

SÍNDROME OBSTRUCTIVO NASAL

DRA. Gladys Pérez López

Prof.Auxiliar de ORL

ISCMH

Fac.C.M.Fajardo

2015

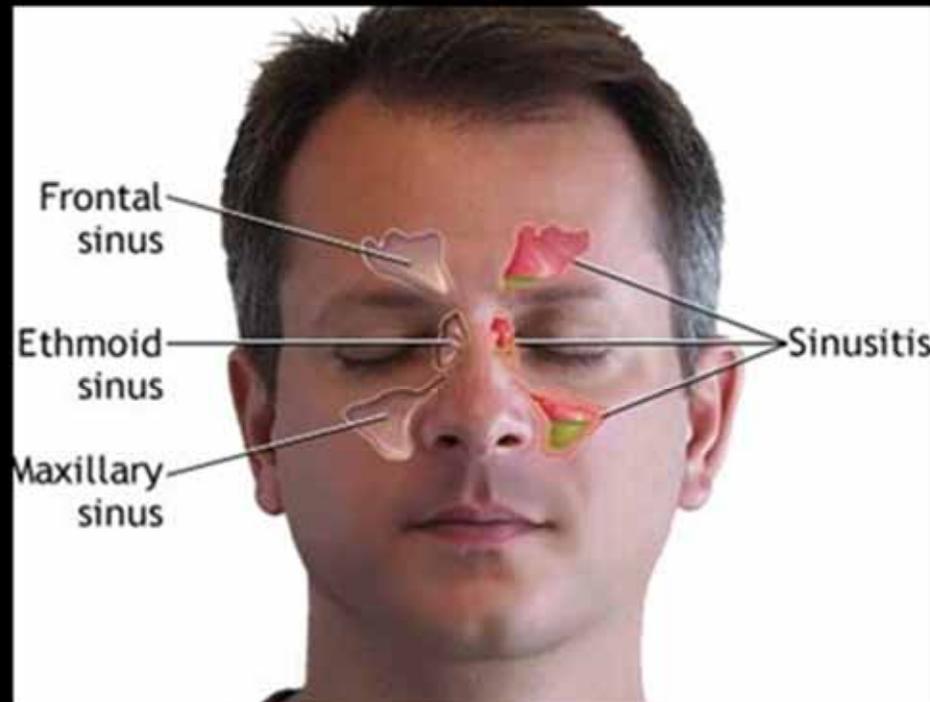
Parte II

Rinoscopia Anterior: Con mucho cuidado se explora ya que hay dolor, observando masas paraseptales, pálidas que si puncionamos obtenemos pus en la jeringuilla.

- Conducta: Realizar cultivo del pus extraído
- Hemograma con diferenciar. Glicemia.
- Tratamiento- Se punciona o incisión y drenaje, el taponamiento nasal es opcional

Los abscesos de cabeza y cuello son polimicrobianos, por lo que se utilizan penicilinas orales asociados a metronidazol pero en dependencia del cuadro clínico puede requerir ingreso y tratamiento parenteral.

- Reposo 10 -15 días
- Amoxicilina 50-70 mg/kg/ 8hrs +Metronidazol 250 mg/8hrs via oral o E.V.
- Dipirona 600 mg/8hrs mientras hay dolor
- Ibuprofeno 400mg/8hrs (5-7 días)



Los senos perinasales se agrupan:

Grupo Anterior(Frontal, etmoides anterior y maxilar)

Grupo posterior (esfenoides, etmoides posteriorio)

El grupo anterior es el más expuesto al ambiente externo por lo que es el que más se afecta.

En los niños menores de 7 años los senos aereados son las celdas etmoidales

- despues se desrrollan los otros senos perinasales

SINUSITIS AGUDA:

Inflamación localizada en la mucosa que tapiza los senos perinasales (SPN)

Puede afectar a uno o varios senos (Polisinusitis, Pansinusitis).

- Favorecidos por la inmunodepresión, anemia, D.M. ,Hipotiroidismo, D.S.N. (obstrucción nasal), clima, sepsis oral, etc.

SINUSITIS MAXILO-ETMOIDAL:

Es la más frecuente en el adulto.

Generalmente cuando hay infecciones del tracto respiratorio superior, gripe.

Etiología: Virus de la Influenza, Rinovirus
H. Influenzae, Estreptococos, Pneumococo

C.Clinico:

SINTOMAS: Dolor en región maxilar y ángulo interno de la órbita, que se exacerba al bajar la cabeza y se acompaña de cefalea vespertina. obstrucción nasal, rinorrea mucopurulenta, hiposmia, rinolalia, edema del párpado inferior.

Signos: Dolor al presionar fosa canina y angulo int.órbita.

R.A. secreciones mucopurulentas. mucosa congestiva.

Diagnóstico: Por la anamnesis,
examen físico y RX S.P.N.(Waters)



TRATAMIENTO:

Local:

Gotas de Efedrina 1% / 8hrs x 7-10 días

Nebulizador o vaporizaciones / 6hrs con hojas de salvia, anamú o eucalipto

Regional:

Tratamiento estomatológico y de focos sépticos.

General:

Antibióticos G+

Antihistamínicos

Analgésicos

Preventivo:

Evitar enfriamiento, Polvo, Natación, vapores irritantes

Complicaciones:

Por descenso del pus

Amigdalitis, otitis, laringitis bronquitis

Endocraneanas: encéfalo-vasculo-meningeas

Oftálmicas y Orbitarias: celulitis orbitaria, neuritis retrobulbar, tromboflebitis vena oft.

A distancia: Endocarditis, nefritis, artritis, .

Rinitis Alérgica:

Reacción antígeno anticuerpo que se pone de manifiesto cuando penetra un alérgeno al organismo, desencadenando una respuesta

C.Clinico:

La coloración de la mucosa nasal varía de pálida a violácea

Prurito nasal y faringeo

Estornudos paroxísticos

Rinorrea acuosa, cefalea

Trastornos de la olfacción

Inyección conjuntival

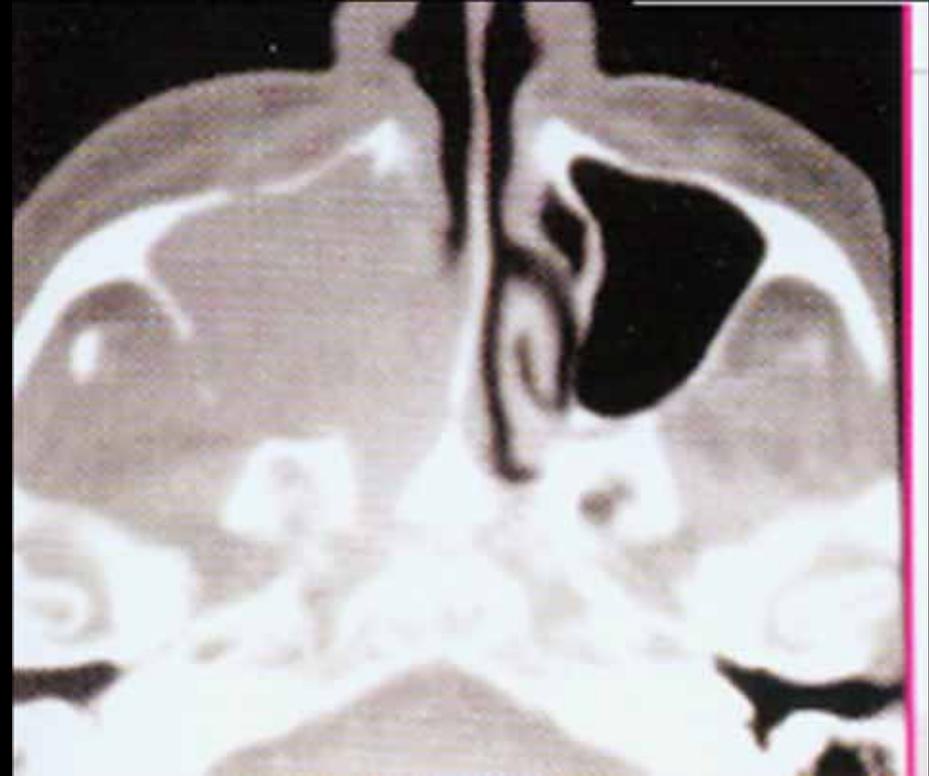
En los estados alérgicos, el edema intenso provoca prolapso del tejido formándose masa de aspecto de uva, blanca, brillante que cuelgan de las FN por pedículos.

POLIPOSIS



Tumor de Fosa Nasal

- Pueden originarse en el tabique, cornete o suelo de la FN.
- Obstrucción unilateral progresiva.
- Epistaxis frecuente y precoz. Dolor Intenso
- Rinorrea. .



Carcinoma Indiferenciado de FN

- Tumor maligno que ocupa e invade la fosa nasal, comprimiendo las estructuras vecinas.



En el tratamiento del S.O.N

- Se trata la causa que lo produce.
- Puede ser médico o quirúrgico.
- Dirigido a restablecer la permeabilidad de las vías respiratorias superiores y a evitar complicaciones.

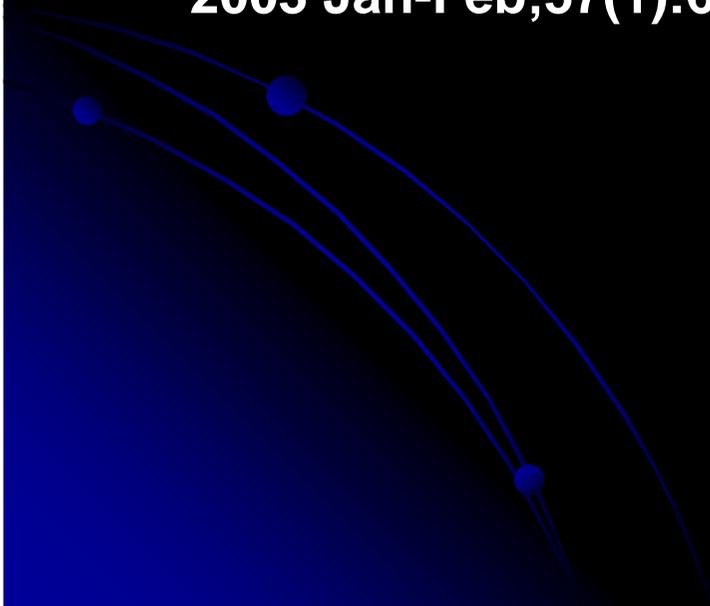
Referencias

- 1-Villar Suárez M. y cols. Editorial Pueblo y Educación, Colección El Estudiante de Medicina, Cuba, 1984, pags. 17-20.
- 2--Ballantyne/Groves Manual de Otorrinolaringología, Ediciones Revolucionarias, Cuba, 1977, págs. 280-290..
- 3- Ballenger J.J. Diseases of the Nose, Throat and Ear. Lea and Febiger Philadelphia, Eleventh Edition 1969, Chapter 5, pages 74-77.
- 4-Paparella M.M., Shumrick D.A., Otorrinolaringología, Cabeza y Cuello, Edic. Rev., Cuba, 1983, cap. 5, pags. 1979-1987
- 5-Hall CE, Shutt LE. Nasotracheal intubation for head and neck surgery. Anaesthesia 2003 Mar; 58(3): 249- 56.

Referencias

6-Schwartzbauer HR, Shete M, Tami TA. Endoscopic anatomy of the sphenopalatine and posterior nasal arteries: implications for the endoscopic management of epistaxis. Am J Rhinol 2003 Jan-Feb;17(1):63-6.

7- Stark RD, Coatesworth AP, Tucker AG. Management of life-threatening epistaxis in a Jehovah's Witness. Int J Clin Pract 2003 Jan-Feb;57(1):60- 1.



FIN

