

URGENCIAS ORL

Curso de urgencias para MIR del Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz 2022

Vanesa Yañez Bermejo

F.E.A. Urgencias

Servicio de Urgencias HPS

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Sonia García Díaz

M.I.R. R4

Servicio de Otorrinolaringología

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Carlos Montero García

F.E.A. / Tutor de residentes

Servicio de Otorrinolaringología

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Pabellón y oído

Faringe y cavidad oral

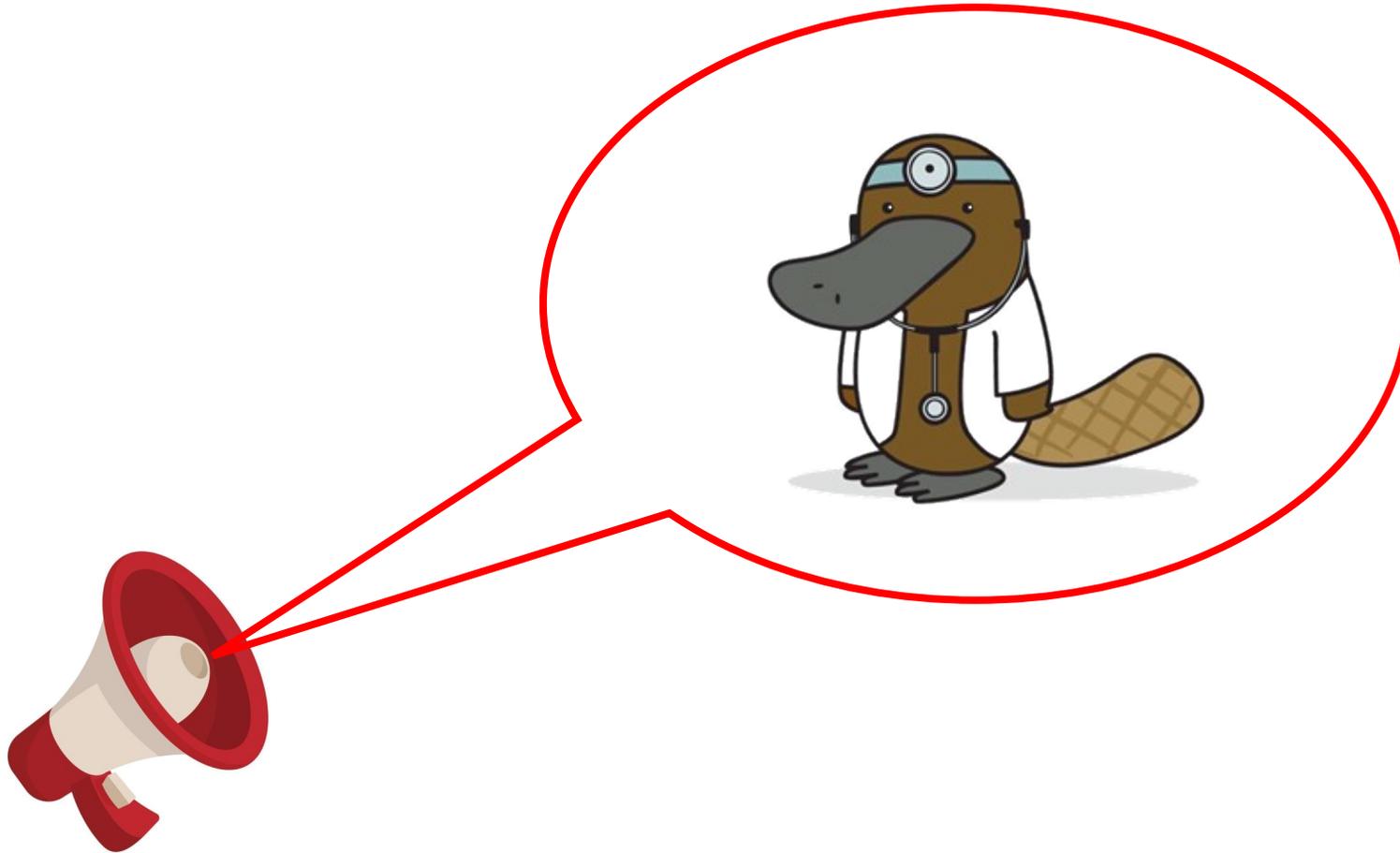
Nariz

Laringe y cuello



ORL Y CCC

¿Cuándo avisar al ORL?



PABELLÓN Y OÍDO

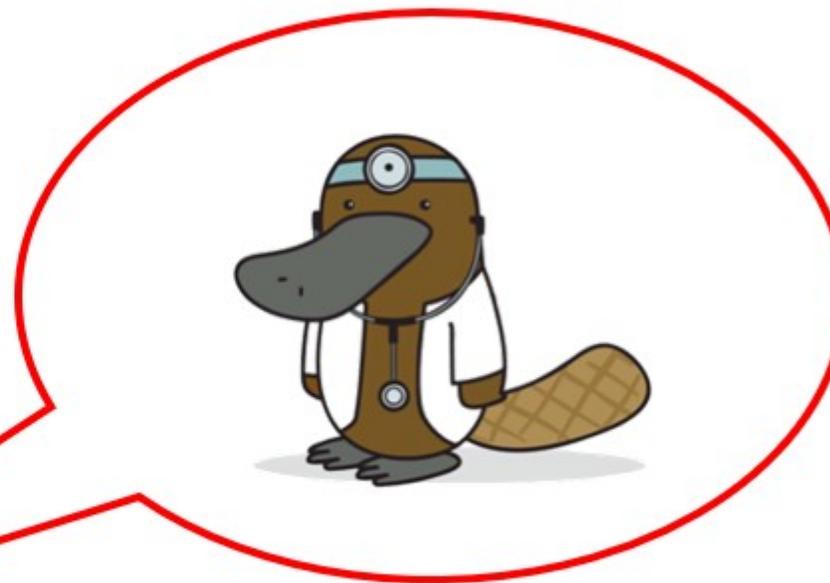
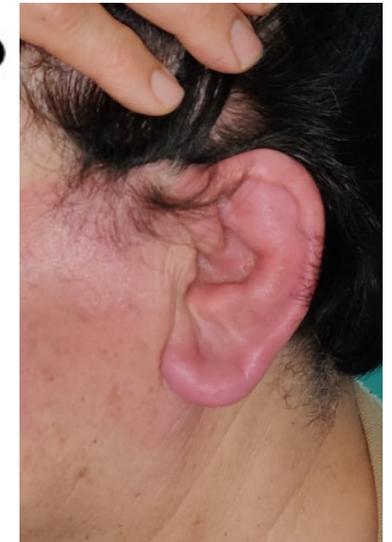
Diagnóstico diferencial pabellón auricular

HEMATOMA

PERICONDRITIS

ERISIPELA

¿Cuándo avisar al ORL?



- Antecedente tr
- **Drenaje** (punci
- Antibiótico oral
(Amoxicilina/clavul
875/125mg/8h/7d
Ciprofloxacino 500
- **Vendaje compr**

y ancianos

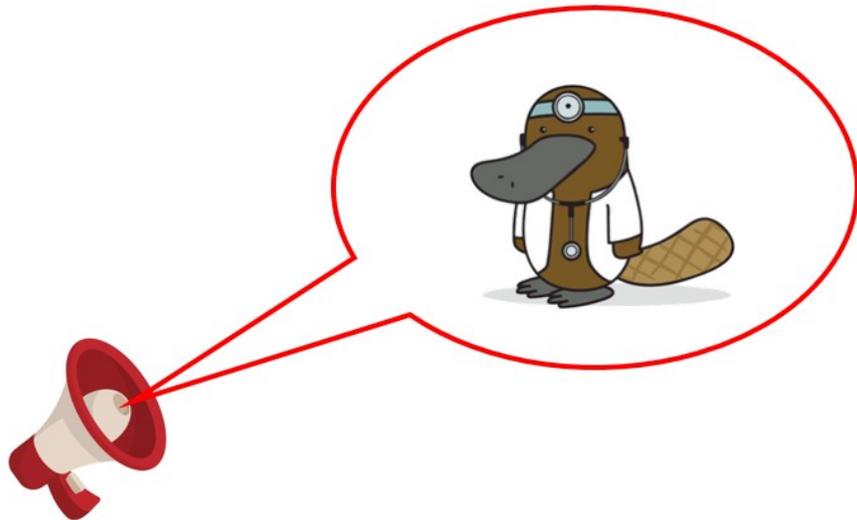
as en la piel

ina/clavulánico
mg/8h/7 días vo
ina/clavulánico

- Penicilina 5M/6h iv

Heridas del pabellón

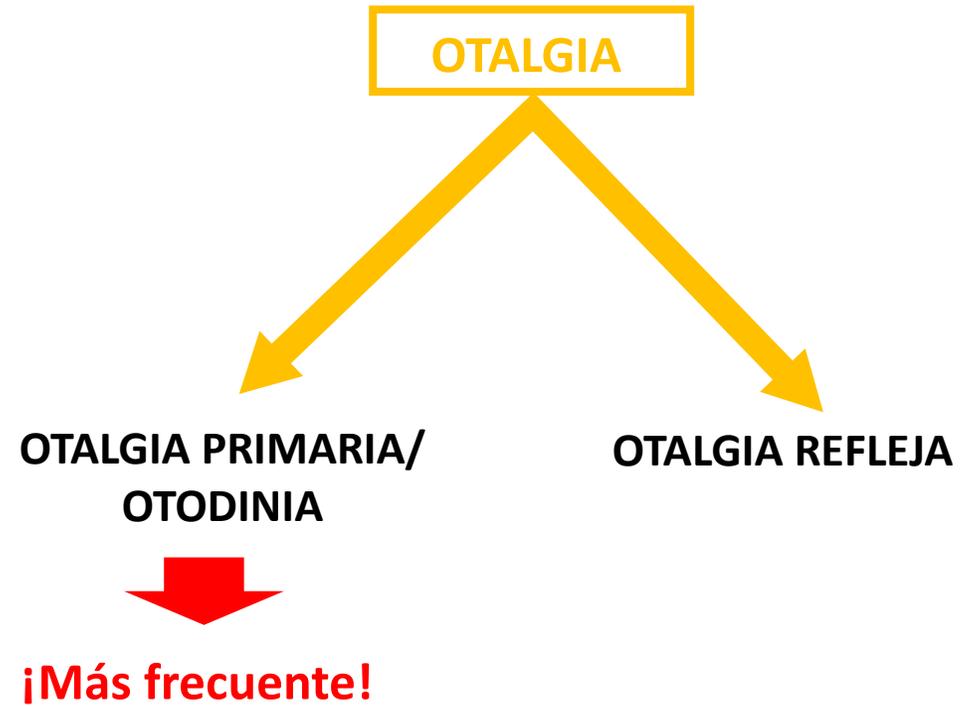
¿Cuándo avisar al ORL?



- ✓ Heridas abiertas con exposición amplia de cartílago.
- ✓ Avulsiones con pérdida de subunidades del pabellón.

- Sutura directa **SOLO piel** → **El cartílago NO se sutura.**
- Limpieza exhaustiva + anestesia local + sutura (no reabsorbible: seda 4/0 o nylon 4/0)
- **SIEMPRE** antibioterapia (Pseudomona) → **Ciprofloxacino 500mg/12h/7 días**

Otalgia, otorrea, otorragia



Otalgia, otorrea, otorragia



OMA

Complicaciones Otitis

Inflamación oral/faríngea

Otitis externa

Disfunción ATM

Parotiditis

OMS

Tumores CyC

Otros: RGE...



OMA

Miringitis bullosa

Dermatitis

Otitis externa

Cerumen

Otomicosis

Reagudización OMC

Otalgia, otorrea, otorragia



OMA

Otitis externa

OMC

Manipulación

Miringitis bullosa

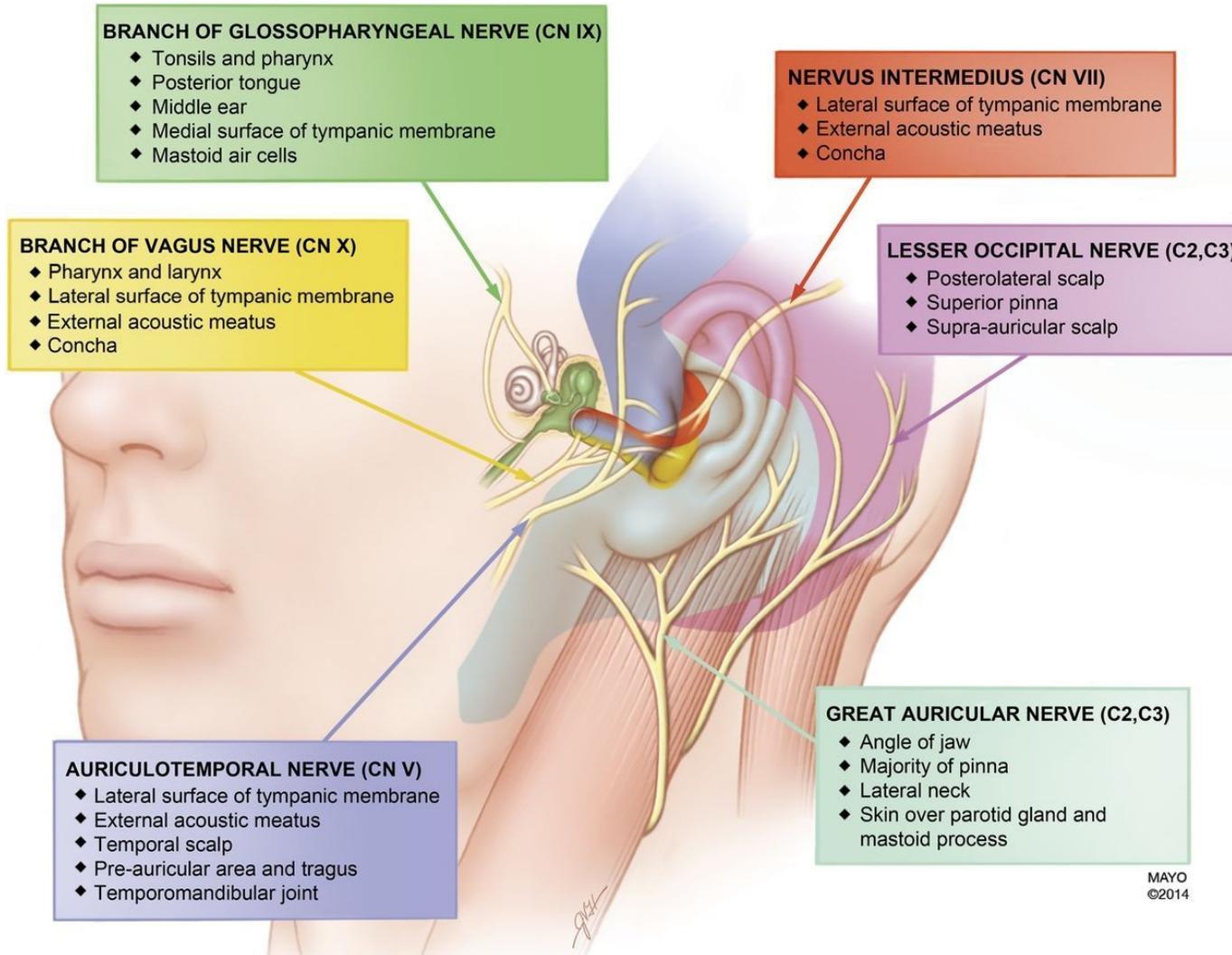
Tumores

Traumatismo

Perforación

En general **NO** implica mayor gravedad

Herpes del pabellón

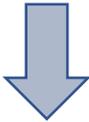


Virus Varicela Zóster

Picor, escozor y dolor

Ampollas > pustulas

Neurotrópo



Extensión fuera del pabellón

Herpes del pabellón

BRANCH OF GLOSSOPHARYNGEAL NERVE (CN IX)

- ◆ Tonsils
- ◆ Posterior
- ◆ Middle
- ◆ Medial
- ◆ Mastoid

TRIGEMINUS (CN VII)

- ◆ Tympanic membrane
- ◆ Meatus

OCCIPITAL NERVE (C2,C3)

- ◆ Lateral scalp
- ◆ Superior pinna
- ◆ Pre-auricular scalp

TRIGEMINUS (C2,C3)

- ◆ Pinna
- ◆ Parotid gland and
- ◆ Meatus

BRANCH OF VAGUS

- ◆ Pharynx and larynx
- ◆ Lateral surface of
- ◆ External acoustic
- ◆ Concha

AURICULOTEMPORAL

- ◆ Lateral surface
- ◆ External acoustic
- ◆ Temporal scalp
- ◆ Pre-auricular
- ◆ Temporomandibular



- Valaciclovir 1g/8h oral 7 días
- Medidas de antisepsia sobre lesiones

MAYO ©2014

Zóster ótico: síndrome de Ramsay Hunt



Afectación del ganglio geniculado

PARÁLISIS FACIAL

Vesículas en concha auricular
+/- Hemilengua y hemipaladar
mismo lado

- Valaciclovir 1g/8h oral 7 días
- Deflazacort 1,5mg/kg/día en pauta descendente
- Medidas de protección ocular
- Medidas de antisepsia sobre lesiones

Cuerpo extraño ótico

Otalgia, otorrea, otorragia

Asintomático



Animado → aceite, agua, anestesia
Inanimado → no tan urgente.

Extracción: garbato, pinza, aspirador

Otitis externa difusa

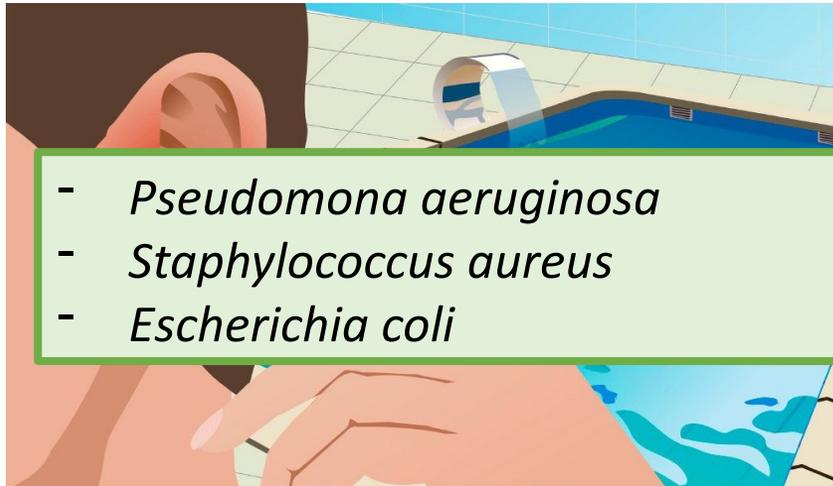
Otalgia, otorrea, otorragia

Verano, entrada de agua

Historia clínica

No fiebre, signo del trago +

Hipoacusia no necesariamente síntoma de alarma



- *Pseudomona aeruginosa*
- *Staphylococcus aureus*
- *Escherichia coli*

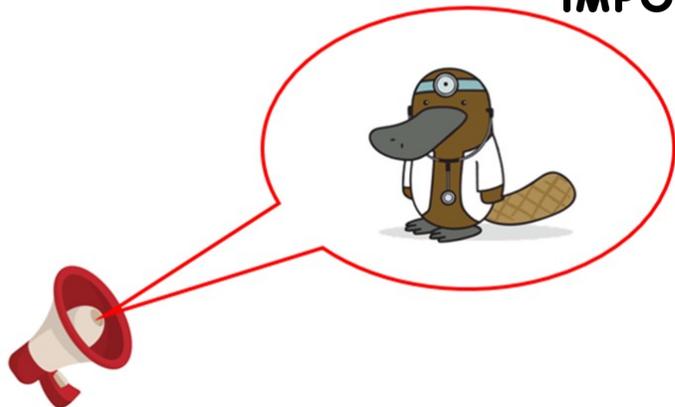


- **No mojar oído**
- Analgesia + calor seco local
- Antibiótico + corticoides **tópicos** (Cetraxal plus®, Aceoto plus®, etc.)
- ± Corticoides sistémicos (Deflazacort 1,5mg/kg/día)
- ± Ciprofloxacino 500mg/12h oral 7 días

Otitis externa difusa

Otitis externa refractaria a tto

CAE muy inflamado → colapsa → no entran gotas



- Aplicar gotas sobre merocel
- Retirar en 48 horas

Otitis externa localizada: forúnculo

Otalgia, otorrea, otorragia

Otoscopia fácil

Historia clínica

No fiebre, **signo del trago +**



- *Staphylococcus aureus*

- **No mojar oído**
- Analgesia + calor seco local
- Drenaje **si colección**
- Antibiótico + corticoides tópicos (Cetraxal plus®, Aceoto plus®, etc.)
- Cloxacilina 500mg/6h oral 7 días

Otomycosis

Prurito, otorrea, dolor en punzadas

Sensación de taponamiento

- No mojar oído
- Tratamiento largo en recaídas
- Antifúngicos tópicos (Menaderm/ Clotrimazol / Sertaconazol 4-5 gotas cada 12h 15 días)



¿Cuándo avisar a ORL? IMPORTANT
Secreciones que obstruyan el CAE.



Candida Albicans
Aspergillus Niger

Otitis media aguda

AP: infección de VRAs

1º FASE: Otolgia pulsátil, fiebre

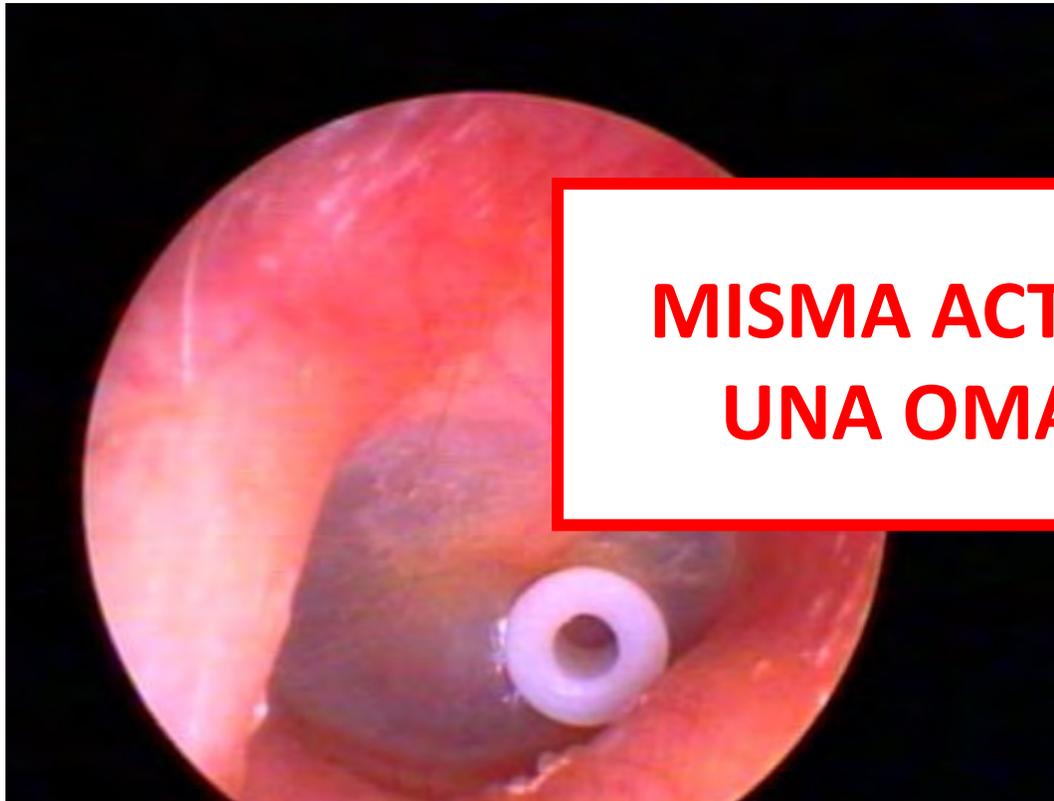
Hipoacusia de transmisión

2º FASE: Otorrea-otorragia + alivio dolor

- 80% viral, sobreinfectada por:
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*

- No mojar oído
 - Analgesia + calor seco local
- Si no supura:** Antibiótico oral (Amoxicilina 850mg/8h/7 días, Cefditoreno 200mg/12h/10 días)
- Si supura (perforación):** Antibiótico oral (Augmentine+ Antibiótico con corticoides tópicos (Cetraxal plus®, Aceoto plus®, etc.)
- Lavados nasales
 - Corticoides tópicos nasales

¿y si tiene DTT?



**MISMA ACTITUD QUE CON
UNA OMA SUPURADA**



Antibiótico oral + antibiótico con corticoides tópicos (Cetraxal plus®, Aceoto plus®, etc.)

Otitis media serosa

Otalgia con cambios de presión

Sensación de taponamiento

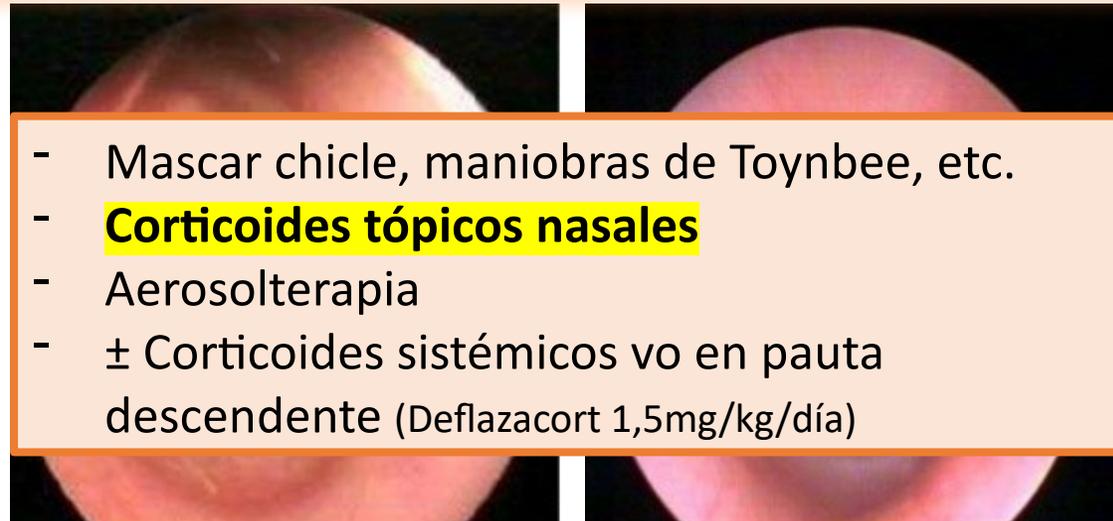
Hipoacusia de transmisión + acúfenos

Antecedentes infección VRAs

OME UNILATERAL
DESCARTAR CA CAVUM → fibroscopia



- Mascar chicle, maniobras de Toynbee, etc.
- **Corticoides tópicos nasales**
- Aerosolterapia
- ± Corticoides sistémicos vo en pauta descendente (Deflazacort 1,5mg/kg/día)



Otitis media crónica reagudizada

Otorrea

Antecedente catarral o entrada de agua

Antecedente ORL



Salvo sospecha de complicación, generalmente **NO** implica mayor gravedad que una otitis en un oído previamente sano



No precisa atención ORL de rutina.



- No mojar oído
- Analgesia + calor seco local
- **Tto inicial** :Antibiótico + corticoides tópicos (Cetraxal plus®, Aceoto plus®, etc.)
- +/- antibiótico oral (Amoxicilina 750mg/8h/7 días, Cefditoreno 200mg/12h/10 días, Claritromicina 500mg/12h/7 días)

Perforación timpánica traumática

Otorragia

Antecedente de manipulación

Antecedente trauma ótico

LA PERFORACIÓN NO CONTRAINDICA LAS GOTAS.
Salvo sospecha de complicación, no precisa atención ORL.

- No mojar oído
- Analgesia + calor seco local
- Observación + **control evolutivo ambulatorio.**
- Antibiótico tópicos (Cetraxal[®], Aceoto[®], etc.)



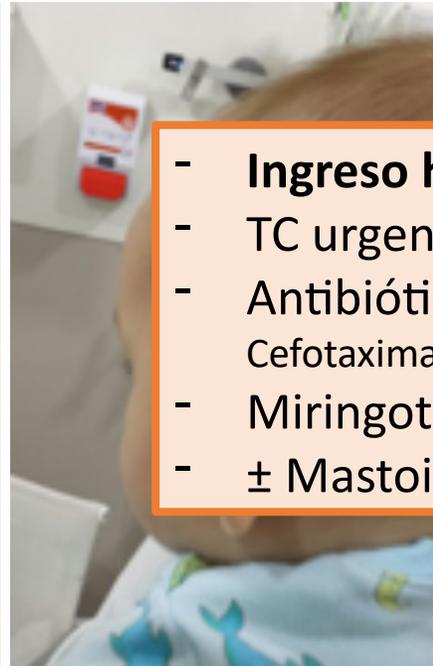
Mastoiditis

Fiebre, otalgia, \pm otorrea

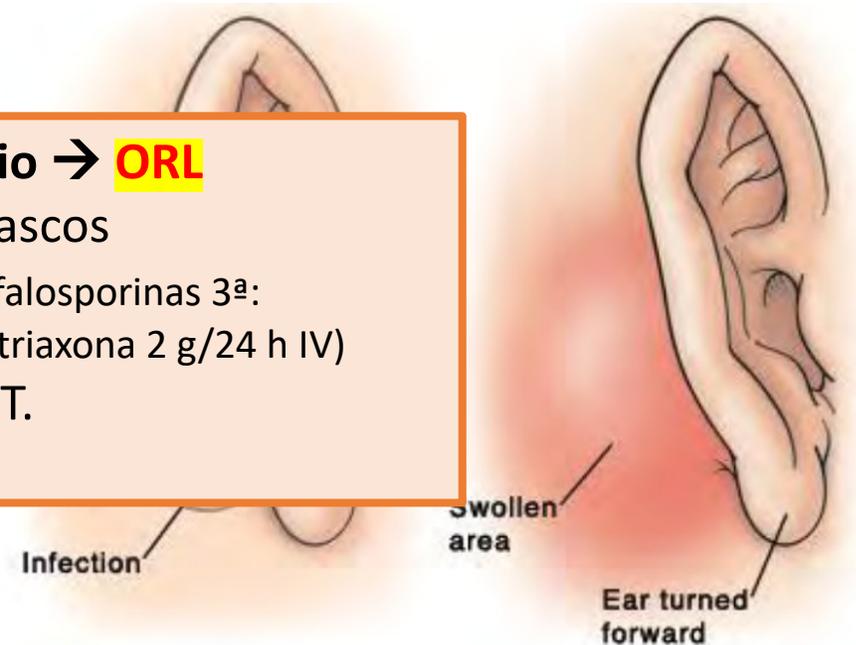
Mal estado general

Despegamiento retroauricular

Avisar a ORL



- Ingreso hospitalario \rightarrow **ORL**
- TC urgente de peñascos
- Antibióticos i.v. (Cefalosporinas 3^a: Cefotaxima 1g/12h, ceftriaxona 2 g/24 h IV)
- Miringotomía y DTT.
- \pm Mastoidectomía



Diagnóstico diferencial Pericondritis vs. Mastoiditis vs. Erisipela

Clínico



Complicaciones patología oído medio

Mala evolución

Síntomas generales

Síntomas neurológicos



Vértigo (laberintitis)

Parálisis facial periférica

Tumefacción retroauricular (Mastoiditis)

Síntomas neurológicos (meningitis, abscesos cerebrales)



TC + INGRESO HOSPITALARIO

Hipoacusia súbita

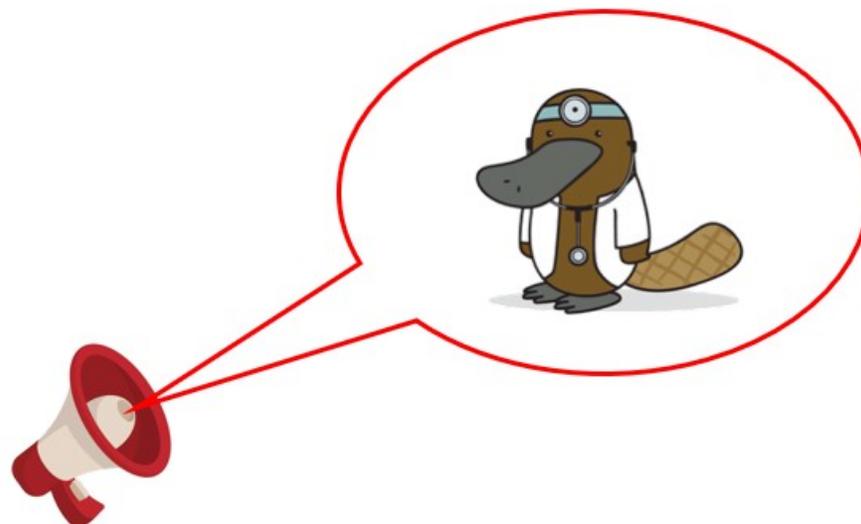
Hipoacusia de intauración **brusca**
(<72h)

Otoscopia **NORMAL**

UNILATERAL ± acúfenos

± Sintomatología vestibular

Avisar a ORL



Vértigo

¿QUÉ ES EL VÉRTIGO?

- **Alucinación** de movimiento
- Puede ser del entorno (**vértigo externo**) o del propio cuerpo (**interno**)
- Puede ser una sensación de **giro, caída** o desplazamiento

¿QUÉ ES EL MAREO?

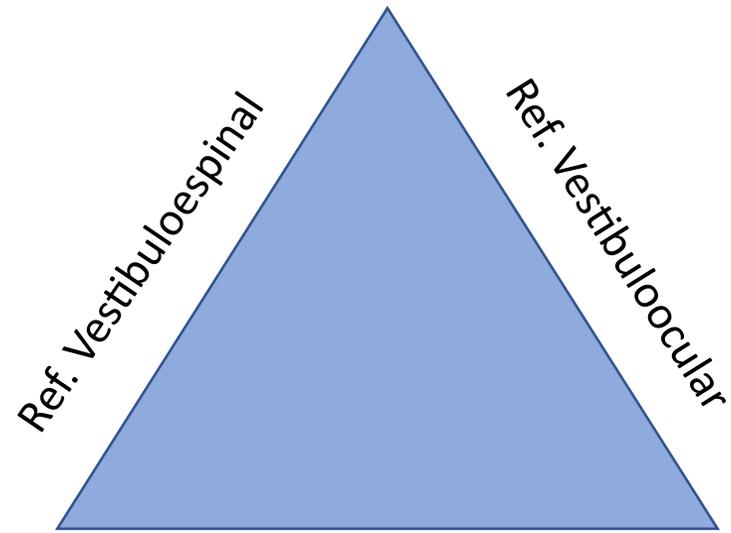
- Sensación de **aturdimiento**
- **Desorientación** leve respecto al entorno
- Suele acompañarse de **malestar, náuseas** atc.

¿QUÉ ES LA INESTABILIDAD?

- **Inseguridad** y dificultad en la **deambulación**.
- **Dificultad** en el control de la **postura** y el **movimiento**

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

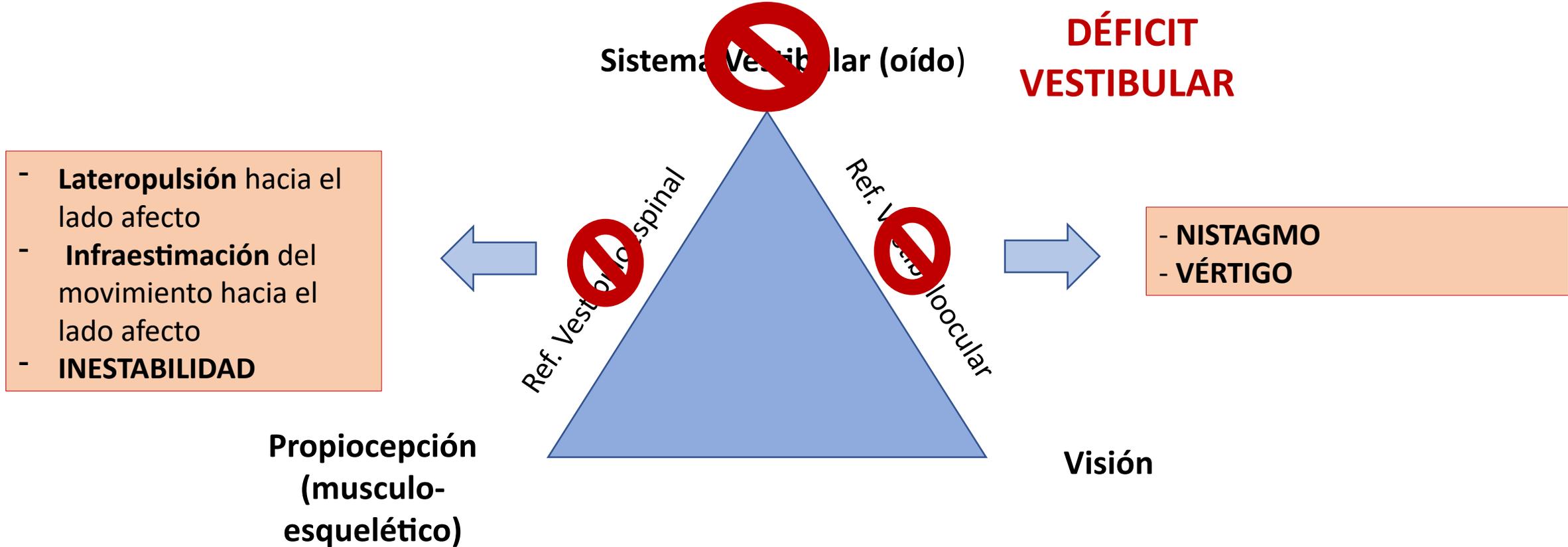
Sistema Vestibular (oído)



**Propiocepción
(musculo-
esquelético)**

Visión

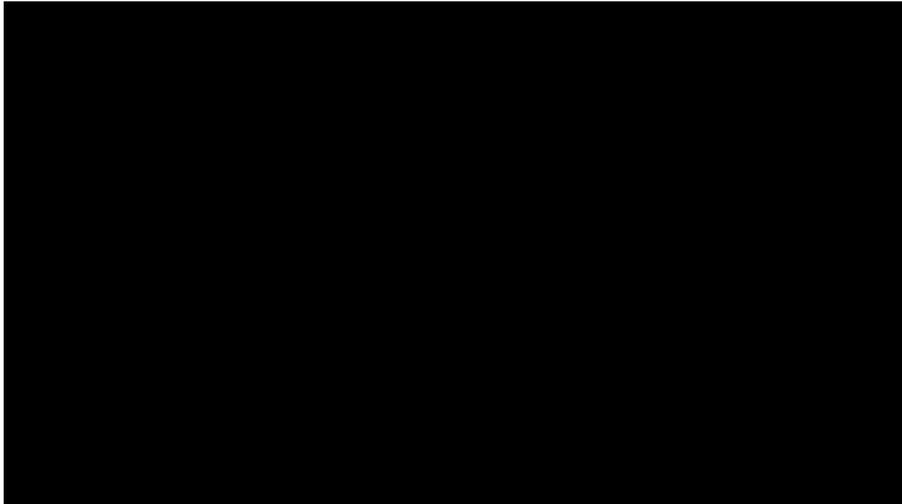
ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO



Vértigo

NISTAGMO vestibular

1. Nistagmo **horizontal-rotatorio**
2. Fase **rápida** hacia el **lado sano**.
3. Se **inhibe** con la **fijación visual**
4. Se dirige siempre en la **misma dirección**
5. Es **más intenso** cuando los ojos miran en la **dirección de la fase rápida** (Ley de Alexander)



NISTAGMO NO vestibular

1. NISTAGMO de **cualquier forma** → **INCLUIDO IGUAL QUE EL VESTIBULAR**
2. Puede **cambiar** a lo largo de la evolución
3. Puede **NO** acompañarse de **vértigo**.



Vértigo

NISTAGMO vestibular

- Nistagmo **horizontal-rotatorio**
- Fase **rápida** hacia el **lado sano**.
- Se **inhibe** con la **fijación visual**
- Se dirige siempre en la **misma dirección**
- Es **más intenso** cuando los ojos miran en la **dirección de la fase rápida** (Ley de Alexander)

NISTAGMO NO vestibular

- NISTAGMO de **cualquier forma** → **INCLUIDO IGUAL QUE EL VESTIBULAR**
- Puede **cambiar** a lo largo de la evolución
- Puede **NO** acompañarse de **vértigo**.

CUANDO EL NISTAGMO ES SECUNDARIO A UN DÉFICIT VESTIBULAR SOLO PUEDE SER HORIZONTAL-ROTATORIO Y TENER ESTAS CARACTERÍSTICAS

Síndrome vestibular agudo: central vs. periférico



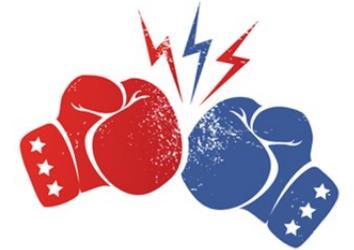
El infarto por **isquemia vertebro-basilar** puede semejar trastornos vestibulares periféricos con **ausencia de síntomas y signos neurológicos** en **MÁS DE LA MITAD DE LOS CASOS**

APLICACIÓN PROTOCOLO HINTS



1. Head Impulse Test o Prueba de impulso cefálico.
2. Observación del nistagmo espontáneo.
3. Skew deviation test o test de desviación ocular vertical.

HINTS



- **88% Sensibilidad 96% Especificidad**

*Según revista STROKE 100% Sensibilidad

- **Head Impulse** → Positivo orienta a **origen Periférico**
- **Nistagmus** (Cambiante) → Positivo orienta a **Origen Central**
- **Test of Skew** → Positivo orienta a **Origen Central**

TC poca sensibilidad en el infarto

RM difusión primeras 24-48h falla en 1/5 infartos establecidos

Vértigo periférico

Crisis vértigo ÚNICA

Con hipoacusia

Laberintitis
Neuritis cocleo-vestibular (VVZ)

Sin hipoacusia

Neuritis vestibular

Crisis vértigo RECURRENTE

Con hipoacusia

Enfermedad de Menière
Migraña basilar
Enfermedad autoinmune del oído interno
Sífilis
Fístula perilinfática

Sin hipoacusia

Provocadas

VPPB
Fístula perilinfática

Espontáneas

Migraña vestibular
Vértigo paroxístico de la infancia
Vértigo de origen vascular

Vértigo

Signos clínicos de alarma

1. Inicio brusco en un paciente con factores de riesgo cardiovascular.
2. Inestabilidad intensa que impide ponerse de pie o andar (STANDING).
3. Signos de focalidad neurológica en la exploración física.
4. Fiebre.
5. Otolgia intensa.
6. Cefalea grave de inicio reciente.
7. Alteración del nivel de conciencia.

Vértigo periférico: tratamiento en urgencias

FASE AGUDA (tratamiento sintomático):

- Antiéméticos (retirarlos lo antes posible)
- Corticoides sistémicos (Enf. Menière + Neuritis)*

TRATAMIENTO DEFINITIVO (no urgente) :

VPPB:

- Maniobras de reposición otolítica

Déficit vestibular:

- Rehabilitación vestibular

Betahistina (Serc[®]) no tiene indicación en síndrome vestibular agudo en urgencias

1) SEDACIÓN

Diacepam:

- Oral: 2/5/10mg/6-12h
- iv: 10mg infusión lenta cada 8/ 12

MÁXIMO 4-5 DÍAS

2) ANTIEMÉTICOS

Metoclopramida :

- Oral: 5-10mg/24h
- im/iv: 10 mg cada 4-6 h

Ondansetrom:

- iv: 4-8 mg cada 12 h

Sulpirida → ¡NUNCA TRATAMIENTO CRÓNICO!

- Oral: 50mg/8h
- im: 100mg/12h

Parálisis facial periférica

1

Descartar origen central



Parálisis facial

Central

Motilidad frontal preservada
+/- Síntomas neurológicos asociados

Avisar al neurólogo

Afecta Mot
Afecta p

Avisar a ORL



ORL

Otoscopia y palpación parotídea

2

¿Antecedentes?

- Patología otológica
- Patología oncológica de parótida



Parálisis facial periférica

Clasificación de House-Brackmann

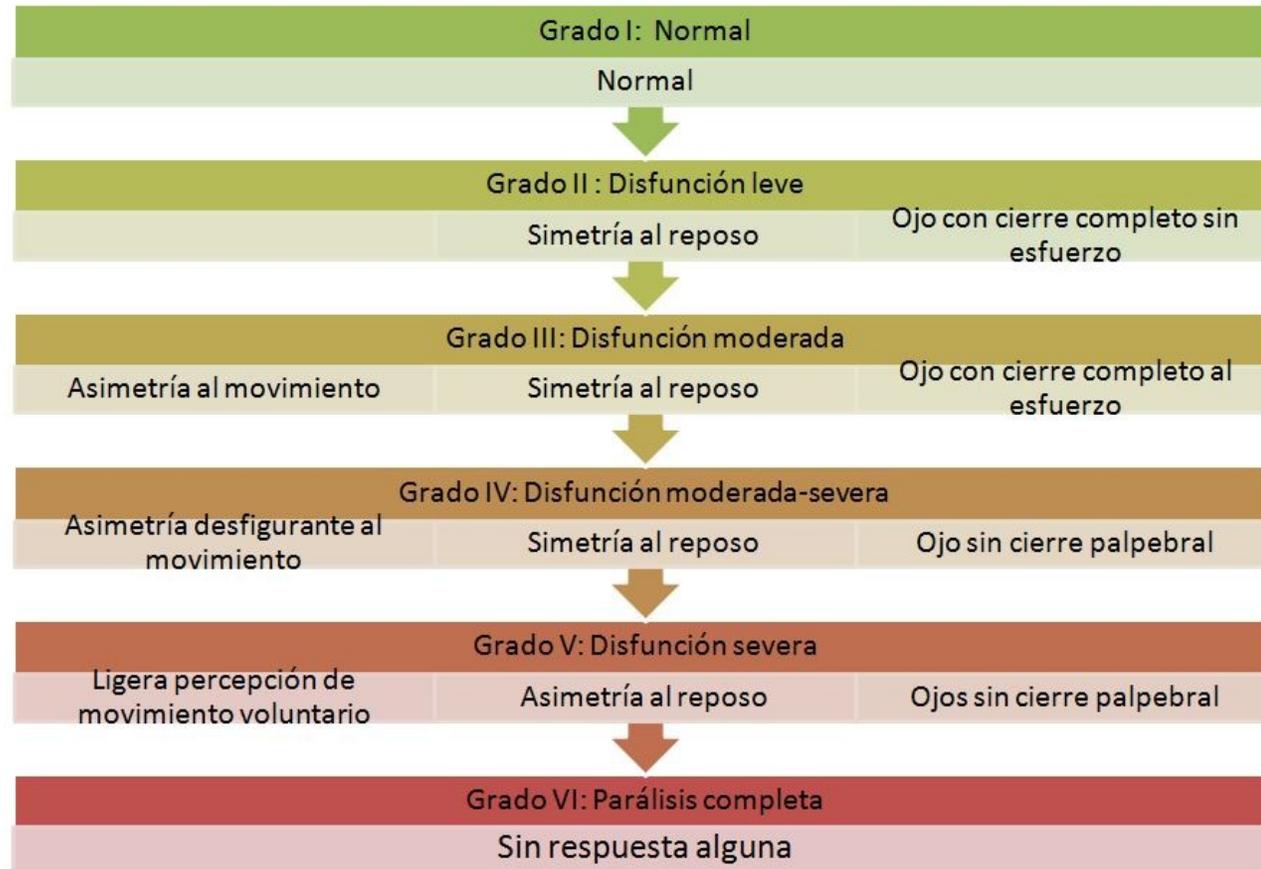


Tabla 4 Parálisis de Bell Vs Sd Ramsay-Hunt.

	Parálisis de Bell	Sd. De Ramsay-Hunt
	Causa más frecuente de PFP	
Etiopatogénia	Idiopática, reactivación del VHS1	<ul style="list-style-type: none"> Reactivación del VZ en el ganglio geniculado
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Edad avanzada Embarazadas Historia familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Inmunodeprimidos Ancianos
Clínica	<p>Pródromos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuadro gripal Dolor retroauricular o mastoideo <p>PFP Aguda</p>	<p>PFP ipsilateral</p> <p>Afectación del VIII:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipoacusia neurosensorial Acúfeno Vértigo <p>Vesículas en pabellón auricular, CAE y cara lateral de la membrana timpánica muy dolorosas y pruriginosas (en ocasiones mucosas oral)</p>
Evolución	Puede empeorar durante dos primeras semanas	Puede empeorar durante tres primeras semanas
Pronóstico	Buen pronóstico	Peor pronóstico
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de protección ocular Corticoides sistémicos 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de protección ocular Corticoides sistémicos Antivirales

Parálisis facial periférica

¿Tratamiento?

- **Corticoides sistémicos**
- **Recomendaciones de protección ocular**
 - Lágrimas artificiales
 - Pomada lubricante
 - Oclusión ocular nocturno
- Control evolutivo por ORL en consultas externas.

NARIZ Y SENOS

Traumatismo nasal

Dolor, epistaxis

Inflamación , edema inicial

Laterorrinia, hundimiento, Crepitación



Fractura de huesos propios

- Explorar y vigilar igual que un TCE
- **NO** radiología simple (salvo agresión)
- **NO** precisa reducción urgente
- *Si epistaxis:* taponamiento
- *Si herida:* aproximación/sutura



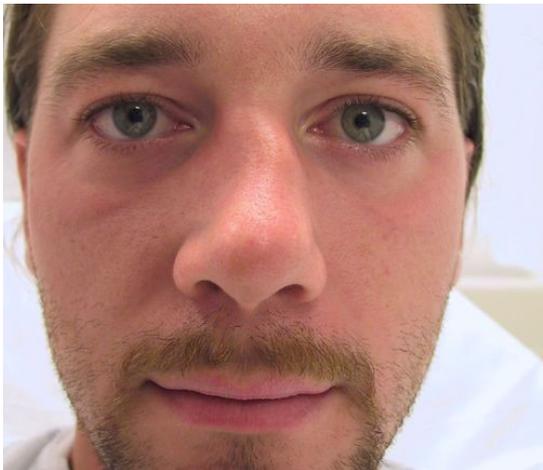
¿Cuándo avisar a ORL?
A las 48 h para revisión.



IMPORTANT

PERO...

- NO PRECISAN REVISIÓN:**
- Ancianos
 - Demencia
 - Comorbilidades que contraindiquen IQ



Epistaxis

Epistaxis

- **Valoración hemodinámica** (constantes incluida TA). - **Anamnesis:** Toma de anticoagulantes y antiagregantes, enfermedades de base (HTA, usuario CPAP, hemofilia, EVW...) .
- **Vía periférica SIEMPRE que haya sangrado activo.**

- Tratamiento si HTA
- Vitamina K en función INR
- Control analítico (hemograma y coagulación)

Epistaxis posterior

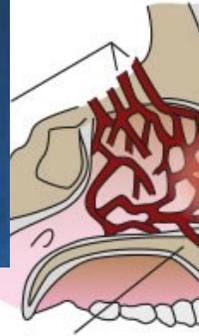
Epistaxis anterior



Manejo ORL
Taponamiento anteroposterior
Ingreso
Cauterización endoscópica

Cauterización
Taponamiento anterior

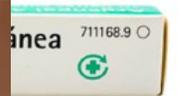
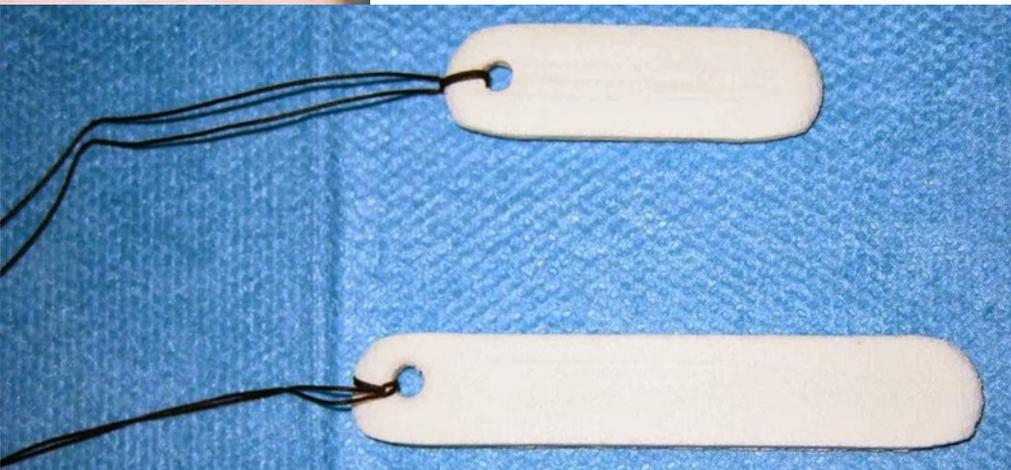
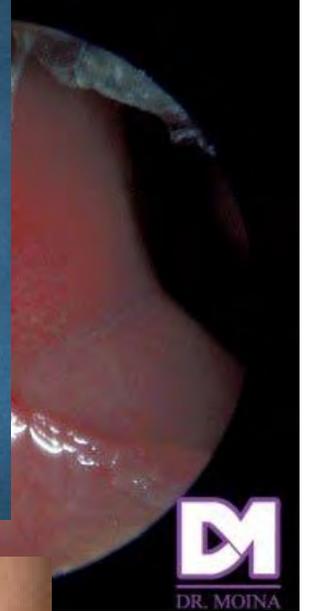
Epistaxis



Paladar duro



de la fosa nasal



Rinosinusitis aguda

Rinorrea

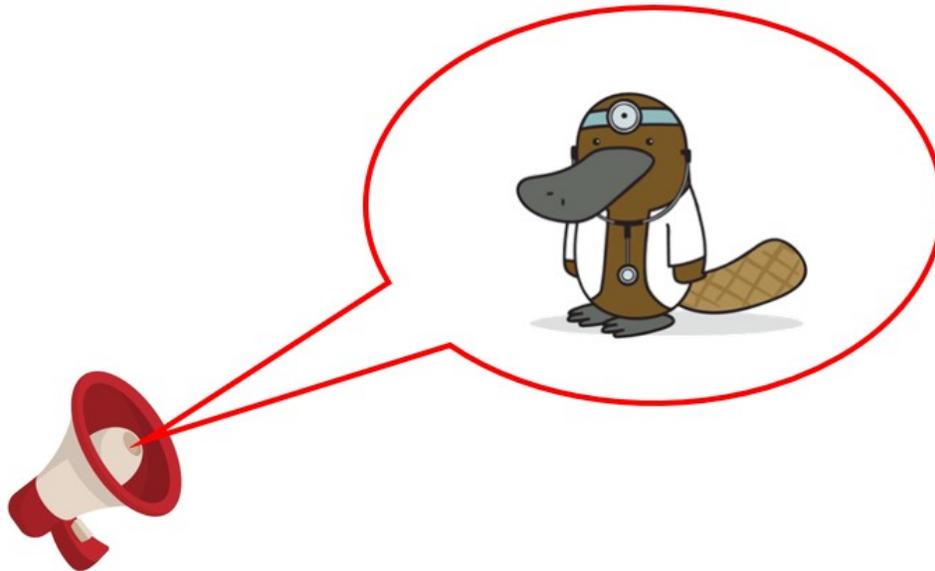
Obstrucción nasal

Algia facial en puntos sinusales

Diagnóstico clínico

NO precisa radiología

¿Cuándo avisar al ORL?



Síntomas de alarma:

- Cefalea intensa
- Clínica oftalmológica
- Disfunción neurológica

Rinosinusitis aguda: complicaciones

Orbitarias

- Ingreso hospitalario
- **TC urgente**
- Valoración ORL/OFT
- Antibiótico intravenoso
- Descongestionante nasal
- Analgesia
- +/- Tratamiento quirúrgico*

*Tratamiento quirúrgico:

- Proptosis
- Quemosis
- Oftalmoplejía
- Reducción de agudeza visual

Intracraneales

- Meningitis
- Absceso extradural o subdural
- Absceso intracerebral o empiema

- Ingreso hospitalario
- **TC urgente**
- **RM**
- Valoración ORL/OFT/NCR
- Antibiótico intravenoso
- Descongestionante nasal
- Analgesia
- +/- Tratamiento quirúrgico

FARINGE Y CAVIDAD ORAL

Amigdalitis pultácea

Odinofagia



+/- Fiebre
+/-adenopatías (**unilateral + frec**)
+/-tos

- Tto inicial: sintomático **(+frec viral)**
- Antibiótico oral (amoxicilina 750mg/8h 7 días **o amoxicilina/clavulánico 875/125mg/8h 7 días** o cefditoreno 200mg/12h 10 días)
- Analgesia
- Si mucho componente inflamatorio: **ciclo corto corticoides vo.**



Mononucleosis infecciosa

Adolescente/joven

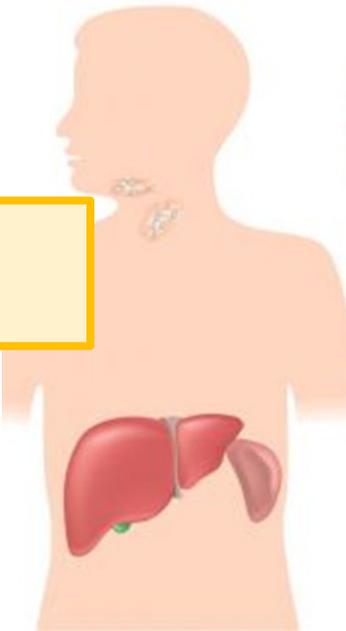
Adenopatías + fiebre

No mejoría con antibiótico (rash)

Analítica: linfomonocitosis +/- ↑
enzimas hepáticas



- Tratamiento sintomático
- Control evolutivo 3 semanas



Amigdalitis úlcero-necrótica

ADULTO JOVEN CON MALA HIGIENE DENTARIA CON ODINOFAGIA

+/- Fiebre baja

+/-adenopatía satélite unilateral dolorosa

+/-alitosis fétida

+/- astenia marcada



Penicilina G o V + Metronidazol

Ulceración profunda, unilateral, recubierta de un exudado blanco grisáceo, fácilmente depresible y friable.

Absceso periamigdalino

Odinofagia y disfagia

Antecedente amigdalitis

+/- Fiebre
+/-trismus
+/- **voz engolada** (patata caliente)

Diagnóstico: Clínica + Orofaringoscopia + Analítica (leucocitosis con neutrofilia con ↑PCR)



Cuerpo extraño faríngeo

Odinofagia

Pinchazos

Sialorrea

Historia compatible → Antecedente

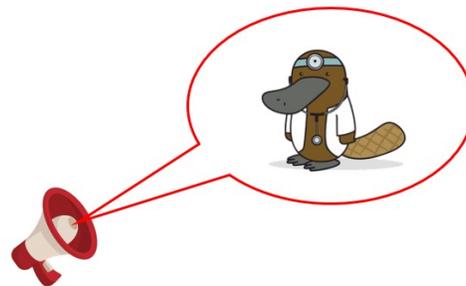
Cavidad oral →



Orofaringe/
supraglotis →



Avisar a ORL



Cuerpo extraño faríngeo

Anamnesis:

- **Clínica aguda y precisa (pinchazo a punta de dedo)** vs crónica y difusa.
- Sintomatología asociada: Disfagia, afagia, sialorrea, disfonía, disnea.
- Antecedente: Comida.

Exploración

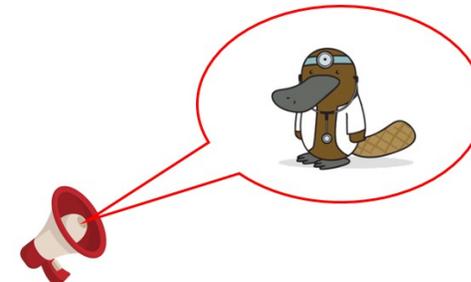


Orofaringoscopia



No se objetiva

Avisar a ORL



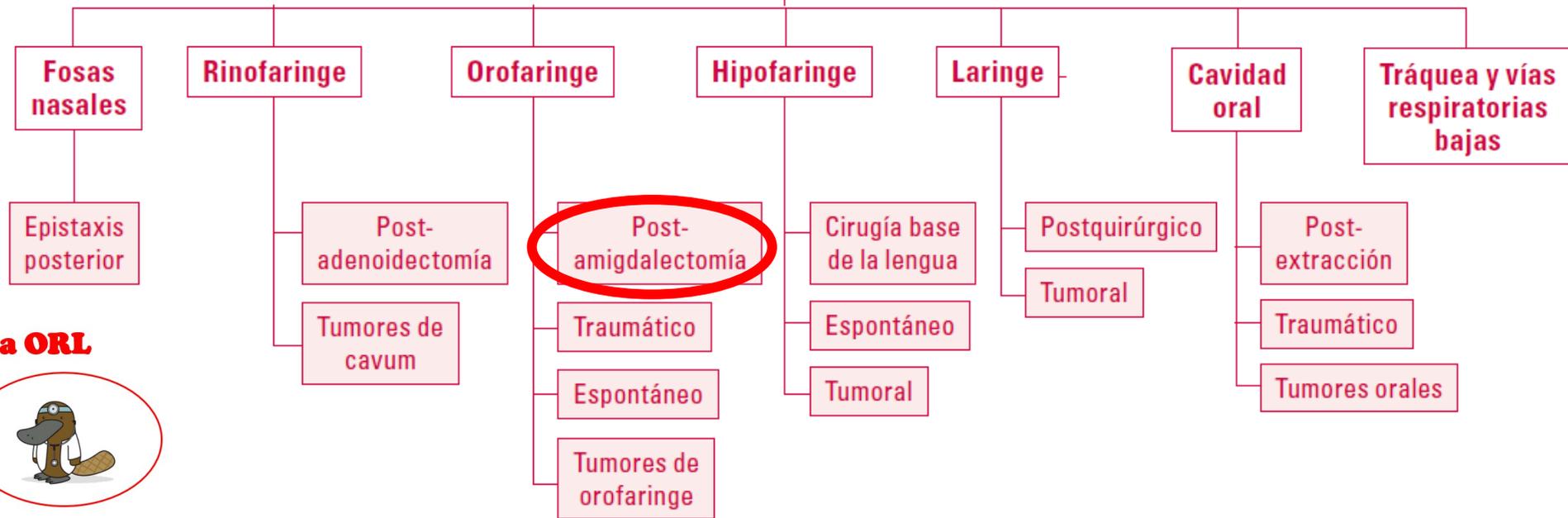
ADEMÁS...

- Si cuerpo extraño sospechoso radioopaco (hueso, metal)
 - Rx cervical.
- Si sospecha de cuerpo extraño esofágico (**disfagia, afagia, sialorrea, dolor a nivel cervical central bajo, correspondiente a hipofaringe**) →
 - Tto sintomático: Analgesia + Valium/Glucagon.
 - Orofaringoscopia.
 - Si ORL en el centro, avisar a ORL → Signos indirectos en la fibroscopia.
 - Si no ORL en el centro, avisar a Digestivo.

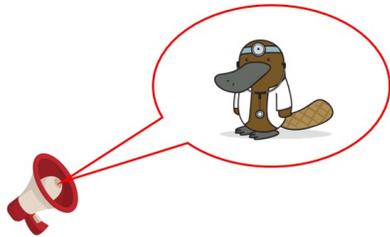
Sangrado orofaríngeo

Sangrado a través de la boca

¿Cuál es el origen real del sangrado?



Avisar a ORL



Principales objetivos en la Urgencia:

- Intentar identificar **origen de sangrado** (anamnesis y exploración inicial básica → rino y/o orofaringoscopia).
- **Vía aérea y estabilidad hemodinámica** → Vía, reposición de volemia, valoración de necesidad de hemoderivados, y analítica.

LARINGE Y CUELLO

Urgencias laríngeas

La causa más frecuente de disnea en la urgencia, no es la laríngea, sino la pulmonar y cardíaca.

1

ANAMNESIS

- Edad
- Instauración.
- Sospecha de origen.
- Se asocia a politraumatismo (fx cervical).
- Signos y síntomas típicos de la disnea laríngea.

2

EXPLORACIÓN

- Si situación de Emergencia → ABCDE.
- Verificar permeabilidad vía aérea y características de la ventilación.
- SaO2 → OJO, una adecuada saturación no descarta obstrucción importante a nivel de VAS, pero un descenso de la misma, indica GRAVEDAD.
 - Exploración de la cavidad oral.
- Si situación no grave → Rx laterocervical y/o TAC cervical.



Urgencias laríngeas

Signos de alarma en la disnea laríngea



- Agotamiento (disnea > 1 h)
 - Hipercapnia
 - Sudoración profusa
 - Taquicardia
- Silencio auscultatorio.

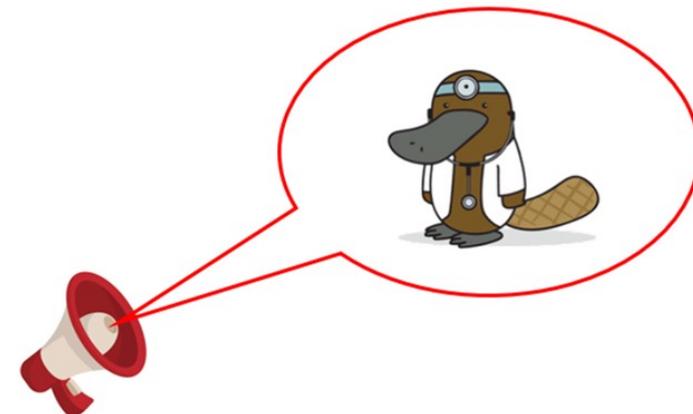
Llamar siempre a ORL.

- Vía periférica + constantes:
Recuerda: SatO2 suele ser normal.
- Corticoides, oxígeno, adrenalina*
(racémica en aerosol o subcutánea)

Si gravedad → UCI.

Ante disnea con sospecha de origen laríngeo, ¿qué hacer en la Urgencias?

Avisar a ORL



Disnea en portador de traqueostomía

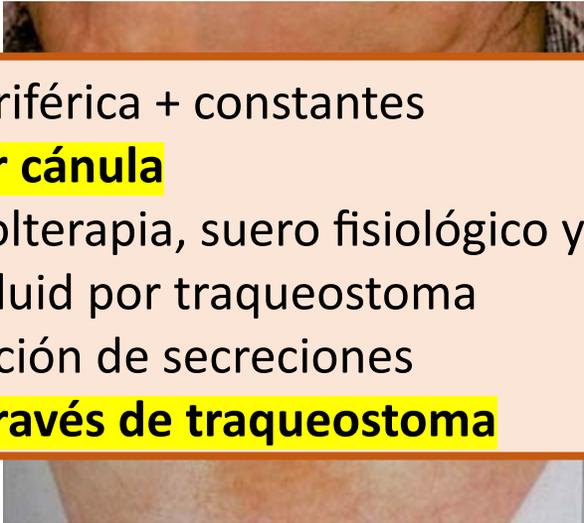
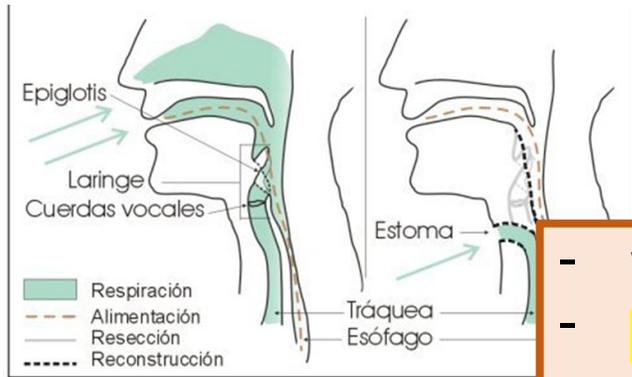
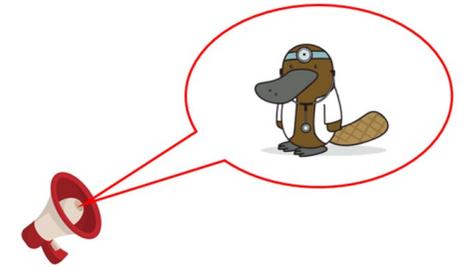
Tapón mucoso*

Sialorrea

Disnea con estridor inspiratorio

Tiraje

Avisar a ORL



- Vía periférica + constantes
- **Retirar cánula**
- Aerosolterapia, suero fisiológico y mucofluid por traqueostoma
- Aspiración de secreciones
- **O2 a través de traqueostoma**



Urgencias cervicales traumáticas

- **Cerrado:**
 - Disfonía
- **Abierto** → Clínica variada, en función de la afectación.
 - Línea media: laringe, tráquea, esófago
 - Lateral: vasos cervicales, VVI y carótida

RECUERDA

Signos/síntomas de alarma:

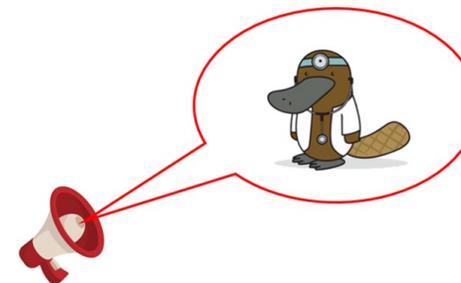
- Disnea/estridor
- Hemorragia/hematoma progresivo
- Enfisema severo



¿Cómo actuar?

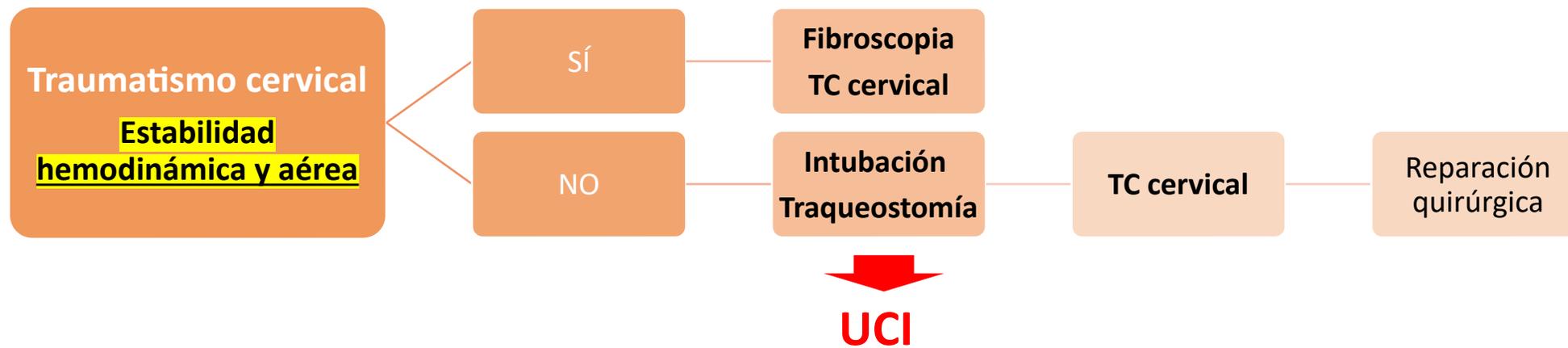
ABCDE: estabilidad hemodinámica y aérea.

Avisar a ORL



Urgencias cervicales traumáticas

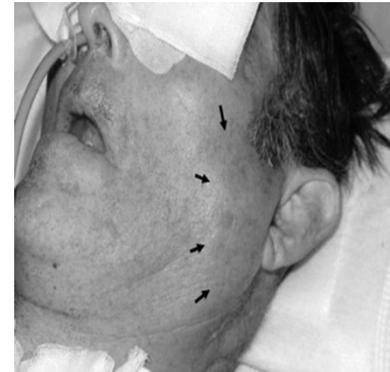
La actuación en Urgencias, va a depender de la estabilidad hemodinámica.



Sialoadenitis aguda unilateral

Parotiditis supurada

- *Staphylococcus aureus*
- Deshidratación
- Diabetes
- Ancianos/encamados
- Inmunodeprimidos



Submaxilitis aguda

- Litiasis
- Polimicrobiana



Sialoadenitis aguda unilateral

¿Cómo actuar en la Urgencia?

Avisar a ORL



Mal estado general
Afectación cervical difusa

- **Ingreso hospitalario**
- Tratamiento intravenoso (Penicilina 5M/6h + metronidazol 500mg/8h)
- TC
- Drenaje

Buen estado general
Afectación glandular aislada,
sin afectación sistémica.

- **Hidratación**
- Analgesia
- Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg/8h 7 días vo
- Rhodogil* (espiramicina + metronidazol) 2 comprimidos/8h 7 días vo
- Pauta corta corticoide oral.

Absceso cervical

Odinofagia y disfagia +/- disnea

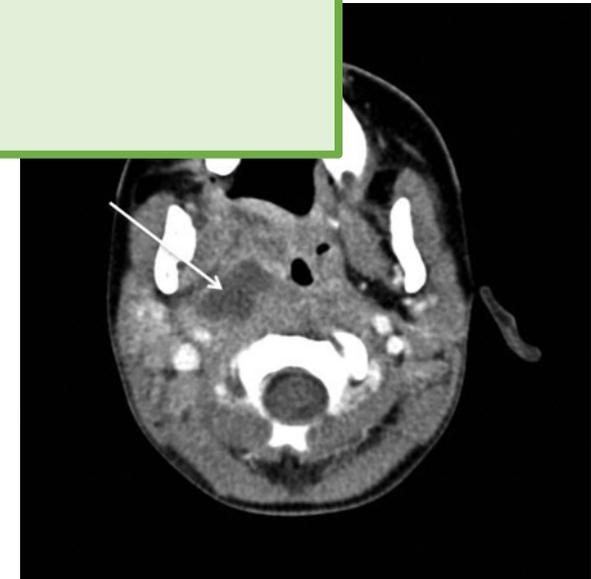
Fiebre y mal estado general

Tumor y dolor cervical

Trismus

Origen diverso → **IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN.**

- Infección orofaríngea
- Dentario → **CMX.**
- Submaxilitis
- Cuerpos extraños



Absceso cervical

¿Qué hacer en la Urgencia?

1

ABCDE: estabilidad hemodinámica y aérea

Vía aérea estable

Vía aérea inestable

TC cervical
Avisar ORL →
Fibroscofia

Avisar ORL y UCI.
IOT. Traqueotomía.
Drenaje quirófano.

Drenaje + antibiótico
¿Traqueotomía?

Avisar a ORL



Quistes congénitos. Adenoflemón

Línea media

- Quiste tirogloso
- Tiroiditis



Laterocervical

- Quiste branquial
- Adenoflemón



¿Cómo actuar?

- Sin sobreinfección, **NO** constituyen motivo de valoración ORL urgente.
- Si sobreinfección, sin signos de complicación → Manejo ambulatorio (Antibioterapia + corticoterapia).
- **Si sobreinfección con signos de complicación** (disfonía, disfagia, disnea... → **Avisar ORL.**

Manual de supervivencia ORL

Hospital Gregorio Marañón

P. Martínez Pascual
M. Gutiérrez Triguero
P. Pinacho Martínez
C. Martín Oviedo
J. Da Costa Belisario
A. Lowy Benoliel
M. Tucciarone
T. Martínez Guirado
D. Poletti Serafini
R. Gómez-Blasi Camacho
R. Souviron Encabo
E. Friedlander
E. Scola Pliego
I. García López
G. Sanjuán de Moreta

amplifon

<https://www.gaesmedica.com/es-es/monografias/manual-supervivencia-orl>

YouTube ES

gabriel trinidad

Dr. Gabriel Trinidad Ruiz
Rehabilitación vestibular, Otoneurología,
Cirugía ORL en vídeos prácticos
<http://vertigobadajoz.com>
gtrinidad@gmail.com

Inicio Explorar Suscripciones Biblioteca Historial

Inicia sesión para dar Me gusta a vídeos, añadir comentarios y suscribirte a canales.

INICIAR SESIÓN

LO MEJOR DE YOUTUBE
Música Deportes Videojuegos Películas Noticias Directo

Gabriel Trinidad Ruiz
1020 suscriptores

SUSCRIBIRME

INICIO VÍDEOS LISTAS COMUNIDAD CANALES MÁS INFORMACIÓN

Todas las listas de reproducción

Listas de reproducción creadas

- CLASES ORL 2021**
VER LISTA DE REPRODUCCIÓN COMPLETA
- COVID-19**
VER LISTA DE REPRODUCCIÓN COMPLETA
- INSTRUCTIONAL VIDEOS**
VER LISTA DE REPRODUCCIÓN COMPLETA
- ENT SURGERY**
VER LISTA DE REPRODUCCIÓN COMPLETA
- BPPV 3D MODELS**
VER LISTA DE REPRODUCCIÓN COMPLETA

URGENCIAS ORL

Curso de urgencias para MIR del Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz 2022

Vanesa Yañez Bermejo

F.E.A. Urgencias

Servicio de Urgencias HPS

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Sonia García Díaz

M.I.R. R4

Servicio de Otorrinolaringología

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Carlos Montero García

F.E.A. / Tutor de residentes

Servicio de Otorrinolaringología

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz