

1- ¿Qué debe hacer el pediatra ante una epistaxis recurrente?

Se define como epistaxis recurrente al sangrado nasal que se produce por lo menos una vez al mes.

Un concepto importante es definir la epistaxis como un signo clínico y no como un diagnóstico, de manera tal, que obliga siempre a investigar la enfermedad o causa que la produce.

Las causas más comunes en pediatría son:

- Irritación de la mucosa nasal: por rinitis (por ejemplo, resfriado común) y/o por trauma digital consecuencia del frotamiento nasal.
- Rinitis alérgica: produce tanto inflamación como congestión vascular de la mucosa la cual es fácilmente excoriada por el prurito nasal.
- Afección hemostática: ante la asociación de epistaxis a repetición y otros sangrados.
- Parasitosis intestinal: es uno de los factores predisponentes para la epistaxis en niños, sobre todo la oxiuriasis por el ciclo nasal (prurito anal y nasal, rascado, etc.).

Tratamiento local en el momento de la epistaxis:

- El 90% de los casos de epistaxis recurrente en la infancia son anteriores y autolimitadas. La compresión digital a nivel del ala nasal durante 2-3' es suficiente para cohibir el sangrado en la mayoría de los casos.
- En los niños no suele haber "puntos sangrantes" pasibles de cauterización sino que sangran los vasos de la submucosa septal anterior (Área de Kiesselbach), por ello la compresión digital o el taponaje anterior haciendo presión contra el tabique nasal son efectivos. Las cauterizaciones en niños se realizan sólo en casos especiales.
- Es importante que en el momento del sangrado el niño mantenga la cabeza erecta o hacia adelante, no hacia atrás porque la sangre escurrida a la faringe puede confundirse con un sangrado posterior.

¿Cómo puede estudiarlas el pediatra antes de la derivación al otorrinolaringólogo?

- Realizar semiología básica orientada a descartar

otros sangrados. Antecedentes de alergias, parasitosis intestinales, indagar sobre prurito nasal.

- Examen de fosas nasales anterior para evaluar la mucosa septal anterior, reconocer estructuras normales endonasales (cornetes) y descartar presencia de cuerpo extraño o tumoración.
- Es conveniente que el pediatra solicite imágenes (radiografías (Rx): mentonaso placa y perfil de cavum), coproparasitológico seriado, *test* de Graham y laboratorio completo que incluya coagulograma y hemograma.

Las Rx evidencian masas en cavum o velamiento de senos paranasales que orientan al diagnóstico y tratamiento o derivación del paciente para interconsulta con especialidad.

El 33,48% de los niños con epistaxis recurrente presentan sinusopatía crónica de tipo alérgica

En nuestra experiencia, se diagnosticaron alteraciones en el coagulograma en el 30% de los casos y en el 8% alteraciones del recuento plaquetario en una muestra de niños con epistaxis recurrente, sin signos de otros sangrados, sin sospecha de coagulopatía.

El recuento de eosinófilos fue elevado en el 50% de los casos (sugestivo de alergia y/o parasitosis).

El coproparasitológico seriado fue positivo en el 45% y el *test* de Graham en el 38% de los casos (los niños con Oxiuriasis suelen sangrar durante el sueño).

¿Cuándo debe preocuparse el Pediatra?

- Cuando hay signos y síntomas de anemia aguda o crónica y Hemoglobina \leq a 10,5g/dl.
- Cuando se acompaña de insuficiencia ventilatoria nasal progresiva.
- Cuando es unilateral y persistente en el tiempo.
- Episodios de hemorragia copiosa que requieren asistencia médica para cohibirlos (recordar que la intensidad de la epistaxis referida por los padres suele ser exagerada, sobre todo si en el momento de la consulta no se evidencia sangrado por autolimitación o por taponaje anterior casero).

¿Cuándo debe interconsultar al Otorrinolaringólogo?

- Evaluadas y descartadas las causas más co-

munes de epistaxis recurrente, si ésta persiste corresponde la consulta.

- El examen nasal instrumental (endoscopia nasal) realizado por el otorrinolaringólogo es de suma importancia para descartar alguna causa local que explique o favorezca el sangrado.
- Por otro lado, en los casos más graves solicitará estudios por imágenes específicos (tomografía axial computada con contraste, resonancia magnética nuclear, angiografía).

LECTURA RECOMENDADA

- Rendón Orías R, Cardozo M V, Gonzalez Macchi M E, Sommeleck P A, Morales G. Epistaxis Recurrente en niños. Estudio prospectivo de 344 pacientes. Presentación oral en el XV Congreso Argentino de Otorrinolaringología y Fonoaudiología pediátrica. 9-11 de mayo de 2013.
- Moreno Rajadel RE, Figueroa Hernández AJ y Díaz González A. Epistaxis. Consideraciones sobre el tratamiento clínico y terapéutico en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(4): 9.
- Ruddy J, Proops DW, Pearman K, Ruddy H. Management of epistaxis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1991; 21(2): 139-42.
- García Callejo FJ, Velert Vila MM, Marco Algarra J. Epistaxis a repetición en niños como indicador de alteraciones de la hemostasia. Anales Españoles de Pediatría. 1998; 49 (5): 475-80.
- Hernández V M, Hernández A C, Bergeret V JP. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuad. Cir. 2005; 19: 54-59.
- Becker A, K. Epistaxis en el niño. Enfoque del hematólogo Rev Chil Pediatr. 1999; 70 (4). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000400011>.
- Girsh, L. S. Allergic Rhinitis, a Common Cause of Recurrent Epistaxis in Children. AMA Am J Dis Child. 1960; 99: 819-821.
- Viljoen J. Epistaxis in children: approach and management: CME. 2003;21 (11): 664.
- Damrose J. F, Maddalozzo J. (2006). Pediatric epistaxis. The Laryngoscope. 2006; 116 (3): 387-393.
- Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría. Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Neumonología y Comité de Otorrinolaringología de SAP. Arch Argent Pediatr. 2009; 107 (1): 67-81.
- Atlas A Parasitología médica. Editorial Mediterráneo; 1999. p. 161-186 y 188-193.
- Romero Cabello R et al. Microbiología y Parasitología Humana. México: Ed. Panamericana; 2007. p. 1553-1573.
- Bernáldez P. Epistaxis. En: Pediatría Ambulatoria. Actualizaciones. Ed. Puma. 1987: 225-230

Dra. Patricia C. Bernáldez

2- ¿Cuándo operar la nariz en un niño?

Los niños con deformidad septal y rinoseptal acuden a la consulta otorrinolaringológica con relativa frecuencia. Varios factores influyen en esta patología para decidir sobre la oportunidad de un tratamiento quirúrgico inmediato o postergado hasta que el paciente tenga mayor edad para realizar la corrección

El tabique nasal está formado por cartílago y hueso. El septum cartilaginoso nasal tiene una fase de crecimiento rápido hasta alrededor de los cinco años y se detiene a partir de los ocho años,

desde esta etapa el crecimiento septal queda a cargo de la lámina perpendicular del etmoides.

El tabique desviado es aquel que se ha alejado de la línea central.

El síntoma más común de un tabique desviado es la dificultad para respirar por la nariz. La ventilación nasal tiene una función importante en el desarrollo armónico de la cara en la niñez.

La septoplastia es la cirugía que se realiza para corregir un tabique nasal desviado. El tratamiento quirúrgico debe estar limitado y enfocado a prevenir las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de la nariz, los senos paranasales y las estructuras faciales. Excluir a pacientes pediátricos con indicación formal de cirugía por obstrucción nasal mecánica ocasionada por alteración del septum nasal, expondría a estos niños a trastornos del desarrollo craneo facial que podemos prevenir o atenuar, al mejorar el problema obstructivo-ventilatorio.

Las indicaciones más comunes para la realización de rinoseptoplastia en niños son: traumatismo nasal, desviación del tabique, labio hendido, atresia coanal unilateral, quistes dermoides.

Si bien hay que valorar con especial cuidado la indicación y el plan quirúrgico en la nariz de un niño, la edad no constituye un impedimento para intervenciones con resultados favorables.

Las deformidades septales deben ser corregidas una vez que se diagnostiquen.

LECTURA RECOMENDADA

- Piña Uribe G. Rinoseptoplastia en niños. An. ORL Mex. 2008; 53: 175-80
- Medrano-Tinoco MC, Torres-Sáinz M, Mora-Magaña I. Deformidad septal y rinoseptal en la infancia. Cuándo y cómo operar. Acta Pediatr Mex 2008;29:200-4.

Dra. María Emilia Gonzalez Macchi

3- ¿Cuándo sospechar un cuerpo extraño en fosa nasal o en oído y qué conducta seguir?

Muchas veces, los pacientes que consultan por cuerpos extraños en nariz o en oídos refieren el antecedente de introducción del mismo visualizada por los padres o referida por el mismo paciente. En otros casos, la consulta se produce cuando aparecen los síntomas: rinorrea purulenta unilateral, olor fétido en la nariz, epistaxis, otalgia, otorrea, sensación de oído tapado. En la anamnesis es fundamental tratar de dilucidar, si es posible, de qué cuerpo extraño se trata, ya que de esto dependerá la conducta a seguir.

La mayoría de los cuerpos extraños nasales

se localizan entre el tabique nasal y el cornete inferior (área valvular nasal interna). Generalmente se pueden visualizar fácilmente por rinoscopia anterior. Cuando no son visibles, la radiografía y la endoscopia nasal pueden ser de utilidad.

Los cuerpos extraños en oído se ven fácilmente en la otomicroscopia. Se pueden extraer de diversas maneras de acuerdo a su naturaleza. El lavado de oídos sigue siendo el mejor método para cuerpos extraños inorgánicos romos. Los objetos orgánicos (por ejemplo una semilla) no deben ser irrigados ya que absorben agua aumentando su volumen y dificultando la extracción. Los insectos deben ser fijados previamente con alcohol para proceder a su extracción cuando estén muertos. Luego se utilizan pinzas microscópicas, aspiradores y ganchos romos para realizar la maniobra sin dañar los tejidos circundantes. Cuando los cuerpos extraños se encuentran mediales al istmo del conducto auditivo y no pueden extraerse con los métodos anteriores, se debe realizar el procedimiento bajo anestesia general, incluso en algunos casos fresando el hueso del conducto para aumentar el diámetro y permitir su salida.

La gran mayoría de los cuerpos extraños se pueden extraer en consultorio, siempre y cuando se cuente con equipamiento adecuado y personal especialmente entrenado en la contención de los pacientes. Los padres deben participar de la misma. De no contar con estas condiciones o no poder lograr una extracción exitosa, debe realizarse el procedimiento bajo anestesia general. Siempre debe tenerse en cuenta el riesgo de que ante una maniobra intempestiva un cuerpo extraño peligroso pase de la fosa nasal a la vía aérea o digestiva.

Una mención especial merece la pila botón. Su capacidad de dañar los tejidos circundantes por lesión eléctrica, química, mecánica y térmica la convierte en el cuerpo extraño más destructivo. Produce una necrosis por saponificación que puede continuar avanzando incluso varias semanas luego de su extracción. La pila botón en nariz o en oído constituye una urgencia otorrinolaringológica y debe ser extraída ni bien sea identificada, junto con todo el tejido necrótico. Los controles deben prolongarse hasta que no se observen áreas de necrosis.

LECTURA RECOMENDADA

- Scholes M, Jensen EL. Presentation and management of nasal foreign bodies at a tertiary children's hospital in an American metro area. *International J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2016; 88:190-193.
- Mukherjee A, Haldar D, Dutta Set al. Ear, nose and throat foreign bodies in children: A search for socio-demographic correlates. *International J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011; 75:510-512.
- Lin VY, Daniel S, Papsin B. Button batteries in the ear, nose and upper aerodigestive tract. *International J Pediatr Otolaryngol*, 2004;68: 473-479.

Dr. Luis Enrique Fauqué

4- Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica

Rinitis alérgica es la inflamación de la mucosa nasal caracterizada por períodos sintomáticos de prurito, secreción serosa, estornudos y bloqueo nasal.

Es un problema global de salud pública. Su elevada prevalencia, la existencia de enfermedades comórbidas, la afectación de la calidad de vida del paciente y los elevados gastos que ocasiona son razones suficientes para considerarla como una de las enfermedades de mayor impacto sanitario. No obstante, a menudo es una enfermedad soslayada y, por consiguiente, subdiagnosticada y subtratada.

Aproximadamente el 21% de los niños y el 33% de los adolescentes de nuestro país manifiestan síntomas de rinitis y su prevalencia parece incrementarse. Puede incidir sobre la calidad de vida y afectar el rendimiento escolar, la productividad laboral y la actividad social, por alteración de los patrones del sueño, cansancio y disminución de la capacidad de concentración mental.

De acuerdo a la duración de los síntomas se categoriza en intermitente (20% de los casos, en menos de cuatro días a la semana y menos de cuatro semanas al año) o persistente (80% de los casos, en más de cuatro días a la semana y más de cuatro semanas al año). La gravedad se establece teniendo en cuenta el compromiso clínico del paciente en: leve (sueño normal, sin impedimento de la actividad diaria: deporte, tiempo libre, escolaridad, trabajo y sin asociación mórbida) o moderada/grave, donde se encuentran afectados cualquiera de los aspectos mencionados anteriormente.

Para un adecuado diagnóstico es importante realizar una cuidadosa anamnesis, que permitirá caracterizar la sintomatología para clasificar la rinitis. En el interrogatorio se debe poner énfasis en el análisis en la cronicidad o recurrencia de los síntomas como obstrucción nasal, rinorrea, prurito, estornudos y sus desencadenantes. El examen físico por observación directa es orientado a las manifestaciones clínicas en nariz, boca, ojos y oídos.

Estudios complementarios: se analizarán las principales pruebas que permiten establecer un diagnóstico etiopatogénico adecuado: recuento de eosinófilos en sangre periférica, citología nasal, Ig. E total, Ig. E específica, pruebas cutáneas, rinofibrolaringoscopia, radiografía de mentonasoplaca y perfil de cavum.

El principal objetivo del tratamiento es restablecer la calidad de vida del paciente, lo que se logra al controlar la sintomatología y recuperar la función nasal.

En la siguiente tabla se describe el esquema de tratamiento recomendado según su clasificación.

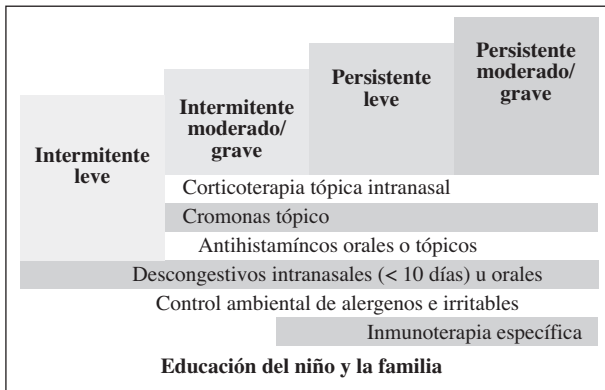


Figura 1: Esquema terapéutico de la rinitis alérgica. Modificado de Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA).

LECTURA RECOMENDADA

- "Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría" - Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo: Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Neumología y Comité de Otorrinolaringología de SAP Filial Córdoba. Arch Argent Pediatr 2009;107: 67-81.

Dr. Maximiliano De Bagge

5- Indicaciones de Amígdalo-Adenoidectomía en niños sin comorbilidades.

Amigdalectomía

- Absolutas
 1. Obstrucción grave de la vía aérea nivel de orofaringe, con desaturación y/o retención de CO₂.
 2. Sospecha de síndrome linfoproliferativo o neoplasias.
- Relativas
 - 1- Episodios de infecciones recurrentes documentadas, en número de siete o más en el último año, o cinco episodios al año en los dos últimos años, o tres episodios al año en los tres últimos años.
 - 2- Absceso periamigdalino recurrente
 - 3- Adenitis cervical recurrente
- Indicaciones no tradicionales o controversiales
 - 1- Nefropatía por Ig A. 2-Síndrome PFAPA.3. Síndrome PANDAS 4-Pustulosis palmo-planar. 5-Psoriasis gutatta y crónica en placa.

Adenoidectomía

- Absolutas
 - Hipertrofia adenoidea que coexiste con un cuadro clínico de SAHOS
 - Sospecha enfermedad maligna.
- Relativas
 - Hipertrofia adenoidea (manifestada como res-

piración bucal, roncopatía, rinorrea bilateral persistente, rinolalia cerrada) que origina insuficiencia ventilatoria nasal aislada o que coexiste con otitis media aguda recidivante, otitis media crónica u otitis media secretora.

LECTURA RECOMENDADA

- Cervera Escano J, Del Castillo Martín F, Gómez Campderá JA y col. - Indicaciones de Adenoidectomía y Amigdalectomía: Documento de Consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. Acta-Otorrinolaringol Esp.2001; 57: 59-65
- Arabolaza ME, Basile M, Paoli B. Indicaciones y complicaciones de adenoamigdalectomía. Revista Federación Argentina de Sociedades de otorrinolaringología. (FASO). 2014; 21: 70-78.

Dra. Laura G. Quantin

6- ¿Cuáles son los riesgos de los piercing en los pabellones auriculares y en la nariz?

Los piercings en sus distintas formas han sido utilizados en todas las sociedades a través del tiempo ya sea con fines culturales, religiosos o estéticos. Sin embargo su colocación y uso no está exento de complicaciones médicas, las cuales pueden ser locales o generales.

Los piercings auriculares pueden producir a nivel local complicaciones infecciosas como condritis y pericondritis, absceso auricular o hematoma. Por otro lado pueden producirse deformaciones por desgarramiento o partición del lóbulo de la oreja o formación de queloides. Asimismo han sido asociados a nivel general con síndrome de shock tóxico no menstrual, glomerulonefritis postestreptocócica, hepatitis y tétanos cefálico.

En el caso de los piercings nasales se asocian con infecciones locales post-piercing por la gran colonización bacteriana, pericondritis granulomatosa del ala nasal, hematoma del tabique, y aquellos colocados a nivel del puente nasal pueden producir necrosis ósea y lesiones de ramas nerviosas. También pueden ser aspirados o tragados. A nivel general se han asociado a casos de endocarditis.

El médico debe ser consciente de estos riesgos para aconsejar al paciente adecuadamente y poder diagnosticar estas complicaciones en caso que se presenten.

LECTURA RECOMENDADA

- Lane JC, O'Toole G. Complications of ear rings. J Plast, Reconstr Aesthetic Surg. 2012; 65: 747-751.
- Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. Lancet. 2003; 361(9364):1205-1215.
- Holbrook J, Minocha J, Laumann A. Body piercing: Complications and prevention of health risks. Am J ClinDermatol. 2012;13:1-17.

Dr. Adrián Gerard

7- Recomendaciones del especialista para el manejo de OMA recurrente y otopatía serosa

La otitis media aguda (OMA) es una de las patologías más frecuentes de la infancia. Un tercio de los niños padece un episodio de OMA antes de los 2 años de edad y entre el 5-30% de estos pacientes desarrollan episodios recurrentes. Se considera OMA recurrente cuando el niño presenta 3 o más episodios en 6 meses, ó 4 ó más episodios en 12 meses.

En primer lugar es fundamental un diagnóstico preciso, un correcto examen otoscópico u otomicroscópico para confirmar que todos esos episodios son verdaderamente OMA. Existe un importante sobre-diagnóstico de esta patología lo que conlleva a tratamientos innecesarios. La primera recomendación a los padres que consultan por OMA recurrente es que sea siempre el mismo pediatra de cabecera quien constata los diferentes episodios ya que muchos de éstos son diagnosticados por médicos de emergencia a domicilio. Es el pediatra de cabecera quien “conoce” el oído del niño y puede detectar los cambios en la membrana timpánica que afirman el diagnóstico de OMA.

Para poder estudiar correctamente el comportamiento de estos episodios y cuáles son los gérmenes que lo provocan y así aplicar un tratamiento adecuado, realizamos una diferenciación entre las OMA a repetición de acuerdo a su frecuencia de presentación:

- **Recaída intra-tratamiento:** persistencia de signos y síntomas de infección en oído medio durante el tratamiento antibiótico.
- **Recaída post-tratamiento:** nuevo episodio de otitis media aguda hasta 7 días después de haber completado el tratamiento antibiótico.
- **Recurrencia:** nuevo episodio de otitis media aguda luego de los 7 días de completado el tratamiento antibiótico.

Como conclusión a partir de esta clasificación pudimos observar que:

- En las recaídas intra-tratamiento debemos considerar la aparición de un nuevo germen sumado al que generó el episodio agudo en el 60% de los casos.
- En las recaídas post-tratamiento el mismo germen se aisló en el 53% de los casos. Estaríamos considerando una persistencia del germen o una falla en el tratamiento.
- En las recurrencias, en el 51% de los casos se aísla un germen diferente al original. El mismo germen se aisló en el 39% de los casos y en un 10% el cultivo fue negativo, con lo cual el ATB actuó correctamente, y lo que persiste es un derrame de oído medio.

Tener en cuenta estas consideraciones nos ayuda a pensar en el tratamiento. En nuestra experiencia, cuando pasan más de 30 días entre un episodio y otro, el germen que la produce posiblemente también sea sensible a un antimicrobiano de primera línea, sin ser necesario ampliar el espectro. De todas formas resulta fundamental controlar a todos los pacientes una vez completado el tratamiento ATB, para poder constatar la curación completa y la ausencia de contenido en oído medio.

Mucho se ha hablado acerca de la profilaxis antibiótica cuando estos episodios se repiten muy frecuentemente. Según la Academia Americana de Pediatría, dicha profilaxis sólo actúa en el momento de ser administrada, y aunque la dosis es baja, no está ajena a los potenciales efectos adversos: reacciones alérgicas, afecciones gastrointestinales, generación de bacterias resistentes, etc.

En cuanto a la resolución quirúrgica: la colocación de tubos de ventilación está indicada en niños con persistencia de contenido en oído medio con o sin OMA a repetición. Hay indicaciones precisas que se relacionan con la persistencia del derrame por más de 3 meses si es bilateral o 6 meses si es unilateral, la presencia de hipoacusia conductiva mayor a 30 db, las alteraciones estructurales de la membrana timpánica o la presencia de síntomas como desequilibrio o mareos.

La adenoidectomía aislada NO reduce los episodios de OMA a repetición.

En estos pacientes es importante considerar la inmunización con la vacuna conjugada antineumococo, la cual disminuyó considerablemente incidencia de OMA a partir de su incorporación al calendario oficial y la vacuna antigripal.

LECTURA RECOMENDADA

- Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics. 2013; 131: e964–e999.

Dra. Patricia A. Sommerfleck

8- ¿Cuándo y qué estudios de audición están indicados como pesquisa en niños sin factores de riesgo?

La Ley 25.415 de detección y diagnóstico temprano de la hipoacusia contempla el tamizaje auditivo neonatal universal para todo recién nacido. Se realiza a partir de las 24 ó 36 horas de vida, hasta los tres meses de edad. Se utilizan otoemisiones acústicas (OEA).

Las OEA son un método objetivo que evalúa el normal funcionamiento de las células ciliadas externas, alojadas dentro de la cóclea.

Arroja como resultado respuesta ausente o presente al estímulo auditivo, no depende de la maduración de la vía auditiva, es de fácil implementación, se realiza con sueño fisiológico, o estando el bebé tranquilo.

Otros dos períodos en donde se debe realizar evaluación auditiva, es a los 3 y 6 años de edad, coincidente con el ingreso a jardín de infantes y al comienzo de la escolaridad primaria. Se utiliza audiometría tonal, timpanometría y logaudiometría.

La audiometría da como resultado el mínimo umbral de audición que el niño es capaz de percibir para cada frecuencia del espectro del habla.

La timpanometría informa sobre el estado del oído medio, y la logaudiometría evalúa el porcentaje de discriminación de palabras. Es importante que los resultados que se obtienen de esta batería de pruebas se correlacionen, demostrando la indemnidad del sistema auditivo o las distintas patologías otológicas que se pueden observar en la infancia.

LECTURA RECOMENDADA

- Werner AF. Teoría y práctica de las otoemisiones acústicas. 2da ed. Bs. As.: Edemed; 2006. p. 16.

Fga. María Ángela Silva