología de los Hospitales de Tumbes, Huancavelica y Pucallpa en las campañas especializadas realizadas en los meses de mayo, agosto y noviembre del 2014 respectivamente. No se hizo muestreo.

2.3 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

En la presente investigación se utilizó una ficha de recolección de datos (ver Anexo).

2.4 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

- Los datos de la presente investigación fueron registrados en una hoja de Microsoft Excel 2010.
- Para el análisis de variables se utilizó el programa SPSS versión 21 en una computadora personal Core i5.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

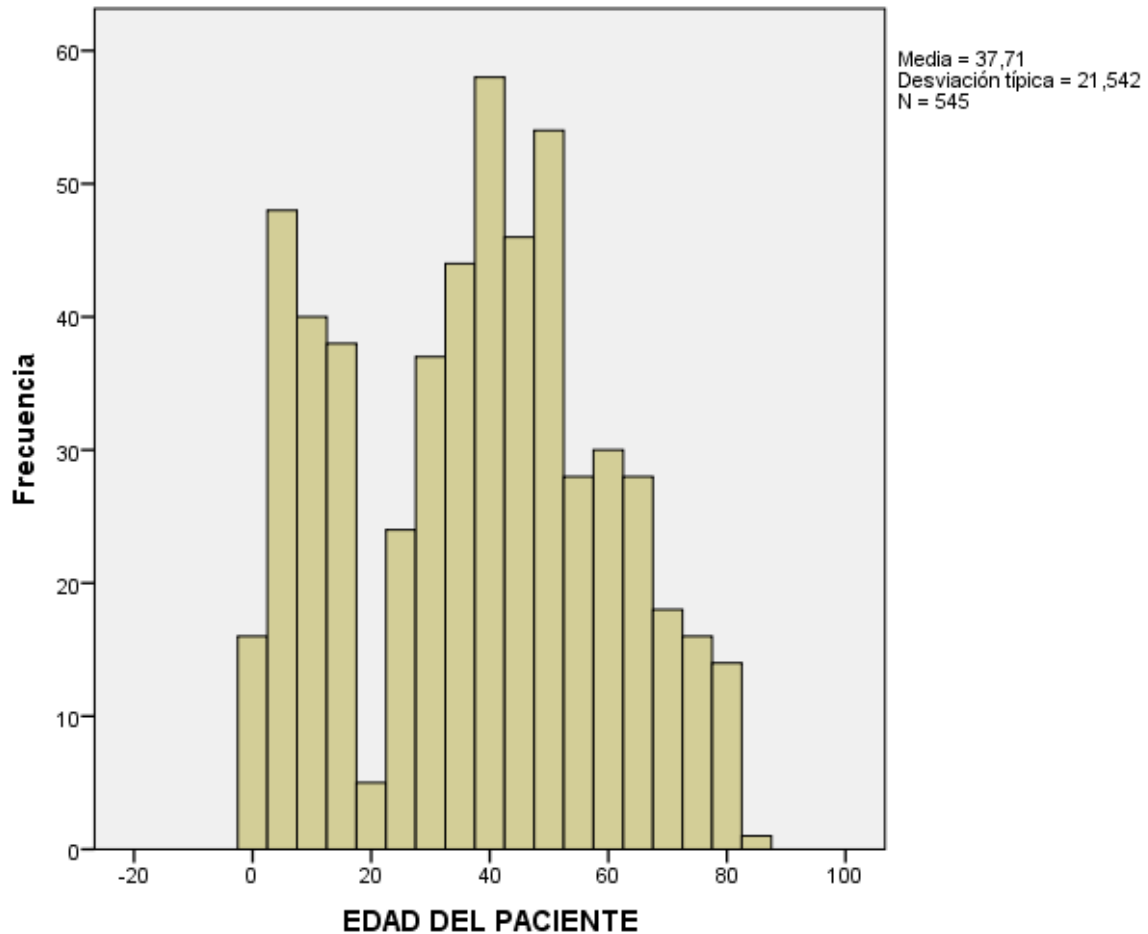
- La presente investigación por su tipo y diseño no presenta problemas éticos.
- Los datos fueron tratados en forma anónima y de uso exclusivo para la presente investigación.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

GRAFICO N°01. Distribución de la población según edad – Hospital Perú - 2014



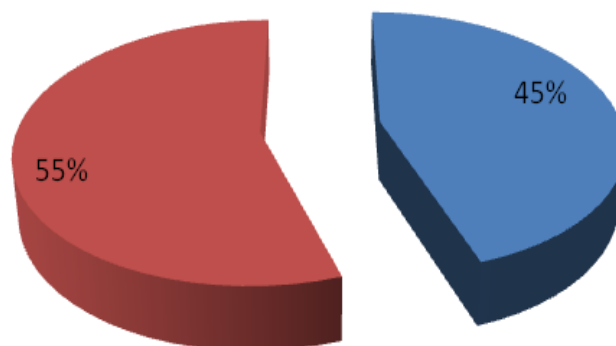
Fuente: Historias clínicas – Hospitales EsSalud Tumbes, Huancavelica, Pucallpa – 2014

En este gráfico se evidencia que la edad media de los pacientes fue 37.71 años, con una desviación estándar de 21.54.

GRAFICO N°02. Distribución de la población según sexo – Hospital Perú – 2014

SEXO DEL PACIENTE

■ MASCULINO ■ FEMENINO

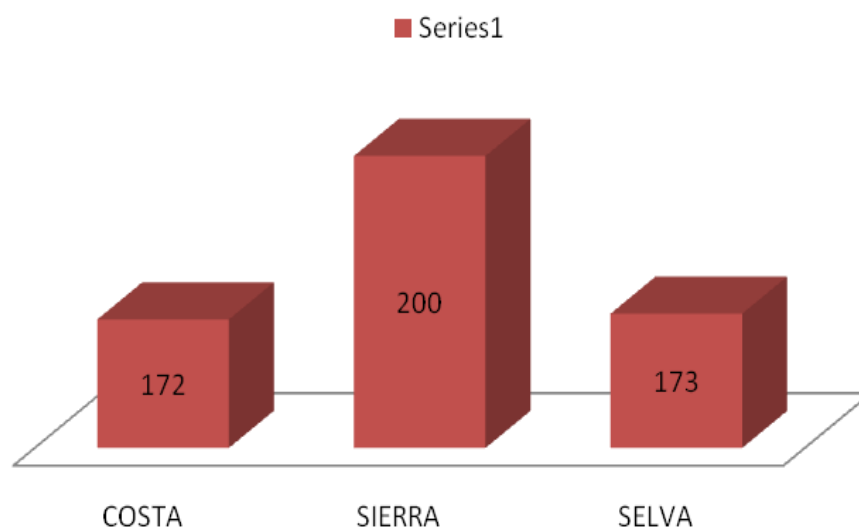


Fuente: Historias clínicas – Hospitales EsSalud Tumbes, Huancavelica, Pucallpa – 2014

En este gráfico se evidencia que del total de pacientes, 244 pacientes fueron de sexo masculino constituyendo 45% del total y 301 pacientes fueron de sexo femenino que corresponden al 55% del total.

GRAFICO N°03. Distribución de la población según procedencia – Hospital Perú - 2014

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES



Fuente: Historias clínicas – Hospitales EsSalud Tumbes, Huancavelica, Pucallpa – 2014

En este gráfico podemos evidenciar que del total de pacientes, el 31.6% (172 pacientes) proceden de la Costa, el 36.7% (200 pacientes) proceden de la Sierra y el 31.7% (173 pacientes) son de la Selva.

TABLA N°01. Distribución de la población según diagnóstico y procedencia – Hospital Perú – 2014

Tabla de contingencia DIAGNOSTICO * PROCEDENCIA

Recuento		PROCEDENCIA			Total
		Costa	Sierra	Selva	
DIAGNOSTICO	Rinitis Alérgica	45	28	42	115
	Sinusitis Crónica	2	16	11	29
	Hipertrofia Adenoidea	15	3	7	25
	Hipoacusia	25	72	54	151
	Cerumen Impactado	12	7	15	34
	Otitis	33	18	18	69
	Faringitis Crónica	2	16	9	27
	Faringitis Aguda	18	15	4	37
	Laringitis	2	2	1	5
	Otros	18	23	12	53
Total		172	200	173	545

Fuente: Historias clínicas – Hospitales EsSalud Tumbes, Huancavelica, Pucallpa – 2014

En la tabla se puede apreciar que el diagnóstico más frecuente fue Hipoacusia con un 27.71% (151 pacientes), de los cuales 72 pacientes provenían de la Sierra, 54 de la Selva y 25 de la Costa; seguido de Rinitis Alérgica con un 21.10% (115 pacientes) siendo más frecuente en la Costa; y en tercer lugar estuvieron las Otitis con un 12.66% (69 pacientes) siendo mayoritario en la Costa.

En la Costa, se observa que el diagnóstico más frecuente fue Rinitis Alérgica (26.16%), seguida de Otitis (19.19%) e Hipoacusia (14.53%).

En la Sierra, el diagnóstico que predomina fue Hipoacusia (36%), seguido de Rinitis Alérgica (14%).

En la Selva, el diagnóstico que más se encontró fue Hipoacusia (31.21%), seguido de Rinitis Alérgica (24.28%) y finalmente Otitis (10.40%).

TABLA N°02. Distribución de la población según diagnóstico y sexo – Hospital Perú - 2014

Tabla de contingencia DIAGNOSTICO * SEXO DEL PACIENTE

Recuento

		SEXO DEL PACIENTE		Total
		Masculino	Femenino	
DIAGNOSTICO	Rinitis Alérgica	56	59	115
	Sinusitis Crónica	10	19	29
	Hipertrofia Adenoidea	12	13	25
	Hipoacusia	61	90	151
	Cerumen Impactado	22	12	34
	Otitis	28	41	69
	Faringitis Crónica	13	14	27
	Faringitis Aguda	17	20	37
	Laringitis	1	4	5
	Otros	24	29	53
Total	244	301	545	

Fuente: Historias clínicas – Hospitales EsSalud Tumbes, Huancavelica, Pucallpa – 2014

En la presente tabla se puede observar que de los pacientes con Hipoacusia la mayoría fueron de sexo femenino (59.60%); de los pacientes con Rinitis Alérgica predomina también el sexo femenino (51.30%); así mismo en los pacientes con Otitis el sexo femenino es el preponderante (59.42%).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En los planes de desarrollo de estrategias de atención especializada en otorrinolaringología sugieren que se debe prestar mayor énfasis en la población adulta joven ya que se encontró una edad media de 37.71 años, la cual se asemeja con estudios realizados en Brasil que describe una edad media de 36.3 años (5) y en Chile, 34.9 años (6). (Gráfico N° 01)

La demanda de atención en los consultorios de otorrinolaringología permite elaborar mejores protocolos de atención, en esta investigación se determinó que el 55% de los pacientes fueron de sexo femenino, cifra similar encontrada en otro estudio de Brasil donde describen 54% de mujeres. En los hospitales de EsSalud estudiados se debe fortalecer la atención de otorrinolaringología con especial énfasis en las mujeres. (Gráfico N° 02)

Las diferentes patologías otorrinolaringológicas guardan relación en cuanto a la procedencia del paciente, en esta investigación se determinó que en su mayoría los pacientes provenían de la Sierra (36.7%), seguido por la Selva y la Costa (31.7 y 31.6% respectivamente). En los hospitales de EsSalud que conforman el presente estudio no se observa mayor diferencia en cuanto a la procedencia de los pacientes, los cuales tienen cifras muy similares. (Gráfico N° 03)

En otorrinolaringología existen múltiples patologías, las cuales se agrupan básicamente en otológicas, nasosinusales y faringo-laringeas, en el presente estudio se observó que el diagnóstico más frecuente fue Hipoacusia (27.71%), seguido de Rinitis Alérgica (21.10%) y en tercer lugar las Otitis (12.66%); lo cual concuerda con la literatura mundial, ya que se puede evidenciar en dos estudios realizados en Brasil que las patologías otológicas predominan con un 65% y 62% (5)(7), al igual que un estudio de Chile reporta predominancia de diagnósticos otológicos en un 38%, de los cuales en su mayoría también destaca la Hipoacusia (6). En los hospitales estudiados se deben mejorar las estrategias orientadas a prevenir, diagnosticar y tratar principalmente las patologías otológicas. La hipoacusia fue el diagnóstico otológico más frecuente principalmente en la Sierra y Selva, seguido de Rinitis Alérgica, la cual predomina en la Costa, esto podría deberse a la humedad excesiva en esta región. (Tabla N° 01)

CONCLUSIONES

En los tres hospitales estudiados se determinó una edad media de 37.71 años, y el sexo predominante fue el femenino con un 55%.

En el Hospital de EsSalud de Tumbes se determinó que el diagnóstico más frecuente fue Rinitis Alérgica seguida de Otitis e Hipoacusia.

En el Hospital de EsSalud de Huancavelica se identificó que el diagnóstico más frecuente fue Hipoacusia seguida de Rinitis Alérgica.

En el Hospital de EsSalud de Pucallpa se determinó que el diagnóstico más frecuente fue Hipoacusia seguida de Rinitis Alérgica y Otitis.

De la presente investigación se concluye que el conocer las patologías otorrinolaringológicas más frecuentes, su procedencia y su distribución etaria y de género ayudan a mejorar los protocolos de atención y optimizar el uso de recursos.

RECOMENDACIONES

Los programas de atención especializada en los Hospitales de EsSalud deben darle mayor importancia a la población adulta joven y principalmente los de sexo femenino.

En los hospitales de EsSalud debe buscarse implementar mejor las unidades de otología ya que los diagnósticos más frecuentes en las tres regiones del Perú indican que las patologías más frecuentes corresponden a aquellas que incluyen al sistema auditivo.

Se sugiere realizar estudios similares en otras ciudades de las tres regiones del Perú para comparar resultados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mir N., Trilla A. , Quintó LI. , Molinero M. , Asenjo M. ¿Qué papel tiene la otorrinolaringología en la asistencia primaria? Un análisis de variación en áreas concretas. *Acta Otorrinolaringolog Esp.* 2002; 53: 495-501.
2. Martínez M. Aspectos epidemiológicos de las infecciones en las Áreas de Urgencias. *Rev Cient Soc Esp Urg y Emerg.* 2001; 13: S44-S50.
3. Ruz S., Breinbauer H., Arancibia M. Análisis epidemiológico de la patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital San Juan de Dios. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2009; 69: 227-232.
4. Diaz L., Davila J., Rodriguez V., Añaños D. Frecuencia de diagnósticos de la especialidad de otorrinolaringología en el consultorio de medicina general en un centro de salud. *Rev Med Hered.* 2003; 14(4): 163 – 166.
5. Cruz J., Souza A., Caruso R., Romero V., De Oliveira N. Profile of Otorhinolaryngology emergency unit care in a high complexity public hospital. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2013; 79(3): 312 - 316.
6. Seymour C., Pardo J., Bahamonde H. Patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2011; 71: 235 – 240.
7. Lobo P., Nakanishi M., Lara G., Campos R., Sarmiento T. Clinic-epidemiological analysis of an Otorhinolaryngology Emergency Unit Care in a Tertiary Hospital. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2011;77(4): 426 - 431.

8. Aróstica L., Aravena O., Aguirre N., Walker K. Epidemiología de la patología otorrinolaringológica ambulatoria y quirúrgica en población mayor de 65 años. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2011; 22: 294 – 304.
9. Xue T.; Qiu J.; Qiao L.; Lu L.; Deng Z.; Chen F.; et al. Retrospective analysis of 1062 cases consulted by an otolaryngology chief resident. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2007; 21(17): 786 - 789.
10. Marques A., Utsch D., Werneck M., Lindgren C., Assis T. Pediatric Otolaryngology at the public health system of a city in Southeastern Brazil. Rev Saúde Pública 2007; 41(5): 719 – 725.
11. Béjar M., Cevo J., Romero M., Iñiguez R. Mortalidad Nacional en Otorrinolaringología. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2007; 67: 31 – 37.
12. Flores k., Delgado A., Güemes Z., Escalona O., Schimelmitz J., GuzmánR., et al. Padecimientos más comunes referidos del Departamento de Urgencias Médicas al Departamento de Otorrinolaringología. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2000; 3(4): 145 – 156.
13. CTO medicina S.L. Manual de CTO de Medicina y Cirugía: Otorrinolaringología. Madrid: McGraw – Hill – Interamericana; 2011.
14. Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía facial. Guías de atención y Procedimientos de la SPORL y CF. Perú: SPORL y CF editora; 2010. 70° Aniversario.



ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN

CODIGO: _____

EDAD: _____ años cumplidos

SEXO: Masculino Femenino

PROCEDENCIA: Tumbes (Costa)

Huancavelica (Sierra)

Pucallpa (Selva)

PATOLOGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA:

Patología Nasosinusal:

Rinitis Alérgica Sinusitis Crónica Hipertrofia Adenoidea

Patología Ótica:

Hipoacusia Cerumen Impactado Otitis

Patología Orofaringea / Laringe:

Faringitis Crónica Faringitis Aguda Laringitis

Otros diagnósticos