

IV. CAVIDAD ORAL, FARINGE, ESÓFAGO

Capítulo 80

**CUERPOS EXTRAÑOS FARÍNGEOS.
TRAUMATISMOS FARÍNGEOS**

Pablo Santos Gorjón, Fernando Sánchez González, María Gil Melcón
Hospital Universitario de Salamanca.

CUERPOS EXTRAÑOS FARÍNGEOS.**Introducción.**

El cuerpo extraño faríngeo e hipofaríngeo es fácil de diagnosticar y tratar. Son sin duda alguna los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en la práctica otorrinolaringológica. Pueden verse tanto en los niños como en los adultos.

Habitualmente se trata de espinas o cartílagos de pescado o huesos pequeños, u objetos metálicos dejados, inadvertidamente o con intención, en los alimentos. Otros cuerpos extraños menos frecuentes son prótesis dentales, alfileres, monedas... Esta patología es más frecuente en niños. En adultos, se produce sobre todo en aquellos portadores de prótesis dentales.

En faringe e hipofaringe lo más frecuente es encontrarnos espinas, y en tercio superior de esófago lo habitual es encontrar huesos y espinas de gran tamaño.

Clínica.

Generalmente la presencia de cuerpos extraños en la faringe produce dolor faríngeo que aumenta con la deglución.

Diagnóstico.

Para el diagnóstico de cuerpo extraño en faringe es muy importante una correcta anamnesis (relación o no con la ingesta de las molestias, tipo de espina, tiempo que ha pasado desde la ingesta...). La consulta se comienza interrogando al paciente sobre la naturaleza del objeto ingerido, en nuestro medio lo más habitual es que el accidente ocurra cuando el paciente está comiendo pescado. No obstante, cualquier tipo de objeto pequeño que acompañe a los alimentos puede convertirse en un cuerpo extraño. En los niños muchas veces recogemos el antecedente de que tenía dicho objeto en la boca jugando y lo deglutió accidentalmente.

En el caso de los cuerpos extraños en nasofaringe, sólo pueden llegar a ésta siguiendo dos vías: la primera es que se haya alojado en dicha región por una mala técnica de extracción de un cuerpo extraño, al inicio nasal, y la otra es que se haya impactado como consecuencia de un vómito. En algunas ocasiones hemos diagnosticado cuerpos extraños en la nasofaringe como resultado de torundas de gasas olvidadas después de maniobras de taponamiento para cohibir hemorragias durante la adenoidectomía.

Es muy importante en esta patología tranquilizar al paciente para facilitar tanto la anamnesis, como la exploración y la extracción del cuerpo extraño en caso necesario.

Se debe sentar al paciente en el sillón de exploración y pedirle que no degluta saliva, señalando exactamente donde nota el cuerpo extraño para poder hacernos una idea de la localización del mismo.

Si el paciente puede localizar la molestia a punta de dedo, y lo define como sensación de pinchazo que se acentúa con la deglución, la sospecha de presencia de cuerpo extraño es alta. Por el contrario, si el paciente no es capaz de localizar el punto concreto, sino que lo refiere

como molestia difusa en una zona amplia, la sospecha de que el cuerpo extraño esté realmente disminuye.

Si el paciente refiere las molestias a nivel submaxilar, el cuerpo extraño lo buscaremos en fosas amigdalares o surco glossofaríngeo. Si las molestias son a nivel submentoniano, sospecharemos que la localización sea base de lengua, epiglotis o surco glosopiglótico. Si la molestia es central, buscaremos en parte posterior de hipofaringe o base de lengua.

Por último, si la molestia la refiere a nivel supraesternal, sospecharemos que el cuerpo extraño está en seno piriforme, tercio superior de esófago o boca de Killian. Si el cuerpo extraño es grande y está en tercio superior de esófago el paciente presentará disfagia total, mucho dolor, babeo y regurgitación total. Si el cuerpo extraño es laríngeo el paciente presentará disfonía, accesos de tos y dependiendo del tamaño y la localización del mismo puede incluso presentar disnea.

Para llevar a cabo la exploración de la cavidad bucal, las fosas amigdalares y la orofaringe lo haremos con un depresor y el fotóforo. Realizaremos la exploración con la lengua dentro de la cavidad bucal y apoyando el depresor en los dos tercios anteriores de la lengua para evitar el reflejo nauseoso.

Para explorar la hipofaringe y la laringe realizaremos una laringoscopia directa con nasofibrosocopia o una laringoscopia indirecta con espejito laríngeo. La laringoscopia indirecta se realiza con el paciente sentado en posición vertical. Con la mano izquierda se tira de la lengua suavemente hacia fuera y hacia abajo y con la mano derecha se maneja el espejito laríngeo previamente calentado con un mechero o con agua caliente para evitar que se empañe por la diferencia de temperatura. De esta forma exploraremos la base de la lengua, los senos piriformes, la glotis y la hipofaringe. Se debe inspeccionar de forma minuciosa la faringe ayudándonos de un depresor lingual y si no se consigue visualizar el cuerpo extraño, se realizará una laringoscopia indirecta usando un espejillo laríngeo o incluso se solicitará una radiografía si es radioopaco.

El examen minucioso de la faringe y de la hipofaringe, usando un espejo laríngeo y lidocaína tópica, permite establecer el diagnóstico. Se puede hacer también una exploración mediante un laringofibroscopio. En la hipofaringe hay que examinar muy bien los senos piriformes ya que en ellos se asientan con frecuencia estos objetos.

Tratamiento.

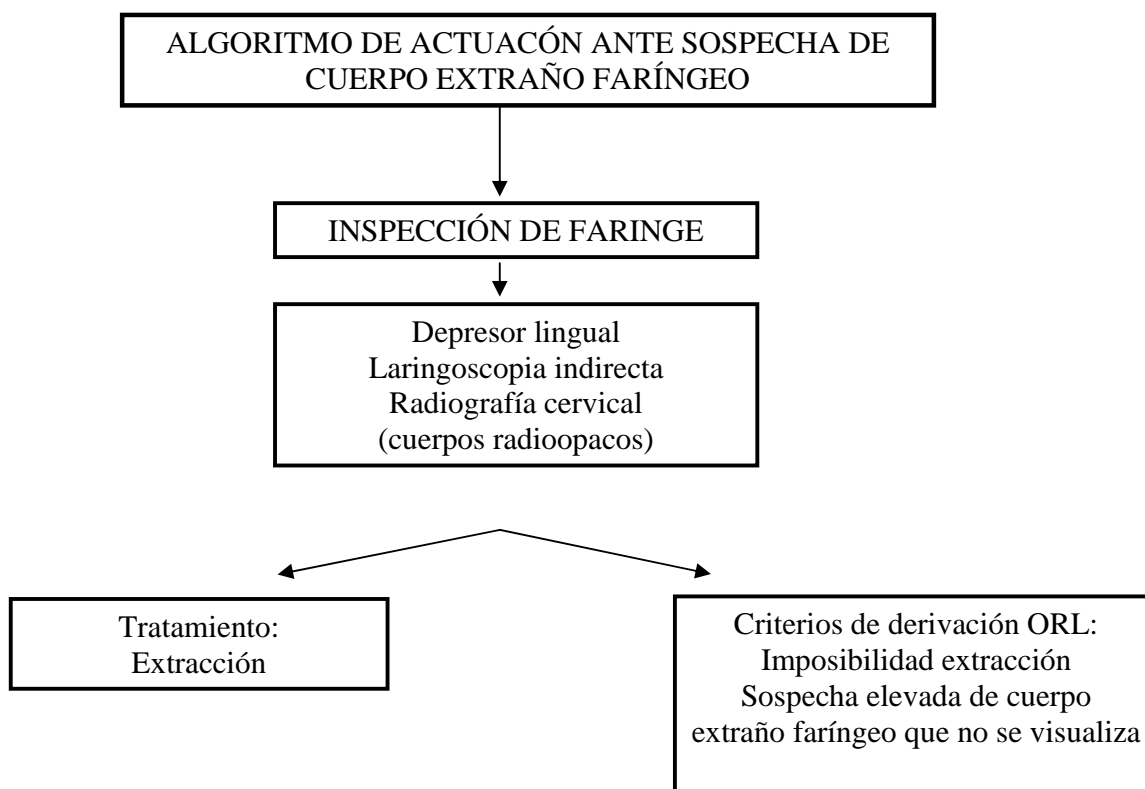
Para la extracción del cuerpo extraño después de haberlo localizado realizaremos instilación de anestesia tópica en spray para reducir el reflejo nauseoso. En los niños puede ser necesaria la anestesia general por falta de colaboración. Para la extracción será necesaria la presencia de un ayudante que tire de la lengua del paciente. Con la mano izquierda sostenemos el espejito y con la derecha introducimos la pinza. Si el cuerpo extraño está en vía digestiva (tercio superior del esófago) su extracción se realizará con endoscopia flexible. En general, no hay consenso en la necesidad de cobertura antibiótica en aquellos pacientes en los que se hayan realizado maniobras de exploración y extracción para prevenir complicaciones (abscesos retro y parafaríngeos).

Se debe extraer el cuerpo extraño, sin dejar ningún resto, con pinzas adecuadas. En el caso de realizar laringoscopia indirecta se aplicara previamente anestesia tópica.

Criterios de derivación a ORL (Figura 1).

Se deriva a todo paciente al que no se haya podido extraer el cuerpo extraño.

También se derivará ante la sospecha de cuerpo extraño en faringe que no se ve, incluso con radiografía, ya que puede evolucionar hacia absceso parafaríngeo.

**Clasificación de cuerpos extraños.**

Utilizaremos la correspondiente a la anatomía de la región:

- Cuerpos extraños en nasofaringe
- Cuerpos extraños en la orofaringe
- Cuerpos extraños en la hipofaringe

1.- Cuerpos extraños en nasofaringe.

Resultan los menos comunes y proceden de la parte anterior de las fosas nasales o de las vías digestivas bajas.

Cuadro clínico.

Teniendo en cuenta los antecedentes se apreciará en relación con el volumen un cuadro dominado por una obstrucción nasal posterior; si permanecen varios días, la rinorrea purulenta posterior es la regla.

Conducta a seguir.

Aunque la extracción ofrece grandes dificultades técnicas, esta situación debe tratarse con prudencia y cuidado. Lo más recomendable siempre será la extracción en el quirófano, bajo anestesia general y por un personal cualificado, ya que un cuerpo extraño de esta índole puede hacerse fácilmente laringotraqueobronquial como consecuencias de maniobras intempestivas.

2.- Cuerpos extraños en orofaringe.

El paciente se presenta refiriendo más odinofagia que disfagia. Esta odinofagia es típica, pues se traduce por una sensación de cuerpo extraño acompañada de pinchazos, localizada en el área de las amígdalas palatinas o en la base de la lengua cuando se encuentra alojado en la amígdala lingual. En los niños pequeños no es posible muchas veces recoger el antecedente de ingesta y la mayoría de las ocasiones tendremos que pensar en ello, cuando se niegue a ingerir alimentos o llore al tratar de hacerlo. La importante sialorrea del niño es bastante típica en esta situación.

Diagnóstico.

Se realizará mediante la faringoscopia. Los puntos habituales de enclavamiento son: en las criptas de las amígdalas y en el espacio situado entre la amígdala palatina y el pilar anterior. En caso de que se encuentre en la amígdala lingual tendremos que introducir el depresor de lengua algo más posterior de lo recomendado y bascular hacia abajo su punta, con esto se visualizarán la mayoría, pero a veces si está enclavado cerca del repliegue glosopiglótico será necesario el uso de un espejo laríngeo para verlo indirectamente.

Si la sensación de cuerpo extraño faríngeo persiste y con las maniobras anteriores no lo vemos, será necesario palpar con el dedo índice la región, tanto de la amígdala palatina como de la lingual para detectar la rugosidad que produce el material extraño y ubicarlo con precisión.

Conducta a seguir.

Se procederá a la extracción usando una pinza de bayoneta, que casi nunca resulta difícil, salvo en pacientes dotados de reflejos exaltados en los cuales será necesario atomizar un anestésico de superficie para mitigar los mismos. Algo más dificultosos son los cuerpos extraños enclavados en la amígdala lingual que de no ser posible visualizarlos directamente tendremos que acudir al uso del espejito laríngeo y con una pinza de curvatura acentuada (Mixer) hacer presa de él extrayéndolo.

3.- Cuerpos extraños en hipofaringe.

Se establece este diagnóstico cuando se aloja en los senos piriformes antes de la entrada del esófago cervical. Por la proximidad, muchas veces los síntomas son análogos a los de los cuerpos extraños en tercio superior del esófago.

Cuadro clínico.

Depende del volumen del objeto. Cuando se trata de espinas y huesos pequeños la sensación de cuerpo extraño, la odinofagia y la disfagia están presentes. El enfermo señala generalmente la molestia en la faringe baja.

En algunas ocasiones el paciente ha deglutido un objeto tan voluminoso que es incapaz de pasar al esófago y se queda detenido en la hipofaringe, de manera que provoca una grave situación de asfixia con peligro inminente para la vida. Es típica la facies y el estado de agitación del enfermo. Se requieren medidas enérgicas y precisas por parte del médico para salvar la vida del enfermo.

Tratamiento.

En la situación más común, es decir los cuerpos extraños pequeños alojados en senos piriformes, se requiere llevar al enfermo al quirófano y bajo anestesia general mediante un laringoscopio de los usados por los anesthesiólogos con espátula de Weder o de Macintosh y la pinza doble acodada de Maggil, proceder a su extracción. Se contraindican las maniobras de extracción indirectas con espejito y pinzas de Brüning porque al no tener control visual de la punta del objeto pueden ocasionar perforaciones de la mucosa de los senos piriformes con muy graves consecuencias.

La otra situación, es decir ante una emergencia por atragantamiento, la gravedad del cuadro y la imposibilidad de llegar a tiempo a un centro hospitalario, pueden justificar como medida “salva vidas” la maniobra de Heimlich; las ambulancias modernas dotados de equipos de reanimación tienen instrumental de anesthesiología de intubación, con el cual el personal médico especialmente entrenado puede efectuar la extracción de un objeto voluminoso; si las condiciones vitales del enfermo permiten llegar al centro hospitalario, entonces el otorrinolaringólogo con el instrumental más adecuado para esos menesteres se hará cargo de la situación.

TRAUMATISMOS FARÍNGEOS.**Introducción.**

Los traumatismos en faringe están íntimamente relacionados con los cuerpos extraños. Un cuerpo extraño faríngeo debe hacer sospechar una herida en dicha localización hasta que se excluya lo contrario. Armas de fuego, armas blancas, accidentes de tráfico... también pueden originar lesiones faríngeas. El traumatismo faríngeo aislado por estos últimos agentes lesionales es poco frecuente, generalmente se engloba en lesiones cráneo-faciales más complejas.

La gravedad de las lesiones en faringe es muy variable. El traumatismo puede ser un incidente totalmente anodino o dar lugar a complicaciones que pueden comprometer la vida del paciente. Se requiere una exploración de la faringe mediante un examen clínico. Métodos de exploración complementarios como la nasofibrofaringolaringscopia son útiles. Si mediante la exploración física no se establece la localización y extensión de la lesión está indicado el examen endoscópico mediante anestesia general. En el caso de traumatismos faríngeos graves las técnicas de imagen, como la TAC, pueden ser útiles para la valoración del paciente.

Rinofaringe.**Patogenia.**

Los traumatismos localizados de forma aislada son muy poco frecuentes. Esta región anatómica presenta una buena protección por las estructuras óseas y músculo-ligamentosas que la rodean. En los niños se pueden producir lesiones a nivel de la mucosa de la rinofaringe por la introducción de cuerpos extraños. Habitualmente son de pequeño tamaño y la naturaleza de los mismos es muy variada (juguetes, fragmentos de alimentos...)

Las lesiones rinofaríngeas por traumatismos externos como armas de fuego, armas blancas, accidentes de tráfico... generalmente no se presentan aisladas. Se suelen incluir en traumatismos craneofaciales con afectación del macizo facial y de la base del cráneo.

Las lesiones iatrógenas suelen originarse por desgarramientos mucosos tras la colocación de sondas nasogástricas. Adenoidectomías agresivas pueden originar lesiones mucosas de rinofaringe. Se manifiestan por epistaxis, que ceden al poco tiempo. La tendencia espontánea a la rápida cicatrización de esta zona, hace que no se requiera habitualmente ningún cuidado especial. La sobreinfección de dichas heridas es excepcional.

Clínica.

El paciente puede presentar epistaxis como consecuencia del traumatismo junto con dolor local y obstrucción nasal. La presencia de un cuerpo extraño, especialmente en los niños debe ser sospechado cuando se trata de un rinorrea purulenta unilateral.

Diagnóstico.

El diagnóstico se basa en un adecuado examen de la rinofaringe. Tradicionalmente se visualiza mediante el espejillo de cavum. La introducción de nasofibroskopios y de ópticas nasales rígidas permiten explorar esta región anatómica de forma exhaustiva, previa anestesia local de las fosas nasales, por ejemplo mediante torundas de algodón impregnadas en adrenalina o en otro anestésico local.

Habitualmente no se requiere ninguna prueba complementaria para establecer el diagnóstico. La TAC permite establecer la extensión de lesiones asociadas cuando se trata de traumatismos cráneo-faciales.

Complicaciones.

La persistencia de un cuerpo extraño en rinofaringe, puede agravar la lesión de la mucosa, dando lugar a ulceraciones de la misma que se manifiestan como epistaxis generalmente posteriores. El depósito de concreciones calcáreas alrededor del cuerpo extraño se presenta cuando permanece alojado en rinofaringe durante un periodo de tiempo prolongado.

Complicaciones infecciosas secundarias a traumatismos en rinofaringe son muy poco frecuentes, debido a la tendencia a la cicatrización de forma rápida de la mucosa. En ocasiones ante heridas muy extensas puede estar indicada la profilaxis antibiótica.

Orofaringe.**Patogenia.**

Los traumatismos en orofaringe pueden ser secundarios a la ingesta de cuerpos extraños. El cuerpo extraño más frecuentemente aislado en dicha localización es la espina de pescado. Agentes externos también pueden ser responsables de traumatismos orofaríngeos, como sucede en la rinofaringe: armas blancas, armas de fuego, accidentes de tráfico...

Las heridas penetrantes que afectan a cavidad oral y orofaringe deben ser controladas inmediatamente externamente e internamente, junto con otras lesiones óseas asociadas como mandíbula, maxilar superior, piezas dentarias, hioides...

En niños se pueden producir lesiones por empalamiento del velo del paladar y pared posterior de faringe. Habitualmente son objetos puntiagudos como lápices, mango del cepillo de dientes, manillar de bicicleta... El paciente presenta dicho objeto en la cavidad oral entre los labios y los dientes, y generalmente tras caída accidental se desplaza posteriormente lesionando el velo del paladar y pared posterior de orofaringe.

Las picaduras de insectos en la faringe mediante en el alimento ingerido, dan lugar a edemas muy intensos, con dificultad respiratoria. El paciente refiere dolor en la zona de la picadura.

Las lesiones faríngeas de localización lateral son potencialmente muy peligrosas, por las estructuras vasculares localizadas lateralmente a la pared externa de la faringe. Requieren un examen clínico detenido y minucioso.

La ingesta de sustancias cáusticas por cavidad oral puede originar importantes lesiones a nivel faríngeo. Las quemaduras por estas sustancias son más frecuentes en niños, que ingieren estos productos de forma accidental. El almacenamiento de sustancias cáusticas en envases alimenticios puede conducir a una ingesta accidental. Los intentos autolíticos son responsables

de extensas quemaduras en la faringe. Las sustancias cáusticas que son deglutidas más frecuentemente son ácido acético, ácido sulfúrico, lejía...

La naturaleza del cáustico ingerido, su concentración y el tiempo de contacto con la mucosa determinan la gravedad de las lesiones y las posibles secuelas de las mismas. Las bases, representadas fundamentalmente por la sosa, disuelven las proteínas, saponifican las grasas y producen una necrosis por licuefacción que penetra por debajo de la mucosa y entraña, por tanto, un riesgo de estenosis importante. Los ácidos coagulan el epitelio de superficie, por lo que el riesgo de estenosis es menor, sobre todo a nivel de la faringe.

Clínica.

Cuando se produce una lesión que afecta a la mucosa de la orofaringe, habitualmente el signo clínico inicial más llamativo es la hemorragia. Posteriormente el paciente refiere dolor en dicha localización, que se incrementa con la deglución. Debido a la inervación de la faringe, no es infrecuente que el enfermo presente una otalgia refleja. A veces aparece disfagia y sialorrea. Si el componente inflamatorio es muy importante se manifiesta como disnea.

Diagnóstico.

El diagnóstico se fundamenta en una buena anamnesis y un examen físico detenido. Se debe evaluar la localización, los límites y la profundidad de la lesión. La laringoscopia con espejillo laríngeo es un método de exploración muy adecuado. Al igual que en la rinofaringe, puede ser útil la utilización del fibroscopio. La poca colaboración en el niño es indicación de una exploración en quirófano bajo anestesia general.

Las lesiones por cáusticos inicialmente producen en la mucosa de la orofaringe un enrojecimiento y formación de ampollas. Posteriormente aparecen exudados blanquecinos y un edema intenso. Ante un ingesta de cáusticos además de la valoración de la faringe y laringe, se requiere determinar las lesiones en partes inferiores de tubo digestivo (esófago y estómago).

También se necesita un examen cervical. Si el traumatismo no es reciente permite descartar signos infecciosos, sugerentes de complicación.

Las heridas orofaríngeas de localización lateral, y especialmente si son profundas deben incluir una adecuada valoración neurológica, con estudio de la motricidad, reflejos, campo visual...

La radiografía cervical puede ser útil para localizar un cuerpo extraño radioopaco. También permite determinar signos de complicación como un enfisema retrofaríngeo. La radiografía de tórax o la TAC torácica evalúan complicaciones poco frecuentes como neumomediastino y mediastinitis, pero que potencialmente se pueden presentar.

Complicaciones.

Las complicaciones infecciosas son los abscesos para y retrofaríngeos. La demora en el diagnóstico y su consiguiente drenaje quirúrgico, facilitan la extensión del proceso infeccioso al mediastino y pone en peligro el pronóstico vital del paciente.

Las complicaciones neurológicas son raras. Se suelen presentar en heridas que afectan a la pared lateral de la faringe, con extensión en profundidad. La lesión de la carótida interna origina una trombosis vascular. La presentación de la clínica en ocasiones no es inmediata, con un intervalo libre de horas a varios días. Puede aparecer una hemiplejía contralateral a la lesión, una hemianopsia lateral homónima y una afasia si el hemisferio afectado es el dominante. Ante la aparición de esta clínica, hay que valorar el alcance de las lesiones mediante una TAC cerebral y una arteriografía carotídea.

Hipofaringe.**Patogenia.**

Las lesiones como consecuencia de traumatismos externos son raras pero graves. Los cuerpos extraños pueden dar lugar a lesiones en esta localización anatómica. La gravedad es mayor cuando la herida es baja, hacia el esófago cervical.

Clínica.

Pueden manifestarse por dolor, junto con disfagia e hipersialorrea. La otalgia refleja también es posible. Aunque no es frecuente puede presentarse una hemorragia por cavidad oral. La disfonía y la disnea, como consecuencia del edema de los tejidos circundantes al área lesionada son excepcionales. Puede estar presente un enfisema cervical si existe un defecto mucoso.

Diagnóstico.

La valoración por el ORL incluye una exploración general. El examen físico, junto con una laringoscopia y una nasofibroscofia permiten evaluar de forma más precisa la extensión y profundidad de las lesiones. La exploración cervical detecta signos de complicación como enfisema subcutáneo, tortícolis...

Complicaciones.

Al igual que en la orofaringe los estudios de imagen están indicados ante la sospecha clínica de complicaciones: radiografía cervical y tórax, TAC...

En la radiografía cervical se puede apreciar una densidad aire en el espacio prevertebral, el llamado signo de Minnigerode, que indica una perforación de la pared faríngea, con la consiguiente necesidad de reparar de forma urgente el defecto.

El diagnóstico tardío empeora el pronóstico y dar lugar a la aparición de complicaciones. Al igual que en los traumatismos orofaríngeos pueden aparecer abscesos y celulitis cervicales. Su progresión hacia el mediastino puede acabar con la vida del paciente. Es obligado un drenaje urgente de la colección.

Tratamiento.**Rinofaringe.**

Habitualmente las heridas en esta localización suelen ser superficiales, producidas por la erosión de una sonda nasogástrica o un cuerpo extraño. La tendencia a la rápida cicatrización de la mucosa del cavum hace que no sea necesaria una actitud más agresiva. La infección de las heridas en esta localización es rara.

Generalmente el paciente puede referir epistaxis, que suele ceder espontáneamente sin necesidad de cohibirla mediante un taponamiento nasal. La aplicación del mismo es indicación de antibioterapia profiláctica.

Orofaringe.

Las heridas de la orofaringe pueden ser superficiales. En tal caso un tratamiento antibiótico y enjuagues con un antiséptico oral son suficientes. Las heridas profundas, contusas y con bordes mal definidos precisan una exploración en quirófano bajo anestesia general. Se desbridan los bordes, se retiran los cuerpos extraños en el interior de las mismas, se limpia la herida, se controla la hemorragia y se evacúan los hematomas. Se sutura la herida por planos de forma cuidadosa. En la medida de lo posible se debe evitar la cicatrización por segunda intención, para evitar posibles retracciones. Los grandes defectos con pérdida de sustancia obligan a repararlos con injertos de piel o con colgajos de mucosa próxima, obtenidos mediante rotación o transposición. Algunos autores proponen la observación hospitalaria durante al

menos 48 horas, especialmente en heridas faríngeas que afectan a la pared lateral, por el riesgo de trombosis carotídea.

En las lesiones producidas por cáusticos, se requiere una hidratación abundante. La neutralización del agente químico habitualmente no es efectiva, pues el contacto durante unos segundos con la mucosa faríngea es suficiente para producir lesiones titulares. Es útil el empleo de tratamientos analgésicos. Medidas como frío local o anestésicos locales como lidocaína alivian al paciente. En ocasiones se debe colocar una sonda nasogástrica para nutrir al paciente. En caso de lesiones graves se instaura alimentación parenteral y tratamiento antibiótico de amplio espectro, junto con corticoterapia.

Hipofaringe.

Las heridas que suponen un defecto de mucosa requieren una cervicotomía exploradora bajo anestesia general y cierre del mismo, bien producidas por traumatismos externos o por cuerpos extraños. Generalmente se coloca una sonda nasogástrica y se instaura una antibioterapia profiláctica.

En caso de diagnóstico tardío, con una complicación infecciosa asociada como un absceso, la cervicotomía permite un drenaje de la colección, evitando que la infección se extienda hacia mediastino.

Las lesiones producidas por agentes químicos también pueden afectar a la hipofaringe. La actitud y el tratamiento es el mismo señalado en el apartado anterior.

Las lesiones de la faringe pueden originar una obstrucción de las vías respiratorias superiores, especialmente cuando se presentan en pacientes politraumatizados con traumatismos cráneo-faciales. Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias superiores es vital.

El compromiso de la vía aérea puede estar determinado por presencia de sangre, coágulos, saliva o vómitos en la encrucijada faringo-laríngea. Las piezas dentarias desprendidas o prótesis dentarias pueden provocar una obstrucción alta de la vía aérea, así como las fracturas que afectan a la mandíbula o un edema importante de los tejidos faríngeos traumatizados. La dificultad respiratoria o la pérdida de conciencia es indicación de intubación traqueal. Cuando la intubación no es posible o cuando el paciente presenta un traumatismo faringo-laríngeo abierto o un gran traumatismo máxilo-facial se debe realizar una traqueotomía.

Bibliografía.

- Becker W., Naumann HH, Plaltz CR. Otorrinolaringología. 2ª ed. Mosby, 1989.
- Quesada P. Manual de otorrinolaringología. Ed. Mc Graw-Hill, 1998.
- Álvarez de Cózar F, Martínez Vidal A, De la Hoz Bel M. Cuerpos extraños en ORL. Urgencias ORL. Lab Menarini 1999: 127-36.
- Martínez Vidal A et al. Cuerpos extraños de faringe. Otorrinolaringología básica, Ergon eds, 1988: 268-69.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Problemas Otorrinolaringológicos. Martín Zurro, 3ª Edición. Pág. 812-25.
- Guerrier Y. Chirurgie de la langue mobile, y Chirurgie des parois de la cavité bucale. Traité de technique chirurgicale, ORL et cervico-faciales. Cap. 11. Mason, 2ª ed. París, 1998.
- Kelly DR. Trauma: soft tissue lacerations and burns. Otolaryngology Head and Neck Surgery. Cummings. Mosby. 2ª ed. St. Louis, 1993.