

## FORMACIÓN CONTINUADA-METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

# Manejo de cuerpos extraños nasales y óticos en niños

C. Artigas-Sapiain\*, P. Sarría-Echegaray y M. Tomás-Barberán

*Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España*

Recibido el 21 de enero de 2009; aceptado el 13 de enero de 2010

### PALABRAS CLAVE

Otorrinolaringología;  
Cuerpos extraños;  
Oído;  
Nariz;  
Extracción

### KEYWORDS

Otolaryngology;  
Foreign bodies;  
Ear;  
Nose;  
Extraction

### Resumen

Los cuerpos extraños en los oídos y las fosas nasales son muy frecuentes en la urgencia de otorrinolaringología. La edad de los pacientes afectados suele estar entre 2–5 años, pero pueden producirse a cualquier edad, incluso en adultos. Se puede ver todo tipo de cuerpos extraños, como pequeños juguetes, lápices, plastilinas, semillas, trozos de comida y hasta insectos. Muchas de estas situaciones se solucionan en salud primaria y solo los casos más difíciles llegan a nuestra especialidad. Debemos tener conocimiento de la anatomía de estas zonas, conocer el material ideal con el que se debe trabajar, las técnicas y las alternativas de extracción, y los cuidados postextracción para provocar el menor traumatismo posible y no provocar secuelas a corto ni a largo plazo.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Management of foreign bodies in ears and nose in children

### Abstract

Foreign bodies in the ears and nose are very frequently seen in the otolaryngology emergency service. The age of the affected patients is generally between 2–5 years. However, this may occur at any age, even in adults. All kinds of foreign bodies can be seen, such as small toys, pencils, Plasticines, seeds, bits of food and even insects. Many of these situations are solved in primary health care and only the most difficult cases come to our speciality. It is important to have knowledge of the anatomy of these areas, knowing the best material to work with, the techniques and extraction alternatives and post-extraction care in order to have the least possible trauma and not cause short and long term sequels.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

## Introducción

Frecuentemente, en las urgencias de otorrinolaringología nos vemos enfrentados al problema de los cuerpos extraños (CE) y nos seguiremos enfrentando a ellos siempre que

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paragynsapi@hotmail.com  
(C. Artigas-Sapiain).

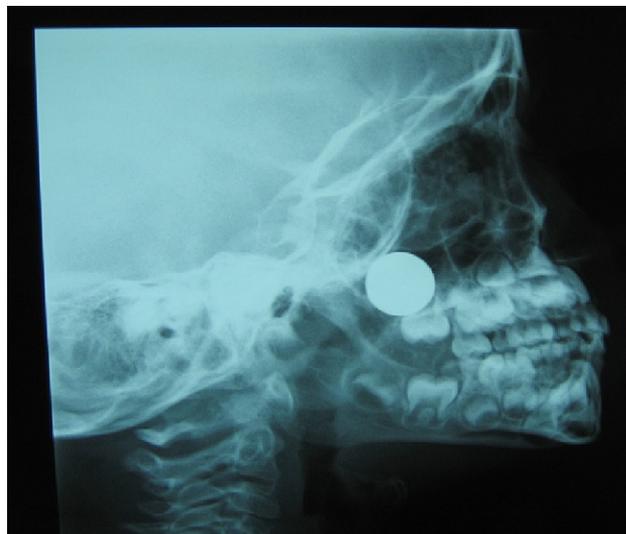
existan niños curiosos. No es un problema relacionado con la educación de la población, ni con el nivel socioeconómico, ni con la raza o el origen étnico, todos los niños son potenciales candidatos a introducirse un CE nasal u ótico, siendo el rango de edad más frecuente entre los 2-5 años, y los 3 años la edad de mayor incidencia. Esto último se debe al desarrollo cognitivo, físico y psicológico normal del niño, encontrándose éste con una habilidad manual lo suficientemente desarrollada para manipular pequeños objetos y llevarlos conscientemente a las fosas nasales y a los oídos, y para ser capaces de introducirlos en éstos. Esta habilidad manual está asociada a la curiosidad innata del niño, el cual quiere experimentar todo tipo de nuevas sensaciones y situaciones, lo que es muy normal y natural. Por debajo de los 2 años, los niños aún no han desarrollado la habilidad necesaria para manipular los objetos pequeños y la coordinación necesaria para realizar los movimientos para llevar los potenciales CE a estos pequeños orificios, aunque siempre hay niños que obtienen estas habilidades antes que la media. Sobre los 5 años, el niño ya tiene el concepto de lo que es bueno o malo para él, y conoce las situaciones que le pueden hacer daño, por lo que esta situación se va haciendo cada vez menos frecuente y se asocia más a situaciones accidentales. Aun teniendo en cuenta lo anterior, y dependiendo de la cantidad de población infantil que haya en cada zona geográfica, tampoco vemos este problema en todas las guardias, y tal vez haya un pequeño aumento de casos en la temporada invernal, posiblemente debido a que el niño tiene menos posibilidades de salir al exterior de su vivienda y pasa más tiempo jugando con juguetes, lápices, plastilinas y todo tipo de artículos manipulables de pequeño tamaño. También hay que recalcar que muchas de estas situaciones se solucionan en salud primaria y solo los casos más difíciles llegan a nuestra especialidad.

### Tipos de cuerpos extraños

Cualquier objeto de pequeño tamaño es un CE potencial para un niño. Pueden ser de tipo orgánico o inorgánico. Del tipo orgánico, los más frecuentes son las semillas, las migas de pan, los trozos de alimentos y los trozos de papel. Del tipo inorgánico, los juguetes pequeños, las pequeñas piedras, los trozos de goma, las plastilinas, los tornillos de pendientes y los trozos de esponja son los más vistos. Pero nos podemos encontrar con los materiales más inverosímiles. Durante el verano es más frecuente encontrar materiales naturales como piedras y semillas, debido a que el niño se mueve más por espacios abiertos como parques y playas; en cambio, durante el invierno son más frecuentes los juguetes, los trozos de gomas y las plastilinas, ya que los manipula habitualmente al no poder salir al exterior de su vivienda. Es inhabitual que encontremos objetos peligrosos como pilas de reloj, pero es importante reconocerlos porque pueden dejar secuelas de difícil manejo. Muy raros son los objetos cortantes, los insectos vivos o muertos, o las larvas de insectos.

### Cómo hacer el diagnóstico

No siempre es fácil. Lo habitual es que la madre o el cuidador del niño nos informen del antecedente de que el



**Figura 1** Moneda impactada en el cávum de una niña de 5 años.

niño se ha introducido algún objeto. El antecedente se puede obtener porque algún adulto u otro niño mayor lo haya visto, o el mismo niño señale que algo le molesta en la nariz o el oído. Habitualmente, las sospechas de las madres son ciertas, y siempre que haya una sospecha hay que explorar al niño. Debemos preguntar sobre sintomatología asociada. En el caso de la nariz, preguntar por descarga nasal unilateral mucosa, mucosanguinolenta o mucopurulenta, obstrucción nasal respiratoria en niños mayores y descarga nasal de mal olor. En el caso del oído, la sintomatología es más escasa no habiendo supuración habitualmente, y rara vez una otorragia; los niños mayores pueden referir hipoacusia. En otras ocasiones, la introducción del CE pasa desapercibida y los padres solo consultan por los síntomas antes mencionados, teniendo nosotros que sospechar la existencia de un CE. Por último, hay situaciones más inhabituales en que no hay ninguna sintomatología y en que en una exploración por otro motivo nos encontremos con el CE. En los oídos, los CE de mucho tiempo de evolución se encuentran rodeados de cera, haciéndonos pensar que es un tapón de cerumen, y solo nos daremos cuenta de lo contrario al extraerlo. En las fosas nasales podemos ver estructuras que asemejan tumores (por encontrarse rodeados de fibrina) o incluso de aspecto calcáreo (las que llevan mucho tiempo, incluso años). Son los llamados «rinolitos». A veces, en una exploración radiológica del cráneo nos encontramos con masas obstructivas o semiobstructivas calcificadas en las fosas nasales, que luego de explorarlas y extraerlas resultan ser rinolitos. Los materiales radiopacos, como las monedas, son fácilmente identificables por radiología simple (fig. 1).

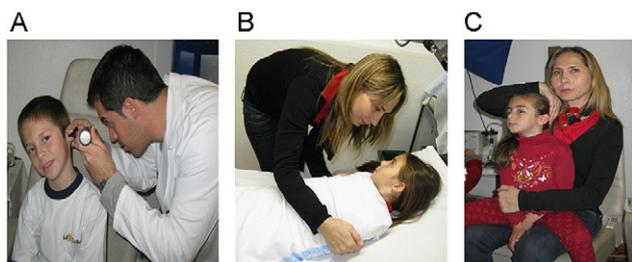
### Cómo extraerlos

Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento es retirar el CE, aunque sea del material más inofensivo, y no dejar restos de éste en las cavidades. ¿Cuándo debemos realizar el procedimiento? Al hacer el diagnóstico. Es un error y una negligencia dejar evolucionar el problema porque el

procedimiento sea difícil o porque el niño sea muy pequeño o muy inquieto y no se deje explorar. Si el procedimiento se estima difícil por la ubicación del CE o porque éste se encuentra impactado, no debemos temer en solicitar ayuda a un compañero de mayor experiencia. Muchas veces el secreto del éxito es utilizar el instrumento adecuado. Si el niño no se deja explorar, debemos solicitar la ayuda necesaria al personal de Enfermería o a los propios padres para reducir al niño y, así, permitirnos trabajar relativamente cómodos para provocar el menor daño posible con las maniobras.

**Posición del niño.** Tanto para CE nasales como óticos, en un niño sobre los 3 años de edad o que sea muy colaborador, la exploración inicial puede ser en el sillón de examen sentado sobre las piernas del padre o el tutor, solicitándole a este que sostenga las piernas del niño entre sus piernas, con una mano que sostenga las manos del niño contra el abdomen y con la otra mano que le sostenga la cabeza por la frente. Si el niño es muy pequeño o no colabora, debe ser recostado sobre una camilla y envuelto en una sabanilla, bien ajustado desde los hombros hasta la cintura para fijar los brazos al tronco y no permitir movimientos violentos de este, que podrían provocarle lesiones durante la exploración con nuestro instrumental; necesitaríamos también 2 ayudantes, uno para sostener el cuerpo y otro para sostener la cabeza<sup>1,4-6</sup>. La exploración con el niño sentado es para realizar el diagnóstico y solo nos permitiría extraer el CE, si tenemos un espejo frontal o fotóforo que nos permite tener ambas manos libres para trabajar. En cambio, para CE óticos solo nos permite la exploración diagnóstica, ya que el otoscopio sólo nos permite ver y no trabajar. La posición decúbito dorsal en la camilla es obligatoria para extraer el CE con instrumental desde un oído con la ayuda del microscopio, salvo si realizamos un lavado de oído, que puede ser sentado (fig. 2).

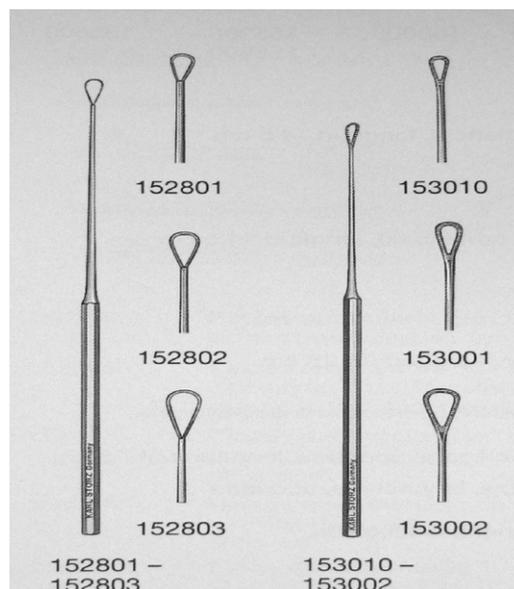
**Instrumental necesario.** En el caso de un CE nasal, necesitaremos un sillón de examen, un espejo frontal junto con un foco o fotóforo, unos rinoscopios de tamaño adecuado, un aspirador pequeño y también nos es útil el otoscopio. En el caso de un CE ótico, necesitaremos el sillón de examen, el otoscopio, la camilla, el microscopio con conos para la otoscopia de tamaño adecuado y los aspiradores de oídos<sup>3,4,6</sup>. Para ambos procedimientos necesitaremos diferentes modelos de ganchos y pinzas para arrastrar los CE hacia el exterior de las cavidades. Existen numerosas formas y tipos de ganchos y pinzas según los diferentes fabricantes. Lo más importante es que sean de un tamaño adecuado al tamaño de las cavidades de los niños<sup>3,4,6</sup>.



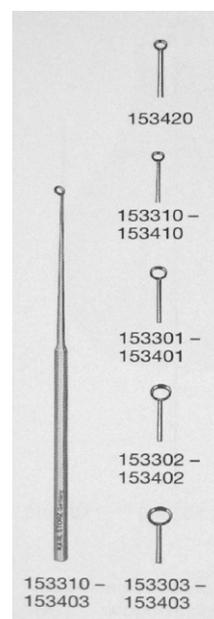
**Figura 2** Formas de examinar a un niño. A) Niños mayores y colaboradores. B) Niños pequeños o no colaboradores. C) Niños de mediana edad.

Nunca debemos utilizar material de adultos porque podemos provocar lesiones más graves que las de dejar el CE in situ. Si no tenemos el material adecuado, es preferible conseguirlo o derivar al paciente a un centro que sí disponga de él. Debemos recordar que nuestro ingenio o improvisación también es útil. Tradicionalmente, se ha utilizado un ganchito con las características antes mencionadas, hecho a partir de un clip. Hasta el día de hoy se ha utilizado para extraer CE nasales cuando no poseemos el material adecuado, y nos puede sacar de más de algún apuro.

Para las fosas nasales, lo más útil son los ganchitos pequeños con la punta roma en forma de asa de alambre (fig. 3) o las legras de oído (fig. 4), maleables o curvados entre 30°-90°. Esta forma nos permite pasar entre las



**Figura 3** Asas de alambre.



**Figura 4** Legras para oído.

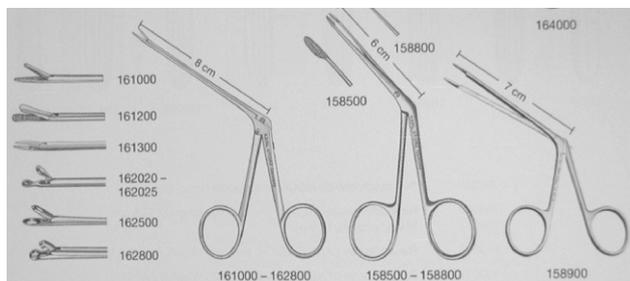


Figura 5 Pinzas de Hartmann.

paredes nasales y el CE, y luego arrastrar el CE al exterior, tanto para CE oclusivos como semioclusivos. También son útiles, aunque no en todos los casos, las pinzas de Hartmann (fig. 5), o unas pinzas de extracción de CE pequeñas o unas pinzas mosquito. Estas son útiles para los CE sólidos y del tamaño de la apertura de las pinzas o más pequeños porque, de lo contrario, el CE se nos resbalará y lo introduciremos más adentro al tocarlo. En CE blandos, como la plastilina o el papel, no es adecuado el uso de pinzas, ya que los CE se rompen y deberemos repetir el procedimiento en varias ocasiones, lo que empeorará la tolerancia al procedimiento del niño, y se nos podrían quedar restos dentro de la fosa nasal sin que nos diéramos cuenta. Los rinoscopios tienen su utilidad para exponer las zonas profundas de las fosas nasales y poder ver los CE, pero generalmente al extraer estos debemos obviar el uso de aquéllos. Las pinzas de bayoneta y la acodada son útiles para extraer CE grandes y blandos que se encuentren no muy profundo en las fosas nasales. Una opción que muy pocas veces se utiliza es el uso de un aspirador para extraer los CE, ya que solo es útil en CE livianos, ya que la fuerza del aspirador no es muy intensa. Sí nos puede ser útil para limpiar la fosa y lograr visualizar el CE.

Para los oídos es muy útil el asa de alambre, ya que al ser tan fina nos permite introducirla entre la pared del conducto auditivo externo (CAE) y el CE para después arrastrar el CE al exterior. El CAE nos da muy pocas posibilidades de maniobrar cuando los CE son oclusivos o casi oclusivos, y el asa de alambre es ideal. En el caso de CE más pequeños, los otros tipos de ganchos descritos y las pinzas de Hartmann nos ayudarán. Nunca debemos olvidar el «lavado de oído»<sup>4,6</sup>. Muchos otorrinolaringólogos lo prefieren antes que cualquier manipulación. En algunas ocasiones es la mejor decisión, sobre todo en niños muy nerviosos que no se dejan manipular el oído y que tienen demasiada fuerza para reducirlos, o en CE adheridos al tímpano por el riesgo que comporta una manipulación con ganchos o pinzas. Una condición es que el CE no debe estar impactado en el CAE para que pueda fluir el agua entre él y la pared del CAE; así, el agua podrá empujar desde dentro al CE hacia el exterior. También tenemos la opción de utilizar un aspirador de oído para extraer la cera, la sangre o las secreciones que nos impidan visualizar el CE, y también para extraer aspirando los CE livianos y que no estén impactados.

Antes de proceder a la extracción del CE, si el niño es capaz de comprender y seguir instrucciones, debemos explicarle a él y a los padres el procedimiento que realizaremos para obtener la máxima colaboración de éstos.

Señalarles que el procedimiento no duele en la medida que el niño colabore y el CE no esté impactado; pero el niño sentirá la manipulación efectuada y llorará de todas maneras por temor. Una buena idea es mostrarle al niño el instrumental con el cual se trabajará, y tocarle las manos y la cara para demostrarle que no tiene filo y no daña. Si vamos a utilizar un aspirador de oído, debemos advertirle al niño que emite un ruido, para que no se atemorice.

Para que el niño se movilice lo menos posible podemos anestesiarse localmente la fosa nasal o el CAE con algún anestésico tópico en forma de aerosol, y así provocaremos menos molestias y lesiones de manipulación<sup>4,6</sup>. La anestesia tópica en la fosa nasal es muy efectiva, pero en el CAE es algo inútil a no ser que exista alguna solución de continuidad provocada por el CE en la piel que permita la absorción del anestésico. En las fosas nasales los CE provocan un edema de la mucosa y una hipersecreción mucosa, lo que dificulta la visualización del CE, por lo que sería útil el uso de un vasoconstrictor tópico en aerosol o colocado con lentinas o algodones pequeños, o, mejor aún, la mezcla de un anestésico con un vasoconstrictor.

Algunas veces, en las fosas nasales no logramos visualizar el CE por el gran edema de la fosa o porque éste se encuentra en una situación muy posterior y nos vemos obligados a realizar una extracción a ciegas. Antes de realizarla, debemos tener la sospecha de que existe el CE, o por la clínica sospecharlo. Si la sospecha es de un CE radiopaco, podemos solicitar una radiografía para confirmarlo o descartarlo. De lo contrario, debemos intentar esta extracción a ciegas. Para realizarla debemos introducir el ganchito o el asa de alambre con la punta curva hacia abajo lo más alto posible dentro de la fosa nasal, intentando tocar lo menos posible el tabique o las paredes laterales. Luego, introducirlo lo más adentro posible, cercano a las coanas o hasta las coanas, y entonces bajar la punta del ganchito cambiando la inclinación del mango para así lograr que la punta quede por detrás del CE. Entonces, tiramos del ganchito hacia nosotros para extraer el CE. Muchas veces lo lograremos en el primer o segundo intento, pero si el CE está impactado y no podemos extraerlo, es mejor no seguir intentándolo para no dañar la mucosa nasal, ya que se podrían generar sinequias posteriormente.

Cuando no podamos extraer un CE de las fosas nasales o de los oídos porque no lo vemos y tenemos una alta sospecha, o está impactado, o el niño no permite la exploración en el box debemos realizar una exploración bajo anestesia general<sup>1-6</sup>. Este procedimiento es sencillo, pero por el hecho de ser una anestesia general debe ser realizada con las mismas precauciones que para cualquier cirugía, es decir, el paciente debe tener un ayuno de 6 h y debe ser solicitada una analítica básica que tenga hematócrito y pruebas de coagulación. Si el paciente padece alguna enfermedad, deben tomarse las precauciones pertinentes. La anestesia general puede ser solo un *rash* anestésico superficial ya que, por lo general, una vez anestesiado el niño se extrae el CE rápidamente sin tener la necesidad de intubar al paciente ni relajarlo. Si estimamos que el procedimiento será difícil o largo, debe advertirse al anestésico para que se le dé una anestesia profunda al niño con intubación endotraqueal, y así podamos trabajar en las condiciones ideales y el niño tenga un procedimiento seguro.

Los niños con enfermedades neurológicas, retardo mental o enfermedades psiquiátricas deben ser manejados como cualquier niño. Si el niño colabora se le realizará el procedimiento en los boxes, de lo contrario, bajo anestesia general. No debe ser sinónimo de un niño con este tipo de problemas el tener que hacer obligadamente una anestesia general.

Siempre debemos revisar la otra fosa nasal o el otro oído, ya que puede existir otro CE, tanto si exploramos al paciente en el box de urgencias como si lo exploramos en el quirófano.

### Cuidados postextracción

En las fosas nasales, si no se han provocado lesiones mucosas evidentes o no hay sangrados, no es necesario realizar ningún cuidado especial. Si se provocó una lesión mucosa leve a moderada es necesario indicar a los padres que se deben realizar lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar por 1–2 semanas para evitar las costras y la formación de sinequias endonasales. Cuando se provocan lesiones mucosas graves con grandes desgarros y soluciones de continuidad es útil dejar taponada la fosa con una lentina o un merocel pequeño untado en pomada antibiótica por 24–72 h para evitar la formación de sinequias e infecciones; luego de retirado se deben indicar lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar por 1–2 semanas. Si el CE ha sido una pila o algún otro producto que contenga algún compuesto ácido o básico con riesgo de daño importante de la mucosa, además de los lavados nasales, deben indicarse controles médicos para descartar la formación de sinequias y estenosis de las fosas nasales, que pueden

aparecer semanas después de la agresión y deben ser corregidas mediante otros procedimientos quirúrgicos reparativos.

En los oídos, si no hay lesiones no es necesario realizar cuidados especiales. Si se provocó una lesión de la piel del CAE o una perforación timpánica, debe prohibirse la entrada de agua al oído hasta que la lesión de la piel cicatrice o la perforación cierre, e indicarse antibióticos tópicos profilácticos por 5–7 días. Siempre continuar el seguimiento del paciente, especialmente si existe una perforación timpánica para verificar su cierre. En caso de grandes laceraciones de la piel del CAE, éste debe ser ocluido con una gasa orillada untada en pomada antibiótica por 5–7 días para evitar una sobreinfección y favorecer la reepitelización del conducto. Luego se realizarán curas y controles hasta que el CAE se encuentre reepitelizado. Si persistiera una perforación timpánica, ésta debe ser manejada como una perforación timpánica traumática y cerrarla quirúrgicamente si persiste.

### Bibliografía

1. Cummings CW. Otolaryngology- Head and Neck Surgery. 3 ed. Editorial Mosby; 1999.
2. Potsic WP, Cotton RT. Surgical Pediatric Otolaryngology. Editorial Thieme; 1997.
3. Becker W. Otorrinolaringología. Manual ilustrado, 2 ed. Editorial Mosby; 1992.
4. Eisele D, McQuone S. Emergencies of the Head and Neck. Editorial Mosby; 2000.
5. Bailey B. Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 2 ed. Editorial Lippincott-Raven; 1998.
6. Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Editorial Doyma. Barcelona; 1992.