

Otorrinolaringología

Claves para orientar el caso

Explorar

Oído, nariz, garganta y cuello.

Interpretar

Audición, equilibrio, voz y deglución.

Actuar

Priorizar vía aérea y función.

Prevenir

Pesquisa, cuidado y rehabilitación.

Examen y prioridades

Localizar el problema y evaluar audición, deglución y vía aérea.

Examen ORL y prioridades clínicas

Comenzar por función y riesgo

- **Historia:** inicio, lateralidad, dolor, fiebre, secreción, sangrado, pérdida auditiva, voz, deglución y respiración. Preguntar por tabaco, cirugía, traumatismo, ruido, agua, medicamentos y exposición a cuerpos extraños.
- **Prioridad:** estridor con dificultad respiratoria, incapacidad de manejar saliva, hemorragia importante, sepsis, déficit neurológico o pérdida auditiva súbita requieren evaluación urgente. La ausencia de fiebre no descarta gravedad.
- **Exploración:** signos vitales, cavidad oral, orofaringe, cuello, nariz y oído; examinar ambos lados. Observar voz, trabajo respiratorio, asimetrías y pares craneales. No forzar exploración faríngea si existe obstrucción alta inestable.

Función antes del diagnóstico definitivo

Respirar

Estridor, tiraje o agotamiento: vía aérea.

Tragar

Sialorrea o aspiración: proteger y evaluar.

Oír y moverse

Sordera súbita o déficit neurológico: urgencia.

Sangrar

Cuantificar repercusión y controlar fuente.

Otoscopía dirigida

- **Antes del tímpano:** inspeccionar pabellón, trago, mastoides y conducto; describir edema, secreción, cerumen, cuerpo extraño o lesiones. Dolor al mover trago/pabellón orienta a otitis externa.
- **Membrana:** revisar integridad, color, posición, translucidez y movilidad cuando sea posible. El enrojecimiento aislado por llanto o fiebre no confirma otitis media aguda.
- **Si no se ve:** explicar la limitación, retirar obstrucción sólo con técnica segura o derivar. No inventar un tímpano normal detrás de un conducto ocupado.
- **Dolor con oído normal:** buscar origen dental, articulación temporomandibular, faringe o tumor; otalgia unilateral persistente con factores de riesgo necesita estudio.

Diapasón: orientación, no audiometría

Prueba	Hallazgo	Interpretación
Rinne, habitualmente 512 Hz	Vía aérea mejor que ósea: positivo.	Normal o hipoacusia sensorineural; no significa audición normal.
Rinne negativo	Ósea igual o mejor que aérea.	Orienta a conducción; sordera profunda unilateral puede dar falso negativo por percepción contralateral.
Weber	Lateraliza hacia el oído con pérdida conductiva o hacia el mejor oído en pérdida sensorineural unilateral.	Interpretar con Rinne y otoscopía; no graduar severidad con esta prueba.

Rinne y Weber se interpretan juntos

Conducción unilateral

Rinne puede ser negativo; Weber al oído afectado.

Sensorineural unilateral

Rinne suele ser positivo; Weber al mejor oído.

Límite

La audiometría confirma tipo y magnitud; considerar falso Rinne negativo.

Comunicar y reevaluar

- **Registro:** lado, tiempo, hallazgos, función auditiva, pares craneales y tratamientos previos. En niños valorar interacción, lenguaje y alimentación.
- **Seguimiento:** indicar qué cambios obligan a consultar y cuándo se evaluará respuesta. Dolor nocturno intenso, vértigo con otorrea o parálisis facial no son una otitis simple.
- **Atención accesible:** hablar de frente y con claridad, reducir ruido, confirmar comprensión y facilitar intérprete de lengua de señas cuando se necesite.

CLAVES EUNACOM

Tímpano rojo aislado no diagnostica OMA.

Rinne positivo no excluye hipoacusia sensorineural.

Referencias: [1](#), [2](#), [3](#), [4](#). Bibliografía al final.

Audición y pruebas funcionales

Distinguir el mecanismo de pérdida y detectar cuándo el tiempo importa.

Audiometría y timpanometría: lectura práctica

Leer ejes y comparar vías

- **Audiograma:** eje horizontal de frecuencias en Hz; eje vertical de umbral en dB HL, que aumenta hacia abajo. Cuanto más abajo, mayor intensidad necesaria para oír. No representa porcentaje de audición.
- **Vía aérea:** explora transmisión más cóclea y vía neural. Vía ósea reduce el efecto de oído externo/medio. El enmascaramiento evita que el otro oído responda por el examinado.
- **Conductiva:** aérea alterada y ósea conservada, con brecha aéreo-ósea. Sensorioneural: ambas alteradas sin brecha relevante. Mixta: ambas alteradas y además una brecha.
- **Completar:** logaudiometría evalúa reconocimiento verbal; correlacionar umbrales con comprensión y necesidades. En niños se selecciona técnica por desarrollo, no se exige la misma respuesta que a un adulto.

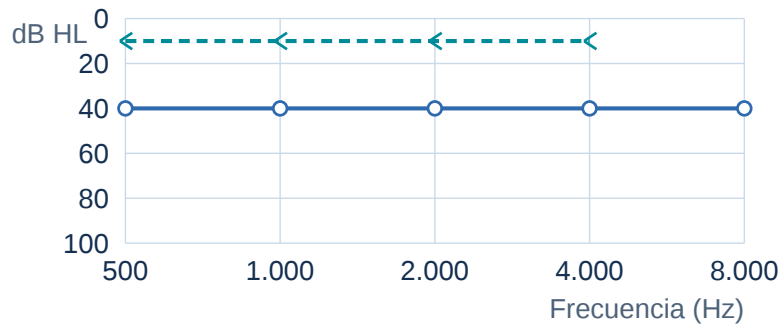
Comparar vía aérea y vía ósea

Curvas ilustrativas, no datos de pacientes.

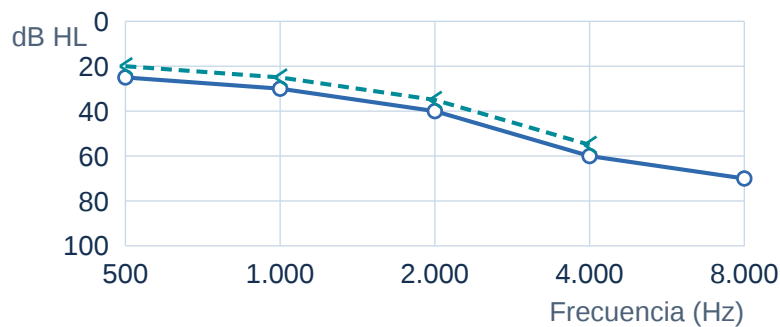
Aérea: línea azul con círculos

Ósea: línea discontinua verde

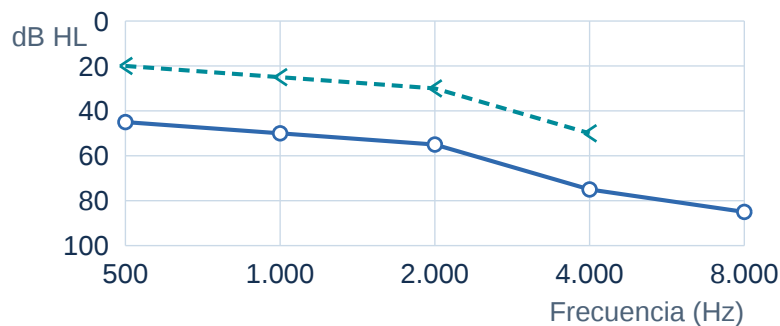
Conductiva



Sensorineural



Mixta



Ejemplos de un oído, con colores didácticos.

Más abajo = mayor umbral auditivo.

La timpanometría estudia el oído medio

- **Qué mide:** variación de admitancia/movilidad al cambiar presión en el conducto. Integrar forma, presión del pico y volumen equivalente del conducto con otoscopia; no mide por sí sola la audición.
- **A, As y Ad:** pico cercano a presión ambiental; A es patrón habitual, As tiene movilidad reducida y Ad aumentada. Pueden sugerir rigidez o discontinuidad/atrofia, pero no identifican una enfermedad por sí solos.

- **B plana:** con volumen apropiado puede apoyar efusión; con volumen alto sugiere perforación o tubo permeable. Volumen muy bajo puede indicar sonda obstruida o contra pared.
- **C y Cs:** pico a presión negativa orienta a disfunción tubárica. Un pico negativo y poco móvil, llamado Cs en algunas clasificaciones, no confirma automáticamente efusión.

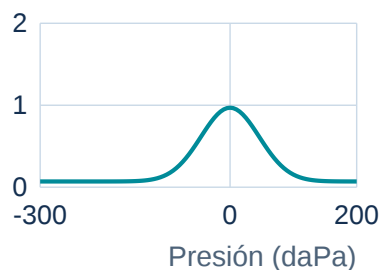
Timpanometría: forma y presión

Curvas ilustrativas, no datos de pacientes.

Admitancia equivalente (ml), sonda de 226 Hz.

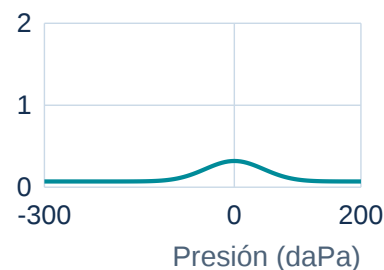
A

Pico habitual



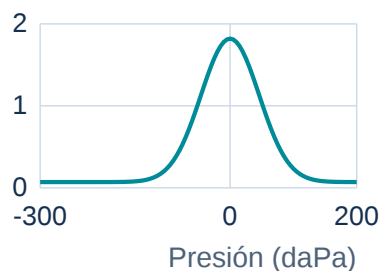
As

Movilidad reducida



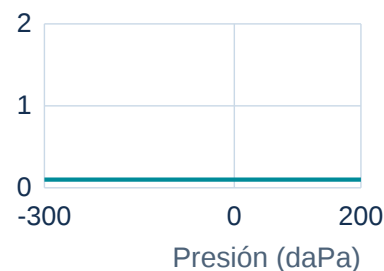
Ad

Movilidad aumentada



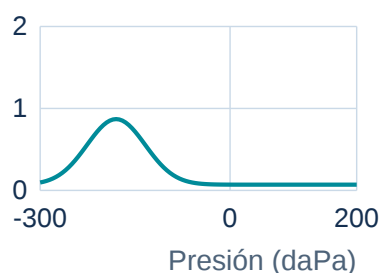
B

Plana: revisar volumen



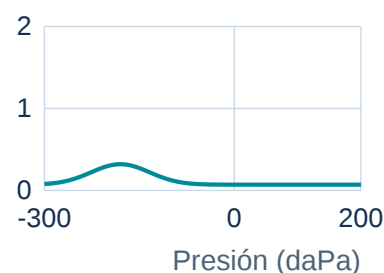
C

Presión negativa



Cs

Negativa y poco móvil



B: volumen alto sugiere perforación o tubo.

C/Cs no demuestran efusión por sí solas.

Errores de interpretación frecuentes

- **Curva descendente:** frecuente en presbiacusia, pero no exclusiva. Escotoma en 3-6 kHz orienta a ruido; no todo daño por ruido adopta una V perfecta. Ménière puede afectar graves inicialmente.
- **Lactantes:** usar pruebas objetivas y frecuencia de sonda apropiada, habitualmente alta frecuencia en lactantes pequeños; una timpanometría convencional puede ser engañosa.
- **Discordancia:** resultado aislado normal no invalida quejas persistentes; verificar técnica, lenguaje y función en ruido. Asimetría, progresión o síntomas neurológicos cambian estudio y derivación.

CLAVES EUNACOM

La brecha aéreo-ósea identifica un componente de conducción.

Curva B: interpretar siempre el volumen del conducto.

Referencias: [1](#), [3](#), [5](#), [6](#). Bibliografía al final.

Diagnóstico diferencial de hipoacusias de transmisión

Localizar una pérdida de transmisión

- **Mecanismo:** obstrucción o alteración mecánica en oído externo/medio. La audiometría muestra brecha aéreo-ósea; otoscopía y timpanometría orientan la causa.
- **Diferenciales:** cerumen, cuerpo extraño, otitis externa que ocluye, efusión, perforación, enfermedad crónica, alteración de huesecillos y otoesclerosis. Una otoscopía normal no excluye conducción.

Buscar el sitio de la barrera

Conducto

Cerumen, objeto o edema.

Tímpano y caja

Líquido, perforación o enfermedad crónica.

Huesecillos

Rigidez o discontinuidad; tímpano puede parecer normal.

Cerumen y cuerpo extraño

- **Cerumen impactado:** tratar si produce síntomas o impide examen necesario. Seleccionar cerumenolítico, extracción manual o irrigación según oído y experiencia; no retirar cerumen normal por rutina.
- **Antes de irrigar:** descartar perforación, tubo, cirugía relevante e infección; cautela especial en diabetes o inmunosupresión. Dolor, vértigo o sangrado obligan a detener maniobra y reevaluar. No usar velas óticas ni cotonitos.
- **Cuerpo extraño:** la primera tentativa tiene mayor probabilidad de éxito; necesita visión, cooperación e instrumental adecuados. Derivar si falló, está junto al tímpano, es penetrante o no puede retirarse con seguridad.
- **Pilas y material expansible:** pila botón requiere extracción urgente; no irrigar pilas, legumbres ni objetos que se hinchan. Para insecto, aceite mineral o lidocaína pueden inmovilizarlo si tímpano íntegro; técnica posterior según personal entrenado, no una regla de «agua siempre prohibida».
- **Después:** inspeccionar conducto/tímpano y comprobar síntomas auditivos. Una hipoacusia que persiste tras retirar el objeto necesita estudio, no atribución automática a trauma menor.

Antes de intentar retirar un objeto

Pila o penetrante

Derivación urgente y técnica especializada.

Vegetal, expansible o perforación

No irrigar.

Intento fallido o mala visión

Detener y derivar; no multiplicar lesiones.

Otoesclerosis y huesecillos

- **Otoesclerosis:** fijación del estribo por remodelación ósea, a menudo progresiva, con antecedente familiar y tímpano normal. Puede aparecer componente sensorineural; no siempre es conductiva pura.
- **Pruebas:** audiometría, reflejos e impedancia; As puede apoyar rigidez, pero una curva A no la excluye y As no la confirma. La imagen se selecciona por diagnóstico diferencial y planificación.
- **Tratamiento:** audífono o cirugía del estribo en candidatos, tras discutir beneficio y riesgo. Discontinuidad osicular postraumática puede mostrar movilidad aumentada/Ad y requiere evaluación especializada.

- **Derivar:** pérdida asimétrica persistente, enfermedad crónica, masa o efusión unilateral adulta. Evitar que un pequeño tapón retrase atención de una pérdida súbita desproporcionada.

CLAVES EUNACOM

Otoscopía normal no descarta otoesclerosis.

No irrigar una pila botón ni un oído perforado.

Referencias: [1](#), [3](#), [7](#), [4](#), [8](#), [2](#). Bibliografía al final.

Diagnóstico diferencial de hipoacusias sensorineurales

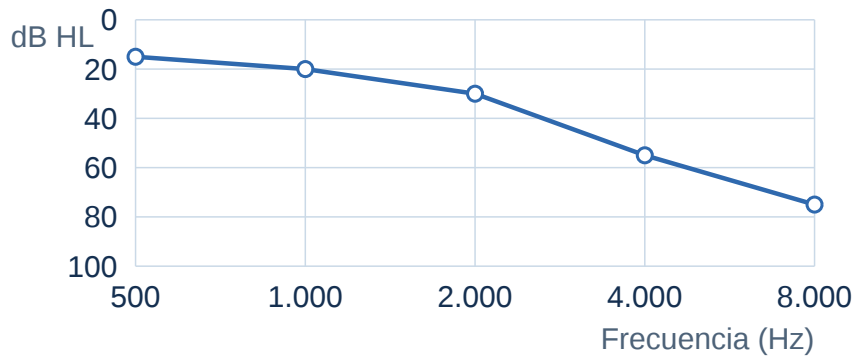
Pérdida coclear o neural

- **Claves:** umbrales óseos y aéreos alterados sin brecha conductiva relevante. Otoscopía puede ser normal. Investigar inicio, simetría, fluctuación, ruido, fármacos, familia y síntomas vestibulares/neurológicos.
- **Presbiacusia:** bilateral progresiva, habitualmente mayor en agudos y con dificultad para comprender en ruido. No atribuir a edad una pérdida súbita, marcadamente asimétrica o con otros signos.
- **Ruido:** exposición laboral o recreativa, a veces escotoma de 3-6 kHz, clásicamente cerca de 4 kHz. Historia y pruebas seriadas importan; una V aislada no prueba origen ocupacional.
- **Ototoxicidad:** aminoglucósidos, quimioterapia como cisplatino y diuréticos de asa pueden afectar audición o equilibrio. Riesgo depende de dosis, vía, función renal y combinaciones; coordinar alternativas y vigilancia, sin suspender tratamiento esencial sin plan.

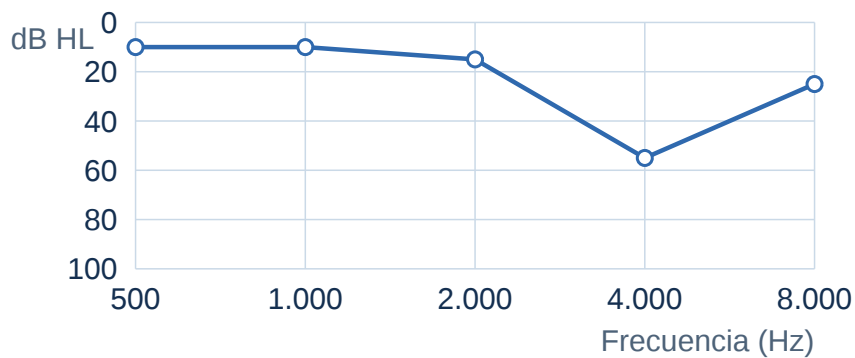
La forma orienta; no confirma causa

Curvas ilustrativas, no datos de pacientes.

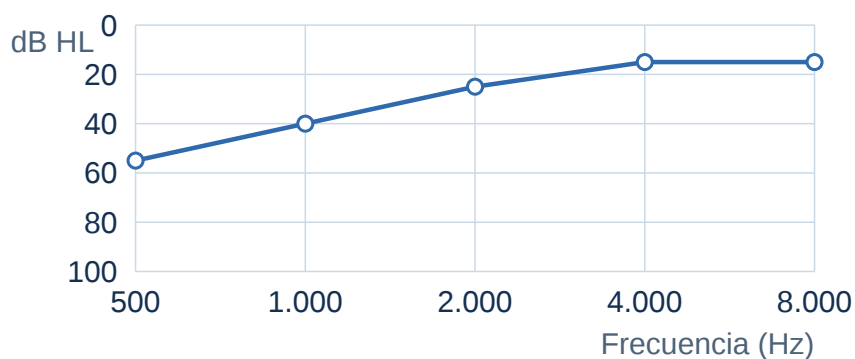
Presbiacusia: predominio en agudos



Ruido: posible escotoma



Ménière: posible pérdida de graves



Integrar historia, ambas vías y evolución.

Asimetría y causas que no deben omitirse

- **Ménière:** pérdida fluctuante, inicialmente de graves en muchos casos, junto a crisis vestibulares y síntomas del mismo oído. No todo tinnitus con mareo corresponde a Ménière.
- **Schwannoma vestibular:** tumor benigno generalmente lento, con hipoacusia asimétrica, tinnitus o desequilibrio; alteraciones de V o VII pueden indicar mayor extensión, pero no son necesarias para sospecharlo.

- **Estudio:** audiometría/logoaudiometría y RM de conductos auditivos internos/ángulo pontocerebeloso si se sospecha causa retrococlear. Observación, radiocirugía o cirugía dependen de tamaño, crecimiento, edad y función; pequeño no equivale a radioterapia obligatoria.
- **Tinnitus:** unilateral persistente, pulsátil o asociado a pérdida asimétrica necesita evaluación dirigida. Valorar impacto en sueño/ánimo y audición; no prometer curación con vasodilatadores o suplementos.

Rehabilitar y proteger la audición

- **Ayudas:** audífonos ajustados y verificados, estrategias de comunicación, dispositivos de asistencia y evaluación de implante coclear en candidatos. Un audífono amplifica, pero no elimina todas las dificultades en ruido.
- **Chile:** evaluación y rehabilitación según red y GES cuando corresponda, incluida hipoacusia que requiere audífono en personas mayores. Controlar ajuste, uso real, mantenimiento y barreras de acceso.
- **Prevención:** reducir intensidad/tiempo de exposición sonora y usar protección adecuada; mantener comunicación accesible y apoyar participación social.
- **Urgencia:** cualquier pérdida de instalación brusca necesita valoración inmediata aunque parezca «oído tapado» y el tímpano sea normal.

Rehabilitación que se comprueba

1

Elegir

Según audición, comunicación y preferencias.



2

Ajustar

Verificar dispositivo y comprensión.



3

Seguir

Uso, mantenimiento, barreras y evolución.

CLAVES EUNACOM

La asimetría requiere buscar una causa adicional a presbiacusia.

Audición útil incluye comprender, no sólo detectar tonos.

Referencias: [1](#), [3](#), [4](#), [10](#). Bibliografía al final.

Hipoacusia sensorineural súbita

Reconocer una urgencia auditiva

- **Presentación:** caída auditiva en hasta 72 horas, habitualmente unilateral, con o sin tinnitus, plenitud o vértigo. Criterio audiométrico clásico: al menos 30 dB en tres frecuencias consecutivas; no esperar demostrar ese umbral para derivar.
- **Diferenciar:** otoscopia y diapasones ayudan a descartar conducción, pero un tímpano normal y Rinne positivo no tranquilizan. Documentar tiempo exacto y síntomas neurológicos.
- **Prioridad:** coordinar ORL/audiometría de inmediato, idealmente evaluación dentro de 24 horas si es reciente. Si hay focalidad, ataxia intensa o síndrome vestibular sospechoso, evaluar también ACV.

Pérdida brusca: actuar desde la sospecha

1

Reconocer

Inicio en horas o pocos días.



2

Explorar

Oído y función neurológica; distinguir conducción.



3

Coordinar

ORL y audiometría urgente; valorar terapia temprana.

Confirmar y tratar sin demora evitable

- **Audiometría:** obtener lo antes posible. La guía AAO-HNS fija un límite de 14 días para confirmación; no es una invitación a esperar dos semanas.
- **Corticoides:** opción inicial dentro de las primeras dos semanas, con mayor interés en inicio temprano y decisión especializada. Un esquema adulto frecuente usa prednisona 1 mg/kg/día, máximo habitual 60 mg, seguido de duración/descenso según protocolo; revisar diabetes, infección y otras contraindicaciones.
- **Vía intratimpánica:** puede seleccionarse si el tratamiento sistémico no conviene o como rescate ante recuperación incompleta, habitualmente entre 2 y 6 semanas. La indicación exige ORL; no son gotas óticas.

- **Opciones adicionales:** oxígeno hiperbárico junto a corticoide se considera en centros y tiempos seleccionados. No indicar de rutina antivirales, trombolíticos o vasodilatadores por presumir origen viral/vascular.

Las ventanas no justifican esperar

Ahora

Derivación y evaluación.

Inicio temprano

Corticoide según indicación y riesgos.

Recuperación incompleta

ORL valora rescate y rehabilitación.

Completar estudio y seguimiento

- **Causa:** muchos casos son idiopáticos; antecedentes y examen dirigen estudios autoinmunes, infecciosos u otros. No pedir un panel extenso universal.
- **Retrococlear:** RM de vía auditiva o estudio apropiado según disponibilidad/contraindicación; una TC craneal rutinaria no sustituye esta evaluación. No retrasar tratamiento esperando RM.
- **Control:** audiometría tras tratamiento y seguimiento, orientación sobre pronóstico incierto, tinnitus y rehabilitación si persiste pérdida. Explicar que ausencia de dolor no reduce la urgencia.

CLAVES EUNACOM

Oído tapado de inicio brusco puede ser una urgencia sensorineural.

Derivar y confirmar pronto; la RM no debe retrasar la conducta inicial.

Referencias: [1](#), [4](#), [11](#), [12](#), [13](#). Bibliografía al final.

Hipoacusia neonatal

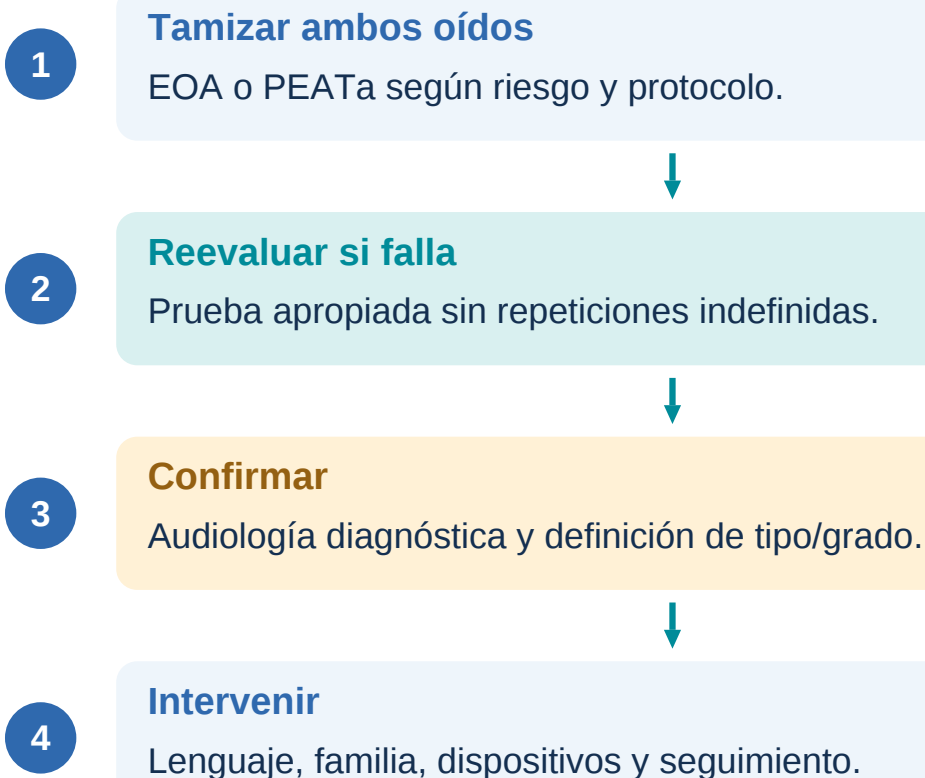
Pesquisar antes del retraso del lenguaje

- **Objetivo:** detectar pérdida auditiva temprana y facilitar acceso al lenguaje; todos los recién nacidos requieren pesquisa, no sólo quienes tienen factores de riesgo. Evaluar ambos oídos.
- **Pruebas:** emisiones otoacústicas, EOA, exploran principalmente células ciliadas externas; potenciales auditivos de tronco automatizados, PEATa o AABR, evalúan respuesta neural. Ninguno por sí solo constituye una audiometría diagnóstica completa.
- **Riesgo:** UCI neonatal prolongada, prematuridad, hiperbilirrubinemia importante, antecedentes familiares, síndromes, anomalías craneofaciales, infecciones congénitas y ototóxicos. Las EOA pueden conservarse en neuropatía auditiva.

Ruta chilena y confirmación

- **MINSAL:** sin riesgo de neuropatía, pesquisa inicial con EOA y reevaluación con PEATa si falla uno o ambos oídos, habitualmente a los 7-15 días. Con riesgo neural, como UCI neonatal por más de cinco días o hiperbilirrubinemia, priorizar PEATa.
- **Si no pasa:** derivar al circuito de confirmación con potenciales diagnósticos frecuenciales por vía aérea/ósea y otras pruebas apropiadas; no repetir indefinidamente el tamizaje ni esperar a que empiece a hablar.
- **Meta de continuidad:** pesquisa antes de un mes, confirmación antes de tres meses e intervención antes de seis meses; los programas que lo logran pueden avanzar a 1-2-3 meses. Son metas clínicas internacionales; el calendario del prematuro y garantías se aplica según red.
- **Aunque pase:** mantener vigilancia del desarrollo y controles audiológicos en quienes tienen riesgo; existen pérdidas progresivas o de aparición tardía. Registrar resultado y asegurar que la familia conoce la siguiente cita.

Una pesquisa necesita cierre



Tratamiento y acceso comunicativo

- **Decisión:** depende de tipo, severidad, unilateralidad, anatomía, desarrollo y preferencias familiares. Audífonos pediátricos, implante coclear y rehabilitación se seleccionan; no todos necesitan el mismo dispositivo.
- **Opciones especiales:** implante de tronco encefálico se reserva a situaciones anatómicas muy específicas en centros especializados; no es la siguiente etapa automática de un implante coclear.
- **Lenguaje:** intervención temprana con fonoaudiología, apoyo familiar/educativo y acceso a lengua de señas según necesidades. MINSAL incluye enfoque comunicativo comunitario; evitar esperar una prótesis para iniciar apoyo.
- **Chile:** activar la ruta GES pertinente, incluida hipoacusia del prematuro y de menores de 4 años cuando corresponda. Los criterios de cobertura no reemplazan el objetivo de pesquisa universal ni atención de una sospecha fuera de esos grupos.

Intervención temprana coordinada

Audición

Dispositivo seleccionado y verificado.

Comunicación

Lenguaje oral, señas y apoyos según necesidades.

Entorno

Familia, educación y red de seguimiento.

CLAVES EUNACOM

No pasar el tamizaje no confirma sordera: exige evaluación diagnóstica.

Pasar el tamizaje no excluye pérdida progresiva.

Referencias: [1](#), [14](#), [15](#), [16](#). Bibliografía al final.

Otitis y complicaciones

Separar oído externo, infección aguda, efusión y enfermedad crónica.

Otitis externa

Infección del conducto auditivo externo

- **Clínica:** otalgia que aumenta al presionar trago o mover pabellón, prurito, edema del conducto y posible otorrea/hipoacusia conductiva por obstrucción. Agua, rascado y cotonitos alteran la barrera local.
- **Agentes:** *Pseudomonas aeruginosa* y *S. aureus* son frecuentes. Hongos, dermatitis y cuerpo extraño requieren tratamientos diferentes; no asumir bacteria en todo prurito.
- **Explorar:** tímpano si es visible, extensión al pabellón/cara, diabetes, inmunosupresión, cirugía previa y signos de neuropatía. Un tímpano no visible obliga a considerar riesgo de perforación al elegir gotas.

Tratamiento de la forma no complicada

- **Primera línea:** analgesia, limpieza cuidadosa por personal capacitado y tratamiento tópico según formulación, generalmente durante 7-10 días. Una quinolona ótica como ciprofloxacino es opción; concentración, dosis y uso con corticoide dependen del producto.
- **Tímpano perforado o tubo:** usar preparado no ototóxico autorizado para esa situación. Evitar aminoglucósidos, alcohol y sustancias irritantes si existe perforación o no puede descartarse.
- **Canal cerrado:** una mecha puede facilitar llegada de gotas; colocar y controlar por personal entrenado. Antibiótico sistémico no es de rutina si la infección queda limitada al conducto.
- **Control:** reevaluar en 48-72 horas si no mejora; comprobar diagnóstico, técnica, obstrucción, hongos y resistencia. Mantener oído seco, no introducir objetos ni usar mezclas caseras durante infección.

Elegir gotas conociendo el tímpano

Íntegro

Tratamiento tópico indicado y analgesia.

Perforado o incierto

Preparación no ototóxica; evitar sustancias irritantes.

Canal obstruido

Limpieza o mecha por personal capacitado.

Otitis externa necrotizante: reconocer invasión

- **Sospecha:** dolor profundo intenso, a menudo nocturno o desproporcionado, otorrea persistente y tejido de granulación; mayor riesgo con diabetes, edad avanzada o inmunosupresión. Puede existir sin fiebre.
- **Gravedad:** parálisis facial u otros pares sugiere extensión a base de cráneo; derivación hospitalaria urgente. «Maligna» no significa cáncer, aunque una lesión tumoral puede imitarla.
- **Estudio y manejo:** ORL e infectología, cultivo adecuado y a veces biopsia, imagen dirigida, control glucémico y antibiótico antipseudomónico sistémico prolongado según susceptibilidad. Ceftazidima o piperacilina/tazobactam son ejemplos hospitalarios; no un esquema único ni aminoglucósido rutinario.
- **Prevención:** secado externo suave y evitar trauma. Preparados preventivos acidificantes sólo tras confirmar tímpano íntegro y con indicación; no irrigar un oído operado o perforado.

Señales de enfermedad invasora

Huésped vulnerable

Diabetes o inmunosupresión.

Dolor desproporcionado

Profundo, nocturno, persistente.

Granulación o paresia

Posible extensión: evaluación hospitalaria urgente.

CLAVES EUNACOM

Dolor al trago y edema del conducto orientan a otitis externa.

Diabetes más dolor nocturno persistente obliga a descartar necrotizante.

Referencias: [17](#), [18](#), [19](#). Bibliografía al final.

Otitis media aguda

Confirmar otitis media aguda

- **Clínica:** otalgia de comienzo agudo, fiebre/irritabilidad y a veces otorrea tras perforación, con alivio parcial del dolor. Puede seguir a infección respiratoria viral.
- **Otoscopia:** abombamiento del tímpano y signos de efusión apoyan diagnóstico; otorrea nueva no explicada por otitis externa también. Eritema aislado no basta.
- **Agentes:** neumococo, H. influenzae no tipificable y Moraxella, junto a virus. Valorar edad, bilateralidad, gravedad, vacunación y posibilidad de seguimiento.

Otalgia no basta para diagnosticar OMA

Síntomas agudos

Dolor, fiebre o irritabilidad.

Oído medio

Tímpano abombado y líquido; otoscopia dirigida.

Excluir imitadores

Otitis externa, efusión aislada o dolor referido.

Quién puede observarse

- **Todos:** analgesia e hidratación. Paracetamol; ibuprofeno según edad, hidratación y contraindicaciones, habitualmente desde 6 meses. No existe prohibición general hasta los 2 años.
- **Antibiótico temprano:** lactante pequeño, enfermedad grave, otorrea, menor de 2 años con OMA bilateral o factores de riesgo. Fiebre de 39 °C o más y otalgia moderada/intensa o persistente aumentan prioridad.
- **Observación 48-72 horas:** opción en niños seleccionados con cuadro no grave y seguimiento asegurado, como 6-23 meses con OMA unilateral o mayores con cuadro leve. Dar plan concreto para reevaluar/iniciar tratamiento si empeora.
- **Adultos:** generalmente tratar una OMA confirmada; una observación breve requiere selección clínica y control accesible. No confundir efusión residual con infección aguda.

Decidir con gravedad y seguimiento

Mayor riesgo o grave

Antibiótico y control según edad/contexto.

No grave y seleccionado

Observación con reevaluación en 48-72 horas.

Complicación

Atención hospitalaria; no esperar control habitual.

Amoxicilina: distinguir la pauta citada

Referencia	Pauta inicial	Matiz
MINSAL, orientación ambulatoria 2021	Niños: 50 mg/kg/día divididos en 2 tomas por 7 días. Adultos: 500 mg cada 12 horas por 5-7 días.	Ajustar gravedad, función renal y protocolo local; enfermedad grave puede requerir otra dosis.
AAP, complemento internacional	Niños: 80-90 mg/kg/día repartidos en 2 tomas.	La duración depende de edad y gravedad: habitualmente 10 días si menor de 2 años o cuadro grave; cursos menores en mayores seleccionados.
Falla o contexto de betalactamasa	Valorar amoxicilina/clavulánico y reevaluación clínica.	Calcular el componente amoxicilina, no el peso total del compuesto; revisar dosis máxima y formulación pediátrica.

Respuesta, alternativas y recurrencia

- **Si no mejora en 48-72 horas:** repetir examen, verificar adherencia/dosis y descartar complicación. Amoxicilina reciente, conjuntivitis purulenta o fracaso orientan a ampliar a amoxicilina/clavulánico según pauta.
- **Alergia:** distinguir reacción inmediata grave de otras reacciones; seleccionar alternativa según protocolo y resistencia. Macrólidos no son sustitutos universales equivalentes.
- **Recurrente:** tres episodios en seis meses o cuatro en un año, con uno en los seis meses recientes, orientan a evaluación ORL. Los tubos se deciden considerando efusión al evaluar, audición y riesgo, no sólo el conteo.
- **Urgencia:** inflamación retroauricular, pabellón desplazado, meningismo, cefalea intensa, deterioro general, vértigo o parálisis facial. No manejar una mastoiditis como OMA ambulatoria.

Si persiste el dolor o la fiebre

1

Reexaminar

Confirmar diagnóstico y buscar extensión.



2

Revisar tratamiento

Adherencia, dosis, alergia y exposición previa.



3

Ajustar

Antibiótico o derivación según hallazgos.

CLAVES EUNACOM

Abombamiento y efusión valen más que eritema aislado.

Las dosis MINSAL y AAP están identificadas; no sumarlas ni mezclarlas.

Referencias: [20](#), [21](#), [22](#), [2](#), [23](#), [24](#). Bibliografía al final.

Otitis media con efusión

Líquido sin infección aguda

- **Definición:** efusión del oído medio sin síntomas/signos de infección aguda. Puede persistir tras OMA o acompañar disfunción tubárica; no es indicación automática de otro antibiótico.
- **Clínica:** hipoacusia, dificultad escolar o de lenguaje, sensación de oído ocupado y molestias variables. Puede ser bilateral y pasar inadvertida.
- **Confirmación:** otoscopia neumática con movilidad reducida, nivel o burbujas y timpanometría si hay duda. Curva B con volumen apropiado apoya efusión; curva C aislada no la demuestra.

Observar sin abandonar seguimiento

- **Niño sin factores de riesgo:** puede observarse durante tres meses desde inicio conocido o diagnóstico, con apoyo comunicativo y fecha de control. Reevaluar audición si persiste o antes si hay repercusión.
- **Riesgo del desarrollo:** pérdida auditiva previa, retraso del lenguaje, síndrome de Down, fisura palatina, autismo u otras condiciones justifican evaluación temprana individual.

- **Tratamientos sin beneficio rutinario:** antibióticos, corticoides nasales/sistémicos, antihistamínicos y descongestionantes no se indican para resolver la efusión aislada. Sí se trata una rinitis coexistente por su propia indicación.

Vigilar función, no sólo líquido

Duración

Registrar inicio y controles.

Audición

Evaluación apropiada a edad.

Desarrollo

Lenguaje, aprendizaje y factores de riesgo.

Cuándo valorar tubos y adenoides

- **Timpanostomía:** ofrecer valoración si efusión bilateral persiste al menos tres meses con dificultad auditiva documentada; también considerar síntomas atribuibles o alto riesgo. No exigir esperar siempre seis meses ni un único umbral de 40 dB.
- **Adenoidectomía:** depende de edad e indicación, como obstrucción/adenoiditis; en mayores puede reducir recurrencia. No se asocia automáticamente a todo tubo, especialmente en menores de 4 años sin otra indicación.
- **Sin cirugía:** controles cada 3-6 meses según evolución hasta resolución, pérdida importante o alteración estructural. Favorecer ubicación cercana al docente, reducción de ruido y comunicación de frente.
- **Adulto:** efusión unilateral persistente requiere evaluar nasofaringe y otras causas obstructivas; no atribuirla indefinidamente a un resfrío.

Cuándo cambia la conducta

Persiste y afecta audición

Valorar tubos y apoyos.

Alto riesgo

Evaluación temprana individual.

Adulto unilateral

Estudiar obstrucción nasofaríngea.

CLAVES EUNACOM

Efusión no significa infección aguda.

Audición, duración y riesgo del desarrollo guían derivación.

Referencias: [25](#), [23](#), [2](#), [1](#), [4](#). Bibliografía al final.

Otitis media crónica y sus complicaciones

Reconocer enfermedad crónica

- **Clínica:** otorrea persistente o recurrente a través de perforación y pérdida auditiva, frecuentemente conductiva. Agua puede precipitar descarga; no toda enfermedad deriva de OMA recurrente.
- **Agentes:** Pseudomonas, S. aureus y otros según contexto; cultivo dirigido si persistencia, fracaso o infección complicada.
- **Examinar:** localización de perforación, retracciones, queratina, granulación, audición y pares craneales. Una perforación superior o marginal es sospechosa, pero colesteatoma también aparece sin esa imagen exacta.

Control de infección y rehabilitación

- **Sin complicación:** limpieza/aspiración especializada, oído seco y antibiótico tópico no ototóxico como quinolona según indicación. Evitar irrigación y gotas ototóxicas en tímpano perforado.
- **Si falla:** revisar obstrucción, técnica, cultivo, hongo o colesteatoma. No escalar automáticamente a imipenem/vancomicina ni otro antibiótico EV por secreción persistente sin evaluación.
- **Reparación:** timpanoplastía y reconstrucción osicular se valoran por perforación, infecciones y audición; audífonos u otras ayudas según anatomía. Cirugía no es siempre una última opción tras antibióticos sucesivos.

Otorrea crónica: tres objetivos

Controlar secreción

Limpieza y terapia dirigida.

Definir lesión

Perforación, retracción o colesteatoma.

Recuperar función

Audición, reparación y seguimiento.

Colesteatoma: queratina que erosiona

- **Mecanismo:** epitelio queratinizante acumulado en oído medio/mastoides, adquirido por retracción/migración o congénito. No es un tumor maligno, pero puede destruir huesecillos y estructuras vecinas.
- **Claves:** otorrea fétida persistente, retracción con detritos blancos y pérdida auditiva; puede ser relativamente indoloro. Requiere evaluación ORL.
- **Estudio:** otomicroscopía y audiometría; TC de hueso temporal para extensión ósea y planificación. RM con difusión ayuda en preguntas seleccionadas, como enfermedad residual/recurrente.
- **Tratamiento:** generalmente quirúrgico para erradicar enfermedad, con técnica individual y seguimiento prolongado. Las gotas pueden controlar infección, pero no eliminan la matriz del colesteatoma.

Queratina retenida y daño local

1

Sospechar

Retracción con detritos u otorrea persistente.



2

Evaluar

Otomicroscopía, audición e imagen dirigida.



3

Resolver

Cirugía según extensión y controles prolongados.

Complicaciones: atención urgente

- **Mastoiditis:** dolor/eritema retroauricular, tumefacción y pabellón desplazado; evaluación hospitalaria, antibiótico EV y eventual drenaje según imagen/evolución.
- **Laberinto o facial:** vértigo intenso, hipoacusia sensorineural o paresia facial con infección ótica requieren búsqueda de extensión; no etiquetar como Bell sin revisar oído.
- **Intracraneales:** meningitis, absceso cerebral o trombosis venosa pueden causar cefalea, fiebre, vómitos, alteración de conciencia, focalidad o meningismo. Coordinar ORL, infectología y neurocirugía según caso.
- **Microbiología:** ceftriaxona más vancomicina no cubre *Pseudomonas* de forma fiable. La cobertura antipseudomónica se elige si el contexto la requiere, con cultivos y protocolo hospitalario.

Señales que requieren hospital

Mastoides

Tumefacción retroauricular y pabellón desplazado.

Nervios o laberinto

Parálisis facial, vértigo o pérdida sensorineural.

Sistema nervioso

Meningismo, cefalea intensa, focalidad o compromiso de conciencia.

CLAVES EUNACOM

Colesteatoma necesita evaluación quirúrgica, no sólo gotas.

Ceftriaxona no es cobertura antipseudomónica.

Referencias: [2](#), [17](#), [26](#), [27](#), [19](#). Bibliografía al final.

Equilibrio y nervio facial

Interpretar duración, desencadenantes y examen neurológico.

Síndrome vertiginoso

Tiempo y desencadenantes antes de etiquetar

- **Síntoma:** sensación ilusoria de movimiento propio o del entorno; el mareo también puede ser presíncope, inestabilidad o efecto farmacológico. «Objetivo/subjetivo» no distingue con seguridad periferia de cerebro.
- **Episódico provocado:** segundos al girar en cama orientan a VPPB. Episódico espontáneo: considerar Ménière, migraña vestibular o isquemia transitoria. Continuo durante horas-días: síndrome vestibular agudo, que exige excluir ACV.
- **Examen:** signos vitales, glucosa cuando corresponda, marcha, pares, coordinación, nistagmo y audición. Dificultad para sentarse/caminar, diplopía, disartria, focalidad o cefalea/algia cervical nueva preocupan.

Ordenar por duración y desencadenante

Segundos, posicional

VPPB probable si patrón típico.

Episodios espontáneos

Ménière, migraña o causa vascular.

Continuo, agudo

Excluir ACV antes de asumir neuritis.

Periférico y central: evitar reglas absolutas

- **Patrones:** nistagmo horizontal-torsional unidireccional puede acompañar lesión periférica; vertical, cambiante con mirada o desviación vertical ocular sugieren causa central. Un nistagmo horizontal no descarta ACV.
- **HINTS:** impulso cefálico, nistagmo y prueba de desviación vertical; sólo por profesional entrenado en síndrome vestibular agudo continuo con nistagmo espontáneo. No usarlo para cualquier mareo ni para episodios posicionales breves.
- **Interpretación:** impulso normal, nistagmo de dirección cambiante o skew son señales centrales en el contexto adecuado. HINTS central, incierto o no interpretable exige evaluación neurológica e imagen según sospecha.

- **Imagen:** TC normal no excluye infarto de fosa posterior. RM/imagen vascular se seleccionan; una RM muy precoz también puede fallar y no debe vencer una sospecha clínica alta. Nueva pérdida auditiva con vértigo puede acompañar isquemia.

Priorizar señales centrales

Neurología

Focalidad, diplopía o disartria.

Postura y ojos

Ataxia marcada, skew o nistagmo central.

Contexto

Cefalea/algia cervical nueva o HINTS incierto: evaluar urgencia.

Neuritis vestibular y migraña

- **Neuritis:** vértigo continuo de inicio agudo, sin nueva hipoacusia como rasgo típico; recuperar actividad y rehabilitación vestibular tras excluir causa central. Corticoide temprano puede discutirse, pero la evidencia es limitada y no lo convierte en obligación universal.
- **Laberintitis:** síntomas vestibulares con afectación auditiva; si hay fiebre, otitis, parálisis facial o toxicidad buscar infección complicada y hospitalizar según situación, sin receta única de imipenem.
- **Migraña vestibular:** al menos cinco episodios de 5 minutos a 72 horas, antecedente de migraña y rasgos migrañosos en al menos la mitad de los episodios, sin explicación mejor. Puede no haber cefalea en cada crisis.
- **Otras causas:** schwannoma de curso progresivo, enfermedad desmielinizante y patología del tronco/cerebelo; el contexto define pruebas calóricas, pruebas de VIII par o imagen, no todos los exámenes para todo vértigo.

Fármacos y recuperación

- **Alivio breve:** antihistamínicos vestibulares como dimenhidrinato/meclizina y antieméticos seleccionados ayudan en crisis intensa. Evitar prolongarlos cuando retrasan compensación y aumentan caídas.
- **Riesgos:** benzodiazepinas como lorazepam, diazepam o clonazepam producen sedación/dependencia; no son primera respuesta universal. Difenhidramina y difenidol añaden carga anticolinérgica.
- **Selección:** ondansetrón, metoclopramida, domperidona o prometazina tienen contraindicaciones y perfiles de QT, extrapiramidalismo o sedación distintos. Flunarizina se usa en contextos preventivos seleccionados, con riesgo de parkinsonismo/depresión.

- **Plan:** tratar causa, hidratar si precisa, prevenir caídas y recuperar movimiento/rehabilitación; no conducir mientras exista vértigo incapacitante o sedación.

CLAVES EUNACOM

Nistagmo horizontal no descarta ACV.

HINTS sólo sirve en el paciente y examinador adecuados.

Referencias: [28](#), [29](#), [30](#), [31](#), [4](#). Bibliografía al final.

Vértigo posicional paroxístico benigno

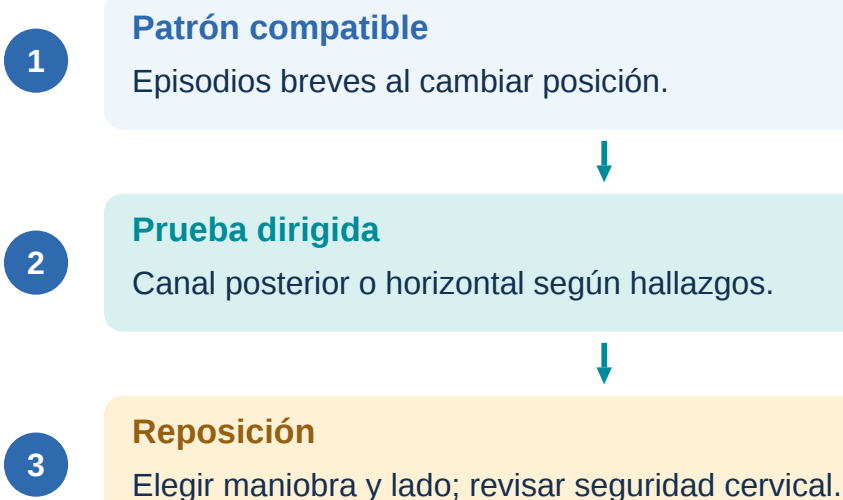
Reconocer el patrón

- **Mecanismo:** otoconias desplazadas estimulan un canal semicircular, con predominio del posterior. No es una infección del oído ni un trastorno que se resuelva siempre con fármacos.
- **Clínica:** episodios breves, usualmente de menos de un minuto, al acostarse, girar en cama o extender cabeza. No debe provocar por sí mismo nueva hipoacusia ni déficit neurológico.
- **Matiz:** mover la cabeza agrava muchos vértigos; eso no equivale a desencadenar un episodio posicional desde una situación basal relativamente estable.

Confirmar canal y lado

- **Dix-Hallpike:** en canal posterior provoca nistagmo torsional y vertical hacia arriba, con patrón temporal compatible. Valorar seguridad cervical/vascular y capacidad de movilización antes de efectuarla.
- **Si la historia es compatible y aparece nistagmo horizontal o prueba negativa:** evaluar canal horizontal con prueba de giro supino por personal capacitado. No aplicar la misma maniobra a todo canal.
- **Atípico:** nistagmo persistente o incompatible, signos neurológicos, cefalea nueva o imposibilidad de marcha exige reconsiderar lesión central. No usar HINTS para validar un VPPB episódico.

De la historia a la maniobra correcta



Reposicionar y controlar

- **Tratamiento:** maniobra de Epley para canal posterior diagnosticado; otras maniobras según canal y variante. La secuencia debe adaptarse al lado confirmado y a limitaciones físicas.
- **Evitar:** no indicar rutinariamente supresores vestibulares, imagen o pruebas vestibulares extensas si diagnóstico típico y sin alarmas. No se requieren restricciones posturales sistemáticas tras reposición.
- **Seguimiento:** reevaluar evolución, idealmente dentro de un mes, y antes si cambia patrón. Persistencia puede reflejar canal distinto, recurrencia, mala técnica u otra causa.
- **Educación:** riesgo de caídas y recurrencia; maniobra domiciliaria sólo tras diagnóstico e instrucción. No atribuir a VPPB una pérdida auditiva súbita acompañante.

Cuando deja de ser un caso típico

Déficit neurológico

Evaluar causa central.

Nueva pérdida auditiva

Buscar otra enfermedad urgente.

Persistencia o patrón distinto

Reexaminar antes de repetir tratamientos.

CLAVES EUNACOM

VPPB: episodios provocados y breves; no vértigo continuo durante días.

Confirmar canal y lado antes de reposicionar.

Referencias: [31](#), [32](#), [28](#). Bibliografía al final.

Enfermedad de Ménière

Crisis vestibulares con síntomas del mismo oído

- **Patrón:** al menos dos episodios espontáneos de vértigo, típicamente entre 20 minutos y 12 horas, con hipoacusia sensorineural documentada y síntomas fluctuantes como tinnitus o plenitud. Excluir explicaciones mejores.
- **Fisiopatología:** se relaciona con hidrops endolinfático, pero detectar hidrops en imagen no reemplaza los criterios clínicos. El examen entre crisis puede ser normal; no es obligatorio que todas las pruebas vestibulares lo sean.
- **Audiometría:** documentar pérdida, con afectación de graves-medios frecuente al inicio, y evolución. Preguntar por migraña; no diagnosticar sólo por la tríada referida.

Estudio y tratamiento escalonado

- **Evaluación:** historia, audición y examen; RM si hipoacusia asimétrica u otros datos sugieren lesión retrococlear. No se requieren rutinariamente electrocoqueografía ni batería vestibular para establecer el diagnóstico.
- **Crisis:** curso breve de supresor vestibular/antiemético según intensidad. Educar sobre seguridad, sueño, alimentación e identificación de desencadenantes.
- **Prevención:** el especialista puede ofrecer diurético o betahistina como opciones de mantenimiento; beneficio variable, no garantía de control ni tratamiento de cualquier mareo.
- **Persistencia:** corticoide intratimpánico, gentamicina intratimpánica u opciones quirúrgicas en casos seleccionados; valorar riesgo auditivo y función residual. La gentamicina puede ser vestibulotóxica y no es intercambiable con un corticoide.

Tratar tres dimensiones

Crisis

Alivio breve y seguridad.

Recurrencia

Hábitos y opciones de mantenimiento individualizadas.

Función

Audición, equilibrio y calidad de vida.

Vivir con una enfermedad fluctuante

- **Rehabilitar:** ayudas auditivas, manejo del tinnitus y rehabilitación vestibular si hay desequilibrio crónico. La rehabilitación no pretende cortar una crisis activa.
- **Seguimiento:** registrar frecuencia, duración, audición y repercusión; ajustar estrategia.
- **Cambio de patrón:** focalidad, cefalea intensa, pérdida súbita persistente o dificultad marcada para caminar requieren evaluación aguda y no deben atribuirse automáticamente a Ménière.

CLAVES EUNACOM

Las crisis de Ménière duran más que el VPPB típico.

Confirmar hipoacusia y excluir migraña u otras causas.

Referencias: [30](#), [33](#), [29](#). Bibliografía al final.

Parálisis facial: localizar y proteger el ojo

Una parálisis periférica no siempre es Bell

- **Explorar:** arrugar frente, cierre ocular, sonrisa, otros pares, extremidades, marcha y oído. Registrar inicio y progresión; disgeusia e hiperacusia pueden acompañar lesión del VII.
- **Central:** lesión supranuclear suele respetar relativamente la frente, con otros déficits; una lesión pontina puede comprometer toda la hemicara. Frente afectada no excluye ACV si el contexto es sospechoso.
- **Bell:** parálisis periférica unilateral idiopática de inicio agudo, que alcanza su máximo habitualmente dentro de 72 horas. Progresar durante semanas, repetirse, ser bilateral o asociar masa exige otra explicación.
- **Buscar:** vesículas óticas/orales, otitis, trauma, tumor de parótida, exposición epidemiológica, cirugía y debilidad generalizada. Hipoestesia marcada del trigémino no es un hallazgo banal de Bell.

No decidir sólo por la frente

Toda hemicara

Patrón periférico posible; revisar otros signos.

Focalidad o marcha alterada

Descartar lesión central, incluso con frente afectada.

Vesículas, otitis o masa

Buscar causa específica; no asumir Bell.

Tratamiento temprano de Bell y cuidado corneal

- **Corticoide:** en adultos y desde 16 años según guía, iniciar dentro de 72 horas si no hay contraindicación. Ejemplo estudiado: prednisolona 60 mg al día por cinco días y luego reducción de 10 mg diarios hasta completar diez días; individualizar comorbilidades.
- **Ojo:** lágrimas durante el día, lubricación nocturna y cierre/protección adecuada si no parpadea. Dolor ocular, fotofobia o pérdida de visión requieren evaluación; no basta con observar la cara.
- **Antivirales:** no usarlos solos; pueden añadirse en situaciones seleccionadas tras discutir beneficio limitado en Bell. Embarazo, infancia, diabetes e infección requieren decisión específica.
- **Pruebas:** no exigir imagen, serologías o electromiografía rutinarias en una presentación típica. Electrofisiología puede ayudar en parálisis completa o evaluación pronóstica especializada.

Tres tareas simultáneas

Tratar causa

Bell temprano u otro diagnóstico definido.

Proteger ojo

Lubricación y cierre; controlar córnea.

Seguir función

Evolución, recuperación y signos atípicos.

Otros diagnósticos y seguimiento

- **Ramsay Hunt:** otalgia y vesículas con paresia, a veces hipoacusia/vértigo; tratar precozmente con antiviral sistémico y corticoide según evaluación. La erupción puede aparecer después.
- **Infección ótica:** parálisis con otorrea, fiebre o vértigo exige búsqueda urgente de mastoiditis/laberintitis u otra extensión; tratamiento hospitalario dirigido.
- **Bilateral con debilidad:** considerar Guillain-Barré y otras causas; evaluar respiración/deglución y derivar. Inmunoglobulina EV o plasmaféresis dependen del diagnóstico y gravedad, no de una paresia facial aislada.
- **Evolución:** gran parte mejora en semanas-meses; no prometer un porcentaje fijo individual. Derivar si nuevos signos, recuperación incompleta a los tres meses o curso atípico. Valorar rehabilitación dirigida y sincinesias.

CLAVES EUNACOM

Bell alcanza su máximo en días; progresión por semanas requiere estudio.

Proteger córnea desde el primer día.

Referencias: [34](#), [35](#), [36](#), [2](#). Bibliografía al final.

Nariz y senos paranasales

Relacionar inflamación, obstrucción y síntomas persistentes.

Alergia nasosinusal

Reconocer el patrón alérgico

- **Clínica:** estornudos en salvas, prurito nasal o palatino, rinorrea acuosa y congestión. Prurito ocular, lagrimeo, asma o dermatitis apoyan atopia; mucosa pálida y pliegue de Dennie-Morgan son pistas, no requisitos.
- **Exposición:** preguntar por pólenes, ácaros, mascotas, hongos, trabajo y tabaco. Puede comenzar en niños o adultos. Estacional y perenne describen exposición; no establecen por sí solas gravedad ni excluyen sensibilización múltiple.
- **Impacto:** registrar días sintomáticos, duración, sueño, actividad y rendimiento. Intermitente significa menos de cuatro días semanales o menos de cuatro semanas; persistente combina mayor frecuencia y duración. Síntomas molestos o alteración funcional aumentan gravedad.

Cuatro síntomas que orientan a alergia

Prurito

Nariz, paladar u ojos.

Estornudos

Frecuentemente en salvas.

Rinorrea

Acuosa y ligada a exposición.

Congestión

Puede afectar sueño y actividad.

Diagnóstico y diferenciales

- **Evaluación:** historia y rinoscopia anterior suelen orientar. Buscar asma, obstrucción estructural, pólipos y uso de vasoconstrictores. Obstrucción unilateral fija, sangre o masa cervical requieren otra investigación, aunque exista alergia conocida.
- **Prick test o IgE específica:** útiles si hay incertidumbre, respuesta insuficiente, necesidad de identificar exposición o valorar inmunoterapia. Un resultado positivo demuestra sensibilización; debe concordar con los síntomas. IgE total aislada no confirma la causa.

Tratamiento que controla la inflamación

- **Base:** reducir exposición relevante y humo; lavados salinos. Antihistamínicos H1 de segunda generación, como loratadina, cetirizina, desloratadina, levocetirizina o fexofenadina, ayudan especialmente a picor, estornudos y rinorrea; evitar sedantes de rutina.
- **Congestión persistente o cuadro moderado-grave:** corticoide intranasal diario, como mometasona, fluticasona o budesonida. Ejemplo adulto: mometasona 50 microgramos, dos aplicaciones por fosa una vez al día, total 200 microgramos/día; luego mínima dosis eficaz según formulación.
- **Técnica:** limpiar suavemente la nariz, dirigir hacia pared lateral y aspirar sin fuerza. El efecto máximo necesita uso constante. Si no basta, revisar adherencia y considerar combinación con antihistamínico intranasal, no acumular fármacos sin reevaluar.

Elegir según el síntoma y su impacto

Picor y estornudos leves

Antihistamínico de segunda generación.

Congestión persistente

Corticoide intranasal diario.

Control insuficiente

Revisar técnica, adherencia y diagnóstico; valorar combinación o derivación.

Seguimiento y situaciones especiales

- **Control:** reevaluar aproximadamente a las cuatro semanas. Derivar para inmunoterapia cuando alergia demostrada siga limitando pese a manejo correcto. Cirugía se reserva para obstrucción estructural o enfermedad seleccionada; no es primera línea de rinitis alérgica.
- **Seguridad:** corticoides sistémicos y preparados depot no son terapia habitual. Montelukast no es primera elección para rinitis aislada y exige considerar efectos neuropsiquiátricos. Descongestionantes tópicos sólo por pocos días; los orales requieren cautela cardiovascular.
- **Edad y embarazo:** usar productos autorizados para la edad y vigilar crecimiento con tratamientos infantiles prolongados. En gestación, comenzar con medidas locales; corticoide nasal, loratadina o cetirizina pueden seleccionarse clínicamente. Evitar descongestionantes durante el embarazo.

Usar bien el corticoide nasal

1

Preparar

Limpieza suave y dispositivo según instrucciones.



2

Orientar

Boquilla hacia pared lateral, lejos del tabique.



3

Aplicar

Inspiración suave; uso constante.



4

Revisar

Control clínico, sangrado y dosis mínima eficaz.

CLAVES EUNACOM

Prurito + estornudos + rinorrea acuosa orientan a alergia.

Corticoide intranasal: tratamiento principal de síntomas persistentes; cirugía sólo seleccionada.

Referencias: [37](#), [38](#), [39](#). Bibliografía al final.

Rinorreas agudas

La mayoría de los episodios son autolimitados

- **Resfrío:** rinorrea, obstrucción, estornudos y molestias faríngeas, a veces tos o fiebre. La secreción puede cambiar de transparente a amarilla o verdosa durante la evolución viral; ese cambio aislado no justifica antibióticos.
- **Tiempo:** evaluar trayectoria, no sólo número de días. Los síntomas pueden durar más de una semana y seguir siendo virales si mejoran. Persistencia sin mejoría durante diez días o empeoramiento tras recuperación orientan a rinosinusitis bacteriana.
- **Alternativas:** alergia de inicio brusco tras exposición, irritantes, cuerpo extraño en niños, trauma y fuga de LCR. Preguntar por lateralidad; una secreción fétida unilateral tiene un significado diferente a rinorrea bilateral de un catarro.

Tres escenarios de rinorrea aguda

Bilateral con catarro

Probable infección viral.

Prurito tras exposición

Considerar alergia.

Unilateral llamativa

Buscar cuerpo extraño, lesión o LCR según contexto.

Evaluación breve que detecta gravedad

- **Historia:** inicio, fiebre, dolor facial o dental, secreción, disnea, alimentación y contacto epidemiológico. La presión facial aislada o una cefalea sin síntomas nasales no bastan para diagnosticar sinusitis; considerar migraña u otras causas.
- **Examen:** estado general, hidratación, ojos, nariz, orofaringe y oídos según síntomas. No solicitar cultivo nasal, radiografía de senos o TC en un resfrío habitual; las pruebas deben responder a una sospecha que cambie el manejo.
- **Lactante:** la obstrucción nasal puede dificultar alimentación y aumentar trabajo respiratorio. Valorar apneas, hipoxemia, deshidratación o fiebre en muy pequeños con menor umbral de evaluación; no trasladar esquemas descongestionantes del adulto.

Alivio y prevención de daño

- **Medidas:** líquidos según tolerancia, analgesia para dolor o fiebre y solución salina nasal. En pequeños, limpieza suave antes de comer puede ayudar. Evitar aspiraciones agresivas, humo y manipulación que lesionen la mucosa.
- **Fármacos:** no indicar antibióticos para rinorrea viral. Descongestionantes tópicos sólo si se seleccionan, durante pocos días y según edad; su repetición favorece rebote. Pseudoefedrina puede producir insomnio, hipertensión, taquicardia y retención urinaria.
- **Contexto:** revisar embarazo, enfermedad cardiovascular y otros medicamentos antes de preparados combinados. Evitar duplicar paracetamol en antigripales. Si se sospecha influenza u otra infección específica en una persona de riesgo, evaluar su manejo particular.

Control y alarmas

- **Reconsulta:** empeoramiento importante, fiebre que persiste o reaparece, dolor focal intenso o falta de mejoría. La aparición de un criterio bacteriano requiere reevaluación clínica; no activa automáticamente antibiótico para todo paciente estable.
- **Urgencia:** edema orbitario con dolor al mover el ojo, diplopía, proptosis o visión reducida; cefalea frontal intensa, signos meníngeos, focalidad neurológica o deterioro general. Rinorrea clara tras traumatismo exige descartar lesión de base de cráneo.

La evolución determina la reevaluación

Mejora progresiva

Continuar medidas sintomáticas.

Diez días sin mejorar o recaída

Reevaluar posible rinosinusitis bacteriana.

Alarma orbitaria o neurológica

Urgencia hospitalaria.

CLAVES EUNACOM

El color del moco no distingue por sí solo virus de bacterias.

La evolución y las señales de alarma pesan más que una radiografía rutinaria.

Referencias: [20](#), [40](#), [41](#), [42](#). Bibliografía al final.

Rinorrea crónica

Caracterizar la secreción persistente

- **Acuosa bilateral:** rinitis alérgica o no alérgica. Prurito, estornudos y relación con alérgenos favorecen alergia; frío, perfumes, humo o comidas, con poco prurito, orientan a mecanismos no alérgicos o mixtos.
- **Mucosa o purulenta:** valorar rinosinusitis, adenoiditis y causas locales. Purulencia por sí sola no establece una infección que necesite antibiótico prolongado. La descarga posterior puede causar carraspera, pero no explica toda tos crónica.
- **Unilateral fétida o sanguinolenta:** buscar cuerpo extraño, lesión tumoral, foco dental o enfermedad sinusal unilateral. Interrogar duración, trauma y tratamientos previos; no atribuirla automáticamente a alergia o resfríos repetidos.

Rinorrea crónica: mirar patrón y contexto

Acuosa bilateral

Alérgica, irritativa, gustatoria u hormonal.

Fétida unilateral

Cuerpo extraño, foco dental o lesión local.

Clara unilateral

Valorar fuga de LCR según contexto.

Reconocer formas no alérgicas

- **Vasomotora o idiopática:** congestión y rinorrea ante cambios de temperatura u olores. Gustatoria: secreción desencadenada por comida, especialmente caliente o condimentada. El diagnóstico se apoya en excluir causas alternativas y puede coexistir con alergia.
- **Hormonal:** congestión asociada al embarazo sin evidencia obligatoria de alergia o infección, a menudo más marcada al final. Suele mejorar tras el parto; ofrecer medidas sintomáticas seguras y valorar sueño, en lugar de negar tratamiento.
- **Atrófica:** sequedad, cavidades amplias, costras y mal olor, a veces tras cirugía. Humidificación y lavados cuidadosos son centrales; ORL investiga causa e infección. Antibióticos tópicos no son obligatorios para toda costra.

Tratar el mecanismo identificado

- **No alérgica:** evitar irritantes y considerar corticoide o antihistamínico intranasal como azelastina. Ipratropio nasal es útil cuando domina rinorrea acuosa; no corrige por igual obstrucción, prurito y todas las demás molestias.
- **Medicamentosa:** oximetazolina y productos semejantes usados repetidamente pueden producir rebote. Explicar suspensión con apoyo terapéutico y seguimiento; educar sin sustituirla por uso crónico de pseudoefedrina, especialmente con hipertensión, arritmia o retención urinaria.
- **Vestibulitis asociada:** dolor, eritema y costras en la entrada nasal sugieren infección estafilocócica local. Evitar manipulación; mupirocina tópica puede indicarse según formulación/protocolo. Furúnculo, celulitis o extensión requieren evaluación y eventual antibiótico sistémico.

Dirigir el tratamiento al mecanismo

Inflamación

Corticoide o antihistamínico intranasal.

Rinorrea acuosa dominante

Ipratropio en casos seleccionados.

Rebote farmacológico

Retirar vasoconstrictor y apoyar recuperación.

Costras y atrofia

Humidificación, lavados y evaluación etiológica.

Una rinorrea que cambia la prioridad

- **Sospecha de LCR:** líquido muy claro, generalmente unilateral, con aumento al inclinarse o hacer esfuerzo, sobre todo tras trauma o cirugía. También existen fugas espontáneas. Requiere valoración ORL especializada; cefalea, fiebre o meningismo añaden urgencia.
- **Confirmación:** análisis de beta-2-transferrina y estudio de localización según equipo. No diagnosticar con tira de glucosa o aspecto del pañuelo. Evitar sonarse con fuerza o maniobras intranasales mientras se estudia una fuga sospechosa.

CLAVES EUNACOM

Rinorrea crónica no equivale a sinusitis bacteriana.

Líquido acuoso unilateral persistente puede ser LCR; secreción fétida unilateral exige buscar causa local.

Referencias: [38](#), [43](#), [39](#), [44](#), [45](#), [20](#). Bibliografía al final.

Obstrucción nasal crónica

Ordenar la obstrucción por patrón

- **Unilateral fija:** pensar desviación septal, lesión ocupante, cuerpo extraño o secuela traumática. La aparición progresiva con epistaxis, dolor o rinorrea sanguinolenta requiere estudio preferente, sin encadenar tratamientos de alergia.
- **Bilateral fluctuante:** orienta a rinitis, hipertrofia de cornetes o ciclo nasal acentuado. Obstrucción bilateral persistente también puede deberse a poliposis o adenoides; varias causas pueden coexistir en una misma persona.
- **Desde nacimiento:** dificultad respiratoria neonatal, especialmente con alimentación y mejoría al llorar, obliga a valorar obstrucción congénita como atresia de coanas. Es una situación urgente, distinta del adulto con congestión crónica.

El patrón orienta la búsqueda

Unilateral fija

Tabique, masa, cuerpo extraño o trauma.

Bilateral fluctuante

Rinitis y cornetes.

Bilateral persistente

Añadir pólipos, adenoides y causas estructurales.

Historia y examen dirigido

- **Preguntar:** duración, lado, estacionalidad, olfato, ronquido, pausas respiratorias, secreción, cirugías, golpes y respuesta a medicamentos. Registrar uso de oximetazolina u otros vasoconstrictores, incluso si el paciente no los considera un tratamiento.
- **Explorar:** nariz externa, permeabilidad, tabique, cornetes, vestíbulo, boca y cuello. La válvula nasal puede colapsar al inspirar. Endoscopia permite examinar regiones posteriores; no basta una radiografía de cavum para explicar toda obstrucción.
- **Adenoides:** tamaño y síntomas deben correlacionarse. Pueden ser grandes sin repercusión importante, o contribuir a trastornos del sueño y del oído; el grado aislado no determina cirugía. En adulto, tejido nasofaríngeo asimétrico merece estudio.

Manejo según causa

- **Inflamación:** lavados y tratamiento de rinitis cuando corresponde. Retirar progresivamente o suspender con plan el vasoconstrictor causante de rebote, y explicar que la congestión transitoria no obliga a reanudarlo indefinidamente.
- **Estructura:** septoplastia, cirugía valvular o reducción de cornetes requieren valoración funcional por ORL. Una desviación visible que no causa síntomas no equivale a indicación quirúrgica; documentar el problema antes de intervenir.
- **Estudios:** TC si se sospecha enfermedad sinusal, masa o anatomía que requiera planificación. No usar imágenes sistemáticas como sustituto de historia y exploración. Una masa vascular sospechosa no se biopsia de forma ambulatoria improvisada.

Priorizar la derivación

- **Urgencia:** compromiso respiratorio, alteración visual, proptosis, cefalea intensa, signos neurológicos o sospecha de hematoma septal tras trauma. El bloqueo nasal agudo del lactante exige atención de su alimentación y oxigenación.
- **Programada o preferente:** síntomas persistentes pese a tratamiento correcto, obstrucción unilateral inexplicada, apneas, deterioro escolar o alteración dentofacial. Acordar control de respuesta; no asumir que toda respiración bucal es causada por adenoides.

La causa define la conducta

Inflamatoria

Tratamiento médico y control.

Estructural sintomática

Valoración funcional por ORL.

Alarma o masa

Estudio prioritario; urgencia si compromiso visual o respiratorio.

CLAVES EUNACOM

La unilateralidad persistente obliga a buscar una causa local.

Tamaño adenoideo o desviación septal aislados no indican cirugía.

Referencias: [37](#), [46](#), [47](#), [48](#). Bibliografía al final.

Rinosinusitis aguda y complicaciones

Separar virosis de probable infección bacteriana

- **Síndrome:** rinorrea anterior o posterior con obstrucción y dolor o presión facial, a veces alteración del olfato y fiebre. Pus en meato medio apoya origen sinusal; varios senos drenan allí, pero su ausencia no descarta el cuadro.
- **Probable bacteriana:** persistencia de diez días o más sin mejorar, o empeoramiento después de mejoría inicial. Fiebre alta con dolor facial y secreción purulenta mantenidos también aumenta sospecha. Color del moco o dolor aislados no bastan.
- **Origen:** virus son mucho más frecuentes; entre bacterias comunitarias destacan neumococo y H. influenzae. Considerar foco odontógeno si síntomas maxilares unilaterales o antecedentes dentales; antibiótico sin control del foco puede fracasar.

Evaluación y decisión inicial

- **No complicada:** diagnóstico clínico; no requiere radiografía ni TC rutinarias. Analgesia, salina nasal y eventualmente corticoide intranasal alivian síntomas. La mejoría puede ser gradual; explicar evolución esperada y cuándo volver.
- **Observación:** puede elegirse en adultos estables sin complicaciones si existe seguimiento fiable. Iniciar antibiótico cuando gravedad, riesgo, persistencia o evolución lo justifiquen; no retrasar atención hospitalaria para probar primero un tratamiento oral.
- **Reevaluación:** si empeora en cualquier momento o no mejora tras tres a cinco días de antibiótico adecuado, reconsiderar diagnóstico, adherencia, resistencia, origen dental y complicaciones antes de cambiar fármacos.

Decidir después de valorar gravedad

Viral con mejoría

Medidas sintomáticas; sin antibiótico.

Probable bacteriana estable

Seguimiento y decisión de observación o antibiótico.

Complicación o deterioro

Evaluación hospitalaria inmediata.

Ejemplos de pautas de la orientación MINSAL

Situación	Pauta oral	Duración
Adulto, primera elección	Amoxicilina 500 mg a 1 g cada 8 horas.	5-7 días.
Adulto con indicación de cobertura ampliada	Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg cada 12 horas.	5-7 días.
Niño, primera elección	Amoxicilina 50 mg/kg/día repartidos en dos tomas.	10 días.

Ajustes y situaciones especiales

- **Pauta:** revisar función renal, alergia verdadera, peso, presentación y dosis máxima apropiada. En pediatría, mg/kg/día es la dosis total diaria, no la dosis de cada toma. Seleccionar clavulanato o altas dosis según riesgo y protocolo local.
- **Alergia adulta:** doxiciclina 100 mg cada doce horas durante cinco a siete días es una alternativa descrita por MINSAL; no corresponde en embarazo. Fluoroquinolonas se reservan según riesgo y alternativas, no son recambio automático ante molestias digestivas.
- **Niños y embarazo:** evaluar tipo de alergia y escoger una alternativa individualizada. No extrapolar doxiciclina adulta ni usar macrólidos indiscriminadamente, dada resistencia. Cefixima o cefpodoxima no son sustitutos empíricos universales de primera línea.

Complicaciones que requieren hospital

- **Órbita:** edema con dolor al mover los ojos, diplopía, proptosis o pérdida visual exige evaluar celulitis o absceso orbitario. La hinchazón palpebral sola no localiza la infección; documentar visión y motilidad.
- **Intracraneal o hueso:** cefalea intensa, meningismo, alteración de conciencia, focalidad o tumefacción frontal sugieren extensión. Requiere imagen dirigida, antibióticos EV y valoración ORL, oftalmológica o neuroquirúrgica, con drenaje cuando corresponda.

Alarmas de extensión sinusal

Órbita

Dolor con movimientos, diplopía, proptosis o caída visual.

Sistema nervioso

Meningismo, focalidad o conciencia alterada.

Hueso frontal

Tumefacción frontal dolorosa: valorar osteítis o colección.

CLAVES EUNACOM

Persistencia sin mejoría o doble empeoramiento orientan a etiología bacteriana.

Complicación orbitaria o neurológica requiere hospital, no una nueva receta ambulatoria.

Referencias: [20](#), [49](#), [40](#), [41](#), [50](#). Bibliografía al final.

Sinusopatías crónicas

Definir enfermedad crónica con evidencia objetiva

- **Duración:** síntomas durante al menos doce semanas. Habitualmente dos o más entre obstrucción, secreción anterior/posterior, presión facial y pérdida de olfato; uno debe ser obstrucción o secreción. Dolor facial aislado no confirma enfermedad sinusal.
- **Confirmación:** demostrar inflamación mediante rinoscopia, endoscopia o TC, interpretada con la clínica. Un engrosamiento mucoso incidental en imágenes no explica automáticamente cefalea ni obliga a tratar. Distinguir formas con y sin pólipos.
- **Tiempo comparativo:** aguda suele durar menos de cuatro semanas; el intervalo de cuatro a doce semanas se denomina subagudo en algunas clasificaciones. Episodios agudos separados por recuperación completa son distintos de síntomas crónicos continuos.

Tres piezas para identificar enfermedad crónica

Tiempo

Al menos doce semanas.

Síntomas compatibles

Obstrucción o secreción, con otros síntomas nasosinusales.

Inflamación objetiva

Rinoscopia, endoscopia o TC según evaluación.

Buscar factores que cambian el manejo

- **Asociaciones:** asma, intolerancia respiratoria a AINE, inmunodeficiencia, fibrosis quística y discinesia ciliar. Historia de infección dental, dolor maxilar unilateral o procedimientos odontológicos orienta a origen odontógeno, que necesita control del foco.
- **Anatomía y exposición:** revisar tabique, drenaje, humo y antecedentes quirúrgicos. No atribuir todas las recaídas a una variación anatómica ni a bacterias persistentes. La evaluación del olfato y del impacto funcional ayuda a medir respuesta.

Tratamiento y límites de los antibióticos

- **Base:** irrigación salina regular y corticoide intranasal. Usar agua estéril, destilada o previamente hervida y enfriada para preparar irrigaciones; limpiar el dispositivo. Revisar aplicación y adherencia antes de declarar fracaso.
- **Antimicrobianos:** no se indican rutinariamente para enfermedad crónica estable sin exacerbación aguda. Que no mejore con corticoide nasal no demuestra etiología bacteriana. Tampoco se exige un curso fijo de dos o tres semanas antes de TC o cirugía.
- **Exacerbación:** aumento relevante de síntomas y secreción purulenta requiere reevaluación, eventualmente cultivo endoscópico y tratamiento dirigido. La pauta depende de gravedad, antecedentes y resistencia; no usar levofloxacino más metronidazol como combinación automática para toda alergia.
- **Antifúngicos:** no son tratamiento empírico habitual de rinosinusitis crónica. Dolor intenso, necrosis o progresión rápida en inmunodeprimido exige descartar infección fúngica invasora y atención hospitalaria urgente, un cuadro diferente.

Enfermedad crónica: distinguir escenarios

Estable

Salina y corticoide intranasal.

Exacerbación o purulencia relevante

Reevaluar; seleccionar estudio y antimicrobiano.

Persistencia con impacto

ORL: fenotipo, técnica, anatomía y opciones quirúrgicas.

Cuándo derivar

- **ORL:** enfermedad confirmada que limita pese a tratamiento correcto, masa unilateral, poliposis, enfermedad odontógena o diagnóstico incierto. Cirugía endoscópica se decide según síntomas, fenotipo, anatomía y preferencias; requiere continuar control de la inflamación.
- **Urgencia:** compromiso orbitario, déficit visual, signos neurológicos, meningismo, tumefacción frontal o toxicidad sistémica. La demora en estos escenarios no se justifica porque la enfermedad de base sea crónica.

CLAVES EUNACOM

Doce semanas más inflamación objetiva sustentan rinosinusitis crónica.

Fracaso de corticoide nasal no equivale a infección bacteriana.

Referencias: [49](#), [51](#), [50](#), [20](#). Bibliografía al final.

Poliposis nasal

Identificar pólipos y asociaciones

- **Presentación:** obstrucción nasal persistente, reducción del olfato, rinorrea y episodios de presión facial. Los pólipos inflamatorios suelen ser pálidos, lisos, translúcidos y bilaterales; no identificar cualquier masa como pólipo benigno por su color.
- **Contexto:** forma de rinosinusitis crónica asociada con frecuencia a inflamación de tipo 2. Buscar asma y reacciones respiratorias a aspirina u otros inhibidores de COX-1; la combinación sugiere enfermedad respiratoria exacerbada por AINE.
- **Niños:** pólipos son menos habituales; estudiar según contexto fibrosis quística, discinesia ciliar o inmunodeficiencia. Una lesión unilateral también puede ser pólipo antrocoanal, pero requiere valoración para excluir neoplasia u otras masas.

Poliposis: reconocer y no asumir

Bilateral inflamatoria

Obstrucción y pérdida de olfato.

Asma y AINE

Investigar reacciones respiratorias.

Unilateral o sangrante

Descartar otras masas antes de tratar como pólipos típicos.

Confirmar extensión y carga clínica

- **Examen:** rinoscopia y endoscopia por ORL confirman presencia, lateralidad y extensión. Preguntar por olfato, sueño, exacerbaciones, tratamientos previos, cirugías y cursos de corticoides sistémicos; medir cuánto limita la vida diaria.
- **Imágenes:** TC de senos cuando la valoración especializada o la planificación lo indiquen; no para todo episodio de congestión. Sangrado, dolor unilateral progresivo, alteración visual o masa atípica cambian la prioridad y el estudio.

Escalamiento individualizado

- **Primera base:** irrigación salina y corticoide intranasal mantenido. Un curso corto de corticoide oral puede mejorar enfermedad importante bajo supervisión, considerando diabetes, infección y riesgo acumulado; no es obligatorio en todo paciente ni tratamiento crónico.
- **Cirugía:** valorar endoscopia quirúrgica si persiste enfermedad relevante tras tratamiento adecuado. Mejora acceso y drenaje, pero no elimina toda la inflamación; puede haber recidiva y suele continuar terapia local con seguimiento.
- **Biológicos:** opciones especializadas en poliposis grave no controlada, según fenotipo, tratamientos previos y posibilidad de cirugía. Pueden reducir síntomas y necesidad de corticoides; no son rescate inmediato ni tratamiento usual de rinitis simple.

Opciones de control mantenido

Tratamiento local

Irrigación y corticoide intranasal.

Cirugía seleccionada

Enfermedad persistente y valoración anatómica.

Biológico seleccionado

Poliposis grave no controlada; decisión especializada.

Relacionar cada biológico con su diana

Fármaco	Diana	Clave
Dupilumab	Receptor IL-4Rα	Bloquea señalización de IL-4 e IL-13.
Mepolizumab	IL-5	Reduce actividad eosinofílica.
Omalizumab	IgE	Dosis y selección dependen del contexto clínico.

Tres nombres, tres dianas

Dupilumab

IL-4Rα: señal de IL-4 e IL-13.

Mepolizumab

IL-5.

Omalizumab

IgE.

Seguimiento seguro

- **Control conjunto:** tratar asma y aclarar tolerancia a AINE; no realizar provocaciones domiciliarias. Desensibilización a aspirina se considera únicamente en centros especializados y pacientes seleccionados. No atribuir toda poliposis a alergia IgE clásica.
- **Decisión:** cirugía y biológico se comparan con beneficios, riesgos, adherencia y preferencias. Las indicaciones regulatorias y disponibilidad chilena deben verificarse para cada producto; las autorizaciones europeas no significan acceso automático en Chile.

CLAVES EUNACOM

Pólipos + asma + reacción a AINE sugieren enfermedad respiratoria exacerbada por AINE.
Mepolizumab es anti-IL-5; omalizumab es anti-IgE.

Referencias: [49](#), [51](#), [52](#), [53](#), [54](#). Bibliografía al final.

Síndrome respirador bucal

Respirar por la boca es un signo

- **Distinguir:** algunos niños mantienen la boca abierta pero ventilan por la nariz; otros presentan respiración bucal real. Observar respiración en reposo y preguntar por sueño, alimentación y ejercicio antes de etiquetar el síndrome.
- **Causas obstructivas:** rinitis, hipertrofia adenoidea o amigdalina, pólipos, anomalías anatómicas y masas. Las formas no obstructivas incluyen hábitos y alteraciones del tono u orofaciales; no diagnosticar hábito antes de evaluar permeabilidad nasal.
- **Repercusión:** ronquido, apneas observadas, sueño inquieto, voz hiponasal, dificultades escolares, cambios conductuales, maloclusión o escaso crecimiento. Ni toda boca abierta significa apnea ni la ausencia de somnolencia diurna la excluye en un niño.

Boca abierta: tres preguntas útiles

¿Respira por la boca?

Distinguir postura de ventilación bucal real.

¿Hay obstrucción?

Rinitis, adenoides, amígdalas o lesión estructural.

¿Qué repercusión tiene?

Sueño, audición, crecimiento y desarrollo orofacial.

Adenoides: tamaño y función

- **Ubicación:** tejido linfóide nasofaríngeo que puede aumentar durante la infancia. Puede coexistir con otitis media con efusión, otitis recurrente, adenoiditis y síntomas sinusales; preguntar por audición, lenguaje y rendimiento.
- **Grado orientativo:** se ha descrito grado I menor de un tercio de ocupación, II entre un tercio y dos tercios, III mayor de dos tercios. Existen otras escalas; consignar método y no transformar el número en indicación quirúrgica automática.
- **Estudio:** examen nasal, paladar, amígdalas y oídos. Endoscopia permite evaluación directa cuando corresponde; radiografía lateral de cavum puede apoyar casos seleccionados, pero su imagen bidimensional no reemplaza síntomas ni estudio del sueño indicado.

Corregir la causa demostrada

- **Rinitis:** tratamiento médico, con técnica y adherencia revisadas. La cirugía no es el tratamiento inicial de la alergia. Medidas orofaciales, odontológicas o fonoaudiológicas pueden ayudar cuando hay alteración funcional, sin sustituir la resolución de una obstrucción.
- **Adenoidectomía:** valorar en obstrucción con trastornos del sueño, adenoiditis persistente seleccionada u otras complicaciones justificadas. Se consideran edad, oído, amígdalas, tratamientos previos y riesgo; no basta tener adenoides grado II o III.
- **Plan:** si hay sospecha de apnea, evaluar según riesgo y coordinar estudio especializado, incluida polisomnografía cuando proceda. Obesidad, trastorno craneofacial o enfermedad neuromuscular modifican la evaluación y la posibilidad de persistencia tras cirugía.

Adenoides: decidir por repercusión

Tamaño

Describe ocupación; no basta para operar.

Síntomas

Obstrucción, sueño y voz.

Complicaciones

Oído, infecciones seleccionadas y desarrollo.

Decisión ORL

Integra edad, respuesta médica y riesgos.

Seguridad y seguimiento

- **Antes de operar:** valorar paladar y riesgo de insuficiencia velofaríngea, además de sangrado y comorbilidades. Explicar que eliminar tejido no garantiza resolver toda dificultad respiratoria ni sustituye seguimiento auditivo o del sueño.
- **Control:** comprobar respiración nasal, calidad del sueño, crecimiento y audición. Apneas prolongadas, cianosis, esfuerzo respiratorio o dificultad importante para alimentarse requieren atención urgente. Una masa nasofaríngea nueva o asimétrica en adulto precisa estudio específico.

CLAVES EUNACOM

Síndrome respirador bucal: buscar causa y repercusión.

Adenoidectomía depende de síntomas y complicaciones, no sólo del tamaño.

Referencias: [46](#), [37](#), [50](#). Bibliografía al final.

Faringe y amígdalas

Identificar infección, complicaciones profundas y causas de persistencia.

Amigdalitis aguda

Reconocer sin equiparar exudado con bacteria

- **Patrón:** odinofagia de comienzo agudo, fiebre, eritema y aumento amigdalino. Los virus predominan; *Streptococcus pyogenes* es la bacteria principal. Influenza, parainfluenza, adenovirus, coronavirus, VRS y enterovirus pueden causar cuadros similares.
- **Pistas:** tos, rinorrea, conjuntivitis o úlceras orientan a virus. VEB/CMV sugieren mononucleosis; considerar primoinfección VIH según exposición. Adenovirus puede producir exudado en menores de tres años. La apariencia aislada no confirma etiología.

Centor modificado o Mclsaac

Criterio	Puntos
Ausencia de tos	+1
Temperatura >38 °C	+1
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	+1
Exudado o tumefacción amigdalina	+1
Edad 3-14 años / 15-44 años / ≥45 años	+1 / 0 / -1

La clínica ordena la probabilidad

Tos y coriza

Favorecen etiología viral.

Fiebre y adenopatía anterior

Suman sospecha de GAS.

Prueba microbiológica

Interpreta el cuadro y guía tratamiento.

Decidir estudio y antibiótico

- **Chile:** la orientación MINSAL utiliza ≤ 2 puntos para manejo sin antibiótico, 3 para estudio microbiológico y ≥ 4 para considerar tratamiento por alta sospecha. El puntaje estratifica probabilidad; no identifica por sí solo al agente.
- **Confirmación:** test rápido positivo o cultivo apoyan tratar; MINSAL indica cultivo tras test rápido negativo. CDC exige ese respaldo especialmente en niños sintomáticos ≥ 3 años y no de rutina en adultos. Si hay signos virales claros, generalmente no se estudia GAS.
- **Menores de tres años:** pesquisa seleccionada, por ejemplo contacto estrecho y clínica compatible. Un portador puede tener una infección viral; interpretar resultado con el cuadro.

Pautas de referencia para GAS

Opción	Dosis y duración
Amoxicilina, MINSAL	50 mg/kg VO una vez al día, máximo 1 g/día, durante 10 días; adulto 1 g/día.
Penicilina G benzatina IM, alternativa	Dosis única: < 27 kg, 600.000 UI; ≥ 27 kg, 1.200.000 UI. Preferir vía oral en niños cuando sea viable.
Alergia no inmediata: cefadroxilo	30 mg/kg VO una vez al día, máximo 1 g/día, 10 días. Evitar si reacción inmediata grave.
Anafilaxia a betalactámicos, pauta MINSAL	Azitromicina 20 mg/kg VO al día, máximo 500 mg/día, 3 días; considerar resistencia local.

Tratamiento dirigido de GAS

Primera elección

Amoxicilina por diez días.

Adherencia difícil

Valorar benzatina intramuscular única.

Alergia real

Distinguir reacción no inmediata de anafilaxia.

Aliviar y reevaluar

- **Soporte:** líquidos y paracetamol o ibuprofeno según edad y contraindicaciones. Evitar aspirina infantil. No usar macrólido por supuesta resistencia a penicilina: GAS continúa sensible a esta; resistencia a macrólidos sí existe.
- **Seguridad:** CDC propone otra pauta de azitromicina, cinco días; no mezclar esquemas. Ajustar elección a alergia real, función renal, embarazo e interacciones. En sospecha de mononucleosis, amoxicilina puede causar exantema.

- **Control:** incapacidad de beber, sialorrea, trismus, disnea, asimetría o empeoramiento requieren reevaluación urgente. Antibiótico reduce transmisión y fiebre reumática; no garantiza prevenir glomerulonefritis.

CLAVES EUNACOM

Centor suma ausencia de tos, no ausencia de todos los síntomas catarrales.

Exudado no equivale a infección estreptocócica.

Referencias: [20](#), [55](#), [56](#). Bibliografía al final.

Amigdalitis crónica

Persistencia no es lo mismo que recurrencia

- **Recurrente:** episodios separados de odinofagia/amigdalitis con recuperación entre ellos. Documentar fecha, fiebre, hallazgos, prueba microbiológica, tratamiento y repercusión escolar o laboral; no contar cualquier resfrío como amigdalitis.
- **Crónica:** molestias persistentes, halitosis o detritos amigdalinos exigen estudiar la causa. Tres meses de síntomas no establecen automáticamente infección bacteriana refractaria ni justifican antibióticos repetidos.
- **Diferencial:** portación de GAS con virosis, tonsilolitos, rinitis con goteo posterior, irritantes, reflujo seleccionado, PFAPA o neoplasia. Asimetría progresiva, ulceración o masa cervical requieren evaluación preferente.

Frecuencia que permite considerar cirugía en niños

Episodios documentados	Período
≥7	Último año
≥5 por año	Cada uno de los últimos dos años
≥3 por año	Cada uno de los últimos tres años

La documentación y los modificadores importan

- **Cada episodio:** dolor faríngeo acompañado por al menos uno de fiebre >38,3 °C, adenopatía cervical, exudado o prueba positiva de GAS. La guía AAO-HNS no exige confirmación bacteriana de absolutamente todos los episodios.
- **Bajo esos umbrales:** suele favorecerse observación con registro y tratamiento adecuado de cada cuadro. Valorar factores que cambian la decisión: alergias/intolerancias múltiples, PFAPA o más de un absceso periamigdalino.
- **Adultos:** individualizar con ORL según frecuencia, gravedad y deterioro funcional; los criterios pediátricos no sustituyen una evaluación completa. Un absceso complicado puede requerir intervención sin esperar un número fijo de episodios.

Tres razones para evaluar amigdalectomía

Infección recurrente

Episodios documentados y repercusión.

Complicaciones

Abscesos repetidos o factores modificadores.

Obstrucción

Apnea o disfagia clínicamente relevantes.

Obstrucción y seguridad perioperatoria

- **Otra indicación:** hipertrofia con apnea obstructiva del sueño, trastorno respiratorio significativo o disfagia. El tamaño aislado no basta; estudiar sueño cuando corresponda y coordinar manejo de adenoides.
- **Beneficio y riesgo:** explicar mejoría esperada, dolor, deshidratación, anestesia y hemorragia primaria o tardía. Sangre roja por boca, hematemesis o deglución repetida tras amigdalectomía requieren urgencia.
- **Cuidados:** analgesia e hidratación con plan escrito. No se indican antibióticos perioperatorios de rutina. Evitar codeína en niños; los menores de tres años o con apnea grave pueden necesitar vigilancia hospitalaria nocturna.

CLAVES EUNACOM

Los criterios 7-5-3 apoyan selección; no obligan a operar.

Amígdalas grandes sin síntomas no equivalen a indicación quirúrgica.

Referencias: [57](#), [20](#). Bibliografía al final.

Odinofagias agudas

Primero, capacidad de respirar y tragar

- **Evaluación:** distinguir dolor al tragar de dificultad para transportar el bolo. Medir gravedad, hidratación, voz, apertura oral, cuello y capacidad de manejar secreciones. Trismus, voz apagada, sialorrea, estridor o aspecto tóxico son alarmas.
- **Cuadro simple:** predominan infecciones virales o GAS. Vesículas posteriores sugieren herpangina; fatiga marcada, adenopatías posteriores y esplenomegalia orientan a mononucleosis. Lesiones herpéticas, candidiasis, trauma, úlcera o cuerpo extraño también causan dolor.

Infecciones profundas: reconocer el patrón

Cuadro	Pistas y riesgo
Absceso periamigdalino	Dolor unilateral intenso, trismus, voz de papa caliente, abombamiento y posible desviación uvular.
Parafaríngeo o retrofaríngeo	Tumefacción cervical, tortícolis, dolor al mover cuello; riesgo vascular, de vía aérea y mediastínico.
Epiglotitis/supraglotitis	Fiebre alta, odinofagia desproporcionada, sialorrea, trípode y aspecto tóxico; puede faltar tos perruna.

El patrón cambia la prioridad

Bilateral y sin alarmas

Valorar infección faríngea habitual.

Unilateral con trismus

Sospechar absceso periamigdalino.

Sialorrea y estridor

Prioridad de vía aérea y equipo experto.

Absceso y extensión descendente

- **Estudio:** diagnóstico periamigdalino a menudo clínico; ecografía o TC cervical con contraste si hay duda, extensión o localización profunda, siempre después de asegurar estabilidad respiratoria. Hemocultivos en sepsis y cultivo del drenaje según situación.
- **Manejo:** hospitalizar cuadros profundos o graves; hidratación, analgesia, antibiótico IV contra estreptococos, *S. aureus* y anaerobios según foco/riesgo. Ceftriaxona más clindamicina es una opción hospitalaria, no esquema universal.
- **Control del foco:** aspiración o drenaje por equipo entrenado cuando corresponde. Dolor torácico, disnea y sepsis tras infección cervical obligan a sospechar mediastinitis: TC de cuello/tórax, equipo quirúrgico y antibióticos urgentes.
- **Otros riesgos:** infección odontógena con elevación del piso de boca sugiere angina de Ludwig; faringitis seguida de sepsis y dolor cervical lateral hace considerar síndrome de Lemierre.

Atención de infección cervical profunda

1

Estabilizar y tratar

Vía aérea, perfusión y antibiótico IV oportuno.



2

Definir extensión

Imagen una vez asegurada la estabilidad.



3

Controlar el foco

Drenaje por equipo especializado si corresponde.

Epiglotitis: evitar provocar una obstrucción

- **Acción:** mantener al niño con cuidador y en su postura cómoda; activar anestesia/ORL y traslado capaz de resolver vía aérea. No usar bajalenguas, forzar decúbito ni explorar laringe fuera de un entorno preparado.
- **Diagnóstico:** no retrasar estabilización por una radiografía lateral. El signo del pulgar puede apoyar casos seleccionados estables; la visualización se realiza con control experto de vía aérea.
- **Tratamiento:** vía aérea según gravedad y ceftriaxona IV; agregar cobertura antiestafilocócica según riesgo local. Hib es clásico, pero vacunados y adultos pueden tener otros agentes. Adrenalina o corticoide no sustituyen resolución definitiva.

CLAVES EUNACOM

Sialorrea con estridor o toxicidad exige pensar más allá de amigdalitis.

La imagen no debe retrasar protección de vía aérea.

Referencias: [58](#), [59](#), [20](#). Bibliografía al final.

Odinofagias crónicas

Dolor persistente: volver a localizar

- **Historia:** precisar duración, lateralidad, relación con comidas, sólidos/líquidos, tabaco, alcohol, fármacos, inmunosupresión, reflujo y exposición ocupacional. Una sensación de globo indoloro no equivale a odinofagia ni explica una disfagia progresiva.
- **Examen:** revisar dientes, encías, lengua, piso de boca, amígdalas y cuello. Palpar áreas dolorosas y buscar adenopatías. Otalgia con otoscopia normal puede ser dolor referido desde faringe o laringe.
- **Evolución:** semanas de dolor unilateral, agravamiento, pérdida de peso, sangrado o limitación alimentaria justifican evaluación ORL; no prolongar tratamientos empíricos sucesivos para posponer el examen.

Causas frecuentes y otras que no deben omitirse

- **Inflamación:** irritación por humo, sequedad, respiración bucal, rinitis o reflujo demostrado pueden contribuir. El carraspeo aislado no establece reflujo laringofaríngeo ni justifica siempre un inhibidor de bomba prolongado.
- **Infección:** candidiasis en inmunosupresión o tras ciertos tratamientos; infección crónica específica según epidemiología. Dolor retroesternal al deglutir en inmunodeprimidos obliga a valorar esofagitis y no solo amígdalas.
- **Lesión local:** úlceras traumáticas por prótesis, aftas, enfermedad dental, tonsilolitos y trastornos temporomandibulares. Corregir el irritante y confirmar cicatrización; una úlcera persistente precisa estudio.
- **Neoplasia:** cáncer de boca, orofaringe, hipofaringe o laringe puede comenzar con síntomas discretos. La ausencia de tabaquismo no excluye cáncer orofaríngeo asociado a VPH.

Estudio dirigido y conducta

- **Nasofibrolaringoscopia:** permite examinar regiones que no se ven al abrir la boca; está indicada ante persistencia, alarmas o examen insuficiente. Lesión sospechosa requiere biopsia planificada, no diagnóstico exclusivamente visual.
- **Pruebas seleccionadas:** endoscopia digestiva si síntomas esofágicos, imagen cervical si masa o lesión profunda, estudio microbiológico según sospecha. No pedir TC para toda molestia inespecífica.
- **Manejo:** analgesia apropiada, hidratación, salud oral y corrección de causa identificada. Seguimiento con plazo y objetivos: menos dolor, mejor ingesta y resolución de lesión, no solo una receta.
- **Urgencia:** imposibilidad de tragar saliva, deshidratación, compromiso respiratorio o deterioro sistémico requieren atención inmediata; progresión o signos oncológicos requieren derivación preferente.

Dolor que persiste: tres preguntas

¿Dónde nace?

Mucosa, dientes, faringe, laringe o esófago.

¿Hay alarma?

Unilateralidad, masa, sangrado o pérdida de peso.

¿Qué lo confirma?

Visualización dirigida y biopsia si corresponde.

CLAVES EUNACOM

Odinofagia persistente unilateral y otalgia referida son señales de alarma.

Un tratamiento sintomático no sustituye confirmar que la lesión desapareció.

Referencias: [60](#), [61](#), [62](#), [63](#). Bibliografía al final.

Laringe, voz y respiración

Distinguir disfonía, estridor y obstrucción durante el sueño.

Disfonías agudas

Qué cambia cuando cambia la voz

- **Definición:** modificación reciente de calidad, intensidad o tono vocal, a veces afonía, por alteración de la fonación. Diferenciar disartria, que afecta articulación, y voz apagada por ocupación faríngea.
- **Laringitis habitual:** virosis respiratoria con disfonía, tos e irritación; pueden existir fiebre y síntomas catarrales. Parainfluenza es un agente relevante, especialmente en croup infantil, pero no explica todos los cuadros del adulto.
- **Otras causas:** sobreuso, grito, irritantes inhalados, intubación, lesión de pliegue vocal o parálisis. Un examen pulmonar normal no descarta obstrucción laríngea; escuchar estridor y observar esfuerzo respiratorio.

Seleccionar quién necesita visualización inmediata

- **Urgencia:** estridor, disnea, dificultad para manejar saliva, hemoptisis relevante, trauma cervical o deterioro rápido. Si existe obstrucción, priorizar vía aérea sobre estudios ambulatorios.
- **Evaluación precoz:** voz alterada tras cirugía de cuello/tórax o intubación, masa cervical, antecedente de tabaco, aspiración o profesional de la voz. No esperar cuatro semanas si hay sospecha de causa grave.

- **Hemorragia vocal:** disfonía brusca tras esfuerzo intenso exige suspender el esfuerzo y valoración ORL, especialmente en un usuario profesional; seguir forzando la voz puede empeorar la lesión.

Voz aguda: tres escenarios

Virosis sin alarmas

Soporte, cuidado vocal y seguimiento.

Esfuerzo o procedimiento

Valorar lesión o inmovilidad laríngea.

Estridor o sialorrea

Evaluación urgente de vía aérea.

Tratamiento de una laringitis no complicada

- **Medidas:** hidratación, reposo vocal relativo, evitar gritar, carraspear y susurrar con esfuerzo; reducir humo y exposición irritante. Analgesia según edad, comorbilidad y riesgo digestivo/renal.
- **Fármacos:** no indicar antibióticos de rutina. Tampoco corticoides para acelerar automáticamente el retorno laboral; en situaciones seleccionadas, ORL valora la laringe y discute beneficio y riesgo antes de prescribir.
- **Seguimiento:** suele mejorar espontáneamente; si no mejora o resuelve dentro de cuatro semanas, realizar o derivar para laringoscopia. El empeoramiento antes de ese plazo obliga a adelantar evaluación.
- **Niños:** tos perruna y estridor sugieren croup; ahí sí existe indicación de corticoide según gravedad/protocolo. Sialorrea, toxicidad y odinofagia intensa requieren descartar epiglotitis o infección profunda.

CLAVES EUNACOM

Disfonía con estridor requiere evaluar vía aérea.

No usar corticoide rutinario para toda laringitis del adulto.

Referencias: [64](#), [63](#), [65](#), [66](#). Bibliografía al final.

Disfonías crónicas

La persistencia exige mirar la laringe

- **Plazo:** disfonía que no mejora o resuelve en cuatro semanas requiere laringoscopia; adelantarla si progresa, hay masa, tabaco, pérdida de peso, disfagia, hemoptisis, aspiración o antecedente quirúrgico.
- **Historia dirigida:** demanda vocal, abuso reciente, irritantes, reflujo sintomático, fármacos inhalados, cirugía e intubación. Describir fatiga, soplo, bitonalidad y esfuerzo; la cualidad vocal orienta, pero no establece histología.
- **Estudio:** nasofibrolaringoscopia para estructura y movilidad; estroboscopia seleccionada para vibración. No pedir TC/RM antes de visualizar la laringe por una queja vocal aislada.

Lesiones frecuentes

Patrón	Manejo principal
Nódulos vocales	Usualmente bilaterales y vinculados a fonotrauma; higiene y terapia vocal. Cirugía solo seleccionada.
Disfonía por tensión muscular	Esfuerzo excesivo; puede no haber lesión orgánica, pero sí patrón funcional anormal. Terapia vocal tras evaluación.
Pólipo vocal	Frecuentemente unilateral, tras fonotrauma o irritación; terapia y posible microcirugía según persistencia y lesión.
Edema de Reinke	Edema polipoideo y voz más grave, asociado sobre todo a tabaco; cesación, rehabilitación y cirugía seleccionada.

Patrones que ayuda a distinguir la laringoscopia

Nódulos

Lesión bilateral relacionada con fonotrauma.

Pólipo

Lesión focal, con frecuencia unilateral.

Reinke

Edema difuso que aumenta masa vibratoria.

Tensión muscular

Alteración funcional, con o sin lesión asociada.

Inmovilidad y trayecto del nervio recurrente

- **Anatomía:** ambos recurrentes derivan del vago. El derecho rodea la subclavia y el izquierdo el arco aórtico; el trayecto explica causas cervicales, mediastínicas, tumorales, posquirúrgicas y cardiovasculares.
- **Unilateral:** voz soplada o bitonal, menor intensidad, fatiga y posible aspiración. La cuerda puede adoptar diferentes posiciones; no está obligadamente aducida. Buscar la causa a lo largo del trayecto según hallazgos.
- **Bilateral:** inmovilidad cercana a línea media puede causar estridor o disnea importante con voz relativamente conservada; exige prioridad respiratoria. La imagen y electromiografía laríngea se seleccionan para etiología y pronóstico.

Inmovilidad: voz, deglución y respiración

Unilateral

Disfonía y posible aspiración.

Bilateral

Puede producir estridor y obstrucción.

Etiología

Investigar cirugía y trayecto cervical o torácico.

Tratamiento según la causa

- **Rehabilitación:** fonoaudiología con objetivos de eficiencia vocal y seguridad deglutoria; en parálisis unilateral puede asociarse inyección o cirugía de medialización. No todos los casos se resuelven solo con ejercicios.
- **Factores asociados:** suspender tabaco y revisar sobreuso; tratar reflujo o hipotiroidismo si están realmente presentes. No atribuir disfonía aislada a reflujo para dar medicación empírica prolongada.
- **Oncología:** lesión irregular, ulcerada, leucoplásica o con alteración persistente de movilidad requiere evaluación y biopsia dirigida. Las lesiones benignas pueden coexistir con riesgo de cáncer; mantener seguimiento después de tratamiento.

CLAVES EUNACOM

Persistencia o alarmas: visualizar la laringe.

Parálisis bilateral puede amenazar respiración aun con voz aceptable.

Referencias: [64](#), [63](#), [67](#), [68](#). Bibliografía al final.

Estridor laríngeo

Estridor: localizar y reconocer agotamiento

- **Definición:** ruido áspero por estrechamiento de vía aérea superior. Predominio inspiratorio orienta a región extratorácica; bifásico hace pensar en obstrucción fija glótica/subglótica. La intensidad del ruido no cuantifica por sí sola la gravedad.
- **Alarma:** retracciones intensas, cianosis, agotamiento, somnolencia o escasa entrada de aire. Un estridor que disminuye mientras el niño empeora puede indicar flujo insuficiente, no mejoría. Mantener calma y postura elegida; activar equipo experto.

Estridor congénito y laringomalacia

- **Causas:** laringomalacia, parálisis cordal, membrana, estenosis o hemangioma subglótico. Nasofibroscoopia dinámica orienta; otras exploraciones de vía aérea se seleccionan por especialista.
- **Laringomalacia:** colapso supraglótico inspiratorio que aparece en primeras semanas y aumenta con llanto o alimentación. Casos leves requieren seguimiento de respiración, deglución y crecimiento, no solo observación de doce horas.
- **Gravedad:** apnea, cianosis, retracciones persistentes, aspiración o mala ganancia ponderal necesitan evaluación rápida; puede requerirse supraglotoplastia. Muchos mejoran con maduración durante los primeros dos años. No indicar antiácido automáticamente a todo estridor.

Edad y evolución orientan el estridor

Desde lactante

Considerar laringomalacia u otra lesión congénita.

Tos perruna y virosis

Sugiere croup.

Inicio durante comida

Sospechar cuerpo extraño.

Fiebre y sialorrea

Descartar infección profunda o epiglotitis.

Croup y presentación espasmódica

- **Croup viral:** tos perruna, disfonía y estridor, habitualmente entre seis meses y tres años, también fuera de ese rango. Predomina parainfluenza; diagnóstico clínico. Radiografía en punta de lápiz y hemograma no son rutinarios.
- **Espasmódico:** inicio nocturno brusco, recurrencia y fiebre ausente o escasa. Se maneja según obstrucción, no se asume siempre benigno. Alergia o reflujo pueden asociarse; no atribuir causalidad sin evaluación.

- **Atípico:** toxicidad, sialorrea, fiebre alta, mala respuesta, edad inusual o recurrencias importantes exigen descartar epiglottitis, traqueítis bacteriana, absceso, cuerpo extraño y lesión estructural.

Score de Westley: sumar cinco componentes, total 0-17

Componente	Puntuación
Estridor	Ausente 0; con agitación 1; en reposo 2.
Retracciones	Ausentes 0; leves 1; moderadas 2; intensas 3.
Entrada de aire	Normal 0; disminuida 1; muy disminuida 2.
Cianosis	Ausente 0; con agitación 4; en reposo 5.
Conciencia	Normal, incluso dormido, 0; alterada/desorientación 5.

Westley: cinco dominios para reevaluar

Estridor

0-2 puntos.

Retracciones

0-3 puntos.

Entrada de aire

0-2 puntos.

Cianosis

0, 4 o 5 puntos.

Conciencia

0 o 5 puntos.

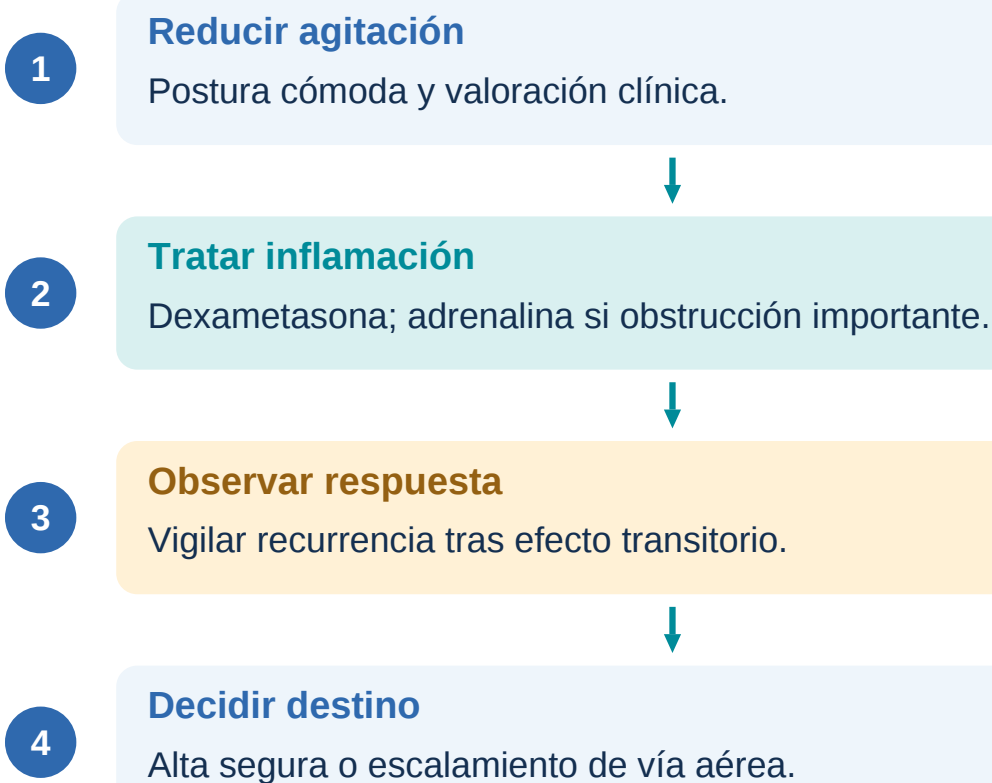
Interpretación y tratamiento inicial

- **Umbrales:** ≤ 2 leve; 3-7 moderado; 8-11 grave; ≥ 12 insuficiencia respiratoria inminente, según la clasificación de Royal Cornwall NHS. Otros protocolos subdividen moderado/grave en 3-5/6-11; indicar siempre qué clasificación se emplea. El estado clínico manda.
- **Corticoide:** la evidencia internacional respalda también tratar croup leve. Pauta habitual: dexametasona 0,6 mg/kg VO una vez; máximo 12 mg según protocolo RCH. Usar IM/IV si vía oral no viable; pautas menores existen según gravedad y protocolo.
- **Adrenalina nebulizada:** para obstrucción moderada importante o grave. L-adrenalina 1 mg/mL (1:1.000), 5 mL nebulizados; alternativa racémica al 2,25%, 0,05 mL/kg, máximo 0,5 mL, diluida según nebulizador. No intercambiar volúmenes entre formulaciones ni usar esta pauta IV.

Reevaluar antes de decidir destino

- **Vigilancia:** efecto de adrenalina transitorio; observar al menos tres horas tras la última nebulización y más según riesgo. Reevaluar respiración, conciencia, hidratación y necesidad de repetir dosis; no enviarla como tratamiento domiciliario.
- **Escalar:** oxígeno si hipoxemia, traslado/UCI si agotamiento, respuesta insuficiente o dosis repetidas. Preparar intubación por personal experto si falla la ventilación; no intubar a todo niño solo por una cifra del score.
- **Alta:** sin estridor en reposo ni trabajo respiratorio significativo, tolerando líquidos, con cuidador instruido y acceso a reevaluación. No usar antibióticos, antitusivos ni vapor caliente rutinarios en croup viral. La guía chilena IRA usa grados clínicos propios; no son equivalentes numéricamente a Westley.

Croup: tratar y reevaluar



CLAVES EUNACOM

Westley suma cinco dominios; la hipoxemia y alteración de conciencia son alarmas.
Concentración y vía de adrenalina deben quedar explícitas.

Referencias: [69](#), [70](#), [66](#), [71](#), [72](#), [73](#). Bibliografía al final.

Síndrome de apnea del sueño

Sospechar obstrucción durante el sueño

- **Mecanismo:** colapso repetido de vía aérea superior con hipopneas o apneas, desaturación y fragmentación del sueño. Diferenciar apnea central, donde disminuye el impulso respiratorio, y síndrome de hipoventilación por obesidad.
- **Adultos:** ronquido habitual, pausas observadas, jadeo nocturno, sueño no reparador, cefalea matinal y somnolencia. Obesidad, cuello amplio, alteraciones craneofaciales e hipertensión resistente aumentan sospecha; ausencia de obesidad no la descarta.
- **Niños:** hipertrofia adenoamigdalina, ronquido, respiración oral, sueño inquieto, enuresis, hiperactividad, bajo rendimiento o crecimiento insuficiente. Somnolencia llamativa puede faltar.

La apnea no se manifiesta igual a toda edad

Adulto

Pausas, somnolencia y sueño no reparador.

Niño

Ronquido, hiperactividad y crecimiento alterado.

En ambos

Confirmar obstrucción y repercusión clínica.

Confirmar y medir repercusión

- **Pesquisa:** STOP-Bang y escala de Epworth ayudan en adultos, pero no diagnostican ni excluyen por sí solos. Preguntar por accidentes y somnolencia al conducir; quien se duerme al volante debe evitar conducir mientras se evalúa.
- **Prueba:** polisomnografía integra sueño, flujo, esfuerzo y oxigenación. Poligrafía respiratoria domiciliaria puede ser adecuada en adultos seleccionados; si resulta negativa y la sospecha sigue alta, ampliar estudio. Oximetría aislada no excluye enfermedad.
- **Índice apnea-hipopnea adulto:** 5 a <15 eventos/h, leve; 15 a <30, moderado; ≥30, grave. Interpretar junto con síntomas, desaturación y comorbilidad; los umbrales pediátricos son menores y no deben extrapolarse.

Tratamiento en adultos

- **Base:** reducción ponderal si corresponde, ejercicio, evitar alcohol nocturno y revisar sedantes/opioides. Tratar obstrucción nasal acompañante, pero no prometer curación de apnea con tratamiento nasal aislado.
- **Presión positiva:** CPAP es tratamiento principal de muchos casos sintomáticos moderados/graves y de leves con repercusión; ajustar interfaz, presión y adherencia. La respuesta exige uso sostenido y control de síntomas.

- **Alternativas:** dispositivo de avance mandibular en seleccionados, terapia posicional y cirugía según anatomía y respuesta. Evaluar salud dental y seguimiento; no todas las operaciones corrigen todos los mecanismos.

Opciones según mecanismo y paciente

Hábitos y peso

Base del manejo y control de factores agravantes.

CPAP

Mantiene abierta la vía aérea durante el sueño.

Intervención anatómica

Dispositivo o cirugía en pacientes seleccionados.

Niños y seguimiento

- **Cirugía:** adenotonsilectomía suele ser primera opción cuando la hipertrofia contribuye a apnea documentada. Considerar polisomnografía en pequeños, obesidad, comorbilidad o discordancia clínico-anatómica.
- **Persistencia:** obesidad, anomalía craneofacial y enfermedad neuromuscular favorecen apnea residual; pueden requerir CPAP u otras intervenciones. Verificar respuesta después de cirugía, no asumir curación automática.
- **Seguridad:** apnea grave, edad pequeña y comorbilidad aumentan riesgo perioperatorio. Controlar presión arterial, crecimiento, atención y calidad de sueño; derivar si hipoventilación o compromiso cardiopulmonar.

CLAVES EUNACOM

Ronquido habitual con pausas o repercusión requiere estudio.

Los criterios y tratamientos pediátricos difieren de los adultos.

Referencias: [74](#), [75](#), [57](#). Bibliografía al final.

Deglución y comunicación

Priorizar seguridad al alimentarse y localizar las alteraciones del lenguaje.

Trastorno de deglución

Distinguir la fase y reconocer aspiración

- **Orofaríngea:** dificultad para iniciar deglución, tos, atragantamiento, voz húmeda o salida nasal. ACV, ELA y otras enfermedades neurológicas, fragilidad, lesiones estructurales y tumores son causas relevantes.
- **Esofágica:** sensación de alimento detenido después de tragar; sólidos progresivamente sugieren obstrucción, sólidos y líquidos desde el inicio orientan a trastorno motor. La localización que señala el paciente puede ser imprecisa.
- **Consecuencias:** deshidratación, pérdida de peso, malnutrición y neumonía aspirativa. La ausencia de tos no descarta aspiración silenciosa; revisar también capacidad de manejar saliva y fatiga durante comidas.

El momento del problema orienta la fase

Iniciar el bolo

Sospechar disfagia orofaríngea.

Alimento detenido después

Valorar esófago.

Tos o voz húmeda

Buscar penetración o aspiración.

Sin tos

No excluye aspiración silenciosa.

Evaluar seguridad antes de alimentar

- **Inicio:** estado de alerta, respiración, voz, fuerza y movilidad oral, dentición, higiene, nutrición y fármacos. En ACV agudo no administrar alimentos, líquidos ni fármacos por boca hasta tamizaje deglutorio apropiado.
- **Evaluación fonoaudiológica:** caracteriza consistencias, eficiencia y estrategias. Videofluoroscopia con contraste permite observar fases y aspiración; evaluación endoscópica de deglución -FEES- examina secreciones, penetración y residuos con pruebas dirigidas.
- **Selección:** una nasofibroscoopia anatómica simple no equivale a una evaluación funcional de deglución. Estudiar lesión obstructiva por ORL o endoscopia digestiva según síntomas; incapacidad de tragar saliva exige urgencia.

Rehabilitación y alimentación por boca

- **Plan:** tratar causa y ajustar postura, ritmo, volumen, asistencia y textura según hallazgos. Las maniobras y espesantes no son universales; comprobar eficacia, aceptación e hidratación.
- **Protección:** higiene oral regular y revisión de sedantes, prótesis y entorno. Suspender temporalmente vía oral si es insegura, pero evitar ayuno indefinido sin plan de hidratación y aporte nutricional.
- **Seguimiento:** medir peso, ingesta, infecciones respiratorias y capacidad funcional; reevaluar tras cambios neurológicos o tratamiento oncológico. Coordinar familia, enfermería, nutrición, medicina y fonoaudiología.

Elegir soporte enteral según necesidad

- **Corto plazo:** sonda nasogástrica si tracto digestivo funciona y la vía gástrica es apropiada; acceso nasoentérico pospilórico en situaciones seleccionadas de intolerancia o alto riesgo relacionado con vaciamiento/reflujo.
- **Prolongado:** valorar gastrostomía o yeyunostomía según duración esperada, anatomía, función digestiva, pronóstico y objetivos. La sola presencia o ausencia de vómitos no decide la vía.
- **Límites:** una sonda o gastrostomía no elimina aspiración de saliva ni reflujo. Considerar preferencias y beneficio real, especialmente en enfermedad avanzada; acordar metas y revisar periódicamente la indicación.

Tres decisiones para alimentar con seguridad

Seguridad

Determinar riesgo y consistencias toleradas.

Suficiencia

Cubrir agua, energía y medicación.

Continuidad

Elegir vía, rehabilitar y reevaluar objetivos.

CLAVES EUNACOM

Puede existir aspiración sin tos.

La vía nutricional se elige por seguridad, duración, función digestiva y objetivos.

Referencias: [76](#), [77](#), [78](#). Bibliografía al final.

Trastornos del habla y lenguaje

Lenguaje, habla y voz son funciones distintas

- **Lenguaje:** comprender y producir símbolos hablados, escritos o gestuales. Afasia es pérdida adquirida de esa capacidad por lesión cerebral; no significa falta de inteligencia ni se explica solo por mala articulación.
- **Habla:** ejecución motora de sonidos. Disartria altera fuerza, coordinación o velocidad; apraxia del habla afecta planificación motora. Disfonía corresponde a la voz producida en la laringe.
- **Urgencia:** inicio súbito de afasia o disartria, con o sin paresia, activa evaluación de ACV. Precisar última vez normal, glicemia y otros déficits; no esperar una consulta fonoaudiológica electiva.

Distinguir qué función se altera

Lenguaje

Comprender, nombrar, leer y escribir.

Habla

Articular y programar sonidos.

Voz

Calidad, tono e intensidad laríngea.

Audición

Acceso al mensaje; siempre comprobarla.

Patrones clásicos de afasia

Patrón	Fluidez y comprensión	Repetición
Broca	Habla poco fluida y esforzada; comprensión relativamente mejor. Red frontal dominante.	Alterada.
Wernicke	Habla fluida pero poco informativa; comprensión alterada. Región temporal posterior dominante y su red.	Alterada.
Global	Producción y comprensión muy afectadas; lesión extensa de red dominante.	Alterada.
Conducción	Fluidez y comprensión relativamente preservadas, con parafasias.	Desproporcionadamente alterada.
Transcortical motora/sensorial/mixta	Alteración de iniciativa, comprensión o ambas según subtipo.	Relativamente preservada.

Evaluación que evita confusiones

- **Explorar:** conversación, denominación, órdenes, repetición, lectura y escritura. Asegurar audición, idioma habitual, escolaridad y estado de conciencia; considerar delirium, hipoacusia y barrera lingüística antes de etiquetar.
- **Localización:** los síndromes orientan una red, no un punto único obligatorio. Wernicke no corresponde universalmente al parietal; puede comprometer región temporo posterior y conexiones. Broca no implica siempre ausencia total de habla o escritura.
- **Apoyo:** neuroimagen y estudio de causa cuando adquirido, evaluación neuropsicológica/fonoaudiológica y rehabilitación. Usar frases claras, tiempo suficiente y ayudas de comunicación; incorporar a cuidadores sin hablar siempre por el paciente.

Desarrollo, aprendizaje y fluidez

- **Sonidos:** el término dislalia se usa para dificultades articulatorias; evaluar trastorno de sonidos del habla según edad, inteligibilidad y contexto. Disfemia o tartamudez afecta fluidez y puede acompañarse de esfuerzo y evitación.
- **Aprendizaje:** dislexia afecta adquisición de lectura; disgrafía, escritura. No son equivalentes a afasia adquirida ni se diagnostican solo por una dificultad aislada sin valoración del desarrollo y educación.
- **Niños:** ante retraso de lenguaje, evaluar audición, comprensión, comunicación social, motricidad oral y desarrollo global. No atribuirlo sin estudio a bilingüismo o falta de estímulo. Regresión del lenguaje o pérdida de habilidades exige evaluación prioritaria.

CLAVES EUNACOM

Afasia altera lenguaje; disartria altera ejecución del habla.

Un trastorno focal súbito del lenguaje es una urgencia neurológica.

Referencias: [79](#), [80](#), [81](#). Bibliografía al final.

Cuello, glándulas salivales y tumores

Reconocer lesiones sospechosas y orientar el estudio.

Masa cervical

Situar la masa en edad, tiempo y anatomía

- **Historia:** días o semanas, crecimiento, dolor, infección reciente, síntomas constitucionales, tabaco, alcohol, exposición a tuberculosis, viajes y contacto con animales. Preguntar por disfagia, otalgia, disfonía y lesiones cutáneas.
- **Examen:** tamaño, consistencia, movilidad, piel, localización y número; revisar boca, faringe, cuero cabelludo, tiroides y glándulas salivales. Una masa pulsátil no debe puncionarse antes de caracterización vascular.
- **Diferencial:** adenopatía reactiva o bacteriana, infección específica, quiste congénito, tiroides, glándula salival, linfoma y metástasis. Línea media móvil con protrusión lingual orienta a quiste tirogloso; no confirma por sí sola.

Una masa cervical puede tener varios orígenes

Ganglio

Infección, linfoma o metástasis.

Glándula

Tiroides o glándula salival.

Desarrollo

Quistes y anomalías congénitas.

Vascular

Caracterizar antes de puncionar.

Adulto: evitar retraso de diagnóstico oncológico

- **Riesgo:** masa sin explicación infecciosa durante dos semanas o más, o de duración incierta. Firmeza, fijación, tamaño >1,5 cm o ulceración elevan sospecha; incluso una masa quística puede ser metástasis de carcinoma asociado a VPH.
- **Conducta:** evaluación ORL de mucosas, base lingual, faringe y laringe; TC o RM con contraste según caso y PAAF para diagnóstico inicial. No iniciar ciclos antibióticos repetidos si no hay datos de infección bacteriana.
- **Primario oculto:** un ganglio metastásico no concluye el estudio; buscar origen en vía aerodigestiva, piel u otros territorios según histología. Evitar biopsia abierta antes del estudio dirigido si podría comprometer el plan.

Masa adulta sospechosa: no perder continuidad

1

Identificar riesgo

Persistencia, firmeza, fijación o síntomas.



2

Localizar origen

Examen dirigido e imagen apropiada.



3

Obtener diagnóstico

PAAF y estudios según resultado.



4

Cerrar el proceso

Derivación y plan documentado.

Niños y etiologías seleccionadas

- **Reactiva:** ganglios pequeños, móviles y bilaterales después de virosis pueden observarse si el niño está bien, con revisión definida. Crecimiento progresivo, localización supraclavicular, dureza o síntomas B requieren estudio.
- **Bacteriana:** adenitis unilateral dolorosa, caliente, eritematosa y febril; tratar según foco y patógenos locales. Ecografía si se sospecha absceso; drenar colecciones seleccionadas, evitando incisión indiscriminada en sospecha de micobacterias.
- **Linfoma:** hemograma y estudios dirigidos; puede requerir biopsia excisional para arquitectura, coordinada con especialista. Tiroides: TSH, ecografía y eventual punción según patrón/riesgo, no biopsiar todos los nódulos.

Plan y signos que exigen rapidez

- **Urgencia:** compromiso respiratorio, sepsis, tortícolis intensa, disfagia con sialorrea o expansión rápida requieren hospital. Valorar infección profunda antes de una punción ambulatoria.
- **Seguimiento:** si se observa, registrar medida y fecha de control; confirmar regresión o diagnóstico. Persistencia después de tratar una infección obliga a reabrir el estudio, aunque el dolor haya cedido.
- **Comunicación:** explicar motivo de derivación y pruebas pendientes; evitar tranquilizar solo por juventud, ausencia de dolor o ecografía que describe una lesión quística.

CLAVES EUNACOM

Masa cervical adulta persistente: descartar malignidad.

Una masa quística en adulto no es automáticamente congénita ni benigna.

Referencias: [61](#), [82](#), [83](#). Bibliografía al final.

Patología de glándulas salivales

Separar infección, obstrucción y tumor

- **Examen:** comparar ambas glándulas, palpar masa o cálculo y revisar conductos. Stensen drena frente al segundo molar superior; Wharton en el piso de boca. Registrar función facial ante cualquier masa parotídea.
- **Patrón:** aumento difuso doloroso y fiebre orientan a infección; dolor al comer sugiere obstrucción; nódulo persistente obliga a descartar tumor. Sequedad ocular/oral o episodios recurrentes plantean enfermedad sistémica.

Tres patrones salivales

Durante comidas

Obstrucción por cálculo o estenosis.

Agudo con fiebre

Infección viral o bacteriana.

Nódulo persistente

Estudiar tumor y función facial.

Parotiditis epidémica

- **Clínica:** pródromo febril y aumento salival doloroso, frecuentemente bilateral pero también unilateral. Puede presentarse pese a vacunación. Buscar contacto y brote, sin asumir que toda parotiditis es paperas.
- **Confirmación:** muestra bucal para RT-PCR tomada precozmente; IgM puede apoyar, pero una serología negativa, especialmente en vacunados, no excluye. Coordinar muestra y vigilancia con la red sanitaria.
- **Manejo:** hidratación, analgesia y reposo según estado. Evitar contacto con otros durante cinco días desde inicio de parotiditis; revisar inmunizaciones. Meningitis/encefalitis, orquitis, ooforitis, pancreatitis o hipoacusia son complicaciones que requieren evaluación.

Sialadenitis bacteriana

- **Pistas:** comienzo agudo, dolor, eritema y a veces pus por el conducto; *S. aureus* y flora oral, incluidos anaerobios, son relevantes. Deshidratación, fragilidad, estasis y obstrucción favorecen infección.
- **Estudio:** cultivo del pus si disponible y ecografía si sospecha de absceso, cálculo o masa. Toxicidad, deshidratación o extensión cervical requieren ingreso y antibiótico IV.
- **Tratamiento:** hidratación, higiene oral, compresas tibias y masaje suave; antibióticos según gravedad y flora local. Amoxicilina/clavulánico puede usarse en seleccionados ambulatorios; ceftriaxona más clindamicina es una opción hospitalaria, no necesaria para todos. Absceso necesita valoración de drenaje.

Parotiditis: pistas que cambian la conducta

Paperas

Contexto epidemiológico y confirmación dirigida.

Bacteriana

Pus, dolor focal y factores de estasis.

Absceso o extensión

Imagen, ingreso y posible drenaje.

Sialolitiasis y recurrencia

- **Mecanismo:** cálculo, con mayor frecuencia submandibular, que obstruye flujo y causa tumefacción/dolor con comidas. Puede palparse en el conducto; ecografía y TC seleccionada ayudan si no es evidente.
- **Medidas:** líquidos, analgesia, masaje y sialogogos si son tolerados; ORL puede extraer cálculo o realizar sialendoscopia según tamaño/localización. Antibiótico solo si infección asociada, no por todo cálculo.
- **Recurrencia:** investigar litiasis, estenosis, tumor, VIH o Sjögren según contexto. Una ecografía normal no explica automáticamente síntomas persistentes.

Tumores salivales

- **Orientación:** masa lisa, móvil e indolora puede ser adenoma pleomorfo -tumor mixto benigno- u otra lesión benigna. Fijación, irregularidad, crecimiento acelerado, dolor o parálisis facial elevan sospecha de malignidad.
- **Confirmación:** imagen y muestra dirigida, habitualmente PAAF o biopsia con aguja según especialista. No realizar biopsia abierta parotídea improvisada por riesgo facial y alteración del plan quirúrgico.
- **Tratamiento:** cirugía y otras modalidades según histología/etapa. Carcinoma y carcinoma exadenoma pleomorfo están entre las posibilidades; la ausencia de parálisis no asegura benignidad.

CLAVES EUNACOM

Dolor con las comidas sugiere obstrucción salival.

Masa parotídea y parálisis facial exigen evaluación prioritaria.

Referencias: [84](#), [85](#), [86](#), [87](#). Bibliografía al final.

Cáncer de boca, labios y orofaringe

Riesgo y anatomía que orientan la pesquisa

- **Histología:** el carcinoma escamoso, también llamado epidermoide o espinocelular, predomina. Tabaco y alcohol son riesgos importantes; radiación solar afecta especialmente el labio. Inmunosupresión y ciertos antecedentes aumentan vulnerabilidad.
- **Orofaringe:** VPH oncogénico se relaciona con tumores de amígdala y base de lengua, incluso sin consumo de tabaco. No confundir lengua oral anterior con base lingual: pertenecen a regiones y clasificaciones distintas.
- **Examen:** inspeccionar y palpar labios, mucosa yugal, lengua lateral/ventral, piso de boca, paladar, encías y orofaringe; retirar prótesis cuando corresponda. Completar palpación cervical.

Lesiones que no deben esperar

- **Sospecha:** úlcera que no cicatriza, induración, masa, fijación, sangrado, parestesia o alteración progresiva de movilidad. Una lesión persistente después de retirar un irritante, o sospechosa desde el inicio, necesita evaluación y biopsia.
- **Leucoplasia:** placa blanca que no se explica por otra causa; no significa automáticamente cáncer. Eritroplasia y lesión roja/blanca heterogénea tienen mayor probabilidad de displasia importante y requieren prioridad; no aplicar un porcentaje único a toda lesión roja.
- **Síntomas:** odinofagia, disfagia, otalgia referida o adenopatía pueden preceder a una lesión evidente. La falta de dolor o un crecimiento lento no aseguran benignidad.

Qué convierte una lesión oral en sospechosa

Persistencia

No cicatriza o reaparece.

Arquitectura

Induración, fijación o masa.

Color y superficie

Placa roja/blanca, ulceración o sangrado.

Función

Dolor, parestesia o movilidad alterada.

Confirmar, etapificar y buscar primario

- **Tejido:** biopsia de lesión mucosa por equipo competente. En masa cervical sospechosa, PAAF o técnica dirigida antes de una biopsia abierta innecesaria; si solo hay ganglio, buscar origen en vía aerodigestiva superior.
- **Extensión:** examen ORL con endoscopia y TC/RM según sitio, más estudio torácico y otras imágenes indicadas por etapa. El tumor orofaríngeo requiere evaluación de p16/VPH para clasificación; no extrapolarla sin más a cavidad oral.
- **Valoración integral:** estado nutricional, dentición, deglución, voz, performance y comorbilidad influyen en el plan. Registrar síntomas y derivar por la red sin esperar enfermedad avanzada.

De la sospecha al plan oncológico

1

Localizar

Examen oral, cervical y endoscópico.



2

Confirmar

Biopsia o punción según lesión.



3

Etapificar

Imágenes y extensión regional/distante.



4

Planificar

Tratamiento y rehabilitación multidisciplinarios.

Tratamiento y prevención secundaria

- **Opciones curativas:** cirugía y/o radioterapia según sitio y etapa; en orofaringe, quimiorradioterapia puede conservar órganos y tener intención curativa. La cirugía no es la única modalidad curativa.
- **Enfermedad avanzada:** manejo multidisciplinario del primario y cuello, con tratamiento sistémico, radioterapia o cirugía seleccionados. No existe una secuencia universal de quimioterapia seguida de cirugía.
- **Acompañamiento:** cesación de tabaco, reducción de alcohol, protección labial solar, vacunación VPH según programa, cuidado dental, rehabilitación y nutrición. Vigilar recurrencia y segundos tumores; preservar comunicación y alimentación.

CLAVES EUNACOM

Lesión mucosa sospechosa: confirmar con biopsia.

La ausencia de tabaco no excluye cáncer orofaríngeo por VPH.

Referencias: [60](#), [88](#), [62](#), [61](#). Bibliografía al final.

Cáncer laríngeo e hipofaríngeo

El sitio cambia el síntoma inicial

- **Factores:** tabaco y alcohol predominan entre los riesgos de carcinoma escamoso laríngeo e hipofaríngeo. Exposición ocupacional y antecedentes oncológicos se valoran según contexto; ningún factor sustituye la exploración.
- **Glottis:** disfonía persistente aparece precozmente porque se altera la vibración. Los tumores pequeños pueden tener buen control y menor afectación ganglionar inicial, pero una voz leñosa no es requisito diagnóstico.
- **Supraglottis:** molestias laríngeas, odinofagia, disfagia, otalgia y adenopatía; disfonía o disnea pueden aparecer después. Subglottis puede manifestarse con disnea, estridor o cambios vocales.
- **Hipofaringe:** dolor o dificultad al tragar, otalgia referida, pérdida de peso, ganglios y alteración vocal; puede ser silenciosa al inicio y diagnosticarse tardíamente.

El sitio orienta la presentación

Glottis

Disfonía habitualmente precoz.

Supraglottis

Deglución, otalgia y ganglios pueden dominar.

Subglottis

Disnea o estridor.

Hipofaringe

Disfagia y pérdida de peso, a veces tardías.

Prioridad de evaluación

- **Urgencia:** estridor, trabajo respiratorio, hemorragia relevante o incapacidad de manejar saliva exigen valoración hospitalaria de vía aérea. No posponer por una interconsulta ambulatoria.
- **Estudio ORL:** nasofibrolaringoscopia para sitio, extensión y movilidad; laringoscopia directa con biopsia para histología cuando corresponde. Un síntoma persistente con examen bucal normal no excluye lesión profunda.
- **Etapificación:** TC o RM de cuello, evaluación torácica y estudio adicional según TNM. La fijación cordal, invasión cartilaginosa y ganglios modifican el estadio; evaluar función respiratoria, deglutoria y nutricional.

Tratamiento con intención curativa

- **Glótico temprano:** radioterapia o resección endoscópica/microcirugía transoral son alternativas según extensión, voz y experiencia local. No toda lesión exige laringectomía total.
- **Localmente avanzado:** quimiorradioterapia de preservación orgánica en seleccionados, o cirugía con tratamiento adyuvante según extensión y anatomía patológica. La laringectomía total conserva un papel en enfermedad seleccionada o rescate.
- **Hipofaringe:** selección entre cirugía y estrategias con radioterapia/quimioterapia según estadio, resecabilidad, función y comorbilidad. Un órgano anatómicamente conservado no siempre mantiene una deglución segura.

Decisión oncológica individualizada

Localizado

Cirugía conservadora o radioterapia según sitio.

Más avanzado

Combinaciones o cirugía mayor según selección.

En todo estadio

Vía aérea, nutrición, comunicación y rehabilitación.

Soporte y consecuencias funcionales

- **Equipo:** coordinar nutrición, odontología, fonoaudiología, analgesia, rehabilitación y apoyo psicosocial. Abandonar tabaco/alcohol y mantener seguimiento de recidiva o segundo primario.
- **Laringectomía total:** separa definitivamente vía respiratoria de boca/nariz; el paciente respira por el estoma cervical. Oxígeno y ventilación de urgencia se administran por ese estoma, no solo por mascarilla facial.

- **Comunicación:** opciones de rehabilitación incluyen prótesis traqueoesofágica, electrolaringe u otras técnicas. Una traqueostomía y una laringectomía total no son anatomías equivalentes; identificar cuál presenta el paciente.

CLAVES EUNACOM

Disfonía persistente es señal temprana de lesión glótica.

Radioterapia y quimiorradioterapia pueden tener intención curativa en casos seleccionados.

Referencias: [82](#), [90](#), [64](#). Bibliografía al final.

Cáncer nasosinusal

Sospechar ante síntomas unilaterales persistentes

- **Pistas:** obstrucción nasal unilateral que progresa, epistaxis recurrente, secreción serosanguinolenta o hemopurulenta, dolor facial o dental. Un cuadro que no se resuelve con tratamiento habitual necesita nueva hipótesis, no sucesivos antibióticos.
- **Extensión:** diplopía, proptosis, alteración de motilidad ocular, pérdida visual, hipoestesia facial, dientes móviles o masa palatina sugieren compromiso vecino. Una lesión puede ser inicialmente poco sintomática; la ausencia de dolor no demuestra benignidad.
- **Riesgo:** exposición laboral a polvo de madera o cuero y ciertos metales, tabaco y antecedentes pertinentes. Puede aparecer sin estos factores. Preguntar duración, oficio, cirugías, traumatismos y pérdida de peso, sin exigir todos para derivar.

Tres grupos de señales de tumor

Local persistente

Obstrucción unilateral, sangre o secreción anormal.

Invasión vecina

Dolor dental, hipoestesia, diplopía o proptosis.

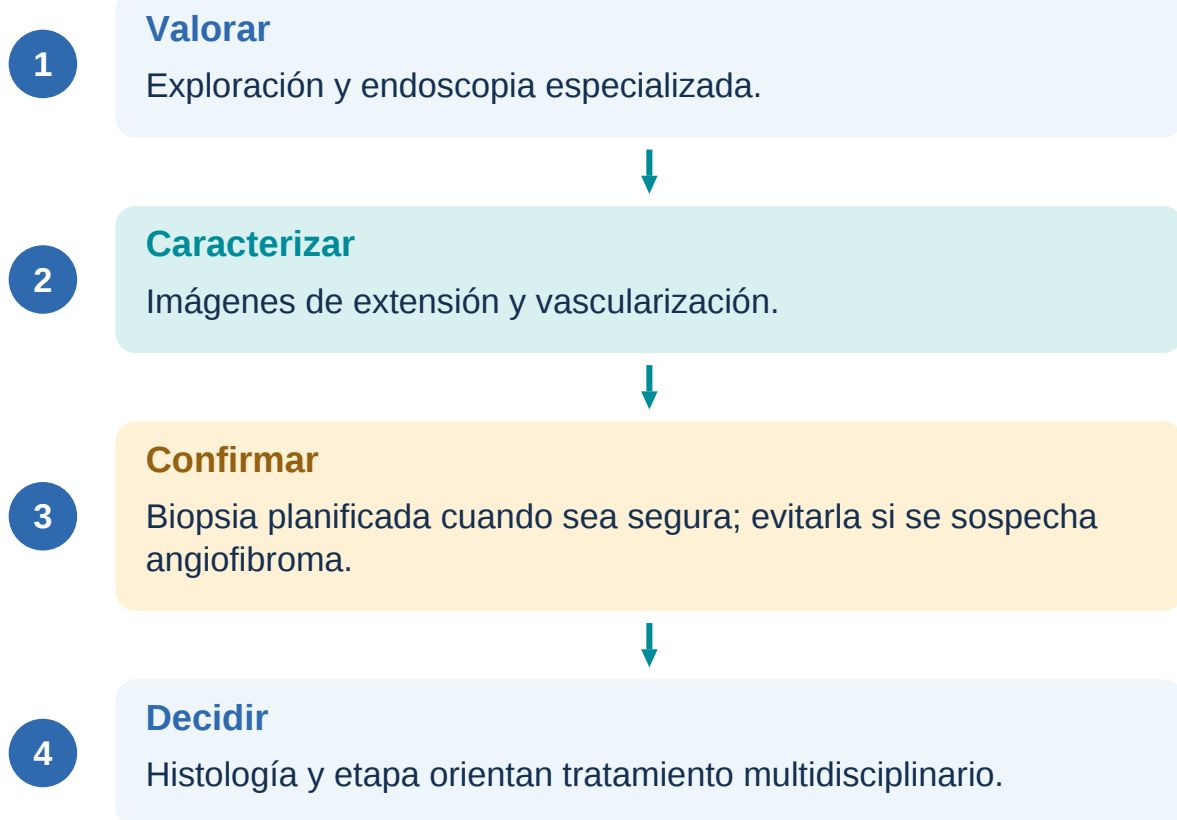
Cuello y nasofaringe

Adenopatía o efusión unilateral en adulto.

Exploración y confirmación ordenadas

- **Examinar:** nariz y cavidad oral, sensibilidad facial, ojos y cuello. ORL realiza endoscopia dirigida. La inspección anterior normal no excluye una lesión posterior; tampoco una respuesta parcial al descongestionante descarta una masa.
- **Imágenes:** TC ayuda a valorar hueso y senos; RM caracteriza partes blandas, extensión orbitaria, intracraneal o perineural. El equipo elige estudios y etapificación según localización e histología, no una sola imagen universal.
- **Biopsia:** habitualmente necesaria para confirmar cáncer, pero debe planificarse tras valorar anatomía y vascularización. Adolescente con masa y epistaxis unilateral hace sospechar angiofibroma; no biopsiar de forma rutinaria por riesgo de hemorragia importante.

Estudio coordinado de una masa nasal



Diagnósticos que no deben confundirse

- **Histología:** carcinoma escamoso es frecuente, pero también existen adenocarcinoma, linfoma, melanoma y otros tumores. Una masa no se etiqueta como epidermoide antes del estudio. El papiloma invertido necesita manejo y seguimiento especializados.
- **Nasofaringe:** obstrucción, adenopatía cervical y otitis media con efusión unilateral en adulto obligan a examinar cavum. Este patrón puede señalar cáncer nasofaríngeo, cuya localización y estrategia terapéutica difieren del tumor de cavidad nasal.

Tratamiento y prioridad

- **Equipo:** cirugía, radioterapia y tratamientos sistémicos se combinan según tipo, extensión, resecabilidad y estado de la persona. No es correcto afirmar que sólo la cirugía puede tener intención curativa en todos los cánceres de cabeza y cuello.
- **Derivación:** sospecha clínica requiere circuito preferente ORL/cabeza y cuello. Sangrado incontrolable, deterioro visual o compromiso neurológico necesitan urgencia. Tratar dolor y estado nutricional mientras se coordina estudio, sin demorar confirmación.
- **Seguimiento:** valorar respiración, olfato, deglución, efectos dentales y rehabilitación tras tratamiento. La persistencia o reaparición de sangrado u obstrucción unilateral merece reevaluación incluso después de una intervención previa.

CLAVES EUNACOM

Obstrucción unilateral + epistaxis o dolor progresivo: descartar lesión tumoral.

Masa vascular sospechosa: imágenes y ORL antes de cualquier biopsia.

Referencias: [48](#), [91](#), [92](#), [50](#). Bibliografía al final.

Epistaxis

Controlar el sangrado y buscar su causa.

Epistaxis leve

Reconocer una epistaxis anterior

- **Origen:** suele localizarse en tabique anterior, área de Kiesselbach, tras sequedad, inflamación o manipulación. A menudo es visible y responde a medidas simples; la localización presumida no reemplaza valorar cantidad de sangrado y estado general.
- **Historia:** preguntar duración, episodios previos, trauma, medicamentos antitrombóticos y otras hemorragias. La sangre deglutida puede causar náuseas o vómitos; distinguir sangrado nasal de hemoptisis o hematemesis cuando la historia no es clara.
- **Gravedad inicial:** palidez, mareo, síncope, taquicardia, dificultad respiratoria o hemorragia abundante cambian el manejo a urgencia. No mantener en domicilio a alguien inestable esperando que termine otro ciclo de compresión.

Compresión correcta antes de escalar

- **Posición:** sentado, inclinado ligeramente hacia delante y con respiración por la boca. Comprimir ambas alas contra el tabique, en la parte blanda de la nariz, durante diez a quince minutos continuos, usando reloj y sin soltar para comprobar.
- **Evitar:** presionar sólo el puente óseo, inclinar la cabeza hacia atrás o tragar sangre. Retirar únicamente coágulos accesibles con cuidado en la atención clínica; no introducir papel, algodón suelto u objetos que dificulten valorar el foco.
- **Coadyuvante:** un vasoconstrictor tópico, como oximetazolina, puede ayudar si lo selecciona el profesional según edad y contraindicaciones. No reemplaza la presión adecuada ni justifica uso repetido durante días por cada molestia nasal.

Compresión nasal eficaz

- 1 **Sentar**
Cabeza ligeramente hacia delante.
- ↓
- 2 **Comprimir**
Ambas alas blandas contra el tabique.
- ↓
- 3 **Mantener**
Diez a quince minutos continuos, sin soltar.
- ↓
- 4 **Reevaluar**
Persistencia, abundancia o síntomas generales requieren atención.

Si continúa el sangrado

- **Explorar:** iluminación, aspiración cuidadosa y rinoscopia permiten localizar el punto. Si es visible, considerar anestesia local y cauterización química con nitrato de plata o eléctrica por personal entrenado; limitarse al área responsable.
- **Precaución:** no cauterizar a ciegas ni grandes superficies del tabique; evitar lesiones contrapuestas que favorezcan perforación. Si no se identifica el punto o no se logra control, valorar taponamiento y derivación según experiencia y estabilidad.
- **Niños:** la mayoría se relaciona con trauma digital y mucosa seca. Epistaxis en menores de dos años es infrecuente y merece investigar causa; considerar trastorno sistémico o lesión según contexto, sin inferir un mecanismo único.

Si la compresión no controla

Punto visible

Tratamiento local dirigido por personal entrenado.

Sin punto visible

Considerar taponamiento y evaluación especializada.

Inestabilidad o sangrado profuso

Ruta de urgencia; proteger vía aérea.

Después de controlar

- **Cuidados:** humectar con salina o gel apropiado, evitar hurgarse, sonarse con fuerza y esfuerzos inmediatos. Revisar técnica de sprays. Entregar instrucciones claras para repetir compresión y consultar si persiste, aumenta o causa síntomas generales.
- **Estudio:** un episodio leve típico no exige hemograma, coagulación ni imágenes universales. Seleccionar exámenes si sangrado recurrente, importante, otras manifestaciones o fármacos relevantes. Antibióticos no se indican para toda epistaxis anterior simple.

CLAVES EUNACOM

Presionar la parte blanda con cabeza hacia delante, sin interrupciones.

Cauterizar sólo el sitio identificado; sangrado persistente requiere escalamiento.

Referencias: [50](#), [93](#), [94](#), [95](#). Bibliografía al final.

Epistaxis a repetición

Una repetición merece explicación

- **Causas locales:** sequedad, manipulación, rinitis, vestibulitis, desviación o perforación septal y mala orientación del spray. Preguntar si siempre sangra el mismo lado, cuánto dura y qué método lo detiene.
- **Factores sistémicos:** anticoagulantes, antiagregantes, trombocitopenia, enfermedad hepática y trastornos de coagulación. La hipertensión puede coexistir, pero no explica automáticamente todo sangrado ni se trata con descenso brusco sólo para detenerlo.
- **Historia hemorrágica:** equimosis desproporcionadas, gingivorragia, sangrado menstrual abundante, hemorragias tras procedimientos y antecedentes familiares. La frecuencia por sí sola no distingue un problema local de uno sistémico; evaluar su repercusión y tendencia.

Investigar de forma dirigida

- **Examen:** vestíbulo y tabique, mucosa oral, piel y cuello. Telangiectasias mucocutáneas con epistaxis espontánea repetida y familiares afectados sugieren telangiectasia hemorrágica hereditaria; coordinar estudio de malformaciones vasculares por el equipo.
- **Pruebas:** hemograma y ferritina si se sospecha pérdida crónica; coagulación y otras pruebas según historia, hepatopatía y medicamento. Un estudio básico normal no excluye enfermedad de von Willebrand u otro trastorno plaquetario.
- **Endoscopia:** indicada ante episodios unilaterales repetidos, recurrencia pese a tratamiento local o sospecha de lesión posterior. Imagen se selecciona según hallazgos; no se solicita TC para toda epistaxis recurrente infantil típica.

Sangrado repetido: tres búsquedas

Local

Sequedad, trauma, inflamación o lesión unilateral.

Sistémica

Medicamentos, anemia y trastorno hemorrágico.

Vascular hereditaria

Telangiectasias y antecedentes familiares.

Angiofibroma nasofaríngeo juvenil

- **Patrón:** adolescente, habitualmente varón, con obstrucción progresiva y epistaxis unilateral repetida. Es un tumor benigno pero muy vascular y localmente expansivo; puede causar anemia y compromiso de estructuras vecinas.
- **Conducta:** derivar a ORL para endoscopia e imágenes con contraste, TC o RM según extensión. No efectuar biopsia ni punción de una masa sospechosa. La planificación puede incluir angiografía y embolización antes de resección quirúrgica.
- **Seguimiento:** vigilar recurrencia clínica e imagenológica según equipo. Un adolescente que vuelve a sangrar tras tratamiento no debe atribuirse únicamente a rinitis; la evolución exige valoración del lecho y de posibles lesiones residuales.

Angiofibroma: reconocer y proteger

1

Sospechar

Adolescente con obstrucción y epistaxis unilateral.



2

Evitar biopsia

Tumor vascular: riesgo de hemorragia.



3

Derivar e investigar

Endoscopia e imágenes; planificación especializada.



4

Tratar

Resección y posible embolización; seguimiento.

Reducir recurrencias sin perder seguridad

- **Medidas:** humidificación, higiene suave, control de rinitis y abandono de manipulación. Corregir dirección del corticoide nasal lejos del tabique. Vestibulitis demostrada recibe tratamiento específico; no administrar antibióticos prolongados sólo por sangrar.
- **Antitrombóticos:** no suspenderlos o revertirlos automáticamente en un sangrado leve controlable. Considerar indicación trombótica, gravedad y tratamiento local con el prescriptor. Hemorragia importante o incontrolable necesita manejo hospitalario coordinado.
- **Derivar:** anemia, episodios cada vez más intensos, masa, unilateralidad persistente o antecedentes hemorrágicos. Entregar plan de presión inicial y alarmas, además del estudio etiológico; ambos forman parte del manejo.

CLAVES EUNACOM

Epistaxis unilateral recurrente exige explorar una lesión local.

Adolescente con obstrucción y epistaxis: sospechar angiofibroma y evitar biopsia.

Referencias: [93](#), [94](#), [92](#), [50](#). Bibliografía al final.

Epistaxis grave y sangrado posterior

Identificar riesgo vital antes de localizar

- **Gravedad:** hemorragia abundante, persistente, repercusión hemodinámica, caída de conciencia o dificultad para proteger vía aérea. Sangre que fluye a faringe puede sugerir origen posterior, pero también provenir de un foco anterior intenso.
- **Anatomía:** el territorio posterior suele involucrar ramas de la arteria esfenopalatina. No toda epistaxis del adulto es posterior; ausencia de punto visible y fracaso de medidas anteriores obligan a ampliar evaluación.
- **Contexto:** trauma, cirugía reciente, antitrombóticos, coagulopatía o tumor aumentan complejidad. La hemoglobina inicial puede subestimar una pérdida aguda; guiar reanimación por estado clínico, evolución y sangrado, no sólo por una cifra.

Reanimar y controlar en paralelo

- **ABC:** aspirar sangre, monitorizar, obtener accesos venosos y activar ayuda ORL/anestesia según necesidad. Posición e intervención sobre vía aérea dependen del estado de conciencia; el paciente inestable necesita manejo hospitalario, no una sucesión de maniobras domiciliarias.
- **Estudios:** hemograma, coagulación, función renal y pruebas pretransfusionales según gravedad y tratamiento antitrombótico. Reponer volumen y sangre de acuerdo con respuesta y protocolo hemorrágico; valorar otras fuentes si el shock parece desproporcionado.
- **Medidas locales:** compresión y vasoconstrictor seleccionados pueden realizarse mientras se organiza control. Limpiar y explorar con buena visibilidad; evitar instrumentación ciega si hay sospecha de fractura de base de cráneo o trauma facial complejo.

Tres prioridades simultáneas

Vía aérea y circulación

Aspiración, monitorización y reanimación según estado.

Control local

Compresión y procedimiento dirigido.

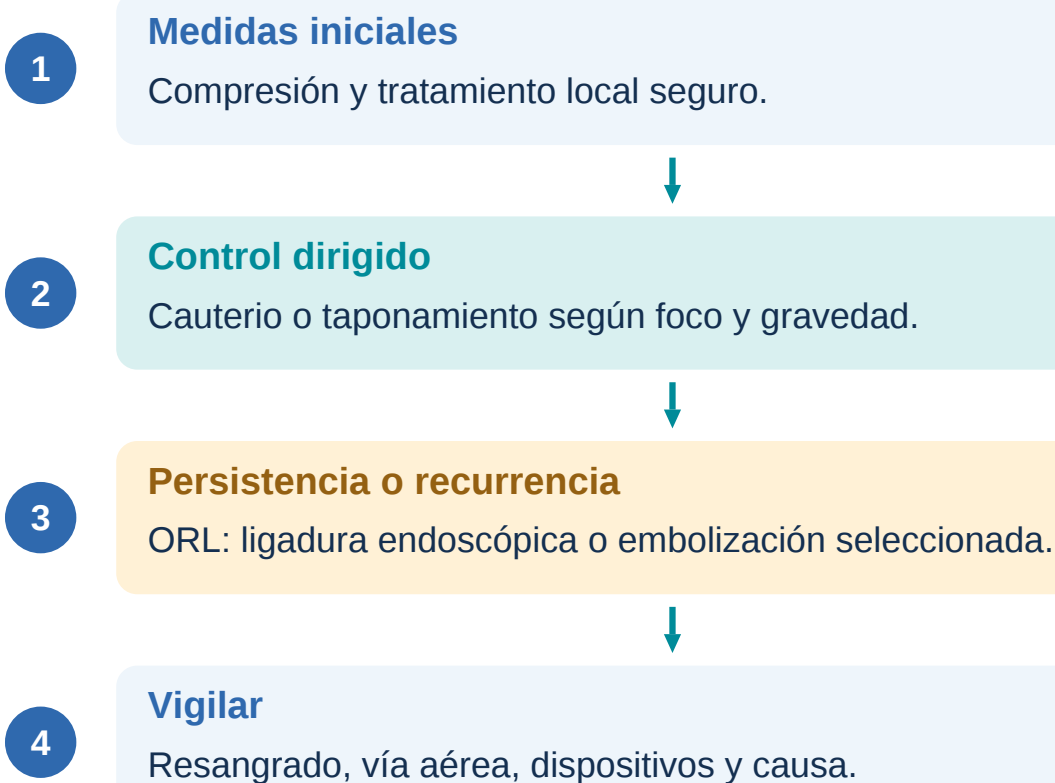
Equipo y causa

ORL, antitrombóticos y estudio de lesión o coagulopatía.

Escalamiento especializado

- **Taponamiento:** anterior si corresponde; material reabsorbible puede favorecer manejo con alto riesgo hemorrágico. Si se necesita posterior, utilizar dispositivo y técnica por personal entrenado, con analgesia y monitorización; no es un procedimiento para dejar sin vigilancia.
- **Alternativas:** ligadura o cauterización arterial endoscópica y embolización se valoran cuando persiste o recurre pese a medidas adecuadas. El equipo pondera anatomía, comorbilidad y riesgos; mantener taponamientos repetidos no es la única opción.
- **Dispositivos:** esponjas como Merocel y gasas pueden usarse en contextos concretos; balón posterior o sonda adaptada requieren entrenamiento y control. No inflar a ciegas ni describir un volumen universal para todos los dispositivos.

Escalar el control del sangrado



Antitrombóticos, infección y seguimiento

- **Anticoagulación:** en sangrado amenazante, decidir suspensión o reversión según fármaco, última dosis, función renal y riesgo trombotico junto al equipo. En sangrado controlable, priorizar tratamiento local antes de retirar o revertir automáticamente.
- **Antibióticos:** la profilaxis con taponamiento no es universal. Algunos protocolos chilenos de red la sugieren; seleccionar según tipo y duración del tapón, riesgo individual y protocolo ORL. Bacitracina tópica no sustituye esa decisión ni la vigilancia.

- **Hospital y alta:** taponamiento posterior suele requerir ingreso por riesgo respiratorio y resangrado. Dejar fecha de revisión y retiro según dispositivo, instrucciones de alarma y estudio de la causa; ningún tapón debe quedar sin un plan explícito.

CLAVES EUNACOM

Hemorragia importante: proteger vía aérea, reanimar y controlar el foco en paralelo.

Sangrado refractario necesita ORL; taponamiento posterior requiere vigilancia.

Referencias: [50](#), [93](#), [94](#), [95](#). Bibliografía al final.

Trauma y cuerpos extraños

Proteger la vía aérea y evitar maniobras que agraven la lesión.

Cuerpo extraño nasal

Sospechar incluso sin una inserción observada

- **Patrón:** niño con rinorrea purulenta y fétida unilateral, obstrucción o sangrado. Algunos están inicialmente asintomáticos; preguntar por juego con objetos pequeños. También ocurre en personas con alteraciones cognitivas o del desarrollo.
- **Material:** semillas, cuentas, papel y juguetes pueden ser radiolúcidos. Pilas botón causan lesión química y eléctrica; imanes enfrentados a través del tabique comprimen tejido. Material superabsorbente puede expandirse y aumentar obstrucción.
- **Urgencia:** pila, imanes emparejados, dificultad respiratoria o sangrado importante necesitan atención inmediata. No esperar a que aparezca mal olor ni probar gotas o agua para disolver un objeto desconocido.

El material cambia la urgencia

Pila botón

Lesión tisular rápida: extracción urgente.

Imanes enfrentados

Necrosis por presión del tabique.

Semilla o expansible

No irrigar; puede aumentar de tamaño.

Objeto simple visible

Extracción planificada según cooperación y experiencia.

Mirar antes de intentar

- **Evaluación:** confirmar estabilidad respiratoria, tipo, lado, tiempo y maniobras previas. Buena iluminación y rinoscopia permiten identificar posición. Un objeto posterior o poco visible requiere personal capacitado y eventualmente endoscopia.
- **Imágenes:** no se solicitan sistemáticamente, porque muchos objetos no se ven. Radiografía puede ser útil si se sospecha pila o imanes no identificados; no retrasar extracción o traslado de una pila evidente para completar imágenes.
- **Seguridad:** evitar pinzas a ciegas, barrido digital y múltiples intentos que desplazan el objeto hacia atrás o lesionan mucosa. Si hay tos, estridor o disnea tras perderlo de vista, considerar aspiración y cambiar la prioridad.

Una extracción bien planificada

- **Objeto anterior simple:** en paciente cooperador y sin elemento peligroso, puede valorarse soplar por la fosa afectada con la contralateral ocluida, o presión positiva por un profesional con técnica apropiada. No forzar una maniobra si hay riesgo de aspiración.
- **Instrumentación:** depende de forma, localización y experiencia; succión o instrumentos específicos pueden ser preferibles a pinzas que resbalan sobre esferas. La primera tentativa bien preparada ofrece mejor oportunidad que insistir sin visibilidad.
- **Detenerse:** fracaso inicial, dolor intenso, sangrado, objeto impactado o posterior y cooperación insuficiente requieren ORL. Sedación o anestesia se decide en entorno seguro; no inmovilizar de manera improvisada para repetir intentos traumáticos.

Extraer sin multiplicar el daño

1

Identificar

Objeto, posición, tiempo y vía aérea.



2

Planificar

Método adecuado y personal entrenado.



3

Un intento seguro

Detenerse si fracasa o pierde visibilidad.



4

Revisar

Integridad, mucosa y otros objetos; coordinar ORL si hace falta.

Lo que no debe hacerse y el control posterior

- **Irrigación:** evitar en pilas, semillas y materiales expansibles; tampoco es una maniobra nasal rutinaria por riesgo de desplazamiento y aspiración. Una pila retirada sigue necesitando evaluación del daño y seguimiento por posible necrosis.
- **Tras retirar:** comprobar que está completo y explorar ambas fosas y oídos en niños, buscando objetos adicionales. Valorar ulceración, perforación, infección y persistencia de secreción; antimicrobianos sólo si existe una indicación concreta.
- **Prevención:** explicar signos de complicación y almacenamiento seguro de pilas e imanes. Rinorrea unilateral que persiste después de una extracción obliga a revisar residuo o lesión, aunque el objeto inicial pareciera pequeño.

CLAVES EUNACOM

Rinorrea fétida unilateral infantil: buscar cuerpo extraño.

Pilas e imanes que comprimen el tabique son urgencias; no irrigar ni insistir a ciegas.

Referencias: [96](#), [97](#), [50](#). Bibliografía al final.

Cuerpos extraños de la vía aérea y digestiva

Identificar obstrucción y pedir ayuda

- **Sospecha:** episodio súbito durante comida o juego, tos, estridor, incapacidad de hablar o llanto ineficaz. Puede no existir testigo, especialmente en niños o personas con deterioro cognitivo.
- **Tos eficaz:** animar a toser y vigilar; no aplicar compresiones ni introducir dedos a ciegas. Obstrucción grave, tos débil/ausente, cianosis o alteración de conciencia requieren activar emergencias y maniobras inmediatas.

Obstrucción grave con persona consciente: AHA/AAP

Paciente	Ciclos hasta expulsión o pérdida de respuesta
Adulto y niño ≥ 1 año	Cinco golpes dorsales seguidos de cinco compresiones abdominales.
Embarazo avanzado o abdomen que no puede rodearse	Cinco golpes dorsales y cinco compresiones torácicas.
Lactante < 1 año	Cinco golpes interescapulares y cinco compresiones torácicas; nunca abdominales. Sostener cabeza y cuello.

La respuesta y la tos guían la primera acción

Tos eficaz

Animar y vigilar.

Consciente, obstrucción grave

Cinco golpes y cinco compresiones según edad.

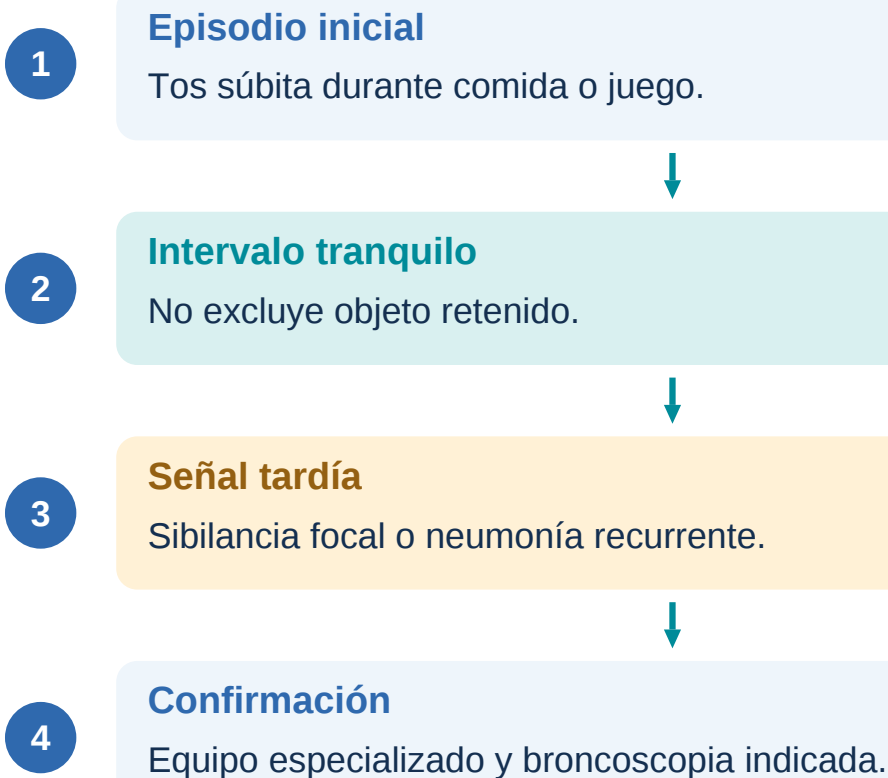
Sin respuesta

RCP, ayuda y retiro solo de objeto visible.

Pérdida de respuesta y aspiración bronquial

- **Inconsciente:** iniciar RCP comenzando por compresiones y pedir DEA/ayuda; al abrir vía aérea antes de ventilar, retirar solo objeto visible y accesible. No barrer la boca a ciegas ni retrasar RCP buscando indefinidamente.
- **Síndrome de penetración:** tos súbita intensa tras aspiración puede ceder y dejar intervalo silencioso. Sibilancia unilateral, menor murmullo, atelectasia o neumonía recurrente del mismo territorio mantienen sospecha.
- **Localización y estudio:** árbol bronquial derecho es frecuente, pero depende de edad y objeto. Rx puede mostrar objeto radiopaco, hiperinsuflación o atelectasia; Rx y examen normales no excluyen aspiración. Sospecha alta requiere equipo de broncoscopia sin retrasar por TC innecesaria.

La aspiración puede pasar inadvertida



Ingestión: el objeto y la localización definen la urgencia

- **Evaluación:** tipo, tamaño, número, hora y síntomas. Sialorrea, dolor cervical/torácico, vómitos, sangre o incapacidad de manejar secreciones son alarmas. Rx de cuello/tórax/abdomen según objeto y sospecha; radiolúcidos pueden no verse.
- **Esófago:** pila botón requiere extracción emergente, idealmente dentro de dos horas, aun asintomático. Obstrucción completa, objeto punzante o síntomas importantes también demandan resolución urgente. Moneda esofágica asintomática debe extraerse dentro de 24 horas.
- **Otros riesgos:** múltiples imanes o imán más metal requieren valoración urgente en cualquier segmento; pueden comprimir paredes y causar necrosis. Objetos afilados, largos -aproximadamente >6 cm-, anchos o expansibles necesitan plan especializado según edad y ubicación.
- **Pilas más distales:** no todas se extraen por endoscopia automáticamente; síntomas, tamaño, edad, tránsito y lesión determinan conducta. La lesión esofágica puede continuar tras extracción, por lo que se requiere seguimiento.

Objeto ingerido: riesgos distintos

Pila esofágica

Extracción emergente: objetivo dentro de dos horas.

Imanes múltiples

Riesgo de necrosis entre asas.

Afilado o expansible

Lesión u obstrucción: evaluación especializada.

Romo de bajo riesgo

Observación solo con criterios y seguimiento.

Evitar observaciones sin plan

- **Objeto de bajo riesgo:** algunos pequeños, romos, no tóxicos y ya distales pueden observarse si la persona está bien. Definir controles y alarmas según objeto; no aplicar radiografía cada dos semanas como regla universal.
- **No forzar:** no inducir vómito, intentar empujar con comida ni hacer extracción ciega. Polímeros superabsorbentes pueden aumentar de tamaño pese a Rx normal; discutir precozmente su manejo.
- **Derivación:** ORL, gastroenterología, broncoscopia o cirugía según segmento. Perforación, peritonitis, obstrucción intestinal o hemorragia requieren resolución hospitalaria urgente; la estabilidad inicial no elimina riesgo tardío.

CLAVES EUNACOM

Obstrucción grave consciente: ciclos de cinco golpes y cinco compresiones apropiadas para edad.

Pila en esófago y múltiples imanes no admiten observación rutinaria.

Referencias: [98](#), [99](#), [100](#), [101](#). Bibliografía al final.

Trauma nasal y hematoma septal

Primero excluir lesiones que no pueden esperar

- **Contexto:** mecanismo, hora, golpe de alta energía, sangrado y obstrucción. Evaluar vía aérea y otras lesiones faciales o craneales. Comparar forma nasal previa si es posible; edema importante puede ocultar deformidad o simularla.
- **Examen:** inspección y palpación suave de dorso, tabique y permeabilidad; buscar equimosis, movilidad, heridas y escalones. Mirar ambos lados del tabique desde la primera consulta, aunque no haya fractura visible externamente.

- **Alarmas:** diplopía, alteración visual, telecanto, mala oclusión, hipoestesia facial, rinorrea clara o déficit neurológico sugieren daño asociado. Sospecha de base de cráneo impide maniobras nasales a ciegas y exige manejo de trauma.

Hematoma septal: urgencia independiente de la fractura

- **Reconocimiento:** aumento de volumen blando o fluctuante del tabique, unilateral o bilateral, que obstruye tras un golpe. Puede ser doloroso; si hay fiebre o progresión, pensar absceso. No confundir con una desviación firme antigua.
- **Riesgo:** separación del pericondrio compromete nutrición del cartílago; el retraso puede causar necrosis, perforación o deformidad en silla de montar. En niños también compromete estructuras de crecimiento nasal.
- **Conducta:** evaluación ORL inmediata para drenaje y medidas que prevengan reaccumulación, con antimicrobianos cuando corresponda. No esperar disminución del edema, radiografía ni una consulta de reducción diferida para resolverlo.

Separar dos tiempos de atención

Hematoma septal

Urgencia ORL: proteger cartílago.

Fractura aislada estable

Control temprano con menos edema.

Trauma facial complejo

Ruta de trauma e imágenes según lesiones.

Fractura nasal aislada sin alarma

- **Diagnóstico:** fundamentalmente clínico. Radiografía simple no es necesaria de rutina para decidir tratamiento de una fractura aislada; la TC se reserva para sospecha de lesión facial compleja o intracraneal, no para toda contusión.
- **Inicial:** analgesia apropiada, frío local protegido, cabeza elevada y evitar sonarse o practicar deportes de contacto. Examinar heridas, necesidad de profilaxis antitetánica y lesiones abiertas; antibióticos no son obligatorios en toda fractura cerrada.
- **Reducción:** indicada según deformidad y obstrucción funcional tras evaluación especializada. Reevaluar cuando baje edema, habitualmente en los primeros días; en niños, control ORL suele realizarse a los tres a siete días y reducción antes de consolidación.

Evaluación inicial del golpe nasal

1

Valorar gravedad

Vía aérea, ojos, cráneo y cara.



2

Mirar tabique

Excluir hematoma desde la primera consulta.



3

Definir manejo

Urgencia o analgesia y control temprano.



4

Asegurar revisión

Alarmas y cita antes de consolidación.

Derivación y vigilancia

- **Plazo:** coordinar tempranamente; no dejar pasar semanas porque la nariz aún esté hinchada. Los plazos dependen de edad y lesión; la referencia pediátrica busca reducir fracturas deformantes dentro de catorce días, a menudo antes según el caso.
- **Reconsulta inmediata:** obstrucción creciente, fiebre, dolor que empeora, secreción acuosa, hemorragia persistente o cambios visuales. Una primera exploración sin hematoma no elimina la necesidad de volver si aparecen estos signos.
- **Después:** comprobar permeabilidad y aspecto, sin intentar enderezar la nariz en casa. Deformidad previa, cirugía nasal y preferencias del paciente influyen en planificación; tratamiento cosmético y urgencia del tabique son decisiones distintas.

CLAVES EUNACOM

Todo trauma nasal necesita inspección del tabique.

Hematoma septal: drenaje urgente; fractura aislada puede reevaluarse con menos edema.

Referencias: [50](#), [47](#), [42](#). Bibliografía al final.

Trauma del oído y barotrauma

Hemorragia y dolor después de un golpe

- **Evaluar:** mecanismo, audición, vértigo, pares craneales y trauma craneal asociado. Hemotímpano tras traumatismo importante puede indicar fractura de base de cráneo; no tratarlo siempre como lesión local menor.
- **Hematoma auricular:** colección tras golpe entre cartílago y su cubierta, con riesgo de necrosis/deformidad. Requiere drenaje oportuno por personal capacitado, compresión adecuada y control para prevenir reaccumulación; no «escisión amplia» universal.
- **Perforación traumática:** dolor, otorragia e hipoacusia tras cotonito, palmada, explosión o instrumento. Vértigo intenso o pérdida sensorineural obliga a descartar lesión de oído interno.

Proteger mientras cicatriza

- **Conducta:** otoscopía suave, oído seco, analgesia y control auditivo; muchas perforaciones pequeñas cierran espontáneamente. Evitar irrigación, introducir objetos y gotas ototóxicas.
- **Antibióticos:** no son universales en trauma limpio; contaminación o infección pueden requerir preparado no ototóxico y pauta definida. Derivar si herida penetrante, pérdida importante, paresia o perforación persistente.
- **Agua:** protección externa sin introducir tapones profundamente; evitar natación hasta autorización. No confundir protección para ducha con permiso para bucear.

Cambio de presión: buscar oído interno

- **Contexto:** avión, buceo, altura o explosión; dificultad de compensación causa dolor, plenitud, hipoacusia, retracción, hemorragia o ruptura.
- **Si leve:** detener exposición, analgesia y seguimiento. No forzar Valsalva ni seguir descendiendo con dolor; tratar la causa de obstrucción según evaluación.
- **Urgencia:** vértigo o pérdida sensorineural después de presión pueden indicar lesión de ventanas/oído interno; tras buceo considerar también enfermedad descompresiva y coordinar medicina de buceo. No indicar recompresión por cuenta propia ni asumir que todo vértigo es benigno.
- **Retorno:** no bucear hasta recuperación funcional y autorización. Volver a volar/bucear depende de diagnóstico y evolución, no de un plazo único.

La función define la prioridad

Dolor sin alarmas

Explorar, proteger y controlar evolución.

Vértigo o pérdida marcada

Evaluación urgente de oído interno.

Trauma craneal o paresia

Atención de trauma y estudio especializado.

CLAVES EUNACOM

Vértigo o pérdida sensorineural postrauma requiere derivación urgente.

Hematoma auricular necesita drenaje y prevenir reacumulación.

Referencias: [102](#), [103](#), [104](#), [105](#). Bibliografía al final.

Trauma facial, heridas y luxación mandibular

Primero vida, visión y vía aérea

- **ABCDE:** proteger columna cervical según mecanismo, controlar hemorragia y buscar lesiones asociadas. Sangre, dientes, edema y fragmentos pueden obstruir; aspiración y manejo avanzado por equipo entrenado según necesidad.
- **Mandíbula:** fractura bilateral puede permitir caída posterior de la lengua; vigilar vía aérea y anticipar deterioro. La intubación depende de clínica y riesgo, no de una orden automática para toda fractura bilateral.
- **Alarmas:** pérdida visual, diplopía con atrapamiento, pupila anormal, rinorraquia, maloclusión, inestabilidad del tercio medio, sangrado importante o déficit neurológico requieren evaluación hospitalaria.

Fracturas de Le Fort: patrón del tercio medio

Tipo	Trayecto orientador
I	Separación horizontal del maxilar, por encima del paladar.
II	Patrón piramidal que incluye región nasal y rebordes orbitarios inferiores.
III	Disyunción craneofacial: separación del macizo facial de la base del cráneo.

Le Fort: cuánto macizo facial se separa

Tipo I

Maxilar: plano horizontal.

Tipo II

Región central: patrón piramidal.

Tipo III

Macizo facial: disyunción craneofacial.

Imágenes y manejo maxilofacial

- **Estudio:** TC maxilofacial en trauma complejo; evaluar órbitas y otras lesiones. Radiografía panorámica puede servir en lesión mandibular aislada. La fractura nasal simple suele diagnosticarse clínicamente y no precisa Rx rutinaria.
- **Conducta:** analgesia, ayuno si puede requerir procedimiento y derivación maxilofacial. Fractura no desplazada tampoco se reduce a dar antiinflamatorio: revisar oclusión, dentición, apertura, sensibilidad y seguimiento.
- **Precaución:** si se sospecha lesión de base de cráneo o tercio medio complejo, evitar instrumentación nasal ciega. No sonarse la nariz en fracturas comunicadas con senos u órbita. Antibióticos se seleccionan por herida abierta, contaminación y plan quirúrgico.

Heridas de cara y cuero cabelludo

- **Explorar:** mecanismo, profundidad, contaminación y cuerpos extraños; irrigar, asegurar hemostasia y revisar tétanos. La buena vascularización favorece cicatrización, pero no elimina infección ni lesión profunda.
- **Cara:** valorar nervio facial, sensibilidad, conductos salivales Stensen/Wharton, cartílago y borde del labio. Heridas complejas de labio, nariz, oreja o párpado requieren reparación precisa por planos y derivación especializada.
- **Cierre:** elegir sutura fina monofilamento o absorbible según plano, tensión y seguimiento; no usar un material único para toda cara. En cuero cabelludo pueden emplearse grapas o sutura; aposición de cabello con adhesivo solo en lesiones pequeñas seleccionadas y pelo suficiente.
- **Retenido:** dolor focal o mala evolución tras herida sugiere cuerpo extraño; Rx o ecografía según material, con extracción segura cuando corresponda. No explorar a ciegas junto a estructuras nobles.

Luxación temporomandibular

- **Reconocimiento:** después de bostezo, apertura amplia o procedimiento, la boca queda abierta y el paciente no logra cerrarla, con dolor y sialorrea. Esto difiere del trismus, que limita abrir la boca.
- **Evaluación:** diagnóstico clínico típico; si hubo trauma, deformidad atípica o sospecha de fractura, obtener imágenes antes de maniobras. Reducción cerrada por profesional entrenado con analgesia y, cuando haga falta, sedación monitorizada; técnica con jeringa solo en pacientes seleccionados.

- **Después:** comprobar oclusión, indicar dieta blanda y evitar apertura amplia temporalmente; control maxilofacial. Recurrencias exigen estudiar causa y prevención; cirugía no se decide automáticamente al tercer episodio.

Antes de cerrar una herida facial

1

Estabilizar

Vía aérea, hemorragia, columna y visión.



2

Explorar

Hueso, dientes, nervios, ductos y cuerpos extraños.



3

Reparar y controlar

Técnica por planos y seguimiento funcional.

CLAVES EUNACOM

La luxación anterior suele bloquear la boca abierta; no es sinónimo de trismus.

Trauma facial: asegurar vía aérea y evaluar visión antes de reparar estética.

Referencias: [106](#), [107](#), [108](#), [109](#). Bibliografía al final.

Fuentes clínicas

- 01 [MINSAL · Orientación técnica de hipoacusia en el curso de vida, 2023](#)
- 02 [RCH · Otitis media aguda; complemento internacional](#)
- 03 [ASHA · Evaluación de hipoacusia adulta; complemento internacional](#)
- 04 [NICE · Hipoacusia adulta: evaluación y derivación; complemento internacional](#)
- 05 [ASHA · Timpanometría e interpretación; complemento internacional](#)
- 06 [ASHA · Tamizaje auditivo infantil; complemento internacional](#)
- 07 [Queensland Health · Cuerpo extraño en oído; complemento internacional](#)
- 08 [AAO-HNS · Guía de cerumen impactado, 2017](#)
- 09 [NIDCD · Otoesclerosis; complemento internacional](#)
- 10 [NIDCD · Schwannoma vestibular y neurofibromatosis](#)
- 11 [AAO-HNS · Hipoacusia súbita; complemento internacional](#)
- 12 [AAO-HNS · Acciones recomendadas ante hipoacusia súbita](#)
- 13 [NIDCD · Sordera súbita; complemento internacional](#)
- 14 [MINSAL · Hipoacusia en recién nacidos y menores de 4 años: recomendaciones](#)
- 15 [JCIH · Detección e intervención auditiva temprana, 2019](#)
- 16 [ASHA · Hipoacusia infantil; complemento internacional](#)
- 17 [AAO-HNS · Otitis externa aguda; complemento internacional](#)
- 18 [AAO-HNS · Cuidados de otitis externa; complemento internacional](#)
- 19 [NHS Lothian · Otitis externa necrotizante; complemento internacional](#)
- 20 [MINSAL · Uso de antibióticos en infecciones comunitarias ambulatorias, 2021](#)
- 21 [AAP · Otitis media y tratamiento; complemento internacional](#)
- 22 [Sociedad Canadiense de Pediatría · Otitis media aguda; complemento internacional](#)
- 23 [AAO-HNS · Guía completa de tubos de timpanostomía, 2022](#)
- 24 [CDC · Infecciones de oído y analgesia infantil](#)
- 25 [AAO-HNS · Tubos de timpanostomía en niños, 2022; complemento internacional](#)
- 26 [AAO-HNS · Indicaciones de mastoidectomía](#)
- 27 [AAO-HNS · Indicaciones de timpanoplastía](#)
- 28 [SAEM · GRACE-3: mareo y vértigo agudo; complemento internacional](#)
- 29 [Bárány Society/IHS · Criterios de migraña vestibular; consenso internacional](#)
- 30 [AAO-HNS · Enfermedad de Ménière; complemento internacional](#)
- 31 [AAO-HNS · Vértigo posicional paroxístico benigno; complemento internacional](#)
- 32 [AAO-HNS · Recomendaciones prácticas de VPPB; complemento internacional](#)
- 33 [AAO-HNS · Información clínica de la guía de Ménière](#)
- 34 [AAO-HNS · Parálisis de Bell; complemento internacional](#)
- 35 [Ensayo aleatorizado · Prednisolona y valaciclovir en Bell, 2008](#)
- 36 [SFORL · Recomendaciones de parálisis facial aguda; complemento internacional](#)
- 37 [SSMSO, Chile · Rinitis y rinoconjuntivitis alérgica, protocolo de red 2025](#)
- 38 [AAAAI/ACAAI · Parámetro de práctica de rinitis; complemento internacional](#)
- 39 [NHS SPS · Tratamiento de rinitis alérgica en embarazo; complemento internacional](#)
- 40 [CDC · Infecciones respiratorias en adultos ambulatorios; complemento internacional](#)
- 41 [NICE · Sinusitis aguda: recomendaciones antimicrobianas; complemento internacional](#)

- 42 [NHS · Fractura nasal y señales de alarma; complemento internacional](#)
- 43 [NHS · Rinitis no alérgica; complemento internacional](#)
- 44 [NHS GGC · Rinorrea por fuga de líquido cefalorraquídeo; complemento internacional](#)
- 45 [NHS Gloucestershire · Beta-2-transferrina en sospecha de fuga de LCR; complemento internacional](#)
- 46 [AAO-HNS · Indicaciones clínicas de adenoidectomía; complemento internacional](#)
- 47 [Royal Children's Hospital · Fractura nasal, 2025; complemento internacional](#)
- 48 [NCI · Cáncer nasosinusal: síntomas y estudio; complemento internacional](#)
- 49 [AAO-HNSF · Sinusitis del adulto, recomendaciones 2025; complemento internacional](#)
- 50 [SSMSO, Chile · Protocolo de urgencias otorrinolaringológicas, 2022](#)
- 51 [AAO-HNSF · Cirugía de rinosinusitis crónica, 2025; complemento internacional](#)
- 52 [EMA · Dupilumab: mecanismo e indicación en poliposis; complemento internacional](#)
- 53 [EMA · Mepolizumab: mecanismo e indicación en poliposis; complemento internacional](#)
- 54 [EMA · Omalizumab: mecanismo e indicación en poliposis; complemento internacional](#)
- 55 [CDC \(EE. UU.\): faringitis por estreptococo A; complemento internacional](#)
- 56 [IDSA: evaluación clínica de faringitis estreptocócica; complemento internacional](#)
- 57 [AAO-HNS: amigdalectomía infantil; complemento internacional](#)
- 58 [RCH \(Australia\): odinofagia y complicaciones; complemento internacional](#)
- 59 [RCH \(Australia\): obstrucción aguda de vía aérea superior; complemento internacional](#)
- 60 [MINSAL: orientación técnica para examen de mucosa oral](#)
- 61 [AAO-HNS: estudio de masa cervical en adultos; complemento internacional](#)
- 62 [NCI: cáncer de orofaringe, guía profesional; complemento internacional](#)
- 63 [AAO-HNS: evaluación oportuna de disfonía; complemento internacional](#)
- 64 [AAO-HNS: guía de disfonía; complemento internacional](#)
- 65 [NIDCD: cuidado de la voz; complemento internacional](#)
- 66 [RCH \(Australia\): laringotraqueítis obstructiva; complemento internacional](#)
- 67 [ASHA: trastornos de voz; complemento internacional](#)
- 68 [NIDCD: parálisis de pliegues vocales; complemento internacional](#)
- 69 [MINSAL: guía de IRA baja ambulatoria en menores de cinco años](#)
- 70 [Sociedad Canadiense de Pediatría: manejo agudo del croup; complemento internacional](#)
- 71 [Royal Cornwall NHS: escala de Westley y manejo del croup; complemento internacional](#)
- 72 [Johns Hopkins: protocolo de croup; complemento internacional](#)
- 73 [CHOP: laringomalacia; complemento internacional](#)
- 74 [NICE NG202: apnea obstructiva del sueño en mayores de 16 años; complemento internacional](#)
- 75 [NHLBI: apnea del sueño en niños; complemento internacional](#)
- 76 [MINSAL: cuidados paliativos universales, evaluación y manejo de disfagia](#)
- 77 [ASHA: disfagia del adulto; complemento internacional](#)
- 78 [ASHA: nutrición e hidratación alternativas en disfagia; complemento internacional](#)
- 79 [NIDCD: afasia; complemento internacional](#)
- 80 [ASHA: disartria del adulto; complemento internacional](#)
- 81 [ASHA: trastornos del lenguaje hablado; complemento internacional](#)
- 82 [AAO-HNS: criterios de riesgo y punción de masa cervical; complemento internacional](#)
- 83 [RCH: adenopatías cervicales infantiles; complemento internacional](#)
- 84 [NHS GGC: patología salival, infección, litiasis y tumor; complemento internacional](#)
- 85 [CDC: parotiditis epidémica; complemento internacional](#)
- 86 [CDC: laboratorio de parotiditis; complemento internacional](#)

- 87 [NCI: cáncer de glándulas salivales; complemento internacional](#)
- 88 [NCI: cáncer de labios y cavidad oral; complemento internacional](#)
- 89 [NCI: cáncer de laringe, guía profesional; complemento internacional](#)
- 90 [NCI: cáncer de hipofaringe; complemento internacional](#)
- 91 [NCI · Cáncer de cavidad nasal y senos, versión profesional; complemento internacional](#)
- 92 [Children's Hospital of Philadelphia · Angiofibroma nasofaríngeo juvenil; complemento internacional](#)
- 93 [AAO-HNSF · Guía clínica de epistaxis; complemento internacional](#)
- 94 [Royal Children's Hospital · Epistaxis pediátrica; complemento internacional](#)
- 95 [AAO-HNS · Información clínica sobre sangrado nasal; complemento internacional](#)
- 96 [Children's Health Queensland · Cuerpo extraño nasal; complemento internacional](#)
- 97 [Queensland Health · Objetos en la nariz; complemento internacional](#)
- 98 [AHA: soporte vital básico adulto y obstrucción por cuerpo extraño; complemento internacional](#)
- 99 [AHA/AAP: soporte vital básico pediátrico y obstrucción; complemento internacional](#)
- 100 [RCH: cuerpos extraños ingeridos; complemento internacional](#)
- 101 [RCH: cuerpos extraños inhalados; complemento internacional](#)
- 102 [RCH · Evaluación secundaria del trauma](#)
- 103 [NHS Dorset · Hematoma del pabellón auricular](#)
- 104 [NHS Rotherham · Perforación timpánica](#)
- 105 [Divers Alert Network · Lesiones de oído por presión](#)
- 106 [AO Foundation: recursos clínicos de trauma facial; complemento internacional](#)
- 107 [NHS Highland: urgencias maxilofaciales y dentales; complemento internacional](#)
- 108 [RCH: heridas y laceraciones; complemento internacional](#)
- 109 [MINSAL: manejo urgente de traumatismos dentoalveolares](#)