
Otorrinolaringología infantil

Dr. Angel Mimbela Leyva

En los lactantes, niños de primera y segunda infancia existen un sinnúmero de enfermedades que están ubicadas en la faringe. Para el estudio de dichas enfermedades dividiremos anatómicamente la faringe, la cual es un espacio situado detrás de la cavidad bucal, que se extiende hacia arriba desde la laringe hasta la base del cráneo. Se subdivide en nasofaringe (epifaringe), porción situada por encima del borde inferior de paladar blando; orofaringe, que es la porción que ve el examinador cuando se deprime la lengua, y la hipofaringe (laringofaringe) que es la porción que está por debajo de la base de la lengua, hasta el hueso hioides.

Esta patología llamada también vías aéreas superiores totalizan aproximadamente el 25% de todos los pacientes que solicitan servicios médicos.

1. PATOLOGÍA DE LA OROFARINGE

1.1. AMIGDALITIS AGUDA

Entiéndase por este término la inflamación aguda de las amígdalas en los niños y que se inicia con un intenso dolor de garganta, fiebre, a menudo también escalofríos, cefalea y dolor muscular. Este malestar aumenta en intensidad durante 24 a 72 horas para luego descender lentamente. Las cadenas ganglionares cervicales anteriores por lo general se infartan y están dolorosas.

En ocasiones la amigdalitis es difusa. El examen muestra las

amígdalas aumentadas de volumen y brillantes, con una inflamación difusa de la faringe. Cuando el germen causal es el estreptococo, las amígdalas aparecen generalmente moteadas con discretos folículos amarillentos en número de diez a veinte en cada amígdala.

Cuando no se presentan complicaciones, la amigdalitis aguda desaparecerá en la mayoría de los casos en un lapso de 7 a 10 días, si el paciente puede permanecer en cama, tomar una ingestión adecuada de líquidos e irrigar su garganta con solución salina caliente varias veces al día. La fiebre alta y el malestar persistente durante más de 48 a 72 horas puede ser una razón suficiente para la administración de antibióticos en las dosis apropiadas según la edad y el peso del paciente.

Cuando se emplean los antibióticos, debe continuarse su administración durante 24 a 48 horas más allá del tiempo en que desaparecieron los síntomas. Con frecuencia se comete el error de que ante una respuesta sintomática favorable a los antibióticos el médico interrumpa su uso al cabo de un día o dos, lo que ocasiona la recurrencia de la infección en un número bastante grande de pacientes. Varias recaídas pueden conducir a la cronicidad de la infección o al desarrollo de bacterias resistentes al antibiótico.

1.2. AMIGDALITIS AGUDA RECURRENTE

Puede ocasionar cambios permanentes en las amígdalas, pero también puede ocurrir que no deje ninguna lesión residual. Los ataques repetidos de amigdalitis no indican necesariamente que las amígdalas deben ser extirpadas a menos que persistan los signos de infección crónica.

1.3. AMIGDALITIS CRÓNICA

El signo más frecuente es una faringitis recurrente con brotes de amigdalitis aguda que pueden añadirse al cuadro, cuando la resistencia ha sido disminuida por la fatiga o el enfriamiento. Entre un episodio y el siguiente paciente no siente del todo bien la garganta y experimenta una sensación de malestar. La región cervical anterior puede estar dolorosa.

La amigdalitis crónica suele cursar con anemia hipocrómica ligera. El examen clínico de la garganta suele mostrar aumento de volumen de las amígdalas, pero ese aumento, por sí solo, no indica infección.

La mucosa del pilar anterior puede estar inflamada; bajo condiciones normales, el color rosado de la mucosa bucal se continúa en el pilar anterior; si las amígdalas están crónicamente infectadas, se aprecia una línea bien determinada entre el color de la mucosa bucal normal y el color rojo oscuro del pilar. Las criptas amigdalares pueden estar dilatadas y llenas con exudado. Es muy frecuente el infarto y la sensibilidad de los ganglios linfáticos cervicales anteriores. Cuando las amígdalas y las adenoides están infectadas, el infarto ganglionar del triángulo posterior del cuello puede ser sospechado. La presencia inesperada de un infarto de los ganglios de un infarto de los ganglios cervicales debe obligarnos a descartar la posibilidad de mononucleosis infecciosa, alergia o alguna discrasia sanguínea y se harán las pruebas de laboratorio para poner de manifiesto esas posibilidades.

Cuando la historia hace pensar en un diagnóstico de amigdalitis crónica, el signo más digno de confianza es la presencia de exudado purulento en las criptas amigdalares.

Para demostrar la presencia de pus, debe ejercerse presión sobre la amígdala. Se puede usar un abatelenguas o un elevador de pilares.

Se ejerce una presión firme sobre el pilar anterior mientras se observa la amígdala. El material purulento, que por lo común está profundamente situado en las criptas, aparecerá en la superficie de la amígdala al exprimirla. Cuando sólo aparezca material caseoso, el diagnóstico de infección crónica no debe establecerse, porque este material se halla presente a menudo en las criptas y representa restos epiteliales y partículas de alimentos. Cuando se ha probado la existencia de infección crónica de las amígdalas, el único tratamiento efectivo es la amigdalectomía.

2. ANGINAS

Otro cuadro clínico más común en niños se llama ANGINA. Se entiende por ANGINA a todo proceso inflamatorio agudo de faringe.

Las anginas se clasifican en:

- Anginas Banales
 - Rojas - (Virósicas)
 - Eritematopultáceas (Bacterianas)
- Anginas Específicas
 - Vesiculosas
 - Diftéricas
 - Vincent

- Escarlatina
- Anginas Hemopáticas
- Mononucleosis Infecciosa

2.1 ANGINAS BANALES

Son las que se ven a diario.

- **Sintomatología:** Poca temperatura, historia de un resfrío, dolor moderado de faringe, poca reacción ganglionar o no puede existir, rara vez se altera la fórmula leucocitaria.
En el cultivo de la secreción se aísla *Streptococo betahemolítico*.
- **Complicaciones:** Flemones periamigdalianos (anginas flemonosas) Perifaringios.
Reacciones a distancia. Nefropatías.
Reumatismo.
- **Tratamiento:** Cuidados higiénicos dietéticos, analgésicos y gargarismo. Si hay complicaciones a distancia se instituirá antibioticoterapia.

2.2. ANGINAS ESPECÍFICAS

- **Vesiculosas.-** Faringitis Vesicular; es una enfermedad virósica caracterizada por pequeñas flictenas situadas especialmente en los pilares, que producen bruscamente escalofríos, fiebre elevada, odinofagia intensa y escasas adenopatías, curándose entre los 4 y 8 días. Es conocida con el nombre de ANGINA HERPÉTICA que induce a error debido a que su etiología hay que reaccionarla con el grupo COXASACKIE, no teniendo nada que ver con el virus del Herpes.
- **Diftérica.-** La frecuencia de la difteria ha disminuido rápidamente en los pasados cuarenta años como resultado de la vacunación sistemática. Sin embargo, aún la observamos en ciertas circunstancias. En la difteria se forma en la faringe una membrana gris o azul, que avanza rápidamente y puede cubrir por entero la orofaringe, la nasofaringe y la laringofaringe, y puede extenderse, inclusive, hasta la tráquea.
Jamás se confina únicamente a las áreas linfoides de la gargan-

ta. Es adherente y desprege el tejido submucoso ulcerado. Los intentos para desprender la membrana revelan una base sanguinolenta. La temperatura raramente sobrepasa a los 38,3° C, pero los signos tóxicos son frecuentes. El pulso es rápido y filiforme; el paciente aparece más de lo que se podría esperar de la apariencia de su garganta, particularmente si las membranas no ocupan una extensión considerable. No hay o es muy poca la inflamación de los tejidos alrededor de la membrana.

Diagnóstico: debe ser sospechado desde el primer examen y debe completarse mediante el cultivo de las secreciones de la garganta en medios especiales. Para estar seguros de que hemos obtenido una muestra adecuada de las secreciones, la membrana debe ser desprendida y levantada de su base sangrante.

Tratamiento: Requiere inyección intravenosa y amplias dosis de penicilina. Si las vías aéreas están estrechadas por el avance de las membranas, la traqueotomía puede ser necesaria para prevenir la muerte por asfixia.

- **De Vincent.-** La flora bacteriana constante de la boca es la fusoespirilar, ésta persiste hasta las criptas amigdalinas.- Falta en los lactantes y en los desdentados.
Se localiza sobre la amígdala palatina como una ulceración más o menos profunda, de bordes irregulares y recubierta de un exudado espeso amarillento, fácil de disociar y desprender, dejando un fondo anfractuoso, átono y sucio.
La adenopatía es moderada e indolora.

Diagnóstico: Es fácil, pero si se prolonga debemos desconfiar de una mononucleosis infecciosa. La otra afección muy similar a la angina De Vincent es el Chancro Sifilítico, difícil de ver en la infancia.

Tratamiento: Es local, con antisépticos locales, sulfas y en algunas complicaciones antibioterapia por vía general.

- **Escarlatina.-** La angina comienza bruscamente con violentos escalofríos, fiebres de 40° grados y vómitos. El pulso es rápido 1/40.
En el examen nos encontramos con una congestión difusa de

amígdalas y faringe.

Esta congestión es intensa, desigual y aframbuesada, a veces puede existir un punteado de púrpura en el velo.

La lengua aparece recubierta por un exudado blanquecino, que se descama a partir de los bordes, en los que se presenta lisa y de color carmín, con lo que se dibuja la clásica V lingual de la Escarlatina.

2.3. ANGINAS HEMOPÁTICAS

- **Mononucleosis Infecciosa.**- Se caracteriza por cuatro síntomas fundamentales: Fiebre, Faringitis, Adenopatía Cervical y Esplenomegalia.

La etiología parece ser debida con seguridad a virus.

La sintomatología es proteiforme. Puede ser de comienzo brusco con fiebre irregular sin escalofríos.

Las manifestaciones bucofaríngeas son frecuentes y variadas.

Pueden llegar a simular una Difteria o ser una simple Angina Roja.

El edema puede llegar a ser marcado y obstruir el istmo de las fauces.

Las encías pueden aparecer tumefactas, dolorosas con pequeñas ulceraciones y hemorragias. A veces pueden verse epistaxis y también petequias en velo de paladar.

Las adenopatías existen prácticamente en todos los casos. Los ganglios del cuello son los más afectados, comprendiendo numerosos grupos ganglionares.

La mononucleosis sobrepasa el 40% con neutropenia (esto descarta otra patología). Podemos encontrar alteraciones en los linfocitos.

La duración media de la Mononucleosis Infecciosa es de 10 días pudiendo llegar a prolongarse hasta un (1) mes o más.

Las recaídas son relativamente frecuentes. La mortalidad no es mayor del 1% y ésta puede producirse por parálisis bulbar y roturas de bazo.

Tratamiento: Los antibióticos se emplean en las infecciones asociadas y además indicamos A.C. T.H. y gargarismos; en casos graves es útil el suero de convalecencia.

3. PATOLOGÍA DE LA NASOFARINGE

3.1. ANATOMÍA

La Nasofaringe en su porción superior es una cavidad de paredes rígidas, como también lo es en la porción posterior y laterales. Por adelante, comunica a través de las coanas con las cavidades nasales, por lo que con frecuencia se produce obstrucción de la vía aérea nasal.

Por detrás, la pared se inclina hacia arriba y adelante y está situada entre los cuerpos de las porciones esfenoïdal y basilar de los huesos occipitales. En cualquier punto puede producirse necrosis por compresión. En las paredes laterales se hallan las eminencias de los torus tubarius que rodean parcialmente las Trompas de Eustaquio. Por detrás y por encima de esta eminencia se halla la prolongación faríngea o fosilla de Rosenmüller, y directamente por encima de la extremidad posterior de ésta se halla el agujero rasgado anterior. Los tumores nasofaríngeos pueden propagarse, aunque raramente, al oído medio a través de la Trompa de Eustaquio, y con mayor frecuencia a la cavidad intracraneal a través del agujero rasgado posterior. El suelo está formado por el paladar blando móvil y por detrás establece comunicación con la orofaringe.

3.2. FISIOLÓGIA

La función principal de la nasofaringe consiste en servir como un tubo abierto rígido para el aire respirado.

Durante la deglución y en las náuseas, vómitos y eructos está completamente separada de la orofaringe por la elevación del paladar blando contra la pared posterior de la orofaringe. La nasofaringe sirve también como conducto para la ventilación de los oídos medios a través de las Trompas de Eustaquio y como conducto para drenaje de la nariz y de las trompas. Como cámara de resonancia es de gran importancia en la producción de la voz.

3.3. ENFERMEDADES DE LA NASOFARINGE

Las afecciones más frecuentes por orden de frecuencia son:

- Vegetaciones Adenoideas.
 - Catarro Agudo o Nasofaringitis Aguda.
 - Catarro Crónico o Nasofaringitis Crónica.
 - Pólipos Nasofaríngeos.
-
- **Vegetaciones Adenoideas.-** Se entiende por Vegetaciones Adenoideas a la alteración del tejido linfoideo de Waldeyer que

rodea la nasofaringe y la orofaringe y sirve de órgano protector a la entrada del cuerpo, son frecuentemente asientos de infección aguda y crónica u otras anomalías.

En la patología infantil constituye uno de los puntales, las Vegetaciones Adenoideas son fuente de la mayoría de infecciones faríngeas, auriculares, respiratorias, digestivas y apendiculares. En el recién nacido se encuentra en la bóveda de la nasofaringe una masa linfóide, de estructura análoga a la de las amígdalas ordinarias, que se denomina tercera amígdala, o amígdala faríngea de Luschka.

Al llegar a la pubertad se atrofia y desaparece. Sin embargo al igual que las anginas repetidas conducen a la hipertrofia amigdalar, de la misma forma, la frecuencia de corizas, enfermedades infecciosas y eruptivas (atributos de la infancia), gripe, determinan la inflamación aguda de esta tercera amígdala, que paulatinamente se va hipertrofiando y constituye lo que se ha convenido en llamar vegetaciones adenoideas. En otras palabras, un niño afecto de adenoideas es portador, en realidad, de una amígdala hipertrofiada entre la nariz y la garganta.

Aunque pueden ser congénitas, ya que aparecen a veces en lactantes de pocas semanas, las vegetaciones se encuentran preferentemente en la primera infancia. Por otra parte, la herencia es un factor muy importante e indudable.

Edades de las Vegetaciones:

Se pueden presentar en:

- Lactantes
 - Niños de 2 a 6 años cuyos signos son los más característicos.
 - Adolescentes y adultos aquellos que no han retornado después de la pubertad época en que desaparece normalmente.
-
- **Adenoiditis en el Lactante.**- También llamada Adenoiditis Aguda, es una infección de comienzo brusco en un lactante que estaba sano o que presentaba signos de pequeña rinitis. Su sintomatología es siempre "A GRAN ORQUESTA", niño febril con más de 39° C grados de temperatura axilar, una marcada insuficiencia respiratoria nasal que produce el clásico ronquido adenoideo y persiste durante todo momento con pequeñas variaciones posturales, sobre todo al estar acostado. El niño tiene dificultad para amamantarse, ya que al efectuar las tetadas se ahoga y vomita.

La tos acompaña generalmente a estos procesos, siendo por lo común seca, irritativa y sobre todo postural. Hay desasosiego e insomnio.

En el examen vemos las fosas nasales con una mucosa congestiva y edematizada con secreciones mucopurulentas abundantes que también observamos al efectuar el examen de la faringe cayendo desde el cavum y siendo deglutidas por el pequeño enfermo. La faringe está congestiva.

Pueden aparecer complicaciones otológicas bronquiales y digestivas de mayor o menor intensidad. Por supuesto que cuando más se tarda en efectuar el tratamiento de estos cuadros, mayor será el número de trastornos secundarios.

El pediatra es quien ve generalmente estos cuadros en primera instancia y es él el encargado de resolverlos ya que con terapéutica antibiótica intensa y sostenida y antiinflamatorios locales en forma de gotas nasales y generales, el cuadro casi siempre cede en su totalidad, desapareciendo la sintomatología en el curso de pocos días.

- **Adenoiditis en el niño de dos a seis años.-** Éstas comprenden tres (3) grandes grupos:

- I. ADENOIDEOS DE TIPO RESPIRATORIO
- II. ADENOIDEOS DE TIPO AURICULAR
 - a) Otitis media supurada
- III. ADENOIDEOS DE TIPO INFECTANTE
 - b) Infecciones descendentes de las vías aéreas
 - c) Infecciones de tubo digestivo

I. Adenoideos de tipo respiratorio.- La obstrucción nasal es el primer síntoma que llama la atención de los padres, el niño respira mal, mantiene la boca abierta y ronca por la noche y no se suena; parece tener la nariz llena sin poder evacuarla. Todos estos trastornos se acentúan durante las corizas.

A veces, la facies es tan típica que se la denomina facies adenoidea: boca abierta, labio abierto retraído, dejando los dientes al descubierto, bóveda palatina ojival y dientes mal colocados, por atrofia del macizo óseo de la cara.

Consecuencias de la obstrucción nasal.-

1. **VOZ NASAL (*rinolalia*).**- El niño pronuncia mal las nasales, dice babá en lugar de mamá.
2. **CEFALEA.**- Falta de atención, inapetencia intelectual: un niño que

después de desenvolverse bien hasta los 8 ó 10 años se vuelve hepático, distraído, de comprensión lenta. Esto le ocurre desde que le han atacado las vegetaciones.

3. *TOS FARÍNGEA.*- Las vegetaciones determinan la producción de pequeñas granulaciones en la pared posterior de la faringe, que provocan accesos de tos incohercibles.
4. *TRASTORNOS DEL DESARROLLO ESQUELÉTICO.*- Tórax retraído, hundimiento del esternón, raquitismo. Se detiene el desarrollo del niño, el cual deja de crecer.
5. *TRASTORNOS REFLEJOS.*- Terrores nocturnos, pesadillas, el niño se orina en la cama, etc. Estos signos clásicos generalmente se presentan. Con sólo interrogar a los padres de los adenoideos, se evidenciarán algunos de estos síntomas.

- **Adenoideos de tipo auricular.**- Hay ciertos enfermitos que no presentan ninguno de los signos procedentes, ni la menor obstrucción nasal, pero aquejan trastornos auditivos, cuya causa ha escapado a la observación.

Sordera intermitente, zumbido, otalgias, a veces muy intensas. Estos hechos inquietan a los padres, sobre todo cuando la sordera se instaura en forma crónica.

Estos síntomas aparece siempre o aumentan durante las corizas, explicación preciosa que debe recordar el médico.

En el niño operado, al igual que en el adulto, pueden persistir "vegetaciones tubáricas" cuya importancia se ha revelado en aeronáutica; los portadores de vegetaciones tubáricas presentan con frecuencia sordera ligera, latente, pero sobre todo al viajar en avión, especialmente durante los descensos rápidos acusan un dolor auricular violento, sordera y vértigo, circunstancias que muestran la aerootitis.

3.4. ADENOIDEOS DE TIPO INFECTANTE

Hay niños que en el curso de corizas sufren de adenoiditis aguda con fiebre, obstrucción y secreción purulenta nasal y faríngea, adenopatías submaxilares y producción a distancia de:

- a) Otitis media supuradas de repetición.
- b) Infecciones descendentes de las vías aéreas.
Los accesos de falso crup, consecutivos a corizas, a menudo son consecuencia de las vegetaciones, al igual que las laringitis o bronconeumonías, que tienen el mismo origen.
- c) Numerosas infecciones del tubo digestivo, gastrointestinales, de

la primera infancia, cuando no se produce por causa alimenticia, tienen origen faríngeo. El enfermito no sabe expectorar, deglute mucosidades sépticas que provocan los trastornos gastrointestinales. ¡Cuántas enteritis, enterocolitis e incluso apendicitis son debidas a la adenoides infectadas!... No es el residuo intestinal lo que merece la primera atención, sino lo que desciende del cavum del niño. No es el polo sur del tubo digestivo el que se halla enfermo sino más bien el polo norte.

- **Diagnóstico de las vegetaciones.-** Las facies adenoideas es sólo la expresión de una obstrucción nasal cualquiera y prolongada; pueden producirla una rinitis hipertrófica o una desviación de tabique.

- **Examen de la cavidad bucofaríngea.-** Una bóveda palatina, ojival, que soporta una mala implantación dentaria, la salida de mucosidades desde el cavum, la presencia en la pared posterior faríngea de granulaciones formadas del mismo tejido de las vegetaciones de las zonas satélites, confirmarán la probabilidad del diagnóstico, sobre todo cuando las amígdalas palatinas están igualmente hipertrofiadas.

Pero serán la rinoscopía posterior, rinoscopía anterior y el tacto nasofaríngeo los que proporcionarán la certeza.

- **Rinoscopía anterior y Rinoscopía posterior.-**

Anterior.- El volumen de los cornetes impide con frecuencia prolongar la visión hasta el cavum. Deben instalarse en la fosa nasal, al parecer más espaciosa, libre de toda desviación, algunas gotas de una solución tenue de efedrina.

Posterior.- Está lejos de ser siempre posible en el niño en razón de sus reflejos y de la indocilidad de la lengua. Si es posible conseguirlo, se encontrará en el campo del espejo una cavidad, abierta por delante en las fosas nasales, por dos orificios separados por el vómer, una tumefacción constituida por una masa vegetante, gris rosada, seca o cubierta por mucosidades que llenan más o menos el cavum.

- **Tacto Nasofaríngeo.-** En caso de fracaso de los métodos precedentes. Es un procedimiento infalible que informa sobre la presencia, volumen, consistencia blanda o dura y la situación de las vegetaciones que son circunstancias o difusas.

Recuérdese que hay que actuar en frío, nunca en período de adenoiditis aguda.

Todos estos sistemas de exploración son absolutamente indispensables para lograr el diagnóstico de la presencia de vegetaciones y eliminar la duda de las otras causas de insuficiencia respiratoria que se asientan en el órgano nasal, tales como desviación del tabique, rinitis hipertrófica, cola de cornete o en el propio cavum: un pólipo nasofaríngeo, por ejemplo, o una prominencia del arco anterior del atlas.

Terminado este examen local, practíquese la otoscopía, interróguese sobre el estado general y desnúdese al niño para comprobar su desarrollo óseo.

- **Tratamiento.-** La operación es el único tratamiento. De acuerdo a las edades tenemos:
 1. En el lactante, cuando la alimentación sufre alteraciones. La operación no es peligrosa y se obtiene una verdadera resurrección del lactante.
 2. En el niño de modo general cada vez que las vegetaciones determinan fenómenos de obstrucción nasal o infección, y cuando estos accidentes persisten o se repiten.
 3. En el adulto, cuando el catarro crónico de la nasofaringe provoca trastornos auriculares (sordera) o laríngeos (ronquera) y, ocasionalmente, cefaleas.
 4. Adenoiditis de los lactantes y de los niños. Es la inflamación aguda de la mucosa de la faringe nasal, análoga a la rinitis y a las amigdalitis agudas. Y como en el niño, esta mucosa presenta, a menudo, tejido adenoideo; entonces se dice que hay adenoiditis. Esta adenoiditis desempeña un gran papel en las enfermedades de la edad juvenil, por lo que tiene mayor interés para el médico práctico conocerla y saberla tratar.

4.1. CATARRO AGUDO O NASOFARINGITIS AGUDA

En el lactante, como en el niño, esta enfermedad se presenta concomitantemente a la Adenoiditis. Su etiología puede ser viral o bacteriana. La coriza común a menudo empieza con una Nasofaringitis; el paciente se queja de un sensación de quemadura en la garganta por encima del paladar blando; más adelante aparecen los síntomas nasales. La nasofaringitis puede estar limitada a la epifaringe o bien puede ser parte de una faringitis generalizada debido, por ejemplo, al estreptococo. La forma ligera

de esta enfermedad desaparece sin tratamiento. En aquellos que tengan fiebre y síntomas generales y locales más importantes, es conveniente administrar antibióticos.

4.2. CATARRO CRÓNICO O NASOFARINGITIS CRÓNICA

Es mucho menos frecuente que la nasofaringitis aguda y a menudo se asocia con una rinitis del mismo tipo. Rinitis, cuyos cuadros clínicos han sido estudiados en clases anteriormente desarrolladas.

4.3. PÓLIPOS NASOFARÍNGEOS

Son la causa más común de obstrucción nasal y pueden cursar con anosmia. Son benignos y provocan epistaxis. El examen muestra una hinchazón gris, pendular y opalescente, abultada a partir del etmoides. Los pólipos pueden ser únicos o múltiples. A menudo se extienden desde el vestíbulo nasal a la coana posterior. Los pólipos nasales aparecen como consecuencia de una distensión de una zona de la membrana mucosa nasal con fluido intercelular.

Se producen por una reacción de la hipersensibilidad en la membrana mucosa; también puede ser consecuencia de una infección sinusal. Dado que la obstrucción de los senos, por pólipos, puede, sin embargo, llevar a una sinusitis secundaria, se aconseja la investigación rutinaria a través de los rayos X.

Tratamiento.- Pólipos pequeños pueden extirparse ambulatoriamente bajo anestesia local. Los pólipos extensos o recurrentes pueden extirparse bajo anestesia general.

5. PATOLOGÍA DE HIPOFARINGE O LARINGOFARINGE

Las más importantes de este capítulo son:

1. Laringitis Aguda Simple.
2. Laringitis Gripal y Laringotraqueobronquitis Agudas Fulgurantes.
3. Laringitis Estridulosa o Falso Crup.

5.1. LARINGITIS AGUDA SIMPLE

Sobre todo produce enronquecimiento y dispepsia, en razón de las reducidas dimensiones de la laringe en la corta edad.

Se hará el diagnóstico por la rinitis, la faringitis o más bien por la adenoiditis concomitante, que es la causa principal.

La rinitis aguda debe tratarse aplicando revulsivos prelaríngeos (compresas o esponjas húmedas calientes) y prescribiendo antiespasmódicos.

5.2. LARINGITIS GRIPAL Y LARINCOTRAQUEOBRONQUITIS AGUDAS FALGURANTES

Esta laringitis gripal del niño se observa principalmente en invierno, en el curso de epidemia de gripe. Se trata de una laringitis edematosa de origen estreptocócico. El edema ataca la epiglotis, pero sobre todo la región subglótica, de ahí su gravedad, ya que puede complicarse con un edema agudo pulmonar. Los síntomas generales son graves, la temperatura alta: la disnea se agrava rápidamente y se vuelve dramática, la voz es ronca y la tos, ladradora. La laringoscopia directa muestra otro edema laríngeo, un edema subglótico que estrecha la cuerda respiratoria.

La gravedad es extrema. Suele ocurrir que, al cabo de dos o tres días de disnea alarmante, se produce mejoría y la evolución es favorable; otras veces sobreviene la muerte a las 24 horas por edema pulmonar sobreagudo.

Tratamiento.- En principio, hay que aplicar la antibioterapia polivalente. Es preciso advertir que la intubación resulta difícil y contraindicada en una laringe edematizada y que la traqueotomía en un paciente afecto de gripe lleva consigo terribles peligros pulmonares. Felizmente estos casos son poco frecuentes y la broncoaspiración puede solucionar casos desesperados.

5.3. LARINGITIS ESTRIDULOSA O FALSO CRUP

Esta forma de laringitis, caracterizada por un espasmo de los músculos constrictores de la glotis, es demasiado conocida para insistir.

Precisamente durante la noche es cuando se declara el espasmo de laringe, en niños de dos a cinco años, cuya garganta es normal y no presenta trazas de angina. De repente, en ocasiones

de un acceso de tos, se despierta presa de una disnea intensa, con respiración silbante y a veces huélfago, pudiendo temerse en ciertos casos una asfixia inminente. Poco a poco, la crisis se calma y, al cabo de un cuarto de hora o máximo media hora, el drama ha terminado. Hay que recordar este hecho, importante para el diagnóstico: la voz y la tos no se extinguen nunca.

Tratamiento.- El tratamiento clásico supone la aplicación de revulsiones en la laringe, compresas húmedas tan calientes como sea posible en el cuello e inhalaciones de gotas de éter o de cloroformo. Un buen medio para hacer a veces abortar la crisis del falso crup, particularmente en los casos en que el niño presenta obstrucción nasal y ronca por la noche, es realizar una instilación en cada fosa nasal de 3 a 4 gotas de aceite efedrinado o aceite adrenalizado al 1 por 1000, para descongestionar la mucosa eréctil de los cornetes.

Pero es preciso insistir muy particularmente sobre este punto: la mayoría de los niños afectos de laringitis estridulosa presentan vegetaciones adenoides y es esta inflamación de las vegetaciones, una adenoiditis, muy subaguda a veces, la causa de la determinación laríngea. Se debe interrogar minuciosamente a los familiares, en especial a la madre, y casi siempre se averiguará que el niño padecía también obstrucción de la nariz la víspera, o desde hacía algunos días, pues presentaba una respiración un poco más ruidosa por la noche, incluso roncaba un poco, "cosa que no le ocurría habitualmente".

Al día siguiente del caso, se inspeccionará la faringe y se verán descendiendo del cavum, mucosidades que son indicios de adenoiditis; en algunos casos, finalmente, se declarará una rinitis, la cual confirmará el diagnóstico.

Aunque sea después de la curación, no se omitirá nunca la exploración del cavum del niño y la búsqueda de las adenoides. No es necesario que sean voluminosas; generalmente son las más pequeñas, las que se infectan más pronto.

Tratamiento.- No insistiremos en el tratamiento preventivo de la laringitis estridulosa, pues deriva de la exploración: un golpe de cureta en las vegetaciones.

Otorrinolaringología infantil

FARINGE:

1. Nasofaringe o Epifaringe.

2. Crofaringe.
3. Hipofaringe o Laringofaringe

OROFARINGE:

1. Amigdalitis Aguda
2. Amigdalitis Crónica
3. Angina

ANGINAS

- I ANGINAS BANALES :
Rojas (virósicas)
Eritematopultáceas (bacterianas)

- II ANGINAS ESPECÍFICAS:
Vesiculosas
Diftéricas
De Vincent
Escarlatina

- III ANGINAS HEMOPÁTICAS:
Mononucleosis
Infecciosa

I ANGINAS BANALES

1. Poca temperatura
2. Resfrío
3. Cultivo:
Streptococo beta hemolítico
4. Complicaciones:
Flemones periamigdalianos
(anginas flemosas)
Perifaríngeos
5. Reacciones a distancia
Nefropatías
Reumatismo

II ANGINAS ESPECÍFICAS

- Vesiculosa:
- Grupo Coxsackie

- Etiología Virósica
- Flictenas situada en Pilares
- Escalofríos-Fiebre elevada
- Odinofagia intensa
- Adenopatía

Diftérica :

- Ubicación-Faringe-Membrana gris o azul que puede cubrir la faringe y algunas veces la Tráquea.
- Temperatura 38 ½ ° C
- Signos Tóxicos.
- Diag.: Cultivo de secreciones de garganta.
- Trat.: Penicilina y suero antidiftérico

De Vincent :

- Flora normal en boca es fusoespirilar
- Esta flora falta en lactantes y desdentados
- Localización - Amígdala palatina es una ulceración más o menos profunda de bordes irregulares.
- Adenopatía cervical indolora
- Trat.: Antisépticos locales sulfa y antibioterapia.

Escarlatina

- Fiebre alta 40 °C o más, vómitos-pulso rápido.
- Congestión intensa de amígdalas y faringe de color aframbuesado.
- Lengua con dibujo clásico de la V lingual de la Escarlatina.

III ANGINAS HEMOPÁTICAS

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

- Síntomas Fundamentales: Fiebre
Farintigis
Adenopatía Cervical
Esplendomegalía
- Encías tumefactas, dolorosas, ulceradas y hemorragias, epistaxis, petequias de paladar.
- Laboratorio 40% neutropenia y alteraciones en linfocitos.
- Evolución dura de 10 días al mes, algunas veces 1% de muerte por parálisis bulbar o rotura de bazo.
- Trat.: Antibioticoterapia A.C.T.H. -gargarismos.

ENFERMEDADES DE LA NASOFARINGE

1. Vegetaciones Adenoideas.
2. Catarro Agudo o Nasofaringitis Aguda.
3. Catarro Crónico o Nasofaringitis Crónica.
4. Pólipos Nasofaríngeos.

1. Vegetaciones Adenoideas

Se pueden presentar en:

- Lactantes
- Niños de 2 a 6 años
- Adolescentes y adultos

2. Vegetaciones adenoideas en el lactante

Fiebre más de 39°C

Insuficiencia respiratoria aguda.

Ronquido adenoideo al estar acostado.

Dificultad para deglución, vómitos.

Tos seca e irritativa

Complicaciones: Otológicas

Bronquiales

Digestivas

3. Vegetaciones adenoideas en niños de 2 a 6 años

Se dividen en tres grandes grupos:

- Adenoiditis de tipo respiratorio
- Adenoiditis de tipo auricular
- Adenoiditis de tipo infectante:
 - Otitis media supurada
 - Infecciones descendentes de las vías aéreas.
 - Infecciones de tubo digestivo.

1. ADENOIDITIS DE TIPO RESPIRATORIO:

1. Facies adenoideas
2. Voz nasal
3. Cefalea e inapetencia intelectual
4. Tos faríngea
5. Trastornos en desarrollo esquelético
6. Trastornos reflejos (enuresis nocturna)

7. Obstrucción Nasal
8. Boca abierta
9. Ronca al dormir

2. ADENOIDITIS DE TIPO AURICULAR:

1. Otagia-Zumbidos-Sordera intermitente.
2. Esta sintomatología aumenta con el resfriado.
3. Al viajar en avión acentúa los síntomas, llamándose.

AEROOTITIS

- a) dolor auricular violento
- b) sordera
- c) vértigo

3. ADENOIDITIS DE TIPO INFECTANTE:

1. Fiebre-Obstrucción y secreción purulenta nasal y faríngea.
2. Adenopatías submaxilar
 - a) Otitis media supurada a repetición.
 - b) Infección de vías aéreas:
 - Bronconeumonías
 - Laringitis
 - c) Infección del tubo digestivo:
 - Enteritis
 - Apendicitis

DIAGNÓSTICO DE LAS VEGETACIONES

1. Facies Adenoidea
2. Examen de la cavidad Bucofaríngea
 - a) Bóveda palatina alterada
 - b) Implantación dental alterada
 - c) Mucosidad en el cavum
 - d) Granulaciones en faringe
3. Rinoscopías

Anterior: No se visualiza el cavum.
Posterior: Se observa masa vegetante, gris rosada cubierta de mucosidades.
4. Tacto Nasofaríngeo

Es importante recordar que no se realiza dicho examen en período agudo

Tratamiento: ES QUIRÚRGICO

- a) Lactante:

- Cuando hay dificultad para respirar y alimentarse.
- b) Niño de 2 a 6 años:
 - Obstrucción nasal permanente.
 - Infección.
 - c) Adulto:
Catarro crónico que da sordera o ronquera.

2. CATARRO AGUDO O NASOFARINGITIS AGUDA

- 1. Etiología: Viral
- 2. Inicio brusco Rinorrea: Sensación de quemadura en la garganta, puede comprometer la faringe.
- 3. Tratamiento Sintomático: Analgésico, descongestionantes.

3. CATARRO CRÓNICO O NASOFARINGITIS CRÓNICA

- 1. Comprende todo el estudio de la rinitis ya estudiada por Ud.

4. PÓLIPO NASOFARINGE

- a) Obstrucción nasal.
- b) Anosmia.
- c) Pueden ser únicos o múltiples.
- d) Es una degeneración de la mucosa nasal con secreciones intercelulares.

IV. PATOLOGÍA DE HIPOFARINGE O LARINGOFARINGE:

- 1. Laringitis Aguda Simple.
- 2. Laringitis Gripal y Laringotraqueobronquitis agudas fulgurantes.
- 3. Laringitis Estridulosa o Falso Crup.

1. Laringitis aguda simple

- a) enronquecimiento
- b) dispepsia
- c) motivo de esta sintomatología es la Adenoiditis.

2. Laringitis Gripal y Laringotraqueobronquitis Agudas Fulgurantes

- a) Inicio en el invierno-epidemia de gripe.
- b) Laringe, se observa edematosa.
- c) Etiología estreptocócica
- d) Edema avanza hasta la región subglótica pudiendo dar edema agudo pulmonar.

- e) Temperatura alta-disnea-tos exigente.
- f) Puede producir la muerte por edema pulmonar.
- g) Trat.: antibioticoterapia polivalente, en algunos casos broncoaspiración.

3. Laringitis Estrudulosa o Falso Crup.

- a) Se caracteriza por espasmo de los músculos constrictores de la glotis.
- b) Estando normal el niño presenta tos, disnea intensa con respiración silbante-sensación de asfixia.
- c) Recordar que la voz y la tos no se extinguen nunca.
- d) Trat. : 3 a 4 gotas de aceite efedrinado o adrenalizado a 1 ó 1000 es para descongestionar la mucosa eréctil de los cornetes.
- e) Se debe descartar otra patología sobre todo la búsqueda de adenoides.