

Asignatura: Otorrinolaringología

Tema 1: Nariz, Fosas Nasales y Senos Paranasales.

Título: Síndrome Obstructivo Nasal Agudo.

Sumario:

1.1 Breve reseña anatómica de fosas nasales y anexos.

1.2 Enfermedades agudas más frecuentes causantes del síndrome obstructivo nasal agudo.

1.3 Tratamiento de estas enfermedades.

OBJETIVOS

Que los estudiantes sean capaces de:

- **Identificar los signos y síntomas más frecuentes en el síndrome obstructivo nasal agudo.**
- **Diagnosticar las enfermedades que ocasionan el síndrome obstructivo nasal agudo.**
- **Orientar la conducta a seguir teniendo en cuenta el diagnóstico realizado.**

Forma organizativa docente: Conferencia Método: expositivo, heurístico

Función didáctica principal: introducción de nuevos contenidos

INTRODUCCIÓN

Los elementos anatómicos capaces de provocar obstrucción nasal se encuentran situados en el tercio medio del macizo facial, el cual se conoce como piso medio facial, constituido por la nariz, fosas nasales y cavidades anexas o senos perinasales, primeramente se hace necesario conocer la anatomía de cada una de estas estructuras.

DESARROLLO

1.1 Breve reseña anatómica de fosas nasales y anexos.

Pirámide nasal:

- 1) Dorso de la nariz
- 2) Bordes laterales
- 3) Espina nasal del frontal
- 4) Orificio narinal
- 5) Alas nasales

Fosas nasales :

-Pared interna o tabique: -Cartílago cuadrangular

-Lámina perpendicular del etmoides
-Vómer

-Pared externa:-Maxilar superior
-Esfenoide
-Palatino
-Unguis o Lagrimal
-Cornete inferior
-Etmoides

1. Cornete superior		1. Meato superior
2. Cornete medio	y	2. Meato medio
3. Cornete inferior		3. Meato inferior

-Pared Superior: -Huesos propios de la nariz
-Espina nasal del Frontal
-Lámina horizontal o cribosa del Etmoides
-Cuerpo del Esfenoide
-Pared inferior: -Apófisis palatina del Maxilar superior
-Lámina horizontal del Palatino
-Orificios nasales :narina y coana

Septum nasal :

- Cartílago cuadrangular
- Lámina perpendicular del etmoides
- Vómer

Senos parinasales :

- Seno Frontal
- Seno Etmoidal
- Senos Maxilares
- Seno Esfenoidal

Drenaje venoso:

Por medio de la vena facial a la yugular interna

Drenaje linfático:

Al grupo ganglionar submaxilar

- Hendidura olfatoria – Espacio ÷ el septum nasal y el cornete medio y hacia arriba hasta el techo se llama zona olfatoria donde hay neuronas olfatorias que forman el nervio olfatorio

Innervación:

V par craneal
Vago
Simpático

Drenaje:

Meato inferior: Drena al conducto lagrimonasal

Meato medio: Drena el grupo anterior

Meato superior: Drena el grupo posterior

Vascularización:

Arterias nasopalatinas, esfenopalatinas y ramas de la facial – estas a la carótida interna

Funciones de las Fosas nasales:

1-Respiratoria porque:

humidifica el aire (por su vascularización)

purifica el aire (por el moco y las vibras y el movimiento ciliar para trasportarlo a nasofaringe y de ahí a vías digestivas y se deglutí)

calienta el aire (para que llegue a 37° c)

2-Olfatoria: Por las células bipolares (nerviosas)

3-Protección de vías aéreas inferiores: El estornudo permite eliminar cuerpos extraños.

4-Fonación: Las fosas nasales, senos perinasales y nasofaringe son cajas de resonancia que le dan el timbre a la voz porque se le añaden sobre tonos que dan la individualidad en cada persona. Esto se ayuda con el velo del paladar.

Funciones de los senos Perinasales:

-Aligera el peso de la cabeza

-Resonancia de la voz

-Calienta y humidifica el aire

-Aumenta sensibilidad olfatoria

-Sirve de aislante térmico de los centros nerviosos

1.2 Enfermedades agudas más frecuentes causantes del síndrome obstructivo nasal agudo.

➤ Causas intranasales:

1-Rinitis Agudas

2-Rinitis Crónica

3-Obstrucción nasal por cuerpos extraños:

- Animados.
- Inanimados.
- Rinolitiasis.

4- Obstrucción nasal postraumática

5- Afecciones propias del tabique:

- Hematoma del tabique: Traumático.
Espontáneo.
- Absceso del tabique: Traumáticos
Propagados.

Metastásicos.

- Perforaciones del tabique
- Furunculosis del tabique.

6-Obstrucción nasal de causa malformativa:

A) Propias del tabique.

- Desviaciones.

B) Malformaciones nasales

- Insuficiencia alar.

- Atresia de las fosas nasales.
- Sinequias nasales.
- Oclusión de las narinas.
- Atresia e imperforación de las coanas.

7-Obstrucción nasal de causa neoformativa:

- A) Tumores benignos
- B) Tumores malignos

➤ Causas retronasales:

Tumores benignos

Tumores Malignos

➤ Causas paranasales:

De origen infeccioso: Sinusitis.

De origen hipertrófico - infeccioso: Rinofima.

De origen tumoral: T. Benignos Y Malignos

CAUSAS MÁS FRECUENTES POR EDADES:

En el niño:

Lactante: Causas malformativas:

Atresia de las fosas nasales.

Imperforación de coanas.

Niño mayor:

Cuerpos extraños

Vegetaciones adenoideas

Rinitis Aguda catarral

Poliposis nasal deformante y recidivante

Enfermedad de Woa

Tumores nasofaríngeos: Fibroadenomasofaríngeo

En el Adolescente:

Poliposis nasal deformante y recidivante

Enfermedad de Woa

Tumores nasofaríngeos: Fibroadenomasofaríngeo

Desviación septal

Abscesos septales

Traumatismos nasales

Hematomas del septum

En el adulto:

Rinitis Hipertrófica

Poliposis nasal y otros tumores benignos

Desviación septal

Abscesos septales
Traumatismos nasales
Hematomas del septum
Sinusitis Agudas y crónicas
Tumores malignos.

RINITIS.

La rinitis se define como una enfermedad atópica hereditaria mediada por IgE que causa de inflamación de la mucosa nasal, caracterizada por la presencia de congestión nasal, rinorrea de tipo acuosa, estornudos, prurito nasal u ocular. Es un desorden heterogéneo que se caracteriza por uno o más de los síntomas citados. Se puede acompañar de síntomas oculares, óticos y faríngeos. La etiología es muy diversa, alérgica, infecciosa, fármacos, hormonal, ocupacional y otros factores.

Al examen físico se observa enrojecimiento conjuntival y nasal, lagrimeo. En la **Rinoscopía anterior** se puede observar la mucosa nasal congestiva, isquémica o lívida; cornetes hipertrofiados con cambios degenerativos; degeneración polipoidea; secreción nasal acuosa.

Tratamiento:

Preventivo:

- Control de medidas higiénico, sanitarias y medio ambientales
- Vacunas antialérgicas

Sistémico:

- Antihistamínicos: Benadrilina, Loratadina, Ketotifeno

Local:

- Gotas nasales de efedrina 1% 3V/día
- Gotas nasales esteroideas: Triamcinolona gotas nasales 2v/día
Betametasona spray 2v/día
Prednisolona 0,5% gotas 1 gota 2v/día
- Cauterización de cornetes inferiores
- Inyecciones de sustancias esclerosantes.
- Sección del nervio vidiano
- Cloqueo del ganglio esfenopalatino

FURUNCULOSIS NASAL

Inflamación tisular necrótica que se desarrolla de forma aguda en la pirámide nasal, teniendo la mayoría de las veces como base una foliculitis crónica.

Síntomas: Obstrucción nasal, dolor, fiebre, malestar general

Examen físico: Se observa edema local, aumento de volumen con enrojecimiento y calor, extremadamente doloroso al tacto, en algunas oportunidades se observa un área blancoamarillenta acuminada en el centro de la inflamación, que corresponde al llamado "clavo" del furúnculo. puede evolucionar a una celulitis regional con participación de elementos vasculares y provocar complicaciones tromboembólicas de la vena angular de la cara del seno cavernoso, cuyo pronóstico habitualmente es fatal.

Tratamiento:

Local:

No manipular, nunca incisión, fomentos

Sistémico:

Antibioticoterapia con Ciproflaxacilo, Sulfapirín o Cefalexina

Antiinflamatorios

Analgésicos

CUERPOS EXTRAÑOS EN FOSAS NAALES:

Los cuerpos extraños orgánicos e inorgánicos hallados en las fosas nasales son de notable variedad. Con frecuencia aparecen botones, semillas, huesos de frutas, piedras, objetos metálicos, rollitos de papel, legumbres. En adultos pueden aparecer trozos de algodón olvidados por el médico en alguna cirugía o proceder poco prolijo.

Definición: **Toda Materia ajena a las estructuras de las fosas nasales, que se introduce y ocupa el espacio libre de ellas, adopta la categoría de cuerpo extraño, ya sea de forma accidental o voluntaria.**

Las estadísticas establecen que casi siempre son únicos y que su asiento habitual está en el piso de la fosa nasal derecha.

Clasificación

De acuerdo a su estructura fisicoquímica

- inorgánicos
- orgánicos – animados e inanimados

Síntomas

Si bien puede pasar inadvertido lo habitual es que produzca una serie de reflejos irritativos: cosquilleo, crisis de estornudo, hidrorrea y obstrucción nasal. A veces ligera epistaxis. Al cabo de unos días habitualmente algunos meses, la presencia del cuerpo extraño determina una infección nasal que se traduce por

obstrucción más acentuada y sobre todo rinorreamucopurulenta fétida unilateral.

Diagnóstico

El examen debe ser prolijo. Los niños deben ser inmovilizados por los ayudantes, lo más sólidamente posible, siguiendo una técnica similar a la utilizada en la amigdalectomía. Se anestesia el lado a explorar con pantocaína, o similar fuertemente adicionada con adrenalina. Es prudente no utilizar cocaína en los niños. Anestesiada y retraída la mucosa nasal se aspiran las secreciones purulentas que suelen ocuparla. Cuando está alojado recientemente con lo dicho anteriormente se logra localizar el mismo, pero si está alojado desde hace un tiempo la reacción congestiva edematosa, y aún granulomatosa o polipoidea, enmascara su presencia, entonces están indicadas maniobras palpatorias con un estilete abotonado, portaalgodones, etc.

Complicaciones:

- sobreinfección local
- celulitis paranasal
- sinusitis
- dacriocistitis
- caída a vías respiratorias bajas (broncoaspiración)
- epistaxis
- si es animado migra a senos paranasales o a endocráneo

Tratamiento

Localizado el cuerpo extraño se procede a su inmediata extracción por el especialista.

Para los alojados en el piso de la fosa nasal se utiliza un estilete abotonado maleable y con un mango o sonda acodada, procurando que el instrumento pase por debajo del objeto, lo enganche en su concavidad y luego con suaves movimientos lo atraiga, de atrás adelante, hasta hacerlo salir. En caso de estar enclavado se tratará de movilizarlo con curetas o espátulas romas y extraerlo con una pinza adecuada. Hay quienes preconizan en ciertos casos el uso del cierra nudos para pólipos.

Solo cuando no es posible por vía anterior, se justifica hacerlo caer a la boca empujándolo hacia la rinofaringe. Este procedimiento tiene el peligro de hacerlo caer en las vías respiratorias inferiores.

Cuando, por excepción el enclavamiento es tan sólido que imposibilita las maniobras referidas, practica una operación externa que consiste en

desinsertar el ala de la nariz incidiendo el surco nasogeniano o mejor aún una rinotomíasublabial que no deja cicatriz.

Si el niño es muy indócil, o viene de sufrir maniobras inhábiles traumatizantes que lo amedrentaron, se puede actuar bajo anestesia general. En este caso es menester mucha prudencia, porque las maniobras endonasaes crearon una hiperexcitabilidad refleja capaz de producir un shock anestésico.

TRAUMATISMOS NASALES:

Síntomas:

Son muy variables en relación con la intensidad y la dirección de la fuerza traumática.

- En los casos de graves accidentes, los síntomas locales (dolor, epistaxis) pasan a un segundo plano, dominando el cuadro clínico una conmoción cerebral con rinorrea serosa (líquido cefalorraquídeo⁹, testimonios elocuentes de una fractura de la base del cráneo.
- Traumatismos de fuerza moderada (puñetazos, caídas, etc.⁹ la pirámide nasal de encuentra tumefacta y equimótica, extendiéndose la inflamación a las zonas próximas (suborbitarias, geniana). En ciertos casos se puede descubrir una equimosis conjuntival. Si el impacto obró de frente, en la inspección de perfil será fácil notar la conocida nariz en silla de montar, producto del hundimiento de los huesos propios. Por lo general, y en las primeras horas del traumatismo, en virtud del intenso edema que abarca no solo la región nasal sino las vecinas, es difícil poder apreciar con el simple examen visual la existencia de una fractura y menos aún el tipo de la misma.
- Palpación se toma la arista nasal entre el pulgar y el índice de la mano derecha, en tanto la izquierda, apoyada sobre el occipucio, inmoviliza la cabeza del paciente. Vamos a comprobar la existencia de dolor, crepitación ósea y movilidad de los fragmentos. El enfisema subcutáneo es el signo patognomónico del desgarramiento de la mucosa por un fragmento óseo.
- Rinoscopía anterior:
Previa limpieza de las fosas nasales, eliminando coágulos, y anestesia de superficie. Se verifica la obstrucción nasal alta, con estrechamiento de la hendidura olfativa por el desplazamiento de los huesos que la conforman.

Tratamiento:

- Desinfección, regularización y sutura de las heridas de partes blandas
- Tratamiento de la epistaxis
- Antibióticos
- Antiinflamatorios
- Analgésicos

El especialista, determinará la necesidad de tratamiento quirúrgico, la reducción de fractura, la resección del *septum* nasal o la reparación de pérdida de sustancia. Si existe pérdida de LCR se indicarán de inmediato el reposo en decúbito supino y la remisión.

Complicaciones

Pueden dividirse en 2 grandes grupos: inmediatas y tardías.

Complicaciones inmediatas. Entre ellas se puede citar la epistaxis grave por lesión de la arteria esfenopalatina, la salida de líquido cefalorraquídeo por fractura de la lámina cribosa del etmoides y el desgarramiento de la duramadre, caracterizado por la nasorrea de líquido transparente y continuo, que puede favorecer la aparición de procesos meníngeos posteriores.

Complicaciones tardías. Están dadas básicamente por conductas no adecuadas durante el tratamiento inicial y la remisión, que ocasionan deformidades de la pirámide nasal, las fosas nasales y el piso medio facial, incluyendo posibles procesos meníngeos tardíos.

HEMATOMA DEL TABIQUE NASAL:

Es una colección serohemática bilateral, consecutiva al desprendimiento del pericondrio de su cartílago basal, provocada por una lesión del sistema arterial que lo irriga. Se localiza entre el pericondrio y el cartílago cuadrangular, con poca frecuencia entre la mucosa y el periostio de las zonas óseas en fracturas septales altas.

Etiopatogenia:

- La causa del hematoma es casi siempre un traumatismo sobre la pirámide nasal, que interesa el cartílago del tabique.
- Hematomas espontáneos con alteraciones de la coagulación y de la fragilidad vascular (estados hemofílicos, púrpuras, afecciones esplenohepáticas, etc.)
- Enfermedades infecciosas (tifoidea, gripe)
- Uso de anticoagulantes

El hematoma es poco frecuente pues el cartílago más se pliega que se rompe por efecto del choque. Además de esta fractura se requiere que la mucosa permanezca intacta para así poder retener el derrame.

El hematoma unilateral es muy raro, se ha descrito en boxeadores en base a estados de hipertrofia cicatrizal previa. Casi siempre es bisaculado. Su mecanismo patogénico se explica por el paso del derrame de un lado al otro a través de la fractura del cartílago. Para otros el paso se verifica a través del tejido conjuntivo laxo ubicado entre el cartílago cuadrangular y del subtabique, y el derrame lo proporciona la lesión de una de las arterias del subtabique. El

contenido no es hemático sino serohemático pues la sangre tiende a organizarse en coágulos.

.

Sintomatología:

- A continuación del traumatismo y casi de inmediato se produce obstrucción nasal.
- Dolor progresivo en la pirámide nasal
- Sensación de aturdimiento, irradiaciones faciales y cefalea, por la tensión endonasal del hematoma.

Diagnostico:

- Antecedentes del trauma
- Rinoscopia anterior, encontramos en la parte más baja del tabique una tumefacción bilateral renitente de color rojo subido.
- La punción ratifica el diagnóstico con la presencia de sangre que no coagula con facilidad.

Evolución: si no recibe tratamiento precoz y correcto aparecen complicaciones:

- Absceso.
- Necrosis del cartílago.
- Deformaciones antiestéticas.
- Estrecheces.

Tratamiento:

Las punciones solo tienen una finalidad diagnóstica, el único tratamiento eficiente es el quirúrgico con incisión y drenaje. Taponamiento anterior compresivo en cada fosa nasal durante 48 horas opcional.

- Antibióticoterapia.
- Analgésicos.
- Antiinflamatorios

ABSCESO DEL TABIQUE:

Es una colección purulenta entre el pericondrio y el cartílago septal.

Complicación cada vez menos frecuente desde el uso racional de antibióticos, el 80% es consecutivo a la infección de un hematoma.

Etiopatogenia:

Richier los divide en:

1. Traumáticos (hematomas infectados, complicaciones de la cirugía septal).
2. Constituidos por propagación de una infección de vecindad (abscesos de origen dentario, lesiones vestibulares en el niño, sinusitis gripales)
3. Abscesos metastáticos en infecciones como la erisipela grave, escarlatina, tifoidea, crónicas como la diabetes.

Los gérmenes más hallados son en orden de frecuencia: estreptococo, estafilococo y el neumococo.

Sintomatología:

- Cuando lo precede un hematoma el dolor local se acentúa e irradia a toda la pirámide, a su vecindad y a las cavidades orbitarias, adquiriendo un carácter lancinante, acompañado de fotofobia y lagrimeo.
- Obstrucción nasal
- Fiebre, escalofríos
- Decaimiento general

Diagnóstico:

- **Rinoscopia anterior** fosas nasales ocupadas a ambos lados casi siempre por 2 masas de color gris rojizo renitentes y dolorosas a la presión.
- Edema inflamatorio en la pirámide nasal, en mejillas y párpados y labio superior.

El diagnóstico se ratifica con la presencia de rodetes bilaterales fluctuantes y dolorosos que asientan en el tabique. Se confirma con la punción de las bolsas que extrae un pus denso, grumoso, fétido y mezclado con sangre.

Evolución:

- Si no media un tratamiento precoz y correcto el absceso puede complicarse al endocráneo (trombosis del seno cavernoso, meningitis séptica)
- Septicemia
- Ya curada la lesión puede existir depresión de la piel en la parte anterior de la nariz, encima del lóbulo o nariz en silla de montar.
- Perforación del tabique

Tratamiento:

- **Quirúrgico:** Evacuación mediante incisión, drenaje y curetaje para resección de cartílago necrosado.
- Taponamiento anterior durante 48 horas opcional.
- Antibióticoterapia
- Analgésico
- Antinflamatorios

IMPERFORACIÓN DE COANAS.

La imperforación de coanas es una obstrucción ósea o membranosa situada en la unión de la parte posterior de la nariz con la faringe y cuando es bilateral puede producir insuficiencia respiratoria grave inmediatamente después del nacimiento.

La atresia de coanas se observa con mayor frecuencia en hembras que en varones y el lado derecho se afecta más que el izquierdo; puede ser unilateral o bilateral; completa o incompleta y al hacer el diagnóstico hay que tener en cuenta que cada tipo presenta un cuadro clínico diferente. Cuando la anomalía

es unilateral puede producir escasas manifestaciones clínicas en el período neonatal o ser asintomática, razón por la que raras veces se hace el diagnóstico en este período; en algunos de estos casos, el diagnóstico se hace a los 3, 8 y hasta 10 años de edad. En la atresia unilateral de coanas, si se hace un minucioso interrogatorio, se recoge la incapacidad del niño de respirar por un lado de la nariz desde el nacimiento y la persistente secreción espesa y pegajosa unilateral. Estas características son de gran valor diagnóstico y el niño suele presentar con frecuencia infecciones en las vías respiratorias.

En la atresia bilateral el cuadro clínico suele aparecer desde el nacimiento y obstruye la respiración por completo, pues todos los neonatos respiran obligatoriamente por la nariz y, como consecuencia, presentan retracciones intensas acompañadas de crisis de cianosis e intentos de respirar por la boca. La cianosis se intensifica al cerrar la boca y los síntomas mejoran con el llanto y la apertura de la boca. El grado de insuficiencia respiratoria puede variar de un niño a otro aun teniendo el mismo tipo de anomalía, porque todos los niños no tienen el mismo grado de incapacidad para respirar por la boca; unos presentan la insuficiencia respiratoria desde el nacimiento y otros la presentan después e igualmente unos sólo tienen dificultad respiratoria durante la alimentación y otros la mantienen de una forma grave y permanente.

El diagnóstico se define por el paso a través de la nariz de una sonda gástrica rígida número 6, la cual debe penetrar con facilidad más de 3 o 4 cm; primero se pasa a través de una fosa nasal y después a través de la otra y siempre se debe hacer avanzar la sonda en dirección ventromedial a lo largo del piso nasal hasta la nasofaringe. Si el catéter no pasa debe confirmarse el diagnóstico con el estudio radiográfico y la anatomía del defecto se confirma después de la instilación de una sustancia radiopaca, la cual no pasa a la orofaringe.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

SINUSITIS

Inflamación aguda o crónica de las cavidades neumáticas que rodean la nariz.

CLASIFICACION

1-Según su duración:

- Agudas.
- Crónicas.

2-Desde el punto de vista topográfico:

- Del grupo Anterior.
- Del grupo Posterior.

3-por localización en uno de los senos:

- Maxilar.
- Frontal.
- Etmoidal.
- Esfenoidal.
- Pansinusitis.

CUADRO CLÍNICO

A) Síntomas Subjetivos:

1-Dolor: Es el síntoma cardinal y por lo general espontáneo y neurálgico, con irradiación hacia las zonas vecinas. Si el predominio es maxilar, el dolor se localiza en la pared anterior del seno y se irradia hacia la parte inferior de la orbita y la arcada dentaria superior, algunas de cuyas piezas pueden ofrecer especial sensibilidad, pudiendo extenderse el dolor hasta el oído, región malar y occipital.

En la toma del seno frontal se acrecienta en la tarde por el acumulo de las secreciones al despertarse el paciente presenta un alivio pues la posición lateral de la cabeza durante el sueño favorece el vaciamiento por el ostium.

En las frontoetmoiditis, duele la tabla externa del frontal y el ángulo superointerno de la orbita con proyección hacia las sienes. El dolor se produce a la inversa del seno maxilar en horas de la mañana pues la posición horizontal favorece la repleción de la botella, en cambio en la posición erecta la misma va desagitando su contenido y se alivia el dolor.

El dolor del seno **esfenoidal** es occipital más acentuado en horas de la tarde con alivio matutino.

2-Cefalea: En algunos casos no se distingue del dolor. El paciente presenta pesadez cefálica difusa que al igual que el dolor se relaciona con las repleciones o evacuaciones horarias. Se exagera con los movimientos cefálicos, en especial los de ante flexión.

3-Obstrucción nasal: Siempre presente, se debe a la congestión determinada por la coriza inicial y mantenida por la secreción que aparece después.

4-Perturbación del olfato: La olfacción esta disminuida por la inflamación de la mucosa y en los casos extremos se llega a la anosmia, que provoca embotamiento del sentido del gusto. Cuando pululan gérmenes putrefactivos el

olor puede ser percibido por el paciente como una *cacosmia subjetiva* y hasta por quienes lo rodean, como una *cacosmia objetiva*.

5-Fotofobia y lagrimeo: Especialmente en las frontoetmoiditis por acción de vecindad sin invasión directa.

B) Síntomas Objetivos:

1-Inspección: En el vestíbulo nasal pueden aparecer escoriaciones producidas por la rinorrea. En la frontoetmoiditis la exteriorización se insinúa al ángulo supero interno de la órbita, puede aparecer aumento térmico local, edema palpebral y lagrimeo.

2-Palpación: El dolor es espontáneo y mucho mayor cuando se estimula al realizar presión digital que se practica en la fosa canina para el seno maxilar, en el agujero supraorbitario para el seno frontal, en la lamina papirácea y unguis para el etmoides. En las sinusitis esfenoidales puede sentirse dolor retroocular y occipital al ejercer presión sobre el globo ocular.

3-Rinoscopia anterior: Muestra a la mucosa nasal obstruida por congestión, de forma uni o bilateral. Los cornetes medios e inferiores aparecen turgentes y edematosos a veces contactando tonel tabique lo que explica la deficiente permeabilidad respiratoria. La secreción es abundante por el lado enfermo en la sinusitis unilateral. La secreción al principio es serosa, tornándose cada vesmas espesa y mucosa para terminar siendo mucopurulenta. En ocasiones la coloración marrillo verdosa presenta estrías de sangre. Se distribuye en toda la fosa nasal, bañando los cornetes y depositándose en el piso. Para observar mejor la salida de las secreciones podemos realizar retracción de los cornetes inferior y medio con adrenalina y apreciar la salida por el meato medio.

4-Rinoscopia posterior: Se aprecia el descenso del pus por la pared posterior de la faringe, y con el espejillo se observan bañado de secreciones la cola de los cornetes, el borde posterior del tabique y el piso de las fosas nasales.

C) Síntomas Generales: Puede aparecer malestar general, laxitud, insomnio, depresión. La hipofagia produce reflejo nauseoso. La repleción determina torpeza intelectual y física. En algunos casos el paciente continúa deambulando.

DIAGNÓSTICO:

- a) Anamnesis
- b) Examen físico
- c) Otros complementarios. Los 3 son +

1. Diafanoscopia o Transiluminación:

En un cuarto oscuro se ilumina 1 rayo de luz potente. Se pone en las paredes internas de la orbita y si existe sinusitis el seno se transilumina.

Después se hace en la boca con los ojos cerrados si senos desocupados ver la luz si no, no.

2. Rayo – x:

Frontonarsoplaca ver frontal

Mentonarsoplaca (boca abierta) ver maxilares y esfenoidales

Vista lateral

Rayo – x contrastado

3. Cuadro clínico + examen físico (síntomas subjetivos y síntomas objetivos)

4. Cultivo de secreciones

5. Sinuscopia

6. Punción se hace para diagnóstico y terapéutica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1. Neuralgia supraorbitaria

2. Dentaría

3. Catarro simples

CONDUCTA:

1. Antibiótico:

Penicilina, si alergia: Cefalosporina, Eritromicina, Sulfaprim en ampulas (2 ampulas 480mg y durante 7 – 10 días) Se administra eso como profilaxis de infecciones

2. descongestionantes nasales ▶ Efedrina 1% + Argirol 2%

3. Antihistamínicos: si base alérgica

4. Antiinflamatorios

5. Analgésicos

6. Vaporizaciones

Si repite rayo – x a los 10 días y si queda algo si indica fonoforesis (no en sinusitis agudas) con cremas antiinflamatorias: Triamcinolona, Dexametasona, etc...)

Si no resuelve se hace la punción del seno y se lava con suero fisiológico y se deja una solución antiséptica o antibiótica (no se hace en fase aguda sin tto previo)

Si no resuelve:

3 Punciones + fonoforesis + tto quirúrgico

Medicina natural y tradicional:

- Homeopatía
- Acupuntura

COMPLICACIONES:

a) Endocraneanas:

1. Absceso epidural o subdural

2. Meningoencefalitis

3. Tromboflebitis del seno cavernoso

} Frontal

b) Orbitarias: (+ frecuentes en sinusitis agudas)

1. Celulitis

2. Neuritis retroorbitaria

3. Absceso orbitario

} Etmoidales y frontales y menos frecuente en
maxilares

c) Oculares:.

1. Uveítis > etmoidales y frontales

d) Por descenso de la infección:

1. Otitis media crónica supurada

2. Otitis media aguda purulenta o serosa

3. Faringitis crónica

4. Laringitis crónica

5. Laringotraquiobronquitis

6. Infecciones digestivas

e) A distancia por vía hematógica:

1. Renales

2. Cardiovasculares (endocarditis)

3. Osteomielitis (produce un edema algodonoso de Poet)

ELEMENTOS SUGESTIVOS DE CÁNCER NASOSINUSAL

❖ **EDAD MAYOR DE 50 AÑOS**

❖ **OBSTRUCCIÓN NASAL UNILATERAL**

❖ **EPÍSTAXIS UNILATERAL PROGRESIVA**

❖ **RINORREA SANGUINOLENTA FÉTIDA**

❖ **NEURALGIAS**

CONCLUSIONES

Las enfermedades que provocan el síndrome obstructivo nasal son varias, de etiología diversa y de aparición frecuente. Es necesario que el médico general las conozca para facilitar el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de estas enfermedades con el objetivo de evitar las complicaciones.

ESTUDIO INDEPENDIENTE:

Realice una búsqueda por internet usando como en bases de datos de salud, sobre enfermedades que pueden producir obstrucción nasal y su tratamiento actualizado. Resuma los datos obtenidos.

Realice una revisión bibliográfica sobre epistaxis donde tenga en cuenta clasificación de la epistaxis, causas, cuadro clínico de las diferentes formas clínicas y conducta. La revisión debe contener Título, Resumen de hasta 5 palabras en español e inglés, palabras claves, Introducción, objetivos, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas, será entregada, en formato digital, el lunes de la semana próxima.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

Otorrinolaringología Dr. C. Manuel S. Villar Suárez. Páginas: 7-23

Complementaria:

Temas para estudiantes. Folleto complementario. Páginas 12-17

Otorrinolaringología. Paparella. Páginas 210-219.

Otorrinolaringología. Balentyne Páginas 36-48.

Otorrinolaringología. Ballenger Páginas 59-71. Otorrinolaringología. Thompson y Bertelli Páginas 27-39

Manual práctico de ORL. M. Portmann Páginas 102-119