

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ, OIDOS Y GARGANTA"
(Análisis de casos tratados en el Hospital
Roosevelt)

JUSTO HUMBERTO LAU SANDOVAL

Guatemala, Septiembre de 1970.

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. BREVE DESCRIPCION ANATOMICA
- III. NATURALEZA Y VARIEDAD DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS
- IV. CUADRO CLINICO, SINTOMAS DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES.
- V. AUXILIO RADIOLOGICO EN EL DIAGNOSTICO
- VI. TRATAMIENTO. PROCEDIMIENTOS RECOMENDABLES, INSTRUMENTOS USADOS; IMPROVISACION DE ALGUNOS
- VII. OBJETIVOS
- VIII. MATERIAL Y METODOS
- IX. SUMARIO
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

La entidad clínica, accidente, situación o emergencia médica conocida como "cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta", aunque no es una condición que ponga de inmediato en peligro la vida del paciente, sus consecuencias, tempranas o tardías o sus complicaciones, pueden desencadenar trastornos muchas veces graves y de carácter irreversible, que habrán de afectar sensiblemente la armonía anatómo-fisiológica, la salud y/o el desenvolvimiento social del paciente. Reconocemos que no es nada nuevo, ha venido ligado a ser humano en su milenario desarrollo. Es probable que desde que el niño, en los albores de la raza humana, se despertó en él el interés lúdico, asociado a su innata curiosidad; a su sensación de soledad, una "piedrecita", objeto tan común en la caverna que habitaba o la semilla de una fruta cualquiera, tan a su alcance por cuanto que el hombre fué inicialmente frugívoro, bien pudo inducirle a introducirse cualquiera de ellos en las cavidades nasales o auditivas; o bien -- el adulto, que hacia de la pesca una de sus fuentes de alimentos, pudo fácilmente sufrir el accidente de enclavarse una espina de pescado que lo alimentaba, hoy día en la era del avance tecno-químico, el niño sigue introduciéndose objetos extraños en cavidades naturales, ya sea un pedazo de espuma de latex, una pieza de plástico de un juguete desarmable, etc. etc.. Muchos psiquiatras y psicólogos opinan que, los niños víctimas de sensaciones de soledad y abandono

tienen gran tendencia a introducirse objetos en nariz y orfidos, quizá como medio de llamar la atención. Debe además tenerse en cuenta la inclinación del niño de llevarse a la boca cualquier cosa que tenga a su alcance y con mayor razón cuando está atravesando la etapa del desarrollo en que todo lo que quiere conocer y palpar con el fin de aumentar sus conocimientos y sus vivencias. En cuanto a los adultos, exceptuando a los dementes y los que padezcan de algún trastorno de la personalidad, la etiología parece ser de tipo accidental, pero no por ello están exentos, muchas veces está el accidente relacionado con los diferentes oficios u ocupaciones, vale decir: sastres, costureras, carpinteros, zapateros etc., o bien durante procedimientos odontológicos o quirúrgicos de las regiones que nos ocupan.

Muchos cuerpos extraños pueden penetrar durante el sueño, particularmente cuerpos extraños animados tipo insectos, máxime si las condiciones higiénicas de la persona y el medio dejan mucho que desear; o bajo las influencias de los estados de etilismo (los casos de miasis son frecuentes) en los cuadros convulsivos, con énfasis en la deglución de prótesis dentales que se enclavan a la faringe o pasan al esófago o vías respiratorias.

BREVE DESCRIPCION ANATOMICA

Para los fines que perseguimos con el presente trabajo, no creemos de mucha utilidad hacer una descripción completa del órgano del oído en sus tres porciones, por tanto, nos concretamos a la descripción del oído externo en una de cuyas partes el conducto auditivo externo, es el sitio donde se alojan con bastante frecuencia, cuerpos extraños.

En el conducto auditivo se extiende desde la concha hasta el oído medio. Comprende dos partes: una parte interna ú ósea excavada en el temporal y otra parte externa o fibrocartilaginosa formada de partes blandas. El conducto auditivo externo, considerado desde el punto de vista de su dirección, es diferente en el adulto y en el niño; en el niño va de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba, ligeramente hacia adelante, razón por la cual en las maniobras de exámen clínico hay que traccionar el lóbulo para una mejor visión.

En el adulto se dirige oblicuamente adentro, adelante y algo hacia abajo, describiendo en su conjunto una curva muy regular, cuya concavidad mira abajo y atrás, es decir que el orificio externo es elíptico al eje mayor vertical.

Su longitud medida en el sentido de su eje es de 24 milímetros, de los cuales corresponden 8 a la porción fibrocartilaginosa y 16 a la porción ósea.

En la pared inferior del conducto es donde está longitud alcanza su máximo (27 mm.), presentando su mínimo en la pared superior (21 mm). Su diámetro

varía según sean los puntos examinados, de 9 a 4.6 mm. Nótese que su parte más estrecha, ISTMO del conducto, corresponde a la unión de su tercio interno con sus dos tercios externos.

Las llamadas cisuras de Santorini son varias fisuras transversas rellenas de tejido conjuntivo que se encuentran situadas en el cartílago de la pared antero-inferior y las cuales permiten una mayor flexibilidad al conducto. En el suelo del conducto cartilaginoso está en contacto con su pared superior o techo, pero el armazón óseo tiene un desarrollo tan rápido, que a la edad de dos años la luz que presenta es bastante amplia. La porción del conducto forma más o menos un tercio de longitud total y mantiene una unión íntima con la porción ósea. El conducto óseo se dirige hacia abajo y adelante, formando angulo obtuso en su unión con la porción cartilaginosa.

INERVACION: Es el quinto par craneal, el nervio trigémino que da la inervación del conducto auditivo externo, distribuida así: la parte sensitiva está dada por la rama auricular del nervio vago (conocido como el nervio de Arnold y de la rama aurículo temporal del trigémino (rama maxilar). La rica red de nervios que inerva el oído externo y el oído medio, conectada indirectamente con otros nervios da como resultado que las enfermedades o irritaciones del oído pueden dar origen a síntomas reflejos en otras partes más o menos distantes del órgano en mención, vale la pena citar el fenómeno clínico curio

del reflejo tusígeno que se desencadena por manipulaciones en el conducto auditivo. Las fibras nerviosas sensitivas de la rama auricular del nervio vago se unen en el pedúnculo con los núcleos motores del vago y otros afines, razón por la cual se saca la conclusión que el reflejo tusígeno es el resultado de una irritación del orificio del conducto auditivo externo, tal sería el caso de la irritación provocada por cuerpos extraños.

ANATOMIA DE LA NARIZ:

Generalidades: La nariz y sus senos accesorios son órganos de olfacción y de respiración. La mucosa secretoria que reviste estos órganos proporciona cierto grado de humedad al aire inspirado, indispensablemente para mantener en estado de higridez la totalidad del tramo respiratorio. Las pequeñas, aunque indispensables y esenciales funciones relacionadas con una resonancia nasal apropiada, la aereación y drenaje correctos de los senos paranasales é incluso la estabilidad sexual dependen en gran parte de una anatomía nasal impecable.

Definición: se da el nombre de nariz, a esa eminencia voluminosa, impar y media que, dispuesta a manera de tejadillo, se encuentra sobre la entrada de las fosas nasales (Testut).

FOSAS NASALES o más bien dicho Cavidad Nasal. La cavidad nasal ósea está dividida por el tabique nasal (septum mobile nasi) en dos compartimientos o fosas (cavum nasi) derecha é izquierda, representan dos largos conductos dirigidos de

adelante atrás. Para un estudio más ordenado podemos distinguir en ella tres partes, que son: de adelante atrás: 1. - Las aberturas nasales o ventanas de la nariz; 2. - Las fosas nasales propiamente dichas; 3. - Cavidad posterior de las fosas nasales o cavidad rinofaríngea o coanas. (choanas)

Aberturas Nasales: Las comunmente conocidas ventanas de la nariz, aberturas nasales, llamadas también vestíbulos de las fosas nasales, son como ya dijimos orificios redondeados o elípticos (naipe francés) que ocupan la parte anterior de estas cavidades. Merece señalar que su revestimiento interno está constituido por piel y no por mucosa.

1o. Configuración y relaciones: Para una mejor comprensión anatómica consideramos cada fosa nasal como una caja, por lo tanto en cada una de ellas -- hay que considerar dos paredes, interna y externa; dos extremidades, anterior y posterior, y dos orificios, inferior y superior.

El orificio superior muy estrecho, está dispuesto en forma de hendidura anterosuperior y pone en comunicación la abertura nasal correspondiente.

Fosas nasales propiamente dichas: se describen como largos corredores, aplanados, transversalmente situados a la derecha é izquierda de la línea -- media. Cada uno de ellos presenta cuatro paredes y dos aberturas, anterior y posterior.

1.) Paredes: Son cuatro: Superior, inferior, interna y externa. La pared superior

o bóveda es un canal curvo y muy estrecho. Está formado por los huesos de la nariz, la espina nasal del frontal, la lámina cribosa del etmoides y el cuerpo del esfenoides, en ella se encuentra el conducto pterigopalatino. La pared inferior o suelo está formada por el maxilar superior y el palatino. En su parte anterior se encuentra el conducto palatino anterior. La pared interna está formada por la lámina vertical del etmoides y el vómer. La pared externa formada por seis huesos: maxilar superior, unguis, etmoides, esfenoides, palatino y cornete inferior. Presenta tres cornetes y tres meatos: superior medio e inferior. En esta pared se encuentran numerosos orificios: el orificio del seno esfenoidal y el agujero esfenopalatino; 2o. En el meato superior: el orificio de las células etmoidales posteriores; 3o. En el meato medio los orificios del seno maxilar, -- del infundibulum y el de las células etmoidales anteriores; 4o. En el meato inferior, el orificio inferior del conducto nasal. b) Abertura anterior. es común a las dos fosas nasales, tiene la forma de un corazón de naipe, con la base dirigida hacia abajo. Circunscrita por los dos maxilares y los nasales, mientras que por delante se ve la espina nasal anterior. c) Abertura posterior o coanas: Más alta que ancha, es decir de forma cuadrilátera. Formada: por arriba, por el -- cuerpo del esfenoides; por abajo, por el hueso palatino; por dentro por el vómer por afuera por el ala interna de la apófisis pterigoides. Su plano está dirigido -- oblicuamente de arriba y de abajo y de atrás adelante. Vasos y nervios: La --

irrigación arterial procede de las etmoidales, de la esfenopalatina y de la arteria del tabique. Las venas desembocan en la facial. La inervación emana del nervio nasal interno.

FARINGE: Se describe como un conducto músculomembranoso aplastado en sitio anteroposterior que se extiende desde la base del cráneo por arriba hasta el comienzo del esófago por abajo; por la parte posterior se relaciona con la cara anterior de los cuerpos vertebrales, particularmente con las seis vertebrales cervicales. Anteriormente con las seis vertebrales cervicales. Anteriormente se comunica de arriba abajo con las cavidades, bucal y laríngea, lo cual la divide en tres porciones: rinofaringe con funciones respiratorias; mesofaringe, respiratoria y digestiva y la laringofaringe principalmente digestiva. El tercio superior (faringe nasal) es inmóvil, excepto en su suelo, constituido por el paladar blando. La longitud media de la faringe es de 13 cms. La faringe es estrecha por arriba, ancha en medio y otra vez estrecha por abajo. La constitución anatómica de la faringe está esencialmente compuesta por una aponeurosis reforzada externamente por músculos e internamente por una mucosa. Haremos mención escueta de los músculos sin entrar en larga descripción: unos son constrictores y otros elevadores.

Constrictores: a) Constrictor superior, b) Constrictor medio, c) Constrictor inferior.

Elevadores: a) 1. - Faringoestafilino; 2. - Estilofaríngeo.

Mucosa: La mucosa está constituida por un epitelio pavimentoso estratificado y una dermis o corion rica en aparatos linfoides, así como glándulas mixtas, mucosas y serosas.

El tejido adenoideo se condensa en ciertas partes formando el gran círculo linfático de Waldayer, unos cuyos principales elementos es la amígdala faríngea. La bolsa faríngea de Luschka no es sino una invaginación de la mucosa varía en su situación según la edad del individuo.

CONFIGURACION INTERNA: Endofaringe: como ya lo mencionamos se divide en tres zonas enumeradas de arriba abajo, rinofaringe, oro o mesofaringe y laringofaringe.

a) La rinofaringe o nasofaringe (cavum) se extiende desde la base del cráneo al velo del paladar, en su parte superior se ve la amígdala faríngea y las fosas nasales se abren en su parte anterior. Lateralmente presente el orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio y detrás del mismo la fosita de Rosenmüller.

b) La orofaringe o faringe bucal se extiende desde el velo del paladar hasta un plano horizontal que pasa a nivel del hueso hioides; comunica por delante con la boca por el istmo de las fauces. Lateralmente se pueden ver las amígdalas entre los dos pilares.

c) La laringofaringe o faringe laríngea se extiende hasta el orificio superior del esófago. Corresponde por delante, al orificio de la laringe y su pared posterior. El deprimirse lateralmente forma dos canales conocidos como senos piriformes.

Relaciones: Por delante la faringe comunica con las fosas nasales, boca y laringe. Por detrás corresponde a la pared anterior de la columna vertebral, -- allí encontramos un espacio celuloso rico en ganglios y venas, es el espacio retrofaríngeo.

Lateralmente se distinguen en la faringe dos regiones, una cervical y otra cefálica. La porción cervical establece relaciones con los vasos y nervios de la región carotídea. La porción cefálica es toda la porción colocada por encima del borde inferior del maxilar inferior.

VASOS Y NERVIOS: Las arterias se originan de la faríngea inferior, teniendo como accesorias la pterigopalatina, de la palatina inferior y de la tiroidea superior. Las venas forman dos plexos; los cuales se reúnen en troncos voluminosos, las venas faríngeas que desembocan en la yugular interna. Los nervios que dan a la faringe funciones de sensibilidad, la motilidad y la vasomotilidad provienen del glossofaríngeo, del neumoespinal y del simpático.

NATURALEZA Y VARIEDAD DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS:

Por su naturaleza, los cuerpos extraños que pueden alojarse en la nariz, oídos y garganta, pueden ser en términos generales:

- a) Vivos o animados.
- b) Inanimados

Los cuerpos extraños vivos o animados, tienen por razones anatómicas o ambientales, más tendencia a alojarse en su orden, en oídos y nariz, casi nunca en la garganta. Entre los más comunes se citan los insectos de todas las variedades: cucarachas, chinches, garrapatas, moscas, pulgas, piojos, abejas, pequeños arácnidos, lepidópteros, conocidos vulgarmente como papalotes o palomillas. Podemos concluir que casi todo insecto cuyo tamaño puede permitirle la entrada a cualquiera de las cavidades en mención, puede ser factible de encontrarse. Debemos agregar que no es raro en nuestro medio el hallazgo de cuerpos animados en las vías nasales; (Miiasis) particularmente larvas y gusanos de moscas o insectos similares. Asociado a esta condición y como ya lo hemos citado anteriormente, va, como es natural, la carencia o desconocimiento de hábitos higiénicos adecuados, particularmente en individuos o grupos de individuos confinados en centros de reclusión: cárceles, reformatorios o instituciones benéficas o de caridad (asilos, hospitales para alienados etc. etc.).

La presencia de larvas de insectos o gusanos es explicable en nuestro medio y probablemente así sucede en otras latitudes, con las personas que se quedan durmiendo a la intemperie, particularmente a las que están en estado de etilismo o en casos de rinitis atrófica, patología que se conoce vulgarmente como "gusanera" y en términos académicos como Miiasis.

CUERPOS EXTRAÑOS INANIMADOS:

Prácticamente todo objeto cuyo tamaño y forma permita su introducción en fosas nasales, oídos y garganta, puede ser encontrado en estos orificios del organismo.

Para una mejor comprensión los dividiremos en:

a) Duros

b) Blandos.

Ambos puede ser de origen vegetal, animal o mineral.

Muchos de los cuerpos blandos o duros, pueden tener la característica de ser higroscópicos. Se considera también al cerumen como un cuerpo extraño, cuando toma características que se salen de lo normal y las cuales describiremos en su oportunidad.

Dentro de los cuerpos duros, prácticamente todo objeto de quincallería, tales como tuercas, tornillos, roldanas, bolas de cojinetes, clavos, tachuelas, grapas, broches y remaches etc. , así como cuentas o perlas de collares y are-

tes, que pueden ser de vidrio u otro de los tantos materiales naturales o sintéticos usados en joyería de fantasía; botones, canicas, piedrecitas, nueces, huesos, pepitas o semillas de frutas de las cuales las más comunes halladas en nuestro medio son las de "chico", nance, cereza, níspero, y aún las de durazno, sin dejar de mencionar con especialidad, los granos de algunos cereales, especialmente los granos de frijol, maíz y arroz, con altas cualidades higroscópicas y los granos de café. Así mismo se han encontrado monedas, "cabezas" de fósforos o cerillos, aplicadores de algodón, torundas y bolitas de ese mismo material, bolitas de papel, hojas de diversas plantas que se le atribuyen propiedades curativas introducidas con fines terapéuticos, así como dientes de ajo; espinas de pescado, huesos y cerdas. Puede también encontrarse cuerpos extraños sólidos a consecuencia de violencias externas provocadas por explosiones, tales como esquirlas de granadas de fragmentación, proyectiles de armas de fuego; trozos de piedra, ladrillo, concreto, etc.

Deben considerarse también como cuerpos extraños a los restos alimenticios que penetran en las fosas nasales por conducto de la rinofaringe como consecuencia de los vómitos, particularmente, aquellas personas que carecen de dentadura o tienen hábitos masticatorios inadecuados, asimismo pueden encontrarse partículas alimenticias haciendo el papel de cuerpos extraños debido a fenómenos fisiológicos como los estornudos súbitos, los accesos de tos o por el acto

mismo de la deglución. Pueden también encontrarse cuerpos extraños, particularmente en fosas nasales y conductos auditivos externos y aún en faringe, - que pueden etiquetarse como iatrogénicos-accidentales, tales como bolas de algodón o trozos de gasa que se introducen en estas cavidades con fines de limpieza o aplicación de medicamentos y se dejan allí por descuido; vale la pena mencionar los taponamientos nasales que con el fin de contener hemorragias, - casos de epistaxis por ejemplo, se introducen tan profundamente que se hace difícil su extracción. Es factible que durante los procedimientos quirúrgicos o sus maniobras en estas regiones, se rompa algún instrumento y sus fragmentos se queden en el interior, constituyéndose en cuerpos extraños.

MIIASIS: (Del griego *μύα* = mosca). Es una afección producida por moscas o larvas de moscas. En nuestro medio se conoce vulgarmente con el nombre de "gusanera". Los gusanos o larvas de diferentes insectos, más comunmente moscas, pueden penetrar directamente a las cavidades auditivas o nasales, o - bién se desarrollan allí a causa de los huevos depositados en ellas, particularmente en casos de individuos que se quedan abandonados a la intemperie bajo los efectos del sopor etílico; o en los casos de rinitis atrófica en ----- los que, el paciente por desconocimiento de su edad o por falta de higiene, - permite que se le formen costras en las fosas nasales y cuya fetidez atrae fuertemente a las moscas que así depositan sus huevos. Su presencia en estas cavidades del organismo suele provocar intensa reacción inflamatoria de la mu-

cosa, particularmente la nasal, con síntomas de dolor, prurito y estornudadera acompañándose frecuentemente el cuadro, de rinorrea sanguinolenta o sanguinopurulenta y muchas veces epistaxis. Es común que se presente tumefacción externa y también se origine un proceso ulceroso que no sólo abarca la mucosa y el hueso subyacente, sino que se corre el peligro que el proceso se extienda a las meninges, siendo causa de desenlace fatal. Esto es debido a que los parásitos o gusanos se nutren de los tejidos que los albergan. El estado larvario de esta forma de parasitosis es temporal (hombre huésped intermediario de esta afección) pues las larvas abandonan las cavidades a su estado de adultos.

RINOLITOS: Tanto los rinolitos como el cerumen, son considerados como cuerpos extraños intrínsecos. Los rinolitos están formados usualmente por un núcleo de sustancia inorgánica en cuyo rededor se depositan sales y, de acuerdo con su evolución, pueden adquirir tal tamaño, que llegan a modificar los contornos naturales de la cavidad donde se alojan; en nuestra casuística encontramos un caso de cuerpo extraño (pieza dentaria) al rededor de cuya masa se habían depositado sales y materia orgánica, creciendo de tal forma que desvió el tabique nasal. Los síntomas son esencialmente los mismos descritos para cuerpos extraños inanimados de otra naturaleza, orgánicos o inorgánicos.

CERUMEN: Como ya hemos apuntado con anterioridad, el cerumen, aunque no se ajusta a la descripción estrictamente literal del concepto, hemos siempre

de considerarlo como un cuerpo extraño intrínseco, ya que al cambiar sus características normales, puede dar la sintomatología típica de éstos cuerpos.

El cerumen es una secreción normal del conducto auditivo externo, con altas cualidades bactericidas y cuyo papel es mantener lubricada esta cavidad anatómica, además de su acción inmovilizante gracias a su viscosidad y por la cual los seres animados que puedan penetrar en el conducto auditivo, se les hace difícil su desplazamiento hacia el tímpano; por tanto, su presencia y su utilidad es indiscutible, ya que es sabido que la ausencia de este humor, da como resultado sequedad excesiva del conducto, la cual se acompaña a menudo de sensación molesta de ardor y prurito.

Así como algunas personas tienen una transpiración abundante, muchas pueden segregar abundante cantidad de cerumen, el cual en ciertos casos tiende a conglomerarse formando tapones sólidos o de consistencia pastosa que obstruyen total o parcialmente el conducto auditivo externo, con sensación de cuerpo extraño, taponamiento, leve dolor local, compresión, etc., síntomas que acarrearán como consecuencia inmediata, dificultad u otros trastornos de la audición. Debido a la queratinización del cerumen se origina la entidad patológica conocida como Keratosis Obturans, que en la mayoría de los casos necesita de anestesia para su remoción y extracción.



FOGRAFIA No. 1.

Hojas é inflorescencias de la planta *Ocimum basilum* de la familia de las labiadas, género *Ocimum* conocida popularmente como ALBAHACA y usada en el tratamiento de la Miliasis.

CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ

(Sintomatología, cuadro clínico y Complicaciones).

La sintomatología de los cuerpos extraños alojados en las cavidades nasales, así como lo asentáramos en la descripción respectiva de los que se alojan en el conducto auditivo externo, se pondrá de manifiesto como es natural, dependiendo del carácter, localización y tamaño, aunque también en esta región anatómica puede darse el caso de que el objeto extraño no de manifestaciones claras de su presencia sino hasta que ha transcurrido algún tiempo de su introducción o que ya se hayan instalado las complicaciones.

Inicialmente el cuadro sintomático lo constituyen los estornudos, como mecanismo natural de deshacerse o librarse del cuerpo extraño, luego se presenta cosquilleo, la sensación de cuerpo extraño, el dolor de diferente intensidad, la obstrucción nasal uni o bilateral, la epistaxis especialmente si ha habido traumatismo y en una fase tardía, secreción serosa, sero-purulenta o francamente purulenta, fetidez, probablemente cuando ya se han declarado las complicaciones.

Como ya hemos señalado con anterioridad, la naturaleza, tamaño y localización del cuerpo, son guías efectivas hacia un diagnóstico acertado, sin subestimar la historia que aportará el más elevado porcentaje de fundamento en ese diagnóstico, en los casos cuando la introducción del cuerpo extraño ha pasa-

do desapercibido para el paciente y/o para sus padres, los síntomas pueden -- ser los de una sinusitis, obstrucción nasal, catarro crónico con rinorrea y fetidez. Es común que si el cuerpo extraño no está profundamente introducido y tenga más o menos el diámetro o más grande que las fosas nasales, el lado -- afectado será más prominente que el contra lateral, particularmente si se tra -- ta de cuerpo higroscópico, en nuestro medio y especialmente en el campo, -- los granos de cereales de tipo maíz y frijol, que tienden a hincharse con la hu -- medad natural de las secreciones de las cavidades nasales; se ha dado el caso que muchos de estos granos han llegado a germinar.

Describíamos anteriormente la secreción fétida y purulenta como conse -- cuencia de la permanencia prolongada de cuerpos extraños en las cavidades -- nasales con la consiguiente acumulación de las secreciones naturales ya que -- el susodicho cuerpo, sirve como dique de contención; la rinorrea constante é -- incontrolable, particularmente en niños y en quienes los hábitos higiénicos -- no son meticulosos, dará lugar a la formación de costras y fisuras, tanto en -- el vestíbulo (ventanas) de la nariz, como en el labio superior.

COMPLICACIONES:

Entre las complicaciones más frecuentes dignas de enumerar, están las -- ya descritas costras que en casos llegan a verdaderas ulceraciones, las fisu -- ras, abscesos y necrosis de partes óseas y cartilaginosas y en casos extremos,

cuando una infección secundaria se asocia al cuadro, es factible que pueda pre -- sentarse una toxemia grave. La fetidez que ya hemos mencionado y señalado -- como consecuencia inmediata de la retención de secreciones, asociado a la pu -- trefacción o descomposición de los cuerpos extraños, produce una reacción in -- flamatoria que da como resultado la formación de tejido de granulación y con -- creciones semejantes a los rinolitos.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA GARGANTA: (Cuadro Clínico, síntomas y compli -- caciones).

Cuando se habla de cuerpos extraños en la garganta o mejor dicho en la -- faringe, y se tiene en cuenta los límites de esta región anatómica o conducto, -- el alcance del concepto se restringe. La mayoría de los cuerpos extraños de -- cualquier naturaleza que penetren en faringe, se atascan en la porción superior -- del esófago, en ambos lados de la laringe, en uno de los senos piriformes o en -- la vallécula.

Si no se trata de un cuerpo extraño de forma aguda o puntiaguda, que -- generalmente lacera la pared posterior de la garganta, los cuerpos extraños, -- particularmente si son esféricos, pasan al esófago, ganan la laringe o terminan -- por incrustarse en una de las amígdalas o detrás de un pilar amigdalino.

Tratando de ser más precisos, el sitio más común donde se asientan o -- se enclavan los cuerpos extraños de la garganta, son los pilares amigdalinos y -- las amígdalas propiamente dichas y, siendo aún más específicos, en las crip-

tas amigdalares, entre los pilares o en la fosita del pilar posterior.

La sintomatología de los cuerpos extraños alojados en la faringe aunque no puede dar lugar a mucha confusión, se debe tener en cuenta que muchas de las veces, se cree tener todavía un cuerpo extraño alojado en cierta región, pero lo que realmente sucede es que ya ha descendido a planos inferiores y esta sensación de "tener algo" se debe en la mayoría de los casos, a la erosión de la mucosa u otra lesión producida por el paso forzado, la consistencia, la aspereza y aún la posición en que dicho cuerpo pasó por la faringe.

Como ha sido mencionado en otra ocasión, debe tenerse en cuenta - las personalidades psiconeuróticas que parecen tener predilección "por sentir o tener" cuerpos extraños intra-faringeos, aunque en realidad nunca los hayan ingerido. Condición esta que se conoce con el nombre de "bolus histericus".

En resguardo tanto de la salud del paciente, como del prestigio profesional, es recomendable que el médico no se precipite a emitir un diagnóstico negativo definitivo, a pesar de haber realizado una meticulosa y esmerada inspección, ya que muchas veces a pesar de un buen examen, ha sucedido que el cuerpo extraño permanece en lugares inaccesibles, tal como en la fosita situada detrás del pilar posterior y el paciente lo expulsa

tardíamente.

Como maniobra diagnóstica auxiliar es de tener en cuenta aquella de empujar la laringe o la traquea, orientándola hacia el punto donde se siente la molestia, la presión en el lado opuesto, provocará molestias y dolor, si en realidad persiste algún cuerpo extraño sospechoso.

CUERPOS EXTRAÑOS EN OIDOS: (Síntomas, cuadro clínico y complicaciones)

A diferencia de lo que señalamos en la descripción del cuadro sintomático correspondiente a la garganta, donde los cuerpos extraños o las secuelas de su permanencia o paso por esta región anatómica, hacen que su sintomatología se manifiesta, en nuestra investigación encontramos un caso de cuerpo extraño en conducto auditivo externo (perla de vidrio) que había estado alojada por cinco años sin provocar síntomas evidentes. De tal manera que muchos cuerpos extraños en el conducto auditivo externo, dependiendo lógicamente de su naturaleza, tamaño, forma, localización o enfermedad pre-existente, pueden permanecer en esta parte del oído durante mucho tiempo sin llegar a poner en evidencia sintomatología alguna, tal es el caso de la arenilla de mar, cuerpo intra-auricular tan frecuente y que pasa desapercibido y sin producir sintomatología manifiesta.

Las molestias ocasionadas serán directamente proporcionales al tamaño y proximidad del objeto con la membrana del tímpano. Si el cuerpo extraño está alojado en la porción ósea, habrá sensación de presión y dolor en el conducto au-

ditivo. Muchas veces la queja frecuente del enfermo será de subido de oídos y autofonía, otras veces simple cosquilleo o prurito; es frecuente el dolor moderado. Puede así mismo tenerse el hallazgo de tejidos adyacentes -- con franca reacción inflamatoria de diverso grado. Si la oclusión del conducto es real o virtualmente completa, el paciente acusará sensación de plenitud disminución de la agudeza auditiva y hasta sordera de variable magnitud.

La sensación de prurito es común y causa de múltiples molestias, algunos autores han observado en no menos de una ocasión, tos refleja que se explica por irritación de la rama auricular del vago, puede haber también vértigos; sin embargo, vale la pena mencionar con cierto énfasis, que lo que más molestia y angustia causará al paciente, son los cuerpos extraños animados, -- particularmente los que dan la sensación de arrastrarse, los que aletean o los de movimientos de contorsión como es los casos de miasis.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de los cuerpos extraños en el conducto auditivo externo se basa en una buena historia clínica proporcionada por el paciente, los padres, o su acompañante, en la sintomatología típica y en un acucioso examen clínico auxiliado de buenos instrumentos, o cuando menos otoscopio y adecuada iluminación.

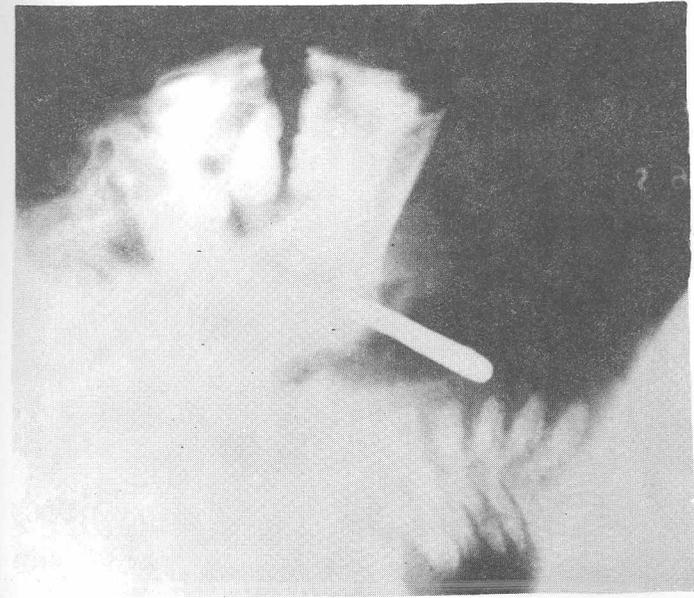
COMPLICACIONES:

Las complicaciones más comunes que pueden encontrarse, son erosiones del conducto auditivo, ya sea causada por el paso del cuerpo extraño o por manipulaciones; ruptura de la membrana del tímpano, accidente de elevada frecuencia, que puede también ser causado por el objeto mismo o ser de etiología iatrogénica; infección secundaria, hemorragia de poca intensidad por la laceración o manipuleo; otitis externa y hasta sordera temporal o permanente.

AUXILIO RADIOLOGICO:

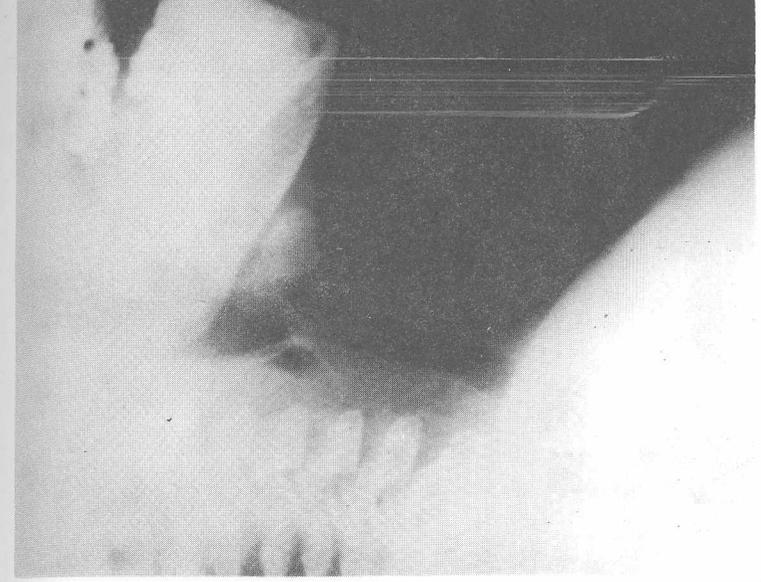
Los rayos X o más bien dicho las técnicas radiológicas pueden ser un auxiliar importante en los procedimientos diagnósticos de cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta, si bien es cierto que su ayuda no reviste la magnitud que tiene para los cuerpos extraños que se alojan en el esófago y particularmente los que se enclavan en el árbol traqueobrónquico, no debe desestimarse su utilidad y debe recurrirse a ellos especialmente cuando se piensa que el objeto extraño sospechoso, pueda ser radio-opaco y siempre debe acudir a ellos lo más inmediato posible a la maniobra operatoria o de extracción. Se recurre más a menudo a este auxilio diagnóstico en casos de cuerpo extraño alojado en faringe o nariz, puesto que los objetos enclavados en el conducto auditivo externo, son más fáciles de visualizar.

Por razones económicas y más que todo para ganar tiempo en beneficio del paciente, antes de ordenar una placa radiográfica o un procedimiento radiológico, debe tenerse en cuenta la naturaleza radio-opaca (es decir que produce sombra visible) o radioluciente (no se dibuja o produce sombra en la placa) de el objeto sospechado. Las sustancias orgánicas vegetales o animales y algunos metales (aluminio) así como materiales de tipo plástico, no se dibujan en las placas radiográficas, sin embargo en casos tales como semillas de durazno, cereza o similares, que son radiolucientes, puede recurrirse a la ma-



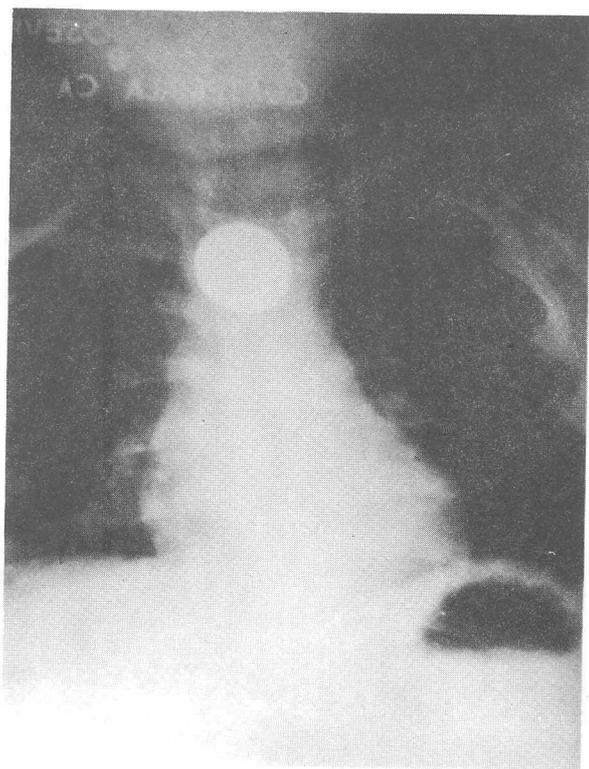
FOTOGRAFIA No. 2.

Radiografía que muestra cuerpo extraño,
 una grampa (laña usada para sujetar a una
 hombre espigada) enclavada en la unión
 faríngeo-esofágica, niño de 3 años de edad.
 Las puntas extrahían dirigidas hacia
 arriba. R. M. 192512. H. R.



FOTOGRAFIA No. 3.

Estudio Radiográfico que muestra cuerpo extraño
 intrafaríngeo: hueso de pescado a nivel
 del pterigote aritenoido-epiglótico. Niño de 2
 años. 5 meses de edad. R. M. 192512. H. R.



FOTOGRAFIA No. 4.

Radiografía que detalla cuerpo extraño intrafaríngeo, moneda de 1 centavo de quetzal en unión faringoesofágica. Niño de 8 años de edad. R.M. 275306. H. R.

niobra radiológica de instilar medios de contraste para que al deslizarse sobre --
su superficie, se dibujen sus contornos, es también conocida la maniobra de dar
a tragar un algodoncito empapado de bario, en aquellos casos de sospecha de --
cuerpo extraño tipo espina de pescado.

TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTOS RECOMENDABLES, INSTRUMENTOS --
MAS USADOS, IMPROVISACION DE ALGUNOS.

El tratamiento o la extracción de los cuerpos extraños de cualquier naturaleza, alojados en nariz, oídos y garganta, puede parecer a prima facie, un procedimiento quirúrgico sencillo, sin embargo muchas de las veces se presentan situaciones de suyo difíciles que requieren experiencia, habilidad, madurez de juicio, instrumentación adecuada, local apropiado así como otros factores físicos que proporcionarán comodidad y seguridad al paciente, así también más probabilidades al cirujano de llegar a un final feliz y exitoso, redundando esto en favor del prestigio del profesional y de la salud del paciente. Describiremos el tratamiento, según las diferentes regiones anatómicas.

NARIZ: (Extracción de cuerpos extraños).

El tratamiento o la extracción de los cuerpos extraños de las fosas nasales, debe ir precedido, como en casos de otras regiones, de un diagnóstico acertado, un escrupuloso examen que haya revelado la naturaleza, localización del objeto a extraer, por tanto la vía de acceso a los cuerpos extraños intranasales dependerá de la naturaleza física y del tiempo que haya permanecido in situ, la extracción aunque sea o parezca el procedimiento más racional, no siempre será fácil de realizarla, particularmente si el objeto está muy enclavado en los tejidos circundantes o ya existe franca reacción inflamatoria. Si se trata de pacientes adultos, las cavidades deben pulverizarse previamente con

anestésicos locales del tipo cocaína, novesina, o-xilocaína tópicos y un vasoconstrictor local; en los niños es más recomendable recurrir a la anestesia general, para facilitar las maniobras y evitar que con los movimientos del pequeño paciente, se produzcan laceraciones u otros traumatismos iatrogénicos de la región. En algunas situaciones particulares puede ser de gran ayuda la maniobra de introducir el dedo por la rinofaringe, con el objeto de impulsar el cuerpo extraño hacia adelante y poderlo coger más fácilmente. Cuando el objeto es redondo y liso como el caso de semillas de nance, cereza, etc. o cuentas de vidrio y no pueden cogerse con pinzas, se recurre a una sonda acanalada simple, a la que se hace una pequeña curvatura en su extremo, o un garfio que puede improvisarse con un simple alambre (un clip por ejemplo), se pasa por detrás del objeto y se tracciona deslizándolo por el piso de la fosa nasal. Si el cuerpo esférico es de superficie regular, lisa, pueden ser extraídos usando una buena aspiración continua, con una sonda de hule cortada a manera de cánula para producir vacío (Ex-vacuo). Muchos recurren a la maniobra de empujar el cuerpo extraño hacia la rinofaringe para facilitar su extracción, pero esto no es recomendable por el peligro que existe de que el objeto se pierda en un lugar inaccesible como es el esófago o el árbol respiratorio.

Insectos: Algunos pequeños hemípteros, dípteros, lepidópteros y arácnidos pueden extraerse con pinzas, ya que la mayoría de las veces mueren por las maniobras de aplastarlos instintivamente cuando penetran.

MIIASIS: Durante algún tiempo se recurrió a drogas anestésicas como el cloroformo para matar por instilación de este líquido volátil, las larvas o sus --- parásitos, sin embargo ultimamente se ha descartado por los peligros que conlleva como cualquier anestésico, así como por sus reacciones locales, aunque sea una solución débil. En estos casos para aliviar al paciente, se procede a la extracción mecánica con buena luz y pinzas, lo cual dará alivio inmediato al paciente. Sin embargo es del conocimiento popular y aún de la profesión médica (al menos en nuestro país) que los lavados y taponamientos con infusiones u hojas de ALBAHACA (nombre vulgar de las especies cultivadas del género OCIMUM de la familia de las labiadas, de las cuales las especies más conocidas son las *Ocimum basilicum*, *Ocimum minimum* O. *sactum* que contienen tanino y un aceite volátil) es un tratamiento 100% efectivo para la expulsión de los gusanos. No se sabe exactamente como actúa, si mediante un tropismo positivo, una acción irritante sobre el gusano u otro mecanismo aún desconocido. Luego debe tratarse la infección secundaria con antibióticos (Penicilinas, Tetraciclinas etc.) a fin de evitar las complicaciones, de las cuales la más temida es la meningitis.

Tratamientos de los rinolitos: Dependerá también del sitio del tamaño, si son pequeños se extraen fácilmente con pinzas, pero si han llegado a alcanzar un tamaño más o menos grande, es recomendable fragmentarlos primeramente y

luego extraer los fragmentos con pinzas romas.

EXTRACCION O TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL OIDO:

Como en los cuerpos extraños de la nariz, debe antes de intantarse el procedimiento, tener un diagnóstico acertado, naturaleza y localización del objeto, así como los antecedentes de que si alguien ha intentado antes la extracción del cuerpo, pues posteriormente podrían deducirse responsabilidades, como laceraciones y rupturas de la membrana del tímpano, que son tan comunes. Uno de los primeros procedimientos terapéuticos en el tratamiento de cuerpos extraños en el conducto auditivo externo, son las irrigaciones con agua caliente a 40 grados y una jeringa adecuada (metálica, émbolo que ajuste bien al cuerpo de bomba, capacidad de 200 cc. o más) el chorro debe dirigirse contra la pared del conducto y no contra el cuerpo extraño, ya que podría arrastrarlo hacia detrás istmo y enclavarlo más.

Debe recordarse siempre que las irrigaciones están contraindicadas en las siguientes situaciones:

- a) Presencia de cuerpos extraños de naturaleza higroscópica como frijoles, granos de maíz y otros cereales (error bastante frecuente).
- b) Cuando los cuerpos extraños sean puntiagudos, minas de lápiz por ejemplo.
- c) En casos en que se tenga sospecha que el cuerpo extraño ha llegado

al tímpano, que con facilidad pueda perforarlo con la maniobra de irrigación o que ya lo haya hecho al introducirse.

d) En casos de otitis media crónica supurada.

2. - Los cuerpos extraños higroscópicos se extraen irrigándolos con aceite mineral o alcohol de 95°. Debe también utilizarse alcohol en aquellos casos en que habiendo supurado previamente los oídos, están secos en el momento del tratamiento.

3. - Los cuerpos extraños animados, todo tipo de insecto, se trata instilando cuidadosamente unas gotas del alcohol en conducto para matarlos y luego extraerlos con pinzas o por irrigaciones. En caso particular de garrapatas, que son frecuentes sobre todo en el campo, nunca debe tratar de "arrancarse" como método inicial de extracción. Es ya conocido entre el vulgo el procedimiento de quemar previamente el cuerpo del insecto con la brasa de un cigarrillo o cortárselo con una tijera.

El cerumen endurecido o sus tapones, que no se desprenden con las irrigaciones simples de agua caliente, debe previamente emblandecerse con instilaciones repetidas de agua de bicarbonato, agua oxigenada, glicerina o combinaciones de ellas. En el comercio existen productos (Auralyt) que no son sino glicerina con un analgésico (antipirina) y un anestésico local (benzocaína). Si habrá de recurrirse a la extracción mecánica de los objetos extraños, usando pinzas y toda la gama de instrumentos disponibles, el médico o cirujano --

debe tener conciencia plena de su habilidad y de sus conocimientos anatómicos de la región. La maniobra quirúrgica se ejecutará a lo largo de la pared antero-inferior ya que en este punto la distancia a la membrana del tímpano es mayor especialmente en el niño que desde la pared póstero-superior. En los niños y adultos se requiere la anestesia general. Pocas veces tendrá que recurrirse a una incisión endoaural para extraer cuerpos extraños del oído, está recomendada en cuerpos extraños tan duros que haya sido imposible romperlos o que las maniobras o el paciente los hayan empujado detrás del istmo o al oído medio. En la extracción de cuerpos extraños del oído como de cualquier otra región, debe tenerse en cuenta que la primera oportunidad es la "oportunidad dorada".

TRATAMIENTO O EXTRACCION DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS INTRAFARINGEOS:

Como en las otras dos regiones descritas anteriormente, se deben tener las consideraciones diagnósticas básicas. Será posible emplear el laringoscopio siempre que el objeto esté situado en la parte inferior de la faringe, en tales casos se usan las pinzas adecuadas (de Lucae por ej) y se extrae el objeto pinzándolo. Debe tenerse en cuenta el reflejo faríngeo y para calmarlo se emplean las atomizaciones o pulverizaciones con un anestésico local y sedación más o menos profunda con barbitúricos y un antihistamínico y un anticolinérgico (morfinona, atropina).

Se han ideado multitud de pinzas para diferentes cuerpos extraños (cani

cas) ganchos imperdibles abiertos etc. , (más de 15 diseños). Los cuerpos extraños intrafaríngeos, uno de los cuales más común, las espinas de pescado, - en la mayoría de los casos se insertan en las amígdalas y se hacen por su naturaleza, invisibles, por lo que se recurre a la maniobra de introducir un algodón seco para que se quede prendido y sirva como guía del sitio donde se encuentra el supuesto cuerpo extraño.

Después de la extracción de un cuerpo extraño intrafaríngeo, subsiten durante algún tiempo una serie de sensaciones molestas (Bolus histericus).

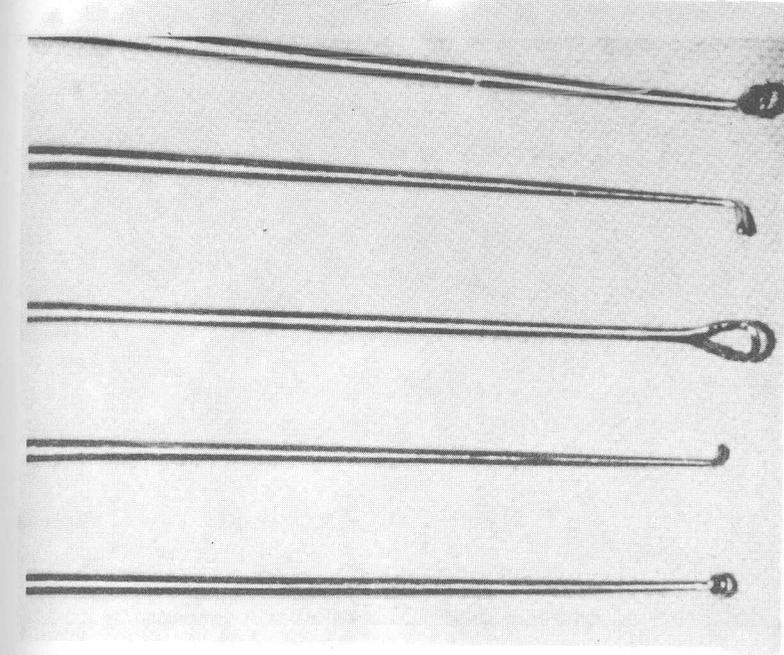
INSTRUMENTOS USADOS:

En los procedimientos otorrinolaringológicos, uno de ellos la extracción de cuerpos extraños, es imprescindible contar con un espejo frontal, un juego de otolaringoscopia eléctrica o de baterías o cualquier fuente de luz adecuada, para tener una buena visualización de la región anatómica y del cuerpo extraño en sí. El espejo frontal tiene la ventaja de dejar libres las manos para usar los otros instrumentos. El especialista tiene indudablemente, o debería tener toda una serie de instrumentos adecuados para cada región anatómica o la forma y consistencia del cuerpo extraño, sin embargo, muchos de los instrumentos dependerán de la imaginación y el genio creador o la inventiva del médico. Los instrumentos más corrientes e indispensables son: Espejo frontal, otoscopios, espéculos nasales, aplicadores, cucharillas de cerumen, aspiradores de

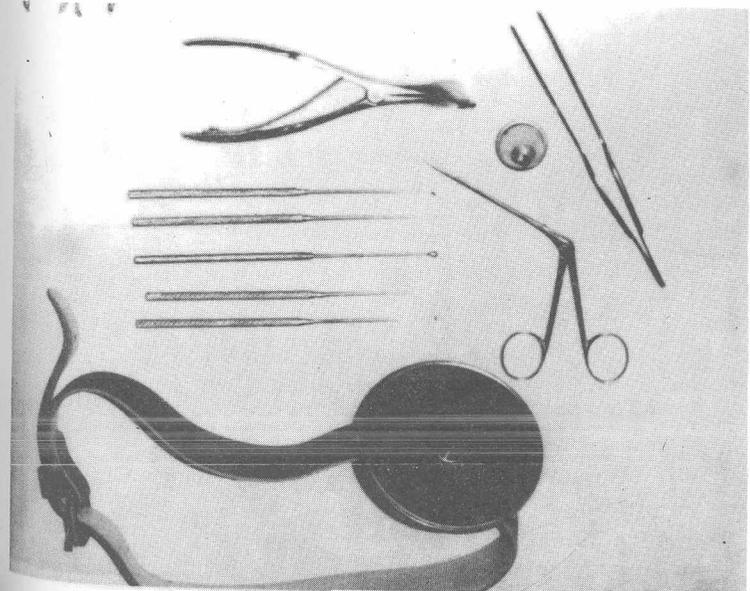
vacio, pinzas de LUCAE (bayoneta) pinzas de WULLSTEIN y aglunos instrumentos más como los que se muestran en las fotografías, creados por médicos guatemaltecos. (Ver fotos Nos. 5, 6 y 7).

OBJETIVOS:

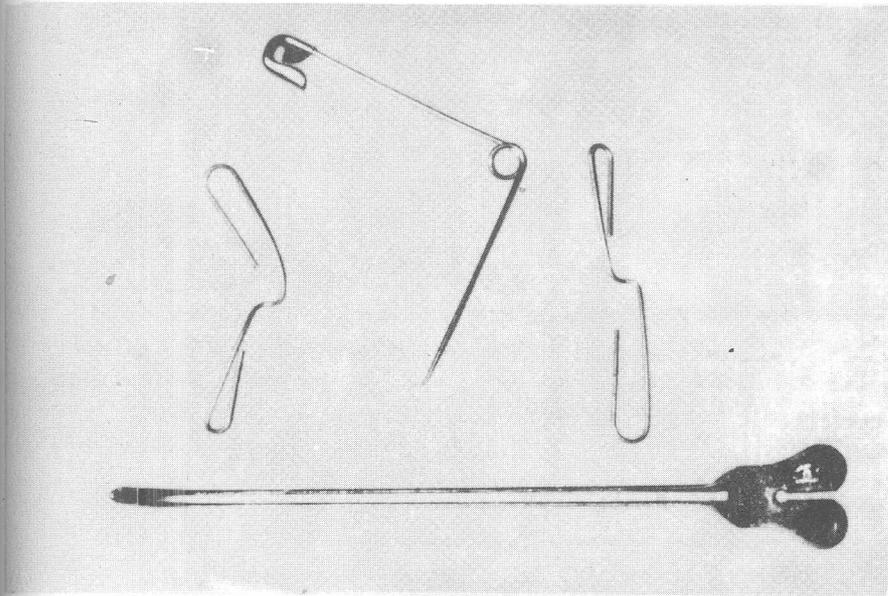
Hacer una recopilación y resumen en forma analítica del material bibliográfico disponible en nuestro medio, así como de la documentación existente en los archivos del Hospital Roosevelt, constituido por los registros médicos clínicos, libros de registro de pacientes tratados en las emergencias de cirugía, tanto de adultos como de pediatría, a fin de poner en manos del cuerpo médico nacional, y del estudiante todas las experiencias, con base en estudios estadísticos de los casos tratados en los diferentes servicios del Hospital Roosevelt, para así poder sacar conclusiones prácticas, recomendaciones útiles y objetivas para la aplicación de procedimientos y conducta adecuadas en pro de un tratamiento eficaz y provechoso del paciente. Hacer un estudio analítico respaldado con estadísticas de los casos manejados en las emergencias de cirugía y unidad de otorrinolaringología, con énfasis particular en --cuento a grupos etarios, tiempo de evolución, localización, tipo de cuerpo --extraño, complicaciones, errores y tratamiento. Hacer promoción divulgati --va en torno a la importancia del manejo adecuado de estos accidentes con --miras a evitar sus complicaciones, haciendo énfasis en la utilidad práctica de una buena historia clínica, un exámen acucioso y la conciencia de tener --alguna experiencia antes de abordar el caso, máxime si éste se ha estimado --difícil.



FOTOGRAFIA No. 6
Detalle de algunos de los instrumentos fabricados por el médico guatemalteco Dr. Rafaél Chang Lau disponibles en el instrumental de la sección de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt.



FOTOGRAFIA No. 5.
Algunos de los instrumentos indispensables para la extracción de cuerpos extraños en nariz oídos y garganta.



FOTOGRAFIA No. 7.

Algunos instrumentos improvisados de objetos comunes y usados en la extracción de cuerpos extraños.

MATERIAL Y METODOS

En el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt (diferentes secciones) se tratan anualmente un promedio de 29,479 pacientes (año 1969 tomado como muestra) distribuidos así: 22,854 pacientes en las emergencias de adultos y pediatría y 6,625 en los servicios de consulta externa.

Los pacientes atendidos en las emergencias se re-distribuyen así: Emergencias de adultos: 14,103 y 8841 de niños. Se efectúan además 4,127 operaciones quirúrgicas, de las cuales 2,460 son de adultos y 1,667 en niños. Esto nos da un promedio de 80.8 pacientes atendidos diariamente en departamento correspondiendo 62.6 a las secciones de emergencia.

Dentro de estos casos no son poco frecuentes los que se refieren a cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta, así como en otras cavidades anatómicas. En vista de que ya otros autores en trabajos de tesis han tocado el tema de localización de cuerpos extraños en el árbol respiratorio y en el esófago, decidimos abordar el tema de los objetos extraños en nariz, oídos y garganta, con la modesta intención de poner nuestro aporte sobre la materia, a la literatura médica nacional.

Hemos estudiado con dedicación veinticinco casos de cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta que fueron hospitalizados para su tratamiento y cuyos registros clínicos se encuentran codificados como tales de los años 1959 a 1968, hemos además revisado los libros de registros de tratamientos de pacien-

tes efectuados durante un año (1969) en las emergencias de cirugía, así como los casos tratados en la consulta externa de la unidad de otorrinolaringología, tanto en las secciones de adultos, como en pediatría, resultado de esa minuciosa investigación, es el presente trabajo.

Estamos obligados a hacer la aclaración que, aunque hemos considerado los casos de miasis como cuerpos extraños, no aparecen en nuestras investigaciones de los casos registrados, por razones de codificación estadística, -- pero no por ello pretendemos restarle la importancia clínico-patológica que tienen.

VEINTICINCO CASOS DE CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ OIDOS Y GARGANTA QUE NECESITARON HOSPITALIZACION PARA SU TRATAMIENTO:

R E S U L T A D O S

<u>Incidencia en sexo y edad</u>	<u>Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>		
Masculino.....	9	36		
Femenino.....	16	64		
<u>GRUPOS ETARIOS:</u>	0-3	3-6	6-12	12 o más años
No. de Casos:	8	6	7	4
Porcentaje:	32%	24%	28%	16%

La mayor incidencia de accidentes de cuerpo extraño en oídos, nariz y garganta, se encuentra en el grupo etario de 0-3 años. Siendo el paciente de menor edad encontrado en los 25 casos, al de 1 año 9 meses y el de mayor edad 62 años.

<u>TIPO DE CUERPO EXTRAÑO:</u>	<u>Numero de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Semillas diversas (frijoles etc.)	10	40%
Cuentas de vidrio, botones etc.	3	12%
Espinas de pescado, huesos etc.	6	24%
Monedas	2	8%
Objetos puntiagudos (clavos, grapas)	1	4%
Dulces (anicillos)	1	4%
Piezas dentarias (canino)	1	4%
Carne (bocado)	1	4%
Total:	25	100%

NATURALEZA DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS: Casos: Porcentaje:

Orgánicos 19 76

Inorgánicos 6 24

Total: 25 100%

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: No. de Casos: Porcentaje:

0 a 24 horas 7 28

1 a 5 días 12 48

5 a 10 días 3 12

10 a 15 días 1 4

15 días a un mes o más 2 8

25 100

EVOLUCION POST-OPERATORIA DE LOS CASOS: Casos: Porcentaje:

Satisfactoria 21 84

Supuración de conducto auditivo por más de un año 1 4

Persistencia de dolor en orofaringe 1 4

Fallecimientos inmediato despues de su ingreso al Hospital 1 4

Supuración y sordera tempora 1 4

25 100

El caso reportado como dolor en orofaringe, no se atribuyó ni al accidente del cuerpo extraño en sí, ni a las maniobras de extracción, sino a la personalidad neurótica del paciente, catalogándoseles como D. N. V. -- (Distonía neurovegetativa) Bolus histericus diríamos nosotros.

Al caso de fallecimiento inmediato al ingreso, dado a su estado de gravedad, no hubo tiempo de administrarle otro tratamiento, sino oxígeno directo a pesar de lo cual evolucionó a la anoxia, asfixia y muerte.

TRATAMIENTO: Numero de Casos: Porcentaje:

Extracción bajo anestesia general 12 48

Extracción bajo anestesia general y antibióticos 3 12

Anestesia bajo anestesia general extracción de coágulos, tratamiento de otitis media. 1 4

Instilación de glicerina, lavado, - extracción mecánica bajo anestesia general y antibióticos. 1 4

Traqueostomía y laringoscopia altas y extracciones bajo anestesia general 1 4

Esofagoscopia y extracción bajo anestesia general. 1 4

Extracción indirecta (por las coanas) bajo anestesia general 1 4

Amigdalectomía bilateral 1 4

Administración de enzimas (jugo de Carica Papaya) 1 4

Maniobras de arrastre mecánico 1 4

Administración de Oxígeno directo 1 4

Traqueostomía u laringotraqueoscopia, extracción bajo anestesia gral. 1 4

25 100%

<u>LOCALIZACION:</u>	<u>Número de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Conductos auditivos externos	11	44%
Fosas nasales	2	8%
Faringe (diversas regiones)	12	48%

<u>DISTRIBUCION:</u>	<u>Número de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Conducto auditivo derecho	4	16%
Conducto auditivo izquierdo	5	20%
Ambos conductos auditivos	2	8%
Fosa nasal derecha	1	4%
Fosa nasal izquierda	1	4%
Unión faringo-esofágica	3	12%
Unión faringo-amígdala	1	4%
Unión Faringo-laríngea	1	4%
Faringe propiamente dicha	3	12%
Amígdalas	2	8%
Nasofaringe	1	4%
Orofaringe	1	4%
Total:	<u>25</u>	<u>100%</u>

<u>TIEMPO DE EVOLUCION:</u>	<u>Número de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
De 0-24 horas	13	52%
De 1-10 días	6	24%
De 10-30 días	0	00%
De 1-2 meses o más	6	24%
	<u>25</u>	<u>100%</u>

De los 25 casos, 21 necesitaron anestesia general para su tratamiento, las traqueostomía efectuadas (2) fueron para aliviar la dificultad respiratoria. La administración de enzimas (jugo de Carica Papaya) se usó como tratamiento para un pedazo de carne enclavado en la faringe, y finalmente la administración de oxígeno fué para un caso de absceso perifaríngeo y peritracqueal atribuido a cuerpo extraño alojado en esta región y que se complicó con anoxia aguda y asfixia y asfixia y finalmente muerte.

<u>SINTOMATOLOGIA.</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje:</u>
Dolor local	5	20%
No referían síntomas	2	8%
No describían síntomas en nota médica	2	8%
No describían síntomas en nota médica	2	8%
Dolor local y disminución de la agudeza auditiva	1	4%
Dolor local, náusea, vómitos y fiebre	1	4%
Dolor local y sensación de cuerpo extraño	1	4%
Disnea intensa y palidez	1	4%
Sensación de cuerpo extraño y esputo con estrías sanguinolentas	1	4%
Epistaxis al sonarse, rinorrea fétida	1	4%
Sensación de cuerpo extraño, dolor y disfagia	1	4%
Afonía, fiebre y tumefacción en el cuello	1	4%
Dolor local y disfagia	1	4%
Constipación nasal, otalgia homolateral, sordera	1	4%
Estridor laríngea y "atragantamiento".	1	4%

Continúa.....

Disfagia.	1	4%
Dolor, hemorragia y erosión mucosa (o)	1	4%
Dolor local, disfonía y disfagia.	1	4%
Dolor local tinnitus	1	4%
Asfixia, tos paroxística, cianosis y voz "gangosa"	1	4%
	<u>25</u>	<u>100%</u>

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ENCONTRADAS EN LOS VEINTICINCO CASOS DE CUERPOS EXTRAÑOS QUE NECESITARON HOSPITALIZACION PARA SU TRATAMIENTO.

	No. Casos:	Porcentaje:
Ninguna complicación post-operatoria	9	36%
Intentos fallidos de extracción por médico general.	7	28%
Laceraciones de conductos auditivos, fosas nasales o garganta	4	16%
Rupturas de la membrana timpánica	6	24%
Enfermedad o complicación pre-existente atribuída al cuerpo extraño (otitis externas o medias, sinusitis crónica, desviación del tabique).	6	24%
Extracciones incompletas o sospecha	2	8%
Errores (lavado con agua en presencia de cuerpos higroscópicos)	1	4%
COMPLICACIONES FATALES (absceso perifaríngeo y peritraqueal, anoxia y asfixia aguda, atribuidos a cuerpos extraños intrafaringe ya manipulado y que murió en la emergencia).	1	4%
Infecciones post-operatorias (otitis externas o medias etc.).	4	16%
	<u>25</u>	<u>100%</u>

Algunos pacientes presentaron dos o más complicaciones de las descritas.

AUXILIO RADIOLOGICO.

De los veinticinco casos de pacientes con cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta que tuvieron necesidad de ser hospitalizados para su extracción, y los cuales tenían sus respectivos registros clínicos y estaban codificados como "cuerpos extraños" en sus respectivas regiones anatómicas, ONCE (11), casos recurrieron al auxilio de los rayos "X", de los cuales CINCO (5)

casos resultaron positivos y sus estudios radiológicos fueron de ayuda diagnóstica. REVISION DE LA MEMORIA DE LABORES DE LA SECCION DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVEL. EFECTUADAS DESDE EL MES DE FEBRERO DE 1970, FECHA EN QUE INICIO SUS LABORES, AL MES DE JULIO DE 1970.

Total de pacientes atendidos en la Consulta Externa. 5,571

Distribuidos así:

Adultos.....	3,801
Niños.....	1,770
Tratamientos efectuados.....	3,703
Operaciones efectuadas.....	799
Distribuidas así:	
Adultos.....	490
Niños.....	309

CUERPOS EXTRAÑOS EXTRAIDOS EN OPERACIONES:..... 11

CUERPOS EXTRAÑOS EXTRAIDOS EN CONSULTA EXTERNA... 102

TOTAL..... 113

Esta cifra nos da un promedio de 6.6 cuerpos extraños extraídos de oídos, nariz y garganta, mensualmente.

Resultados de la Investigación Realizada en los Libros de Control de Tratamientos Efectuados en las Secciones de Emergencia y Pediatría, Departamento de -- Cirugía, Hospital Roosevelt.

(Tomado un año, 1969 a manera de muestreo)

Como hemos apuntado con anterioridad, en las secciones de emergencia de adultos, se atienden 14,103 pacientes y 8,841 en la de Pediatría, lo que hacen un total de 22,854 pacientes; los datos de nuestra investigación arrojan los siguientes resultados:

ADULTOS (Sección de hombres)	No. de Casos:
Cuerpos extraños en oídos	17
Cuerpos extraños en garganta	17
Cuerpos extraños en nariz	0
No describen el cuerpo extraño	20
No describen la región	0
No describen el cuerpo extraño ni la región	5
Consultaron por cuerpo extraño y el examen fué negativo.	2
<u>TOTAL DE CUERPOS EXTRAÑOS EN OIDOS, NARIZ Y GARGANTA:</u>	34

Cifras que nos dan un promedio de 2.8 cuerpos extraños tratados mensualmente.

NIÑOS:

Cuerpos extraños en nariz	77
Cuerpos extraños en oídos	30
Cuerpos extraños en garganta	4
No describe cuerpo extraño ni la región	73
No describe cuerpo extraño	45

Continúa.....

No describen la región anatómica 13

Consultó por cuerpo extraño y el examen fué negativo. 29

TOTAL DE CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ, OIDOS Y GARGANTA: 101

Cantidad que nos da un promedio mensual de 8.4% cuerpos extraños extraídos mensualmente.

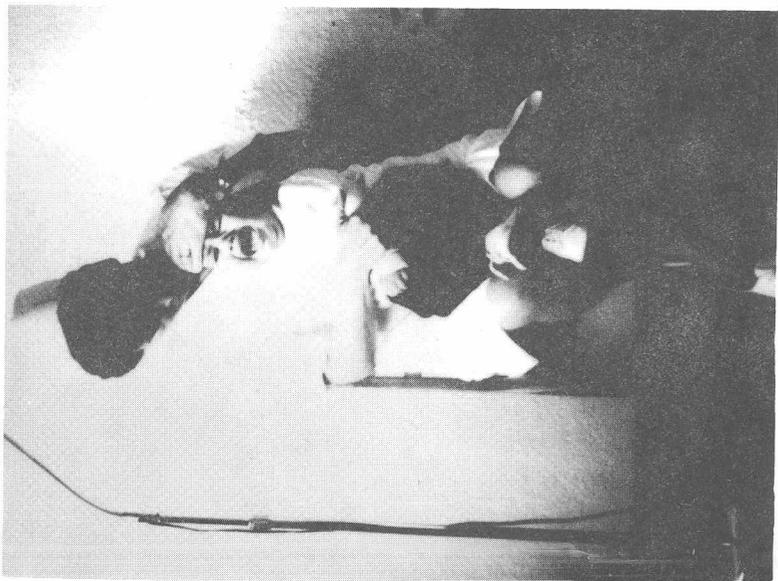
SUMARIO :

Un total de veinticinco pacientes necesitaron hospitalización para la extracción de cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta y cuyos casos se encuentran ordenadamente codificados en los archivos del Hospital Roosevelt, - sus historias clínicas, así como sus estudios radiográficos. Revisados los libros de control de tratamientos efectuados durante un año en las secciones de emergencia de adultos y pediatría, así como la memoria de labores de la sección de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía desde el 1o. de Febrero de 1969, fecha en que esta sección inició sus labores, al 30 de Julio de 1970; todo ello ha sido objeto de nuestro estudio y análisis y, las experiencias, recomendaciones y conclusiones, son el resultado de nuestro trabajo.

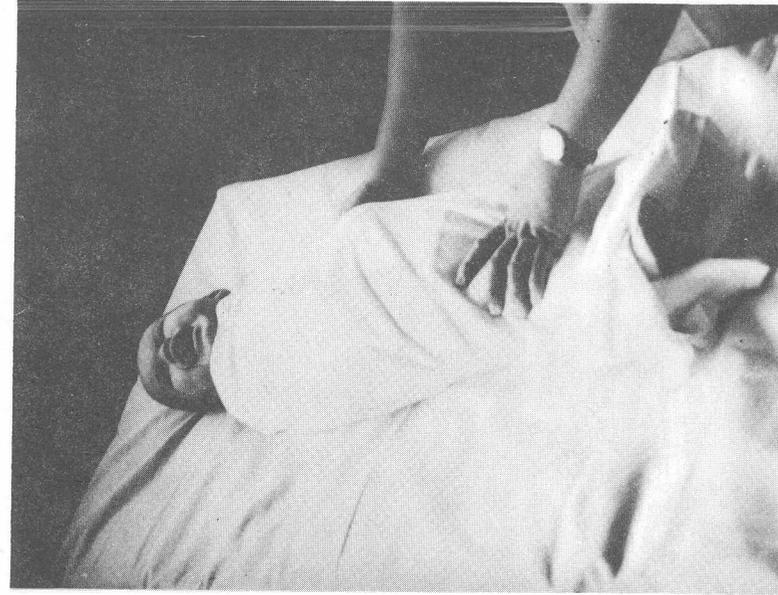
El diagnóstico tiene una base sólida en una buena historia clínica. La manipulación o el intento de extracción en manos inexpertas y contando con escaso é instrumental, puede acarrear complicaciones inmediatas o tardías con lamentables consecuencias para el paciente.

Por lo tanto, desde el principio debe contarse con un mínimo de instrumentos adecuados o imaginación creadora, buena iluminación y un poco de experiencia. Si falla el primer intento, "la oportunidad de oro", dejarlo mejor a alguien con más experiencia o al especialista.

La prevención así como la educación y preocupación por los problemas -

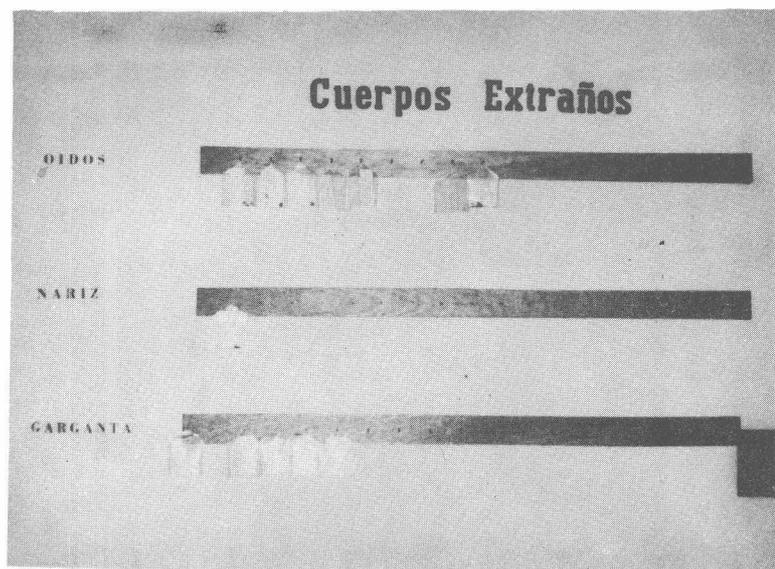


FOTOGRAFIA No 8.



FOTOGRAFIA No. 9.

Dos formas correctas de inmovilizar niños para proceder a la extracción de cuerpos extraños. -



FOTOGRAFIA No. 10.

Exposición de cuerpos extraños extraídos de nariz, —
oídos y garganta con fines educativos que se encuen-
tran en la clínica de consulta externa de Otorrinola-
ringología. Hospital Roosevelt.

de la personalidad y la estabilidad emocional, particularmente del niño, ayudan a disminuir su incidencia y con ella sus complicaciones.

CONCLUSIONES:

1. - Los cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta, es un accidente muy frecuente, particularmente en los niños.
2. - La mayor incidencia de cuerpos extraños en estas regiones se presentan en el grupo etario de 0-3 años.
3. - La variedad de cuerpo extraño más común, lo constituyen los cuerpos extraños inanimados de naturaleza orgánica.
4. - En niños la localización más frecuente de cuerpos extraños es nariz y oídos, mientras que en adultos es más frecuente en garganta.
5. - Las complicaciones serias más frecuentes en cuerpos extraños del oído lo constituyen la ruptura timpánica y la infección secundaria.
6. - Los intentos fallidos de extracción, son comunes en manos poco experimentadas.
7. - La primera oportunidad de extracción es la "OPORTUNIDAD DE ORO"
8. - Muchos de los casos enviados al especialista, pudieron haber sido resultados por el médico general.
9. - Si los casos se manejan en la forma adecuada, las complicaciones son mínimas y la evolución satisfactoria. (84% en veinticinco casos).
- 10- El hecho de tener un promedio mensual de 15 cuerpos extraños, respalda -- nuestras conclusiones anteriores.

RECOMENDACIONES

Dada la frecuencia con que se observan cuerpos extraños en nariz, oídos y garganta, debe estimularse en el médico general, el ingenio y habilidad personales para extraer dichos objetos, con el menor daño posible para el paciente y, en caso de no sentirse lo suficientemente competente para afrontar la situación, cumplir con uno de los preceptos del Juramento Hipocrático, el de consultar al maestro o al que más sabe.

Además consideramos necesario recomendar al cuerpo médico, para-médico y al estudiante de medicina, reportar con anotación de localización, tipo o variedad de un cuerpo extraño que se haya tratado, para que los estudiosos que en el futuro emprendan un trabajo, cuenten con material académico, amplio, detallado y completo, así como estadísticas lo más exacto posible, y no solo en cuanto a esta patología sino en cualquiera otra.

Como al profesional de la medicina se le considera poseedor de una mentalidad privilegiada y creadora para resolver situaciones difíciles, algunas del tema que nos ocupa, debe poner en juego su ingenio en la resolución de casos que no debiera haber resuelto el especialista, evitando así pérdida de tiempo valioso. Finalmente consideramos necesario también hacer énfasis en que debe estimularse las actividades docentes de tipo jornadas médica, para poner en manos del médico general que vive alejado de las fuentes y actividades académicas de las gran

des ciudades, conocimientos prácticos catalogados como del dominio del especialista, para una pronta y eficaz atención del paciente necesitado, particularmente los del interior del país.

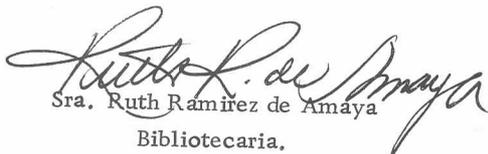
B I B L I O G R A F I A

1. - Allan, William B. et al. Nursing in diseases of the eye, ear, nose and throat, from the Manhattan Eye, Ear and throat Hospital. 9th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1953. pp. 124-165.
2. - Boies, Lawrence R. Foreign bodies, In his: Fundamentals of otolaryngology; a textbook of ear, nose and throat diseases. 3a. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1959. pp. 229-30.
3. - Collis, R. Enfermedades de las vías respiratorias superiores de los oídos y de los ganglios linfáticos del cuello. IN: Ediciones Morata, 1956. p. 519.
4. - Feer, Emilio et al. Tratado de enfermedades de los niños. 10a. ed. trad. por Evelio Salazar y J. González Campo de Cos. Barcelona, Manuel Marin y Co. 1955. pp. 302, 309.
5. - Green, M. and Julius B. Richmond. External auditory canal, In his: -- Pediatric diagnosis. Philadelphia, W.B. Saunders, 1956. p. 47.
6. - Grulee, Clifford G. and R. Cannon Eley. The child in health and diseases; 29th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1952. pp. -- 610, 1129, 1152-3.
7. - Holt, L. E. Jr. R. McIntosh y Henry L. Barnett. Cuerpos extraños En Su: Pediatría. Trad. por Fernando López Bello y José Pérez Lias. México, UTEHA. 1965. pp. 417-426.
8. - Jackson, Chevelier L. and Ch. Jackson, eds. Foreign body in nasal cavity, In: Diseases of the nose, throat, and ear. 2nd. ed. -- Philadelphia, W.B. Saunders, 1959. pp. 33-35.
9. - Lederer, Francis L. Enfermedades del oído, nariz y garganta. Barcelona Salvat, Eds., 1953. pp. 143-46, 523-24, 765.
10. - Nelson, Waldo E. Vías respiratorias altas, En Su: Tratado de pediatría - 5a. ed. Barcelona, Salvat Eds., 1965. pp. 945-946.

Bibliografía...

- 11- Paterson, Donald, and John Ferguson McCreary. Pediatrics, Philadelphia, J. B. Lippincott, 1956. p. 212.
- 12- Robin, Ian G. Foreign bodies. In: Gaisford, Wilfrid. Pediatrics for the practitioner. London, Butterworths, 1954. pp. 331-5.
- 13- Testut, L. y A. Latarjet. Faringe. En Su: Compendio de Anatomía - Descriptiva. 22ava ed. Barcelona, Salvat, Eds. 1959. -- pp. 602-6.
- 14- Testut, L. y A. Latarjet. Sentido del oído. En Su: Compendio de -- Anatomía Descriptiva. 22ava ed. Barcelona, Salvat Eds. 1959. pp. 562-67.
- 15- Testut, L. y A. Latarjet. Sentido del olfato. En su: Compendio de - Anatomía Descriptiva. 22ava. ed. Barcelona, Salvat -- Eds., 1959. pp. 524-27.
- 16- Wilson, T. G. Diseases of the ear, nose and throath in children. New York, Grune & Stratton, 1955. pp. 19-21, 112-13, 283-84.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JUSTO HUMBERTO LAU SANDOVAL

DR. CARLOS DAVILA RANGEL
Asesor.

DR. RAFAEL CHANG LAU
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

Dr. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.