



OTORRINOLARINGOLOGÍA

PRESENTADO POR: GLORIA CAMILA MOLINA V

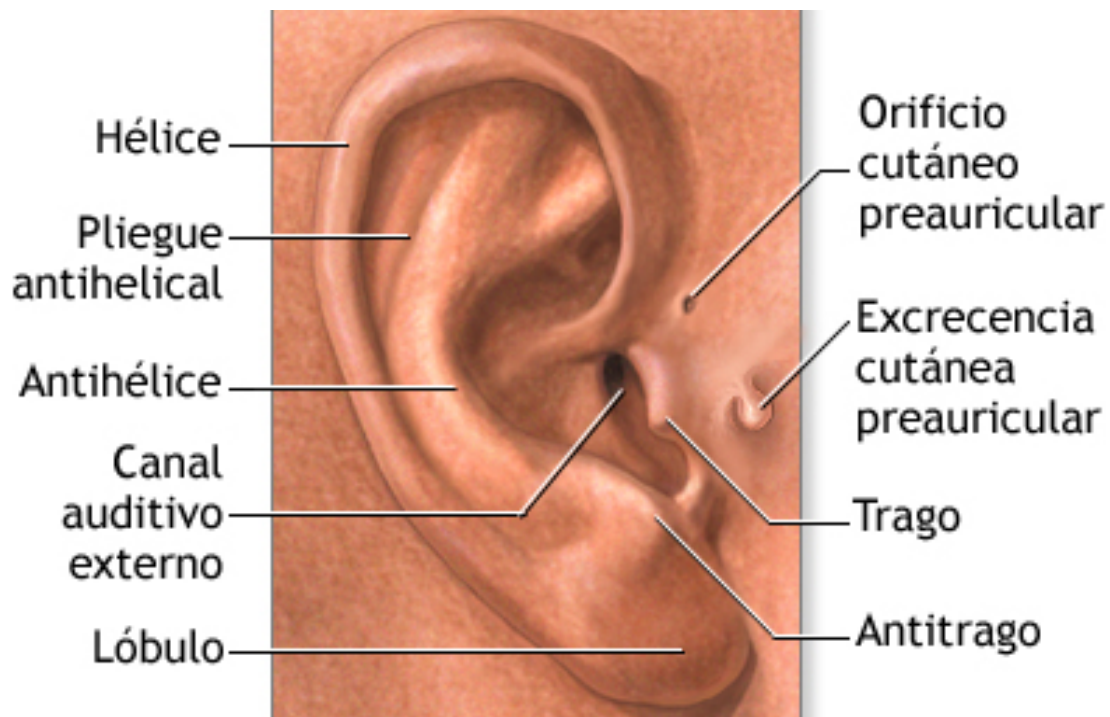


ESPECIALISTAS

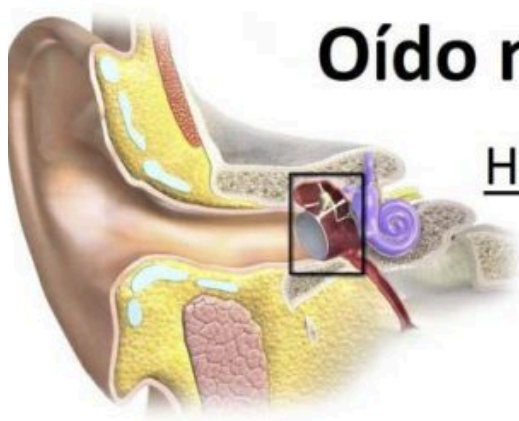


Julio Giraldo 8
Jairo Ivan Berrio 7.5
Carlos Hurtado 7.5

ANATOMÍA DEL OÍDO



REFE https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/1126.htm



Oído medio

Huesecillos del oído

Martillo

Yunque

Estribo

Ligamentos estabilizadores

Conducto auditivo externo

Tímpano

Ventana oval

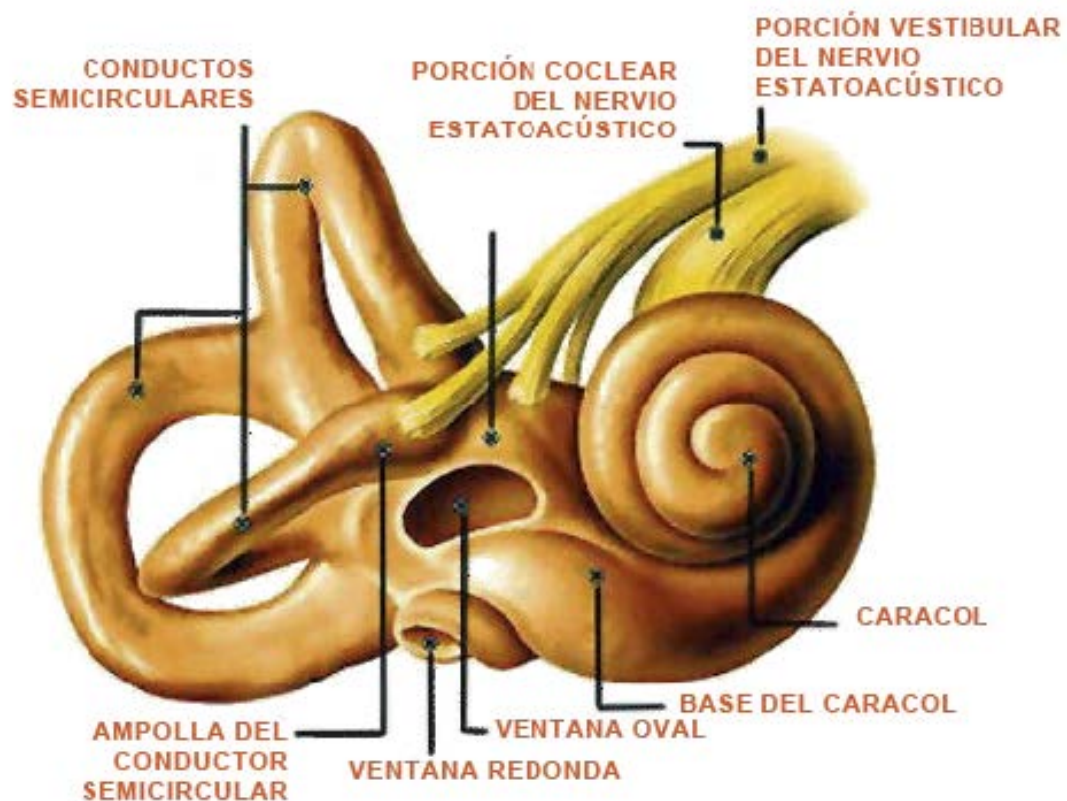
Ventana redonda

Trompa de Eustaquio

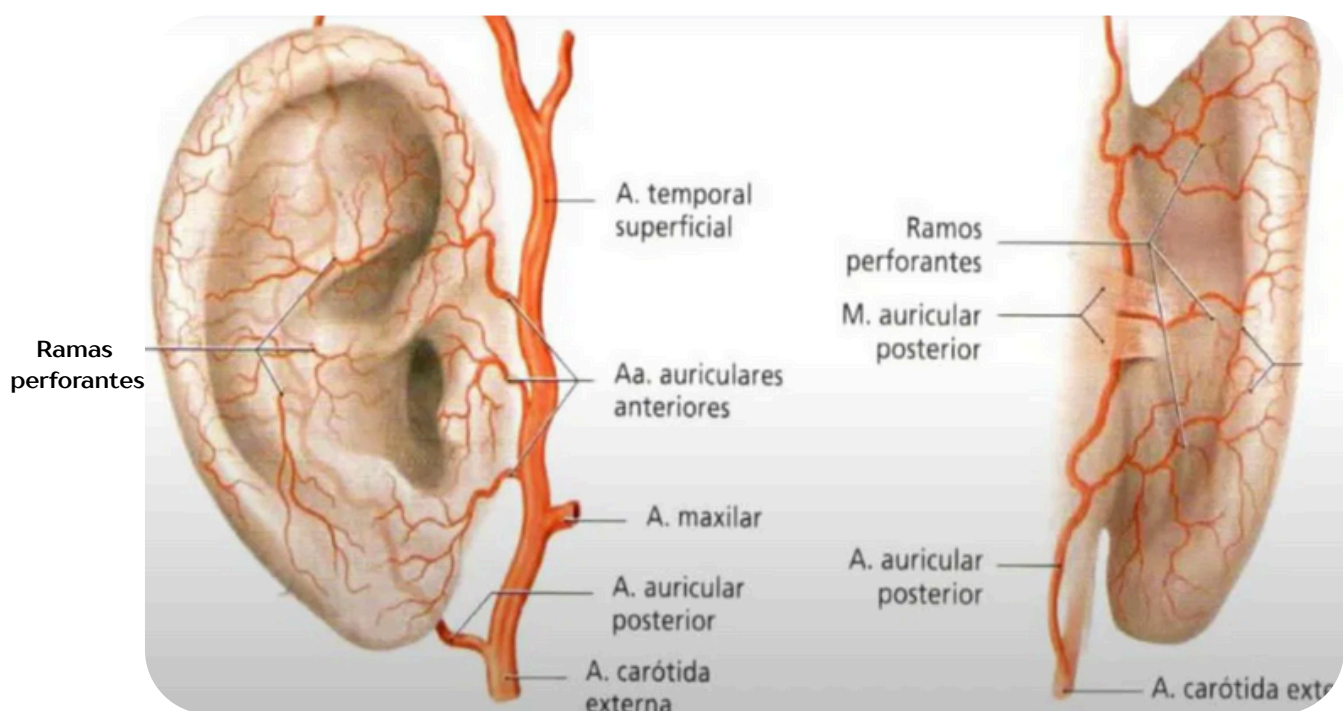
Caja timpánica (oído medio)

REFE <https://opticapiris.com/anatomia-del-oido/>

ANATOMÍA DEL OÍDO INTERNO



IRRIGACIÓN DEL OÍDO



REFE [HTTPS://WWW.UDOCZ.COM/APUNTES/1346827/ANATOMIA-DEL-OIDO](https://www.udocz.com/apuntes/1346827/anatomia-del-oido)

ANATOMÍA DEL OÍDO

El oído se divide anatómica y funcionalmente en tres partes **principales**: el oído externo, el oído medio y el oído interno.

Oído Externo

Es la parte más externa del oído humano y tiene como función principal la captación y conducción del sonido hacia el oído medio. Está formado por dos componentes principales:

Pabellón Auricular (Oreja o Pinna)

Es un tejido musculocutáneo de superficie arrugada unido al cráneo, cuya función es capturar el sonido.

Conducto Auditivo Externo (CAE)

Es un conducto óseo-cartilaginoso que se extiende desde el pabellón auricular hasta la membrana timpánica.

La inervación sensitiva está dada en gran parte por el ramo lateral del nervio auriculotemporal (V3), y por los ramos auriculares del nervio vago (X par craneal) y del nervio facial (VII par craneal). La irritación del CAE puede provocar el reflejo de la tos debido a la inervación del nervio vago.


Membrana Timpánica (Tímpano)

Actúa como la barrera entre el oído externo y el oído medio, uniéndose a la porción timpánica del hueso temporal mediante un anillo fibrocartilaginoso.

Oído Medio (Caja del Tímpano)

Cavidad de forma cúbica llena de aire y recubierta por mucosa, situada entre el oído externo e interno. Su función es transmitir los sonidos (energía mecánica) que recibe del oído externo al oído interno.





Huesecillos del Oído: El movimiento de estos produce vibraciones al impactar el sonido con la membrana timpánica.

- Martillo: Compuesto por cabeza, cuello, mango y apófisis. El mango se inserta en el músculo del martillo y se une con el yunque a través de la articulación incudomaleolar.
- Yunque: Situado en posición intermedia. Se compone de cuerpo y dos ramas (horizontal y vertical).
- Estribo: El hueso más pequeño del cuerpo humano. Se une al yunque mediante la apófisis lenticular y tiene una platina que se sella herméticamente en la ventana oval por el ligamento de Rudinger.

Trompa de Eustaquio (Trompa Auditiva)


Es un conducto que conecta el oído medio con la faringe (rinofaringe).


Anatomía: Conecta la pared anterior del oído medio con la pared lateral de la rinofaringe, a la altura del seno nasal inferior.

- Longitud: Entre 35 y 45 mm en adultos.
- **Función:** Controla y equilibra la presión en el interior del oído medio con la presión del aire exterior. También permite la salida de mucosidad y evita el paso de agentes patógenos de la faringe al oído medio.

Oído Interno (Laberinto)

Se encuentra dentro de la cápsula ótica. Funcionalmente, está dividido en un sector anterior, la cóclea (para la audición), y un sector posterior, la cavidad vestibular y los conductos semicirculares (para el equilibrio)



- 
- Cavity Vestibular: De forma cuadrangular. De la pared externa, superior y posterior se desprenden los extremos de los conductos semicirculares. En su pared anterior se ubica la ventana oval.
 - Conductos Semicirculares:
 - Superior , Posterior, Externo
 - Todos tienen un extremo ampollar. El extremo no ampollar de los conductos posterior y superior se unen para desembocar como uno solo, conocido como cruz comunis.

Cóclea (Caracol)

Estructura hueca en forma de espiral, enrollada en la columela o modiolos con dos vueltas y media de espira. Su función es traducir la información acústica en un impulso nervioso.

- Rampas Cocleares: El tubo coclear está dividido parcialmente por la lámina espiral en tres tubos:
- Rampa Vestibular, Rampa Coclear o Media, rampa Timpánica

Conducto Auditivo Interno (CAI)

Separa la cóclea de la cavidad vestibular y tiene una longitud promedio de 13 mm. El fondo del conducto está dividido por la lámina falciforme.

Nervio Facial y Acueducto de Falopio

MIRINGOTOMÍA

Procedimiento donde se realiza una pequeña incisión en el tímpano (membrana timpánica) por medio de un lente o con microscopio. El objetivo de este procedimiento es aspirar las secreciones (como moco) acumuladas en los espacios del oído medio y permitir la ventilación de dicho espacio.

INDICACIONES

- **Otitis Media Serosa Refractaria:** Que presente hipoacusia transmisiva superior a 25 dB y con una duración mínima de 3 meses.
- **Otitis Media Aguda de Repetición:** Si se padece un número importante de otitis agudas (más de 4 en 6 meses o 6 en 1 año)
- **Derrame o Acumulación de Moco:** Cuando el depósito de moco permanece más de tres meses en el oído medio. Este fluido, a veces muy espeso, puede causar pérdidas auditivas parciales y potencialmente condicionar un retraso en la aparición del lenguaje.
- **Descarte de Fístula de LCR:** Es necesaria una alta sospecha ante un líquido claro seroso o acuoso, o cuando la historia sugiere una fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR), ya que una fístula de LCR puede presentarse como un derrame del oído medio.

INSTRUMENTAL

Equipo de oído
Coca azul
Lente 0° 3mm
Cámara
Guía de luz

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Gasas
Solución salina
compresas
Jeringa de 10cc

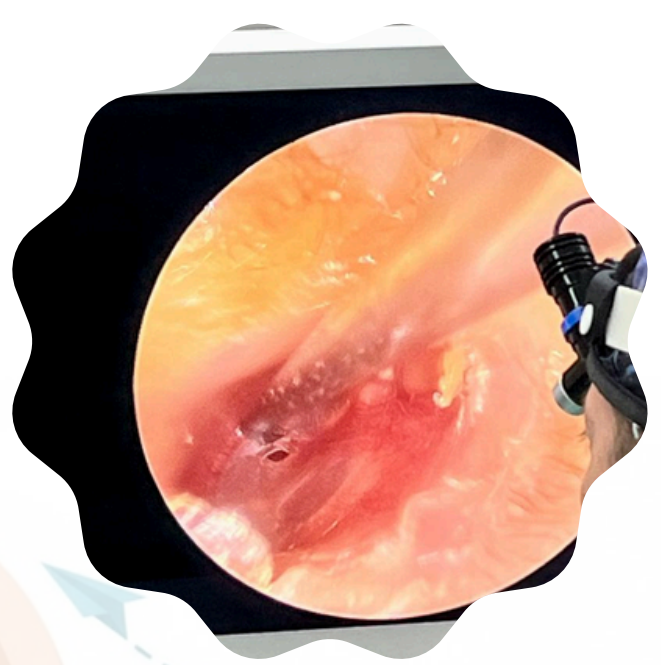
EQUIPO

Torre de laparoscopia



TÉCNICA QUIRÚRGICA

La miringotomía se realiza bajo visión endoscópica, generalmente a través del conducto auditivo externo



En niños, se utiliza anestesia general.

En adultos, se puede emplear anestesia general o local. Las opciones incluyen aplicar un spray de anestesia tópica (por ejemplo, xilocaína) 10 minutos antes del procedimiento,

- Se introduce el lente en el conducto y se mantiene
- se retira cerumen con la cureta
- Se realiza una incisión radial en el cuadrante anteroinferior de la membrana timpánica, alrededor de la región del reflejo luminoso, utilizando un bisturí falciforme
- Una vez realizada la incisión (miringotomía), las secreciones del oído medio se deben aspirar.

Si la miringotomía se realiza sin la colocación de un tubo ventilatorio, la incisión cicatriza de forma espontánea. En ocasiones se coloca un pequeño tubo ventilatorio en la incisión timpánica precisamente para evitar que esta se cierre.

COMPLICACIONES

- Daño a Estructuras del Oído Medio
- Perforación Crónica de la Membrana Timpánica
- Sangrado excesivo



MIRINGOCENTESIS O TIMPANOSTOMIA

Procedimiento donde se realiza una pequeña incisión en el tímpano (membrana timpánica). El objetivo de este procedimiento es la inserción de tubos de ventilación se realiza para favorecer la aireación del oído medio

TIPOS DE TUBOS

Tubos Temporales (Corta Duración):

- Estos tubos suelen permanecer en el oído por un tiempo variable, generalmente entre seis meses y un año o año y medio

Tubos Permanentes o de Larga Duración:

- El tipo de tubo influye en el tiempo de permanencia; existen tubos diseñados para permanecer varios años.

INDICACIONES

- Otitis Media Serosa Refractaria: Que presente hipoacusia transmisiva superior a 25 dB y con una duración mínima de 3 meses.
- Otitis Media Aguda de Repetición: Si se padece un número importante de otitis agudas (más de 4 en 6 meses o 6 en 1 año)
- Derrame o Acumulación de Moco

INSTRUMENTAL

Equipo de oído
Coca azul
Lente 0° 3mm
Camara
Guía de luz

INSUMOS

Guantes
Gasas
Solucion salina
Caucho succión
Compresas
Jeringa de 10cc
Tubo ventilatorio (confirmar en farmacia disponibilidad)

EQUIPO

Torre de laparoscopia



TÉCNICA QUIRÚRGICA

La miringotomía se realiza bajo visión endoscópica, generalmente a través del conducto auditivo externo

En niños, se utiliza anestesia general.

En adultos, se puede emplear anestesia general o local. Las opciones incluyen aplicar un spray de anestesia tópica (por ejemplo, xilocaína) 10 minutos antes del procedimiento,

Incisión (Miringotomía)

- Se introduce el lente en el conducto y se mantiene
- se retira cerumen con la cureta
- Se realiza una incisión radial en el cuadrante anteroinferior de la membrana timpánica, alrededor de la región del reflejo luminoso, utilizando un bisturí falciforme.
- Una vez realizada la incisión (miringotomía), las secreciones del oído medio se deben aspirar

- Se procede a insertar el tubo ventilatorio con micropinza cocodrilo y se acomodarlo

COMPLICACIONES

- Daño a Estructuras del Oído Medio
- Perforación Crónica de la Membrana Timpánica
- Sangrado excesivo



TIMPANOPLASTIA

Procedimiento quirúrgico que se realiza para reparar o reconstruir el tímpano (membrana timpánica). También puede implicar, si es necesario, la reconstrucción de la cadena de huesecillos del oído medio (osiculoplastia)

La timpanoplastia se clasifica comúnmente en cinco tipos, según la extensión del daño y la reparación realizada:

- **Tipo I (Miringoplastia):** Es la reparación de una perforación timpánica mediante la colocación de un injerto sin revisión de la cadena de huesecillos.
- **Tipo II:** Reparación del tímpano y reconstrucción de la cadena osicular, donde el estribo está intacto y funcional.
- **Tipo III (Fenestración):** Reparación cuando el estribo no es funcional, implicando la creación de una ventana en la cóclea y la colocación del injerto en contacto directo con ella.
- **Tipo IV (Columelización):** Reconstrucción de la cadena osicular usando material protésico para reemplazar huesecillos ausentes o no funcionales (estribo y/o yunque).
- **Tipo V (Epifisiodesis):** Similar al Tipo IV, pero se emplea cuando el martillo, estribo y/o yunque están ausentes o no funcionales.

INDICACIONES

- Perforación timpánica: Especialmente perforaciones timpánicas crónicas.
- Otitis Media Crónica (OMC): Incluye la OMC simple, el colesteatoma, o las secuelas de la otorrea.
- Pérdida de audición debido a perforación o disfunción de la cadena osicular.
- Infecciones Crónicas: Cuando hay infecciones crónicas en el oído que no ceden con antibióticos.





INSTRUMENTAL

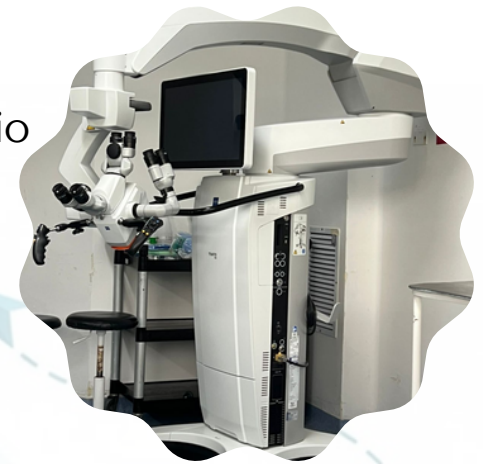
Equipo de oído
Coca azul
Isopos

INSUMOS

Guantes
Gasas
Caucho succión
Azul de metileno
Jeringa de 10cc
Funda de microscopio
Solución salina
Compresas

EQUIPO

Torre de laparoscopia
o Microscopio



TÉCNICA QUIRÚRGICA

Anestesia general

La elección depende del tamaño y la localización de la perforación. Se utiliza el microscopio quirúrgico para una visualización ampliada y precisa.

Se realiza a través del conducto auditivo externo. La vía endoaural implica una incisión con M3 H15 entre el trago y el hélix, ampliando la entrada del conducto.

Pasos Fundamentales

1. Preparación del lecho: Es necesario reseca los bordes y el anillo fibroso que rodea la perforación para eliminar cualquier epidermis residual y promover la cicatrización. Se debe evitar la presencia de epidermis en la cara profunda del remanente timpánico.
2. Colgajo Timpanomeatal: Se eleva un colgajo de piel del conducto hasta el annulus timpánico (colgajo timpanomeatal).
3. Canaloplastia: Puede ser necesaria para ensanchar parcial o totalmente la porción ósea del conducto auditivo externo, lo cual es esencial para ver adecuadamente el anillo timpánico y los bordes de la perforación.



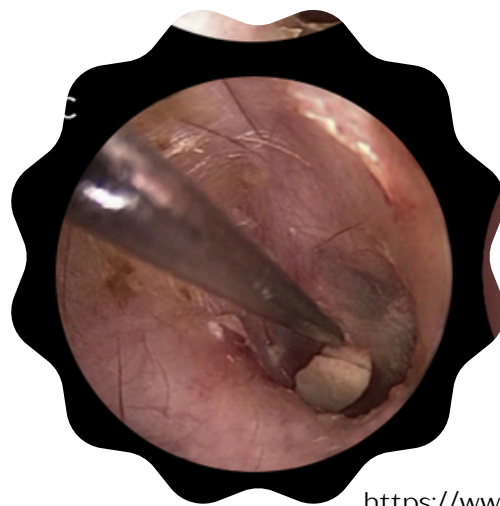
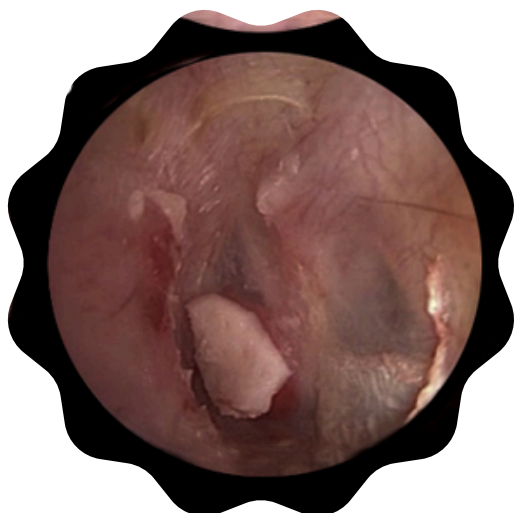
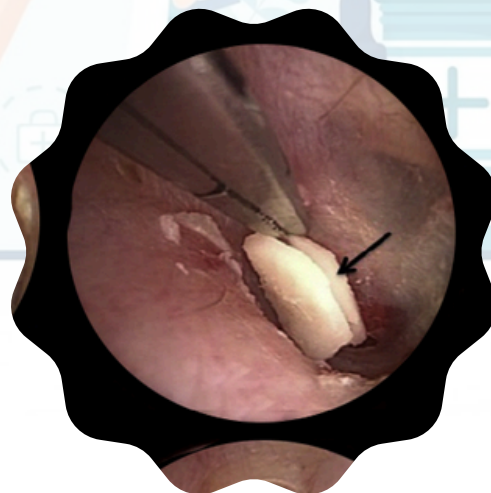
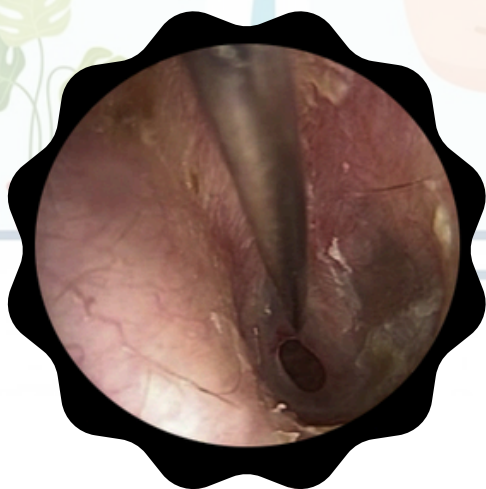
4. Osiculoplastia (si es necesaria): Si hay afectación de la cadena, se puede extirpar, reemplazar o reparar uno o más de los huesecillos. Esto se denomina osiculoplastia.

5. Colocación del Injerto: Se utilizan injertos autólogos (del propio paciente) tomados durante la cirugía.

◦ Materiales Preferidos: La fascia del músculo temporal es el tejido preferible y el injerto de referencia. También se puede emplear cartílago o pericondrio (capa de tejido conjuntivo fibroso que recubre el cartílago de la oreja), a menudo extraídos del trago

COMPLICACIONES

- Daño Nervioso
- ISQ
- Fracaso del Injerto / Reperforación
- Retracción Timpánica



EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO

La extracción de un cuerpo extraño en el oído externo es el procedimiento destinado a retirar objetos alojados en el conducto auditivo externo (CAE).

INDICACIONES

- Elementos corrosivos: Como las pilas tipo botón, que pueden causar daño significativo en pocas horas.
- Especies vegetales: Como semillas (porotos) u otra materia vegetal, ya que pueden hincharse al entrar en contacto con el agua.
- Otras indicaciones: Presencia de síntomas como otorrea u otalgia que se relacionen con la introducción del cuerpo extraño

INSTRUMENTAL

Equipo de oído
Coca azul

INSUMOS

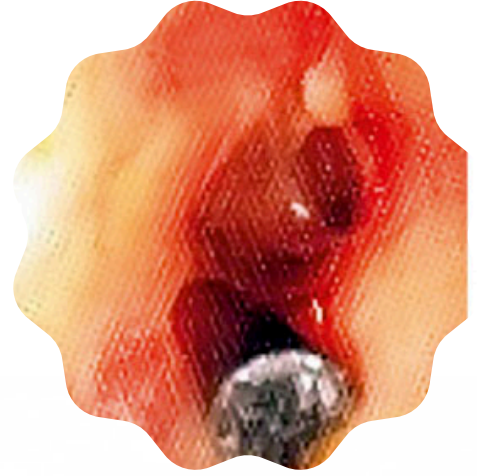
Guantes
Gasas
Jeringa de 10cc
Solución salina
Compresas



TÉCNICA QUIRÚRGICA

Métodos de Extracción(según el objeto)

- Se coloca espejo de oído
- Para objetos que se pueden agarrar (papel, insectos) o duros (perlas grandes). Se utilizan la pinza cocodrilo o el gancho de ángulo recto o cureta para cera. El instrumento debe deslizarse por detrás del objeto para retirarlo suavemente.
- Aspiración (Succión): Para objetos redondos, lisos y difíciles de agarrar (como perlas pequeñas) u objetos blandos.
- Irrigación: Para objetos pequeños y sueltos (arena, tierra, insectos pequeños). Se inyecta un chorro de agua tibia (a temperatura corporal para evitar vértigo)
- Contraindicaciones para Irrigación: No debe intentarse si se sospecha o confirma perforación de la membrana timpánica, si el objeto es blando, vegetal o una semilla (puede hincharse), o si es una batería o imán (acelera el daño).



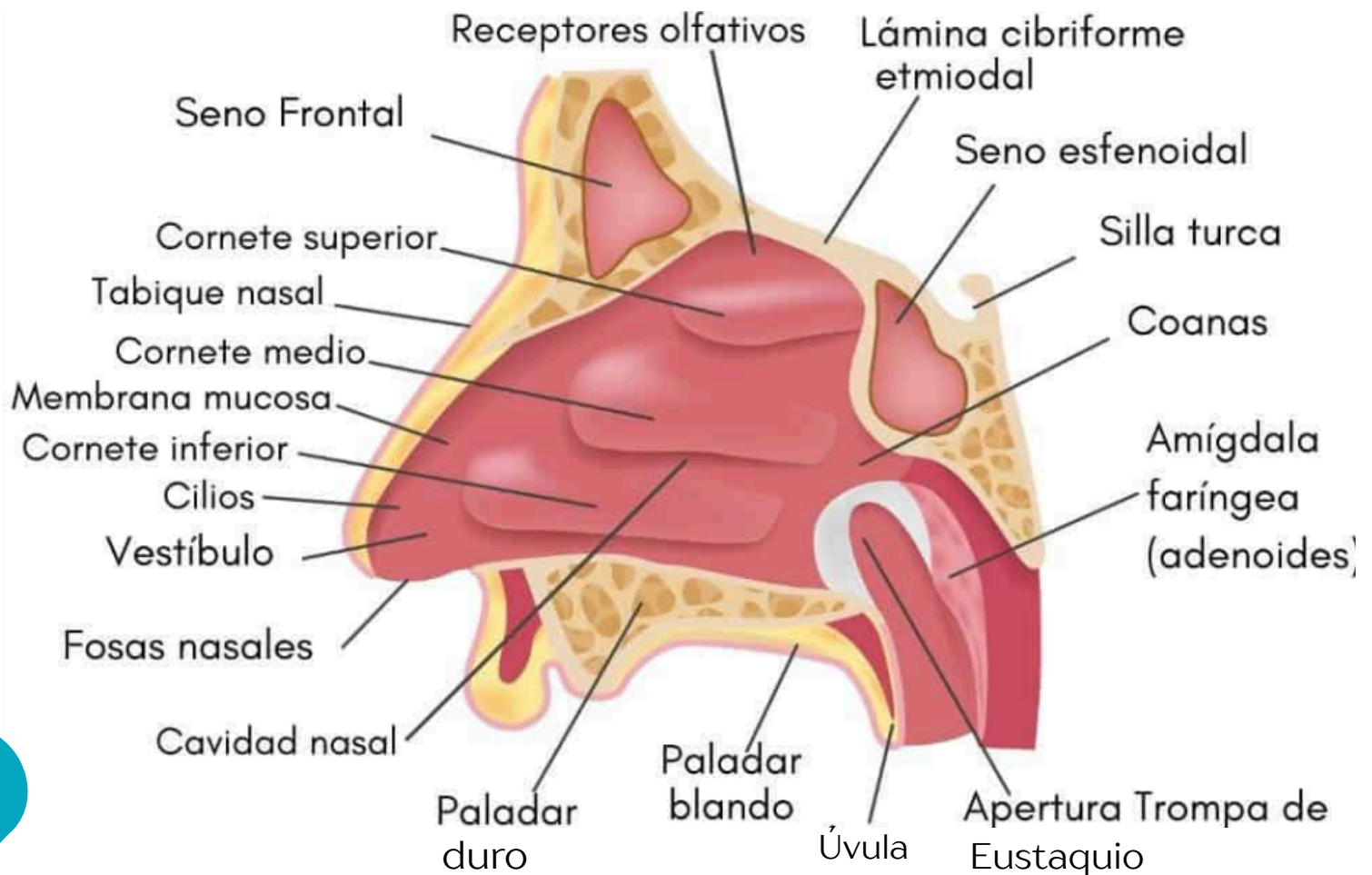
COMPLICACIONES

- Laceración, sangrado o edema de conducto AE
- Impactación: Empujar el objeto más profundamente dentro del canal auditivo externo.
- Lesión Timpánica: Perforación de la membrana timpánica.
- Infección: Infección por materia orgánica retenida o por solución de irrigación.
- Pilas de Botón: Las pilas alcalinas son las más peligrosas y pueden causar necrosis del tejido circundante, lo que puede provocar otitis externa maligna o hipoacusia





ANATOMÍA DE LA NARIZ

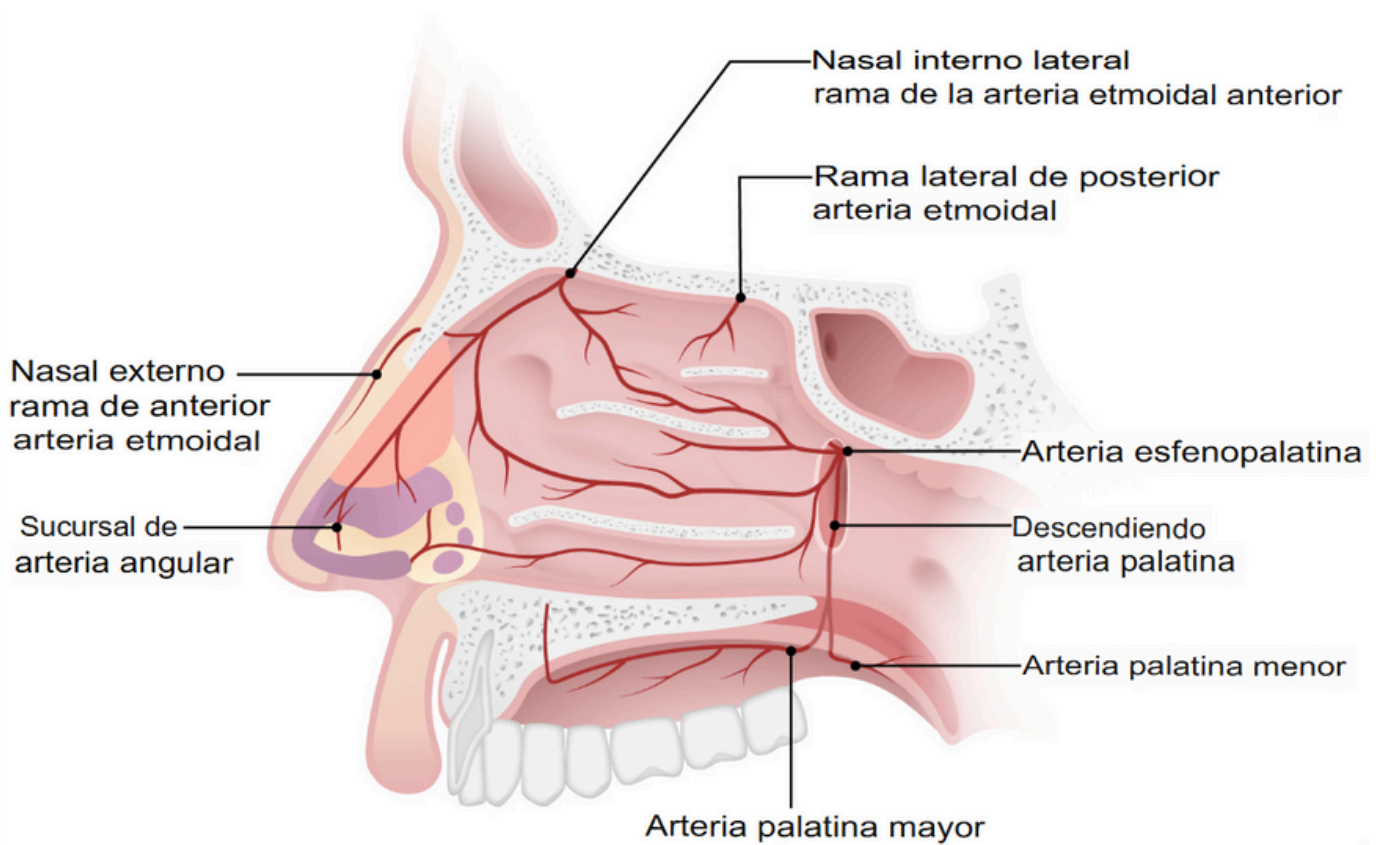


refe <https://paradigmia.com/curso/anatomia-humana/modulos/generalidades-y-esplacnologia-de-cabeza-y-cuello/temas/partes-de-la-nariz/>

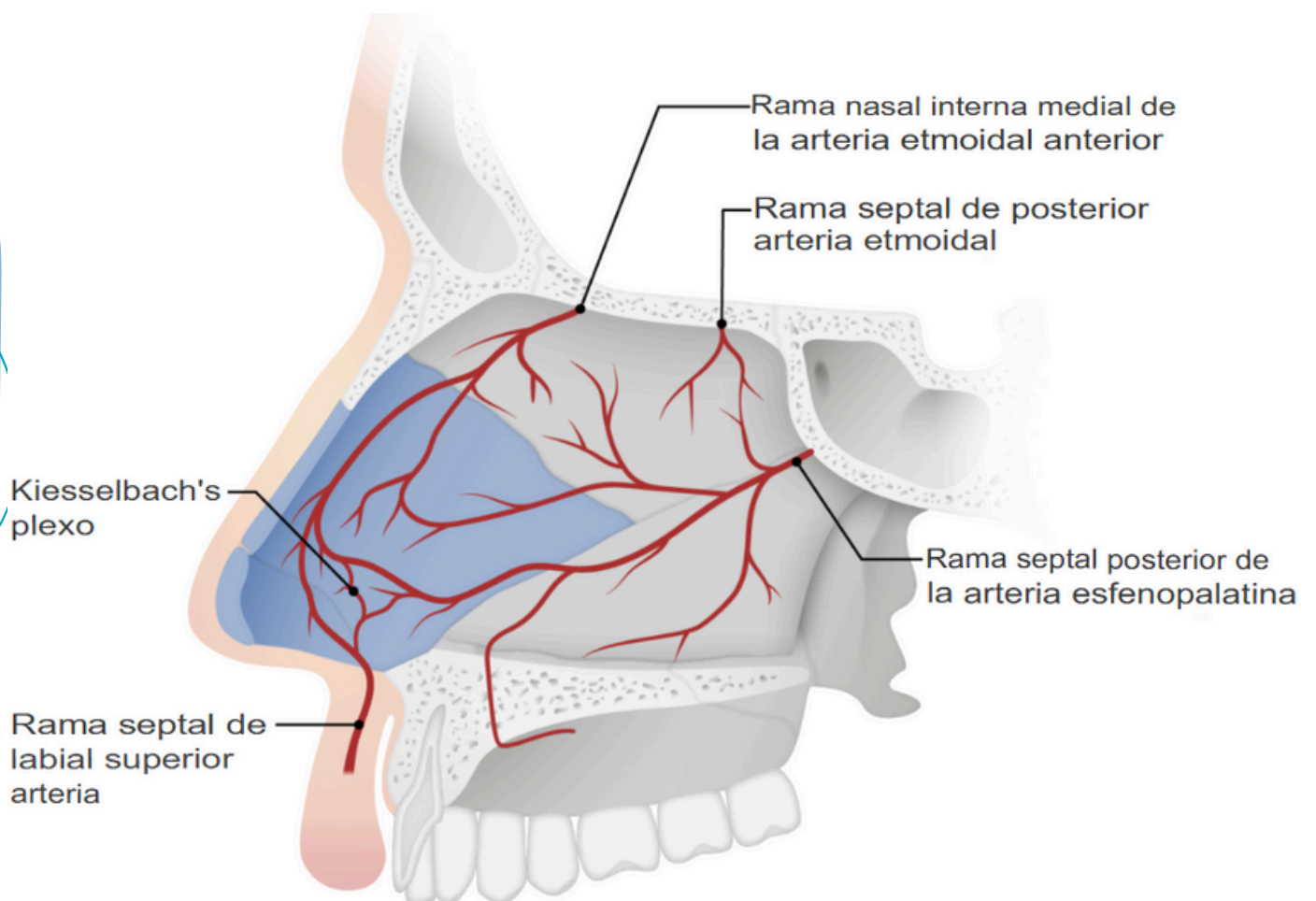
Anatomía de la pirámide nasal



IRRIGACIÓN



referencia <https://www.lecturio.com/es/concepts/anatomia-de-la-nariz/>





ANATOMÍA DE LA NARIZ



La anatomía de la nariz está compuesta por huesos, cartílagos, piel y mucosas que trabajan en conjunto para la respiración y el sentido del olfato. También desempeña un papel crucial en la estética facial.

El tabique nasal divide la nariz en dos cavidades y permite un flujo de aire equilibrado. Su desviación puede provocar obstrucción, ronquidos y dificultades respiratorias.

Los cartílagos laterales y alares determinan gran parte de la forma externa de la nariz. Su modificación cuidadosa es esencial en procedimientos estéticos y reconstructivos.

La piel y los tejidos blandos influyen en la definición del resultado quirúrgico. Factores como grosor y elasticidad determinan la visibilidad de los cambios estructurales.

Plexo de Kiesselbach

Ubicación: Se encuentra en la región anteroinferior del tabique nasal. Se localiza a aproximadamente 1 cm de la narina.

Es una zona de confluencia donde se anastomosan ramas de los sistemas carotídeo interno y carotídeo externo.

Arterias que contribuyen:

- Carótida Interna (ACI): La Arteria Etmoidal Anterior (rama de la oftálmica).
- Carótida Externa (ACE):
 - La Arteria Esfenopalatina (rama de la maxilar interna).
 - La Arteria Labial Superior (rama de la facial) o su rama septal.
 - La Arteria Palatina Mayor (rama de la maxilar interna, también conocida como palatina descendente)



SEPTOPLASTIA

Se realiza para corregir problemas en el tabique nasal, la estructura interna que divide la nariz en dos cámaras, los cuales pueden bloquear parcialmente el pasaje nasal. El objetivo principal de la septoplastia es lograr la separación de las fosas nasales izquierda y derecha y un flujo de aire nasal adecuado, mientras se preserva el apoyo dorsal y de la punta nasal

INDICACIONES

- Trauma
- Apnea del sueño

INSTRUMENTAL

Equipo de tabique
Coca azul
Laminas de radiografía
Isopos

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Gasas
Solución salina
compresas
Jeringa de 10cc
Afrin(oximetasolina)
Hoja #15
Electro
Sonda nelaton #10
Azul de metileno

SUTURAS

Vicryl 4/0 SC-20 Fijar el septum
Cromado 4/0 RB-1 Puntos de coaptación
Seda 2/0 sh Fijar laminas



Cartilago desviado



Se corrige la obstrucción
y se reconstruye la nariz

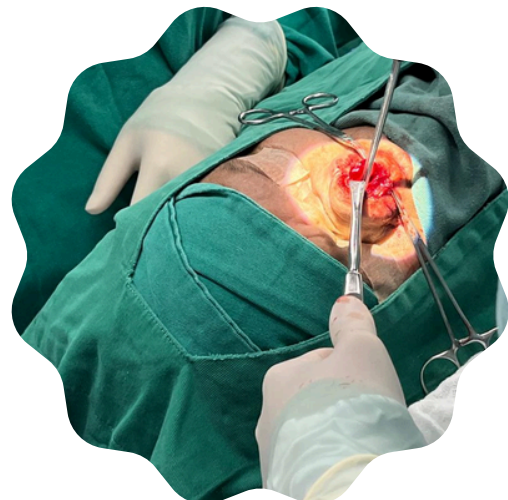
TÉCNICA QUIRÚRGICA



- Se introduce espejo de Viena, se realiza infiltración con xilocaina al 1% con epinefrina en el borde de la columela y la submucosa septal
- Se realiza vasoconstricción con tiras de gasa impregnadas en afrin, posteriormente se retira el cotonoide y se recibe (guardarlo para el conteo)
- Se realiza una incisión hemitransfixiante con mango 3 hoja #15
- se realiza disección de la mucosa para encontrar el pericondrio con ayuda de los ganchos de piel y disección Adson brawn
- Se realiza confección de los túneles mucopericondricos y mucoperiosticos: anterior, posterior inferior y contralaterales, con ayuda del disector de cottle
- Se realiza condrotomía (anterior, inferior, posterior) a nivel de la espina nasal y se libera la unión osteocartilaginosa, con disector de cottle
- Se hace resección del espolón (si es necesario) se eleva el periostio y se reseca con cincel y martillo
- Se realizan puntos de coaptación con catgut crómico 4/0 ¼ 16mm (cromado RB-1)
- Si se fija el septum a la espina nasal con poliglactin 910 4 /0 SC-20
- Se realiza inmovilización interna con lamina de radiografía y se fija con seda 2/0 Sh
- Se cuentan cotonoides

COMPLICACIONES

- Hematoma Septal
- Perforación Septal
- Lesión Nerviosa
- Deformidad dorso Nasal



RINOPLASTIA

Intervención quirúrgica cuyo objetivo principal es devolver la armonía facial del paciente, adaptando su nariz a los rasgos estructurales de la cara

Tipos

- **Rinoplastia Estética:** Busca modificar la forma, tamaño o proporciones de la nariz para lograr una mayor armonía facial.
- **Rinoplastia Funcional:** Orientada a mejorar la respiración nasal y corregir alteraciones estructurales que impiden el flujo de aire adecuado.
- **Septorrinoplastia:** Es la cirugía que combina la rinoplastia y la septoplastia (corrección del tabique nasal) en el mismo acto operatorio, para atender tanto los problemas estéticos como los funcionales.
- **Rinoplastia Secundaria (o Revisional):** Se realiza en pacientes que han tenido una cirugía de nariz previa para resolver problemas no resueltos o complicaciones de la intervención anterior

INDICACIONES ESTETICAS

- Giba Ósea
- Desviaciones
- Nariz Desproporcionada
- Malformaciones congénitas

INDICACIONES FUNCIONALES Y RECONSTRUCTIVAS:

- Obstrucción Nasal
- Problemas Estructurales: Colapso de las válvulas nasales internas o externas o hipertrofia de cornetes.
- Corrección de Deformidades Complejas
- Traumatismos Faciales: Reconstrucción post-traumática de la nariz.



INSTRUMENTAL

Equipo de tabique
Coca azul
Laminas de radiografía
isopos

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Gasas
Solución salina
compresas
Jeringa de 10cc

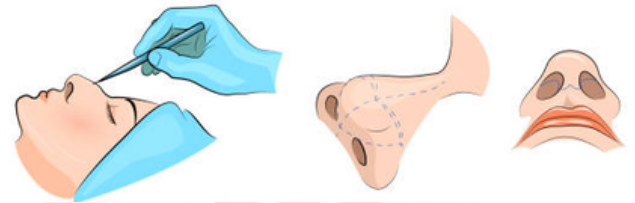
Hoja #15
Electro
Sonda nelaton #10
Afrin(oximetasolina)
azul de metileno

SUTURAS

Prolene 6/0 3/8 13mm PS-3 piel
Seda 2/0 sh ½ 26mm Fijar laminas
Cromado 4/0 1/2 16mm RB-1 Sutura mucosa

TECNICA QUIRURGICA (Giba Nasal)

- Se pasa espejo nasal y se visualiza la cavidad nasal, se realiza tricotomía con tijera
- Se infiltra con Xilocaina al 1% con epinefrina la columnela, mucosa septal y el dorso, se aspira constantemente las secreciones nasales.
- Se introduce tiras de gasa impregnadas en afrin en cada fosa para hacer vasoconstricción
- Se hace incisión transcartilaginosa con M3 H15 acompañado de gancho de piel traccionando la narina hacia arriba.
- Se profundiza la incisión con tijera de Stevens para separar la piel del dorso.
- Se requiere separar el dorso en la parte superior con separadores de Aufrischt para dar paso a las raspas de Fomon y limar la giba nasal
- Si la protuberancia es muy grande se pasa Cincel cinelli y martillo.
- Para extraer el hueso se pasa el separador de Aufrischt y se extrae con Kelly y se acaba de limar.



Para evitar que el techo quede abierto se hace osteotomías laterales con Cincel de 2ml con guía a la derecha e izquierda. La guía impide que haya iatrogenia a la órbita

e sutura mucosa con Catgut crómico 4/0 1/2 16mm RB-1.

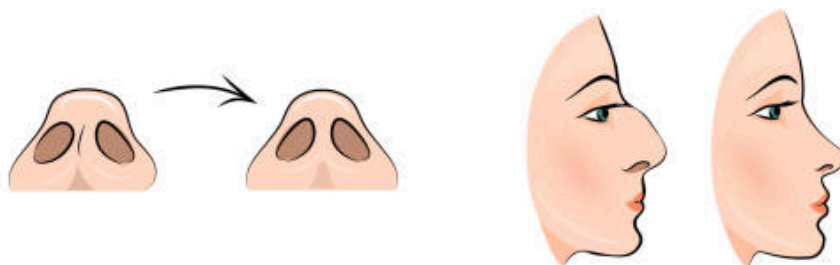
* Se introduce láminas de radiografía en la fosa nasal derecha e izquierda y se fijan con Seda 2/0 S-h ½ 26mm, para evitar sinequia septal

* Se hace férulización en los huesos propios de la nariz. (Depende del cirujano)

* Se coloca gasa colectora o bigotera y se fija con micropore.

TECNICA QUIRURGICA (Punta Nasal)

- Se hace infiltración en la columnela y mucosa septal.
- Se hace demarcación con azul de metileno por fuera de la nariz donde quedaran los injertos . Los injertos se pueden ubicar en la columnela para dar altura, en la punta o domo para dar proyección.
- El poste o injerto se puede extraer del cartílago auricular o de la desviación cartilaginosa septal.
- Se realiza incisión alar marginal (interna) con M3 H15.



- Con tijera de Iris y Adson Brawn se realiza un bolsillo para introducir el poste o injerto.
- Se introduce el poste o injerto con ganchos de piel y Adson Brown.
- Para realizar la punta nasal se amplía la incisión marginal y se realiza bolsillo en la punta o domo para ubicar el injerto y se fija con Polipropileno 5/0 3/8 16mm o 6/0 3/8 13mm PS-3.
- Se sutura mucosa con Catgut crómico 4/0 1/2 16mm RB-1.
- Se taponan, se pone férula y gasa colectora.
- En caso que la narina este ancha con nueva H15 se incide con previa demarcación con compas y se sutura con Polipropileno 6/0 3/8 11mm P-1.

COMPLICACIONES

- Perforación del tabique
- Sinequia septal
- Hematoma septal
- ISQ



EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO

Procedimiento para la extracción de un cuerpo extraño en la fosa nasal

Indicaciones

- Elementos corrosivos: Como las pilas ,botónes
- Especies vegetales: Como semillas, ya que pueden hincharse al entrar en contacto con el agua.
- Juguetes: canicas, trozos de plástico
- Dificultad para respirar

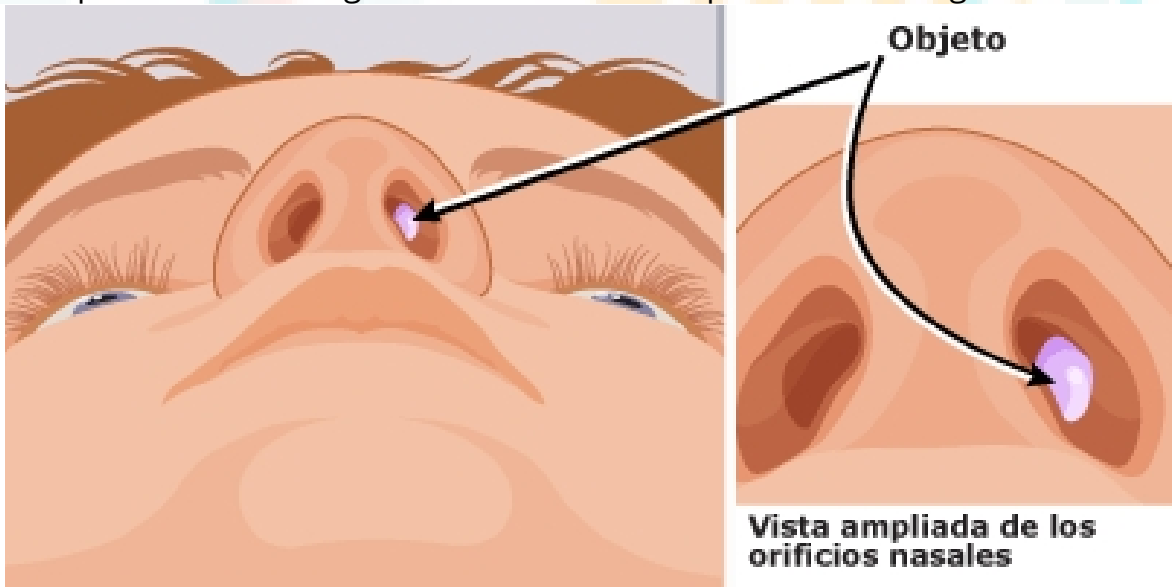
INSTRUMENTAL

Especulo nasal
Diseccion en bayoneta
Canula frazier
Coca azul

INSUMOS

Guantes
Caucho succion
Gasas
Solucion salina 100cc
compresas
Jeringa de 10cc
Afrin(oximetazolina)

<https://kidshealth.org/HumanaLouisiana/es/parents/az-foreign-nose.html>

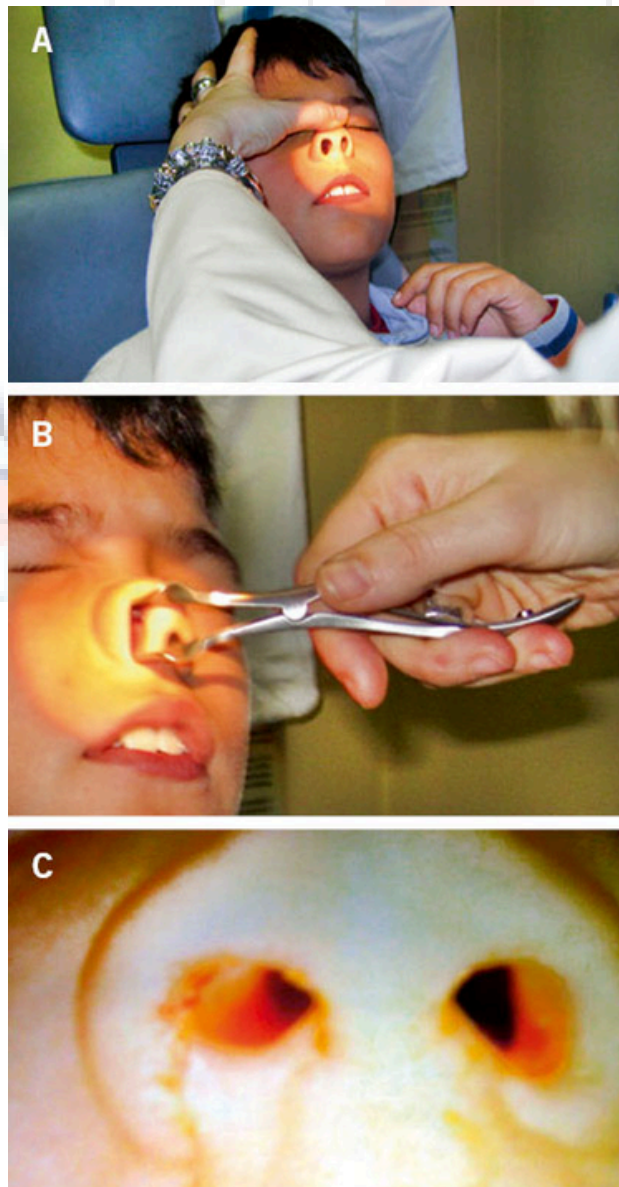


TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- Se ubica el espejo nasal
- Se sujeta el cuerpo extraño con disección bayoneta
- Si hay sangrado se ubican algodones con afrin
- Si sigue sangrando se coagula el lecho con electro
- Se revisa hemostasia y que no haya quedado ningún fragmento.

COMPLICACIONES

- * Epistaxis
- * Lesión de estructuras nasales o abrasión de la mucosa.



CONTROL DE EPISTAXIS



Procedimiento para detener el sangrado nasal

TIPOS

Anterior – Plexo de Kiesselbach

Posterior – Ramas de la arteria esfenopalatina (AEP)

INDICACIONES

2. Epistaxis Posterior: La gravedad de la epistaxis posterior requiere manejo hospitalario.

3. Epistaxis Grave o Refractaria: Hemorragia que no puede ser controlada por métodos iniciales.

4. Inestabilidad Hemodinámica: Cuando el sangrado es significativo y pone en riesgo la vida del paciente

5. Epistaxis Recurrente

INSTRUMENTAL

Espejo nasal

Disección en Bayoneta

Cánula frazier

coca azul

INSUMOS

Guantes

Caucho succion

Gasas

Solucion salina

compresas

Jeringa de 10cc

Spongostan

Afrin(oximetazolina)

Electro o Bipolar

TECNICA QUIRURGICA

Esta técnica, asociada a un vasoconstrictor local (oximetazolina), logra detener el sangrado en el 65% al 70% de los casos en pacientes normotensos.

Cauterización: Si la hemorragia es persistente o visible.

.Se utiliza para lograr una trombosis intravascular

Taponamiento Nasal Anterior: Indicado en hemorragias persistentes

COMPLICACIONES

Lesion plexo Kiesselbach



TURBINOPLASTIA

Procedimiento para reducir el tamaño de los cornetes, generalmente los inferiores. Su objetivo es remodelar los cornetes para aumentar el espacio en la cavidad nasal y dar como resultado un cambio funcional en la respiración del paciente.

Los cornetes son tres pares de huesos largos y delgados (superiores, medios e inferiores) en las paredes internas de la nariz, cubiertos por tejido que puede expandirse. Son responsables de la humidificación, filtración y calentamiento del aire inspirado.

INDICACIONES

Hiperplasia
Obstrucción nasal
Rinitis alérgica y vasomotora

INSTRUMENTAL

Equipo de tabique
Coca azul
Laminas de radiografía
Isopos
.

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Gasas
Solución salina
compresas
Jeringa de 10cc
Afrin(oximetasolina)
Azul de metileno
Hoja #15
Electro
Sonda nelaton #10

SUTURAS

Vicryl 4/0 SC-20
Seda 2/0 sh Fijar laminas
Cromado 4/0 RB-1



TÉCNICA QUIRÚRGICA:

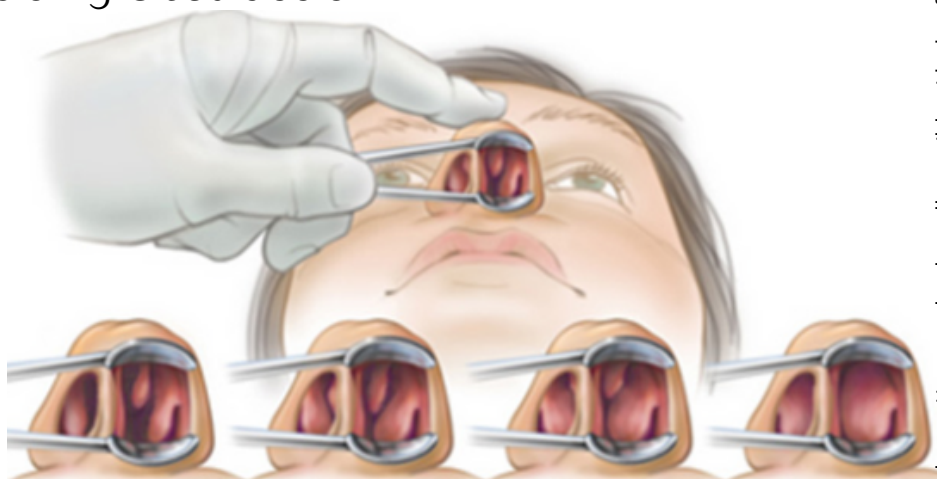
TURBINOPLASTIA CORNETE MEDIO

Indicación: cornete medio bulloso; por lo tanto, el objetivo de la cirugía consiste en eliminar su cara externa o etmoidal.

- Se realiza taponamiento transitorio con tiras de gasa impregnados de afrin y se introducen con pinza en bayoneta y se expone con espejo de nasal
- Se infiltra el cornete con Xilocaina al 1% con epinefrina con jeringa de 10 y aguja 26
- Se efectúa una incisión en la cara caudal del cornete y el sentido longitudinal con electro o con M7 H#15
- Se completa la disección hasta exponer la concha ósea con disector de Freer. Con el mismo instrumento se abre la bulla.
- Luego se reseca el hueso y la mucosa correspondiente a la cara etmoidal del cornete con tijera de knight
- Se controla la hemostasia
- Se reacomodan colgajos con disector de Freer.

• COMPLICACIONES

- Daño Estructural y Sensorial
- Problemas de Cicatrización y Obstrucción
- Rinitis atrófica



RESECCIÓN POLIPO NASAL

También llamada polipectomía nasal, es un procedimiento quirúrgico para extirpar estos crecimientos. La técnica más común es la cirugía endoscópica nasosinusal, que usa un endoscopio (tubo delgado con cámara) para visualizar y extraer los pólipos con instrumentos diminutos, mejorando el drenaje de los senos paranasales

INDICACIONES

- Obstrucción y Síntomas Severos
- Sospecha de Tumoración
- Poliposis con Pansinusitis

INSTRUMENTAL

Equipo de tabique
Lente 0° 2,7mm 18cm
cámara
Guía de luz
coca azul

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Gasas
Solución salina
compresas
Jeringa de 10cc
Afrin(oximetasolina)

Azul de metileno
Hoja #15
Electro
Sonda nelaton #10

EQUIPOS

Shaver y cuchillas de 3.0 ó 4.0

TECNICA QUIRURGICA

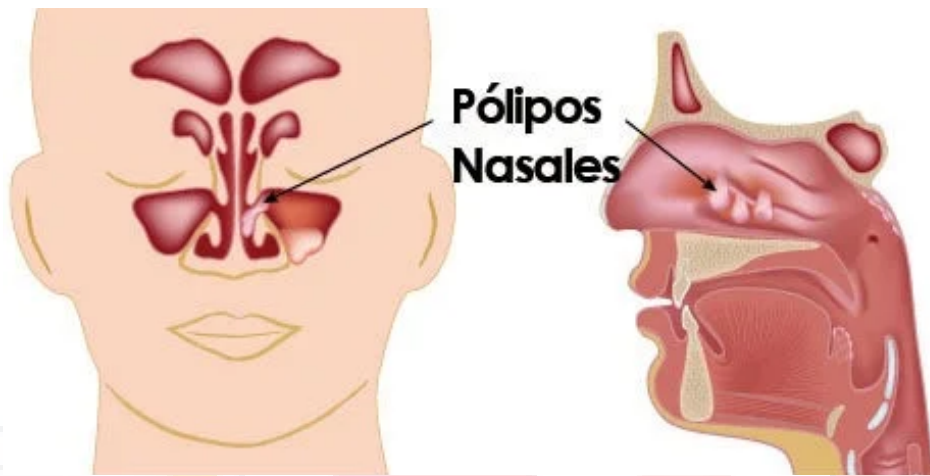
El cirujano introduce un endoscopio a través de las fosas nasales hasta los senos paranasales. Se utilizan instrumentos diminutos para extirpar los pólipos y/o agrandar las aberturas de los senos paranasales para permitir el drenaje.

- **Procedimientos asociados a patología sinusal:**





- Pólipos nasales con sinusitis maxilar: Cirugía de Caldwell Luc.
- Pólipos nasales con sinusitis etmoidal: Etmoidectomía.
- Pólipos nasales con sinusitis esfenoidal: Esfenoidectomía.

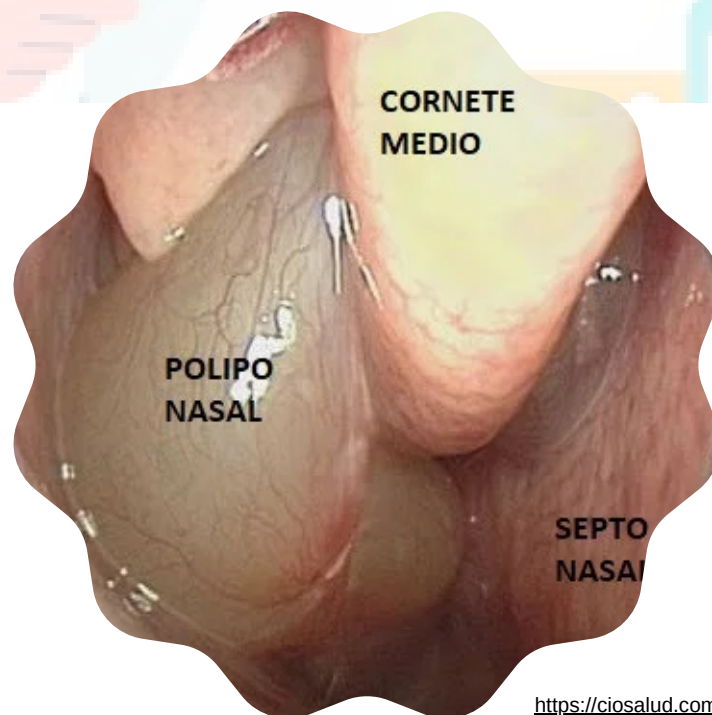


Los pasos quirúrgicos pueden incluir

1. Infundibulotomía.
 2. Meatotomía media.
 3. Apertura del receso frontal.
 4. Resección parcial del cornete medio.
- conteo de gases
 - lavar con solución salina para favorecer la cicatrización

COMPLICACIONES

- Sangrado
- Lesión



ETMOIDECTOMÍA

La etmoidectomía es una intervención en la que se realiza la extirpación del etmoides. El etmoides es un hueso que contiene cavidades aéreas llamadas senos etmoidales (celdillas etmoidales) que comunican con la nariz

INDICACIONES

- Enfermedad Sinusal Crónica
- Rinosinusitis crónica (CRS)
- Masas y Obstrucción

INSTRUMENTAL

Equipo de septo
Lente
cámara
Guía de luz
coca azul

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Gasas
Solución salina
compresas
Jeringa de 10cc
Afrin(oximetasolina)

Azul de metileno
Hoja #15
Electro
Sonda nelaton #10
Mecha Nasal

EQUIPOS

- Pieza de mano de motor de alta velocidad
- cuchillas y fresas

SUTURAS

prolene 5/0 3/8 19mm E19 piel
vicryl 4/0 ½ 16mm Rb-1
Seda 2/0 sh ½ 26mm Fijar laminas



TÉCNICA QUIRÚRGICA EXTERNA

Consiste en retirar todo el hueso etmoidal por una vía de abordaje paralateronasal.

Con jeringa de 10cc y Xilocaina se infiltra la línea media de la nariz.

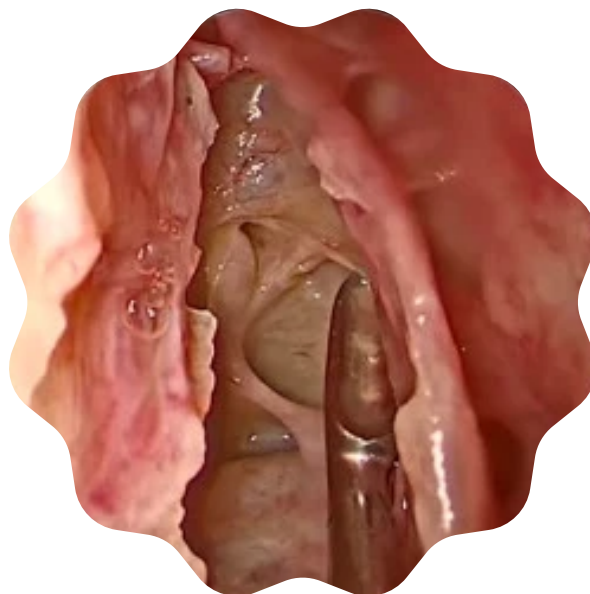
Con M3 H15 se hace una incisión de 3cm en el canto interno del ojo y se expone el hueso reparando los colgajos con Senn Miller o Farabeuf

- Se desperiostiza con el disector de Freer a lo largo de la apófisis ascendente del maxilar superior y hueso propio de la nariz.
- Se hace hemostasia con el bipolar.
- Se identifica la lámina papirácea y el hueso lacrimal.
- Se ubica el etmoides con una cureta.
- Se abre con pinza de corte verdadero.
- Se extrae patología con la pinza Blakesley o etmoides.
- Se lava y se aspira.
- Se sutura el musculo, grasa con Poliglactin 4/0 ½ 16mm Rb-1.
- Se sutura con polipropileno 5/0 3/8 19mm E19.

TÉCNICA QUIRÚRGICA INTRANASAL ANTERIOR

Se reseca bajo endoscopio resecando la totalidad de las celdas etmoidales para asegurar la ventilación y drenaje.

- Se coloca tiras de gasa con Afrin se utiliza la pinza en bayoneta.
- Se retiran las tiras y se ubica la apófisis unciforme con el lente.
- Con el bisturí falciforme se incide la apófisis unciforme y diseca con disector de Freer o cottle.
- Se ubica el ostium del etmoides con gancho explorador.
- Con pinza de corte verdadero se amplía el ostium.
- Con pinza blakesley se extrae la patología.
- Se ubican las celdillas anteriores llamadas Agger Nasi, si están comprometidas.
- Se lava y se aspira.
- Se coloca la lámina de radiografía, se fija con seda 2/0 s-h
- Se cuentan gasas.
- Si no están comprometidas las celdillas se ubica el receso frontal que está lateral al hueso lacrimal y se come el hueso para extraer patologías del seno frontal.



TÉCNICA QUIRÚRGICA INTRANASAL POSTERIOR

- Se coloca tiras de gasa con Afrin se utiliza la pinza en bayoneta.
- Se retiran las tiras y se ubica la apófisis unciforme con el lente y se coagula con el electro
- Con el bisturí falciforme se incide la apófisis unciforme y se diseca con Freer o cottle.
- Se ubica el ostium del etmoides con gancho explorador y con pinza de corte verdadero se amplía el ostium.
- Con pinza blakesley se extrae la patología y se ubica el seno etmoidal posterior.
- Se resecan las celdillas posteriores y laterales, hasta identificar el techo etmoidal y la lámina papirácea del etmoides.
- Se limpia el etmoides, disecando previamente la arteria etmoidal anterior y posterior.(Es una vía para entrar al seno frontal)

COMPLICACIONES

- Lesión del Nervio Óptico
- Sinequias o Adherencias

NASOLARINGOSCOPIA

Procedimiento de diagnóstico realizado con un endoscopio flexible, usualmente de un grosor mínimo de 3.5 mm.

El endoscopio se introduce a través de las fosas nasales del paciente para valorar sucesivamente cada subsitio de la vía aérea superior, incluyendo las fosas nasales, coana, nasofaringe, faringe y laringe

INDICACIONES

- Disfonías o ronqueras
- Estenosis Subglótica
- Parálisis de las cuerdas vocales

INSTRUMENTAL

Guía de luz
Nasolaringoscopio (del cirujano)

INSUMOS

Guantes limpios
Gasas
compresas
Afrin(oximetasolina)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

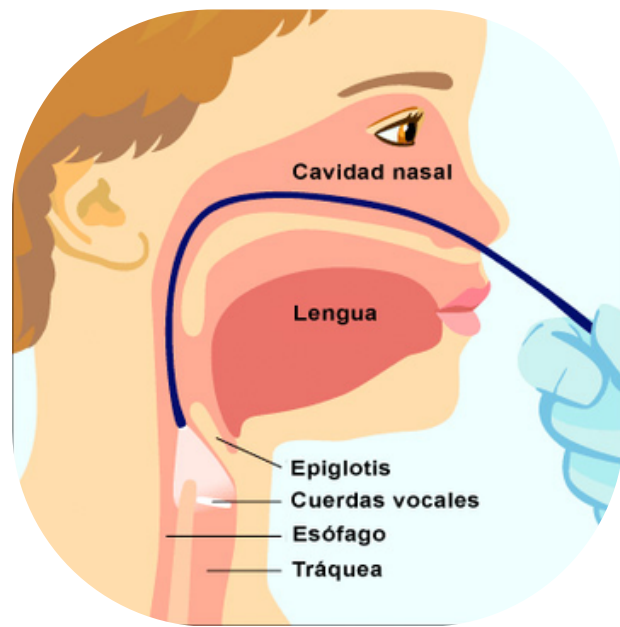
Bajo visión directa

Exploración: El endoscopio se introduce por la nariz para visualizar las fosas nasales, coana, faringe y laringe.

Maniobras Dinámicas: Durante el procedimiento, el examinador puede solicitar al paciente que realice maniobras simples como respirar únicamente por la nariz, sacar la lengua y tragar saliva

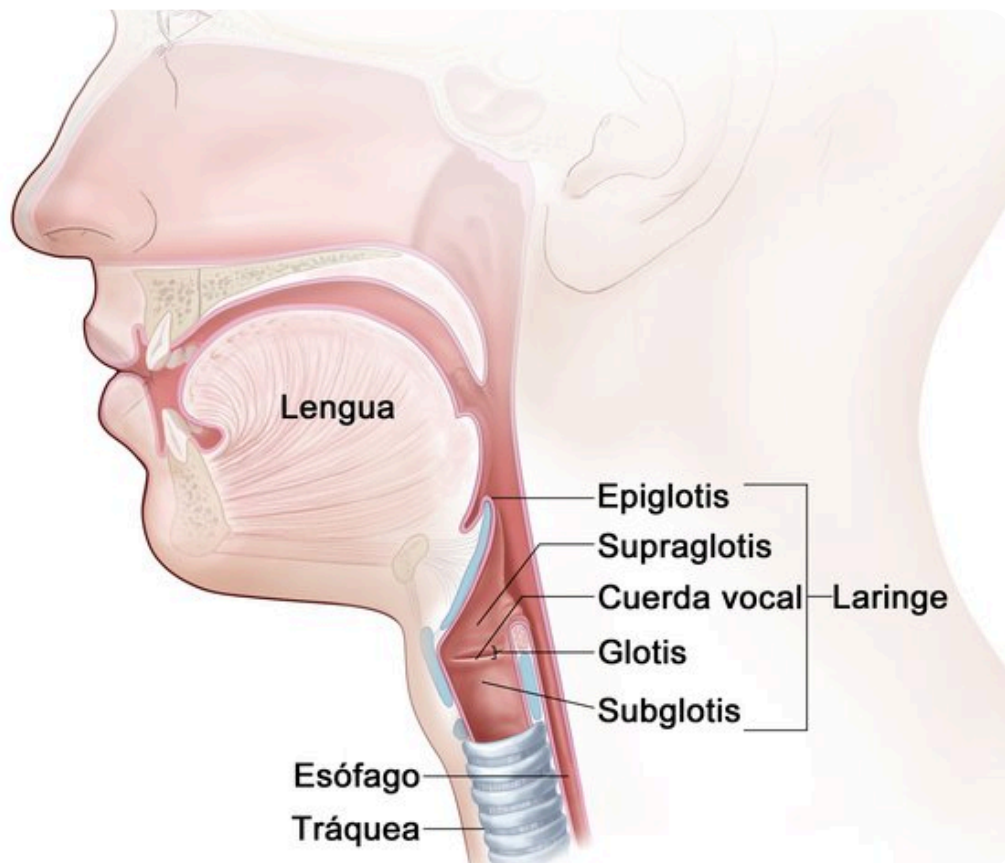
COMPLICACIONES

- Broncoespasmo

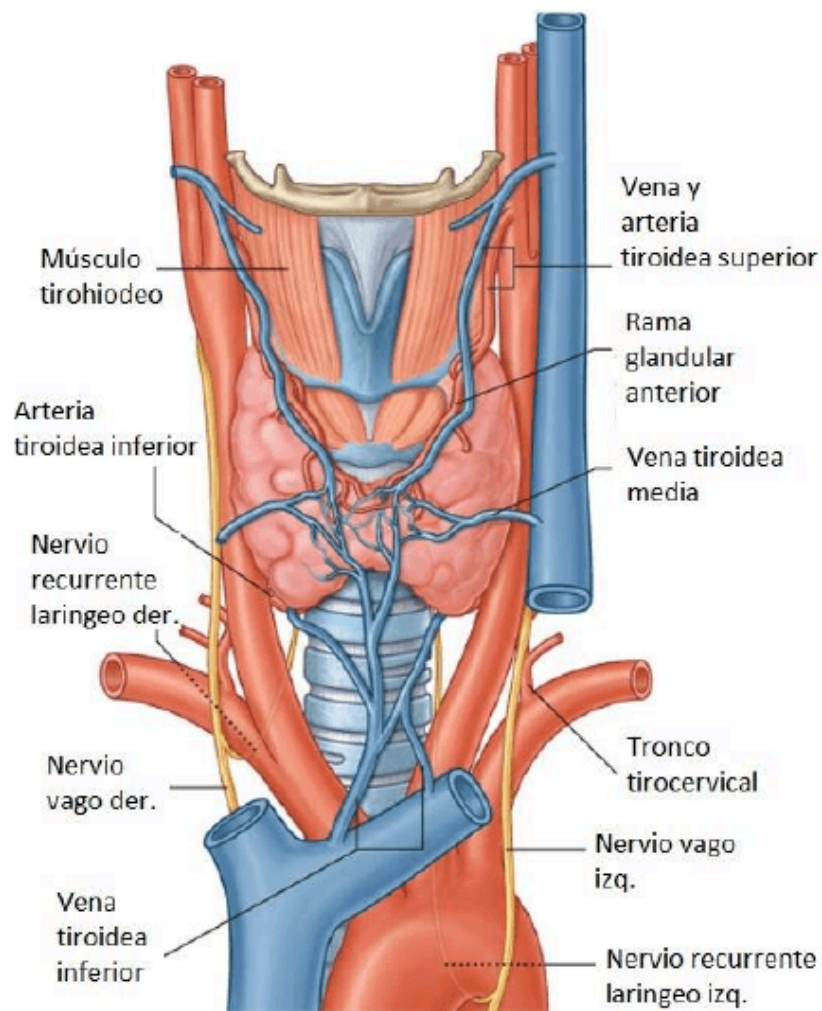




ANATOMÍA DE LA LARINGE



<https://visualsonline.cancer.gov/details.cfm?imageid=9258>



<https://apunty.com/doc/resumo-de-laringe-tp1-modulo-b-docx-anatomia>





La laringe es un órgano tubular músculo-cartilaginoso, de forma impar y media, situado en la porción anterior del cuello, Se encuentra debajo del hueso hioides y de la lengua, y está relacionada con los cuerpos vertebrales C3 a C6. Mide aproximadamente 5 cm de longitud. Sus dimensiones son de 45 mm de altura, 40 mm de ancho y 35 mm en sentido anteroposterior. La laringe se mantiene en posición por su continuidad con el hueso hioides por arriba y la tráquea por abajo.

Esqueleto Cartilaginoso: La laringe está constituida por un esqueleto cartilaginoso al cual se unen estructuras musculares. Consta de nueve cartílagos

Tiroides: Es el cartílago de mayor tamaño, con forma de escudo o de libro abierto hacia atrás, y protege al resto. Formado por dos láminas que se fusionan para formar la prominencia laríngea o nuez

- **Cricoides:** posee cartílago en toda su circunferencia. Tiene forma de anillo con una lámina posterior gruesa y un arco anterior estrecho.

- **Epiglotis:** Es una lámina delgada y flexible localizada en la porción supraglótica. Durante la deglución, se desplaza y protege la vía aérea.

Endolaringe: El interior de la laringe se divide en tres zonas o pisos:

1. **Supraglótica o Vestíbulo Laríngeo:** Contiene la epiglotis y los aritenoides. Se extiende desde la entrada laríngea hasta los pliegues vestibulares.

2. **Glottis (Verdadera):** Se encuentra a nivel de los pliegues vocales verdaderos. Es el espacio limitado por el borde libre de las cuerdas vocales inferiores.

3. **Infraglótica o Subglótica:** Abarca aproximadamente 1 cm hasta el cartílago cricoides y se continúa hacia abajo con la tráquea





FUNCIONES

1. Protección de la Vía Aérea (Mecanismo Valvular):

- Actúa como un mecanismo valvular que impide el ingreso de elementos líquidos o sólidos a la vía respiratoria inferior, protegiendo contra la asfixia.
- Puede generar un cierre completo de la vía aérea para crear presión, esencial durante maniobras como la tos, el estornudo o la prensa abdominal (micción, defecación)

2. Fonación (Producción de la Voz):

- Es el órgano de la fonación debido a la presencia de las cuerdas vocales verdaderas.
 - La fonación se produce mediante el cierre controlado de la hendidura glótica y una expulsión controlada del aire que permite la vibración de las cuerdas vocales verdaderas, generando sonido.
- Músculos Intrínsecos y Movimiento de Cuerdas Vocales: Los músculos intrínsecos son responsables del movimiento de las cuerdas vocales.

- **Apertura (Abducción):** El cricoaritenioideo posterior es el único músculo que, al contraerse, realiza una rotación externa, separando las cuerdas vocales.
- **Cierre (Aducción):** Los cricoaritenioideos laterales producen rotación interna, cerrando las cuerdas vocales. Esta acción es asistida por el interaritenioideo.
- **Tensión/Relajación:**
 - El cricotiroideo tensa las cuerdas vocales.
 - El tiroaritenioideo produce relajación sobre las cuerdas vocales y genera distintos grados de tensión a lo largo de la cuerda vocal, contribuyendo a la regulación fina del tono de la voz



FIRRIGACIÓN ARTERIAL



El aporte sanguíneo de la laringe se deriva de ramas de la arteria carótida externa (superiormente) y de la arteria subclavia (inferiormente).

Arteria Laríngea Superior:

Arteria Laríngea Inferior:

Arteria Laríngea Posterior

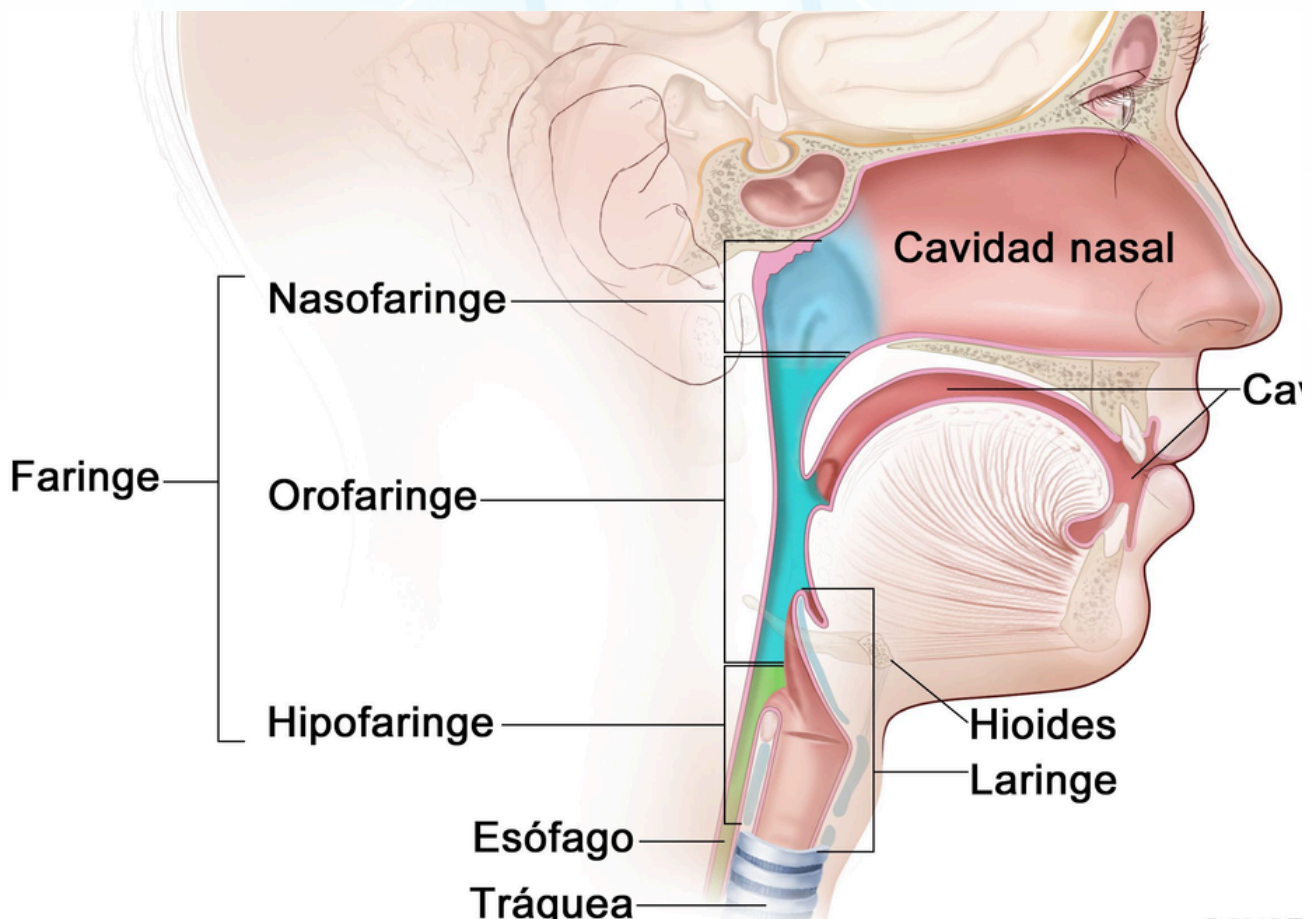
DRENAJE VENOSO

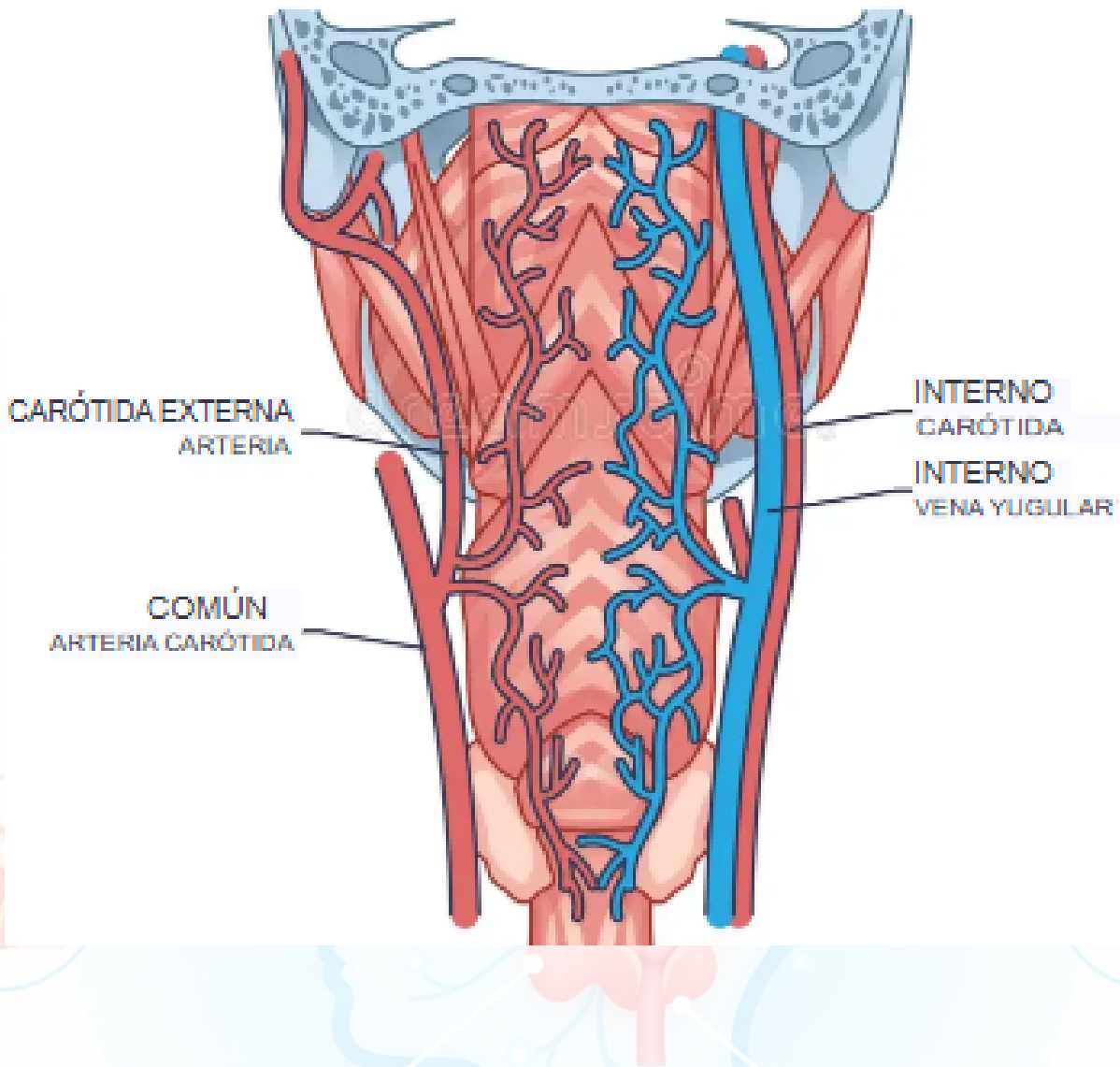
Las venas de la laringe generalmente siguen el trayecto de las arterias correspondientes. La laringe es drenada por las venas laríngeas superior e inferior.

Vena Laríngea Superior y Vena Laríngea Inferior:

Vena Laríngea Posterior

ANATOMÍA DE LA FARINGE





La faringe es un canal muscular revestido de una membrana mucosa, con forma de tubo o embudo (infundibuliforme). Es un órgano impar, mediano y simétrico.

La faringe está situada verticalmente en el cuello y se ubica por delante de la columna vertebral (raquis cervical) y por detrás de las cavidades nasales, la cavidad bucal y la laringe

La longitud promedio de la faringe es de 14 cm en el hombre y 13 cm en la mujer. Su longitud vertical es de 15 cm cuando está en reposo, disminuyendo 3 cm al contraerse.



La pared faríngea está constituida por:

Armazón Fibroso (Túnica Media): Compuesta por la fascia faringobasilar, que es una aponeurosis gruesa y resistente que evita que la faringe se deforme, especialmente en la nasofaringe.

Músculos: Constrictores (capa circular externa) y elevadores (capa longitudinal interna).

Revestimiento Mucoso (Túnica Interna): Varía según la región.

La faringe se divide en tres porciones basándose en sus relaciones anteriores:

- **Rinofaringe (Nasofaringe o Faringe Superior):**

Se sitúa por detrás de las cavidades nasales y superior al paladar blando.

Función: Es la única porción puramente aérea/respiratoria

- **Orofaringe (Bucofaringe o Faringe Media):**

Se encuentra detrás de la cavidad oral y se extiende desde el borde inferior del velo del paladar (superior) hasta el borde superior de la epiglotis o el hueso hioides (inferior).

- Función: Comparte funciones respiratorias y digestivas.

- **Laringofaringe (Hipofaringe o Faringe Inferior):**

Es la porción más baja de la faringe. Se extiende desde el borde superior de la epiglotis hasta el borde inferior del cartílago cricoides (C6)

- Función: Tiene exclusivamente la función digestiva.





Función de la Faringe

- Deglución (Digestiva)
- Respiración (Ventilatoria)
- Fonación
- Audición
- Inmunológica (Mecanismo de Defensa)

El anillo linfático de Waldeyer (formado por las amígdalas faríngeas, palatinas, linguales y tubáricas) constituye un conjunto de tejido linfoepitelial situado estratégicamente para ser el primer contacto de los patógenos inhalados o ingeridos, desarrollando una respuesta inmune.

IRRIGACIÓN ARTERIAL DE LA FARINGE

La irrigación de la faringe se origina principalmente de la arteria carótida externa (ECA) y sus ramas colaterales.

- Arteria Faríngea Ascendente
- Arteria Palatina Ascendente (o Palatina Inferior): Rama de la arteria facial.
- Arteria Dorsal de la Lengua: Rama colateral de la arteria lingual.
- Ramas faríngeas de la arteria tiroidea inferior (originada del tronco tirocervical de la arteria subclavia).

DRENAJE VENOSO

Las venas de la faringe forman un plexo faríngeo, que se encuentra en la pared. Este plexo drena de la siguiente manera:

- Superiormente: Drena en el plexo pterigoideo (situado sobre el músculo pterigoideo externo).
- Inferiamente: Drena hacia las venas faciales y la vena yugular interna (VJI).



AMIGDALECTOMÍA



Procedimiento quirurgico para la resección de la amígdala palatina, uni o bilateral, son dos masas de tejido en la parte posterior de la garganta

INDICACIONES

- Apnea del Sueño
- Amigdalitis
- Infecciones Recurrentes o Crónicas
- Hipertrofia

INSTRUMENTAL

Equipo de amigdalina
Pala larga de electro
coca azul
pinza focus (dr giraldo)
pieza de mano harmonico

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Cánula yankauer
Solución salina
compresas
Jeringa de 20cc
Electro
Gasas
sonda nelaton #10
Hoja #15

EQUIPO

Consola harmonico

SUTURA

Catgut cromado 2/0 SH



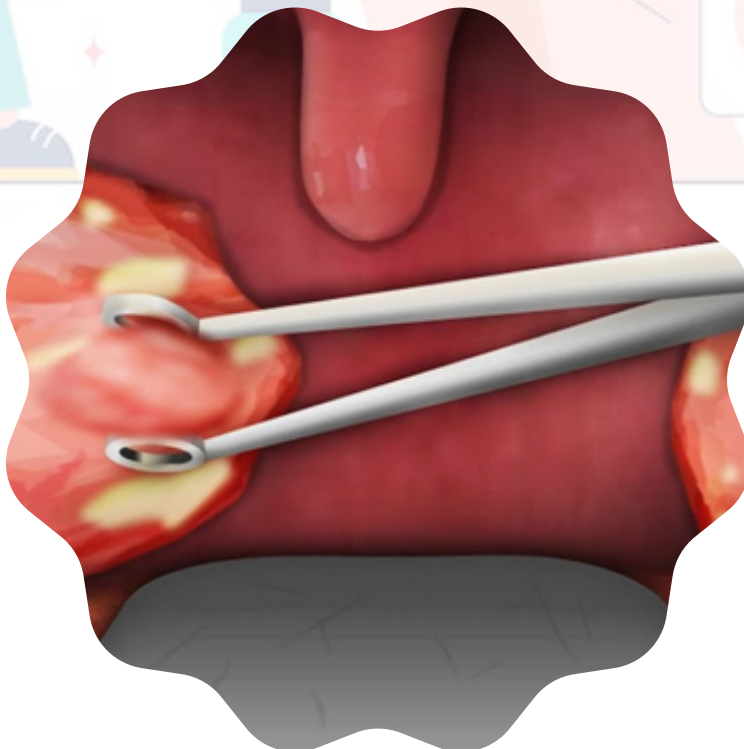


TECNICA QUIRÚRGICA

- Se coloca abre bocas de Mc Ivor montado
- Se introduce mecha con Kelly adson en la orofaringe.
- Se luxa la amígdala con pinza White, se hace incisión de la amígdala desde el polo inferior con M7 H15 y se aspira.
- Se hace disección de la amígdala con tijera, Fisher, Hurd o amigdalatomo.
- Después de la H15 todo con Fisher hasta el final.
- Después de la H15 todo con Hurd hasta el final.
- Se hace hemostasia del lecho con agua oxigenada diluida o Afrin.
- Se sutura con Catgut 2/0 SH
- Se hace electro coagulación.
- Se hace irrigación y succión, se retira las mechas.
- Se retira el abre bocas y se limpia el paciente.

COMPLICACIONES

- Lesiones
- Hemorragia
- ISQ



ADENOIDECTOMÍA



intervención quirúrgica indicada para extirpar las adenoides. Las adenoides, también conocidas como vegetaciones o amígdala faríngea, son tejido linfoide situado en el techo y la pared posterior de la nasofaringe, justo detrás de la nariz

INDICACIONES

- Hipertrofia adenoidea
- Apnea del sueño

INSTRUMENTAL

- Equipo de amígdala
- Pala larga de electro
- coca azul

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Solución salina
compresas
Jeringa de 20cc
Electro
Gasas

TECNICA QUIRÚRGICA

- Se coloca abre bocas de Mc Ivor montado y cerrado
- Se coloca mecha en la orofaringe.
- Se aspira secreciones del paciente.
- Se hace curetaje con curetas de BARNHILL.
- Se hace hemostasia.
- Se retira la mecha.
- Se hace lavado de la cavidad.
- Se retira el abre bocas y se limpia paciente.

COMPLICACIONES

- Lesiones
- Hemorragia
- ISQ



SIALODENECTOMÍA

Extirpación quirúrgica de una o más glándulas salivales. Se utiliza para tratar afecciones como tumores, inflamaciones crónicas o quistes (sialoceles). El procedimiento puede variar dependiendo de la glándula a extirpar, pero a menudo implica realizar una incisión para acceder a la glándula y, en el caso de las glándulas más grandes como la parótida, requiere cuidado para no dañar el nervio facial.

INDICACIONES

- Sialolitiasis
- Patología Tumoral
- Patología Inflamatoria Crónica

INSTRUMENTAL

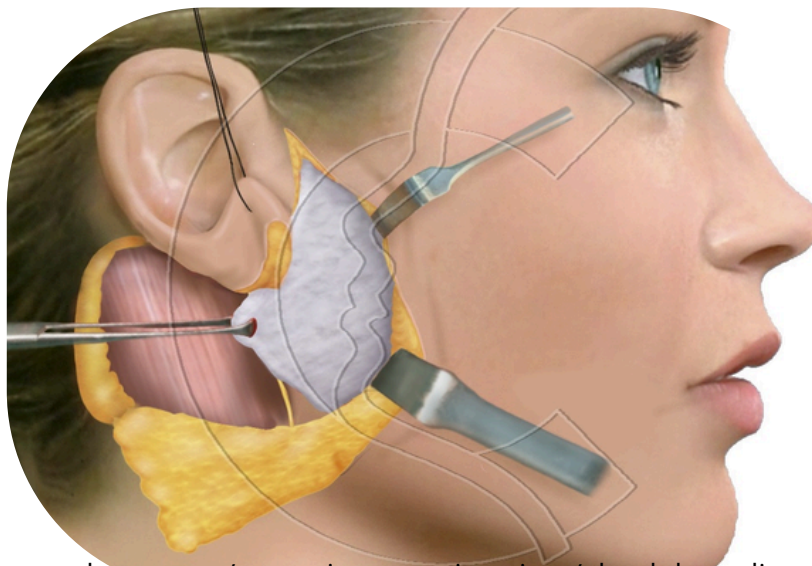
Equipo de plastia

INSUMOS

Guantes
Caucho succión
Solución salina
compresas
Electro
Gasas
Hoja 15

SUTURA

Prolene 5/0 SC-16



REFERENCIAS

- <https://www.revista-anatomia.com.ar/archivos-parciales/2010-3-revista-argentina-de-anatomia-online-d.pdf>
- <https://www.aural.es/blog/el-oido-medio>
- <https://es.slideshare.net/slideshow/cirugia-de-timpanoplastia-y-oticuloplastia/239045769>
- <https://kidshealth.org/es/parents/ear-infections.html>
- <https://www.gaes.es/perdida-auditiva/partes-y-funcion-oido/coclea>
- <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/c%C3%B3mo-hacer-procedimientos-en-el-o%C3%ADdo/c%C3%B3mo-extraer-un-cuerpo-extra%C3%B1o-del-o%C3%ADdo-externo>
- <https://www.turquiesante.com/es/blog/diagnostico-tratamiento-polipos-nasales-391.html>
- https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65390/1/ACR_TESIS.pdf
- https://www.amorl.es/images/pdf/cirugia_fosanasal_senosparanasales.pdf
- <https://drmuratsongu.com/es/anatomia-de-la-nariz/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007563.htm>
- <https://www.fusat.cl/consentimiento-informado/otorrinolaringologia/Etmoidectomia.pdf>
- <https://www.servicioorlhuca.com/wp-content/uploads/2015/02/Manejo-de-las-epistaxis-graves-y-o-refractarias.pdf>
- <https://www.juancamilogarciareyes.com/2016/11/12/nasosinuscopia-que-es-y-para-que-sirve>
- <https://www.salusplay.com/apuntes/quiropano-y-anestesia/tema-2-otorrinolaringologia>
- [https://espanol.libretexts.org/Bookshelves/Salud/Anatomia_y_Fisiologia/Atlas_de_Otorrinolaringolog%C3%A1Da%2C_Cirug%C3%ADa_Operativa_de_Cabeza_y_Cuello/04%3A_Rinolog%C3%ADa/4.09%3A_Etmoidectom%C3%ADa_Endosc%C3%B3pica_\(FESS\)_T%C3%A9cnica_Quir%C3%B3rgica](https://espanol.libretexts.org/Bookshelves/Salud/Anatomia_y_Fisiologia/Atlas_de_Otorrinolaringolog%C3%A1Da%2C_Cirug%C3%ADa_Operativa_de_Cabeza_y_Cuello/04%3A_Rinolog%C3%ADa/4.09%3A_Etmoidectom%C3%ADa_Endosc%C3%B3pica_(FESS)_T%C3%A9cnica_Quir%C3%B3rgica)
- <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-abordajes-cirugia-tiroidea-S0009739X20302748>
- <https://faso.org.ar/revistas/2014/2/2.pdf>
- <https://es.wikipedia.org/wiki/Faringe>
- https://iweb04.itarget.com.br/itarget.com.br/newclients/iapo-portal-2023/wp-content/uploads/2023/11/X_Manual_IAPO_es_13.pdf
- <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/oido-externo>

