

Exploración básica en otorrinolaringología

Carlos Escobar Sánchez

Especialista en ORL. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.
Profesor Asociado ORL. Universidad de Murcia. Murcia. España.

Dado el gran número de pacientes que consultan por síntomas otorrinolaringológicos, es fundamental que el médico de atención primaria aplique las técnicas básicas de exploración en este campo de la medicina, de forma que el paciente sea examinado de una manera completa, ordenada y sistemática.

Exploración otológica

Por inspección se observa si el tamaño, la forma y la coloración del pabellón auricular son normales, descartando lesiones supernumerarias, cicatrices y neoformaciones, entre otros procesos. Se inspecciona la región retroauricular en busca de tumoraciones, posibles abscesos o mastoiditis, y la zona periauricular por si hay masas o cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas.

Por palpación se comprueba si la movilización de la oreja o la presión sobre el trago provocan dolor, lo que es típico en las otitis externas. En los lactantes, las otitis medias también se acompañan de un signo de trago positivo. Por la relación de vecindad, se palpa la articulación temporomandibular, tanto en reposo como abriendo y cerrando la boca, ya que muchas otalgias se asocian a contracturas de músculos

de la masticación, luxaciones articulares o situaciones con movilidad limitada.

La otoscopia consiste en explorar el conducto auditivo externo y la membrana timpánica por medio de un instrumento llamado otoscopio. En atención primaria el más útil es el otoscopio eléctrico, dado su bajo coste, su versatilidad y la calidad de imagen que obtiene. En el otoscopio se pueden ajustar espéculos de distinto diámetro, de los cuales se debe seleccionar el de mayor calibre posible.

Siempre que se maneje el otoscopio hay que visualizar el conducto auditivo externo a través de él, al mismo tiempo que se tira del pabellón auditivo hacia atrás, afuera y arriba (si bien en niños pequeños se debe hacer hacia abajo). Mientras el otoscopio avanza por el conducto auditivo se observa si su forma y dimensión son normales, el aspecto de la piel y si hay secreciones en su interior. Es importante no sobrepasar la porción fibrocartilaginosa del conducto auditivo, ya que el contacto con las paredes óseas puede producir dolor.

La membrana timpánica en la otoscopia tiene una forma más o menos circular y un color gris perla. En su superficie se observa el relieve del mango del huesecillo martillo y de los ligamentos timpanomaleolares anterior y posterior (fig. 1). Estos ligamentos delimitan una porción superior denomina-

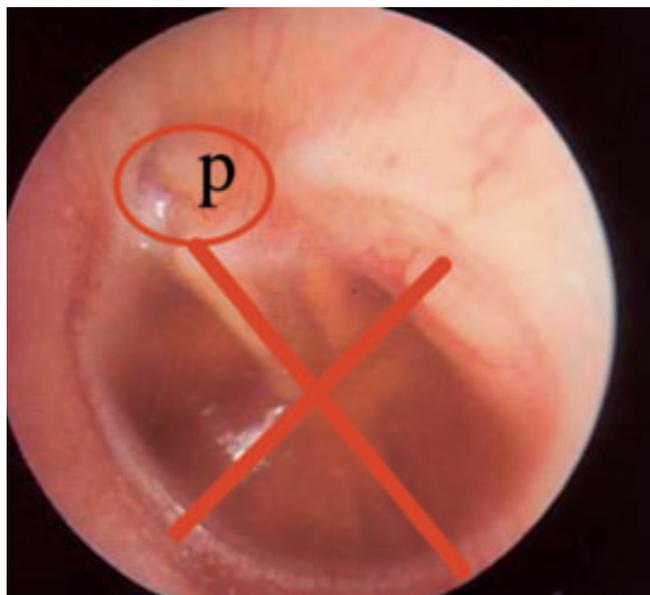


Figura 1. Otoscopia izquierda. La imagen timpánica queda dividida en 4 cuadrantes y una porción flácida (p).

da porción atical, pars flácida o membrana de Shrapnell, cuya identificación es importante porque hay enfermedades del oído que sólo alteran dicha área. El resto del tímpano se denomina porción tensa (pars tensa), y en ella se puede trazar una línea a lo largo del mango del martillo y otra línea perpendicular a ésta, de forma que se constituyen 4 cuadrantes imaginarios denominados anterosuperior, anteroinferior, posteroinferior y posterosuperior. En el cuadrante anteroinferior se observa un brillo característico, denominado triángulo luminoso.

Estas 5 zonas son importantes para localizar cualquier hallazgo otoscópico de una manera precisa. En otras ocasiones, es útil imaginar el tímpano como la esfera de un reloj con las marcas de las distintas horas y seguir las referencias de este sistema al describir y localizar cualquier alteración timpánica.

En la otoscopia hay que inspeccionar la posición, la colocación, la movilidad y la integridad de la membrana timpánica. Generalmente, el tímpano tiene una forma cónica hacia el interior y una coloración translúcida que permite visualizar sin nitidez algunas estructuras del oído medio, como la unión incudoestapedial, el nervio cuerda del tímpano, el tendón del estribo y la ventana redonda, entre otras. En la descripción de perforaciones timpánicas debe especificarse su número, forma y situación, así como el contacto con el marco timpánico. Las perforaciones centrales son las que no contactan con el marco del tímpano y las marginales las que sí lo hacen. En general, se consideran perforaciones con riesgo potencial de complicaciones las marginales que se sitúan en el cuadrante posterosuperior.

La movilidad de la membrana timpánica se explora con las maniobras de Valsalva y de Toynbee. La maniobra de Valsalva consiste en soplar con la boca cerrada y la nariz tapada para que no salga aire al exterior. Al aumentar la presión de la rinofaringe, el aire pasa al oído medio a través de la trompa de Eustaquio y se puede observar un movimiento del tímpano. En la maniobra de Toynbee, se provoca un desplazamiento timpánico en sentido contrario, al cerrar la boca, tapar la nariz y deglutir saliva varias veces, lo que genera una presión negativa en el oído medio.

La acimetría consiste en valorar la audición por medio de diapasones, determinando si el paciente tiene una audición disminuida unilateral o bilateralmente, y si este tipo de sordera es de transmisión o de percepción. Estos instrumentos, de fácil uso y gran utilidad, son fundamentales en todo estudio otológico básico. La exploración con diapasones debe realizarse en una habitación tranquila y lo más silenciosa posible. Generalmente, se utilizan diapasones con tonos de frecuencia de 125, 250, 500, 1.000 y 2.000 ciclos/s. El más utilizado es el de 500 ciclos/s, y se maneja por su vástago central y golpeando una de sus ramas con un objeto no metálico, para evitar vibraciones excesivas. La transmisión sonora por vía aérea se comprueba situando el diapasón en

vibración frente a la oreja a la altura de la mitad del hombro. La transmisión sonora por vía ósea se comprueba colocando el pie del diapasón sobre la mastoides, el vértex o entre los incisivos superiores e inferiores.

De todas las pruebas acumétricas disponibles, las más básicas e importantes son dos:

– Prueba de Rinne. Sirve para comparar la audición por vía aérea y por vía ósea del paciente. En un normooyente, la audición por vía aérea es mejor que por la vía ósea; así, tras dejar de percibir el sonido del diapasón sobre la mastoides, si aquél se pone frente al oído, se vuelve a percibir sonido (Rinne positivo). En los pacientes con hipoacusias de percepción, sucede lo mismo que en la normoacusia, pero se acorta el tiempo de audición por vía aérea (llega un momento que no se oye aunque el diapasón siga vibrando) y el Rinne se considera positivo y acertado. En las hipoacusias de transmisión la sonoridad por vía ósea (mastoides) es mejor que la vía aérea; así, al dejar de oír el diapasón sobre la mastoides, si se sitúa frente a la oreja no se percibe sonido (Rinne negativo). Hay que considerar que en hipoacusias perceptivas importantes unilaterales aparece un falso Rinne negativo porque al explorar el oído enfermo (que no oye ni por vía aérea ni por vía ósea), la sonoridad del diapasón por vía ósea sí se percibe, pero por el otro oído (oído sano).

– Prueba de Weber. Compara las dos vías óseas. En esta prueba el diapasón se coloca en el vértex y la sonoridad estará centrada en la cabeza o se percibirá simultáneamente en ambos oídos en la normoacusia y en las hipoacusias bilaterales simétricas. La sonoridad se desplazará hacia el oído sano o menos enfermo en las hipoacusias perceptivas y hacia el oído enfermo en las hipoacusias de transmisión.

Las pruebas de Rinne y de Weber han de ser concordantes en cada caso:

– Normoacusia: Rinne positivo bilateral y Weber centrado o indistinto.

– Hipoacusia de transmisión: Rinne negativo en el oído enfermo y Weber lateralizado al oído enfermo.

– Hipoacusia perceptiva: Rinne positivo acertado en el oído enfermo y Weber lateralizado al oído sano.

Exploración del sistema vestibular

La función del equilibrio nos permite mantener la posición de nuestro cuerpo tanto de forma global como en cada una de sus partes en función del movimiento que realicemos. El equilibrio se puede comparar a un taburete de tres patas que se mantiene si dos de ellas funcionan correctamente: a) una pata es el sistema vestibular, que detecta las variaciones del cráneo respecto a la gravedad y en los desplazamientos li-

neales y angulares; *b*) otra es el sistema visual, que detecta las variaciones del entorno, y *c*) la tercera es el sistema propioceptivo que recoge la información procedente de las articulaciones, sobre todo de los tobillos y las rodillas.

Toda esta información la integra el sistema nervioso central, que elabora una respuesta acorde para mantener la postura.

En la exploración vestibular hay que considerar dos grandes apartados: el reflejo vestibuloocular y el reflejo vestibuloespinal.

Exploración del reflejo vestibuloocular

Los signos estáticos se transmiten por los nervios vestibulares y traducen la asimetría en la información periférica generada en ambos laberintos en situación de reposo. Los signos dinámicos recogen la disparidad de esta información durante el movimiento.

Signos estáticos

El parámetro más representativo de la actividad del sistema vestibular es el nistagmo, que es un movimiento ocular resultante de la actividad conjugada de la musculatura extrínseca del ojo. El nistagmo puede ser en resorte, con dos componentes de distinta velocidad (una lenta en un sentido y otra rápida que se visualiza mejor y define el sentido del nistagmo) y el nistagmo pendular (oscilaciones simétricas). En un nistagmo espontáneo se anotará la dirección (horizontal, vertical, horizontorrotatorio), el sentido en el que bate la componente rápida (derecho/izquierdo, hacia arriba/abajo, horario/antihorario) y la influencia que tiene inhibir la fijación ocular usando para ello unas gafas de Frenzel. Es importante recordar que un nistagmo vertical es sinónimo de una lesión en el sistema nervioso central. La influencia que tiene en el nistagmo el cambio de la posición de la mirada permite definir un nistagmo de grado I (cuando sólo aparece si la mirada se dirige a la fase rápida), grado II (si también aparece en la mirada central) y grado III (si aparece al mirar hacia donde se dirige la fase lenta). Es importante resaltar que al explorar la dirección de la mirada, los movimientos oculares serán menores de 40° para evitar reflejos tónicos de la musculatura extraocular.

Signos dinámicos

– Agudeza visual dinámica. Tras anotar la agudeza visual del paciente cómodamente sentado ante una carta de Snellen convencional, se valora el cambio en ésta al mover la cabeza hacia derecha e izquierda, y de arriba abajo. Esto produce, en condiciones normales, un discreto deterioro en la agudeza visual que se puede cuantificar en la pérdida de una línea (el paciente lee la línea de tamaño superior). Debe considerarse que hay una oscilopsia significativa a partir de la pérdida de 2 líneas.

– El nistagmo de agitación cefálica aparece cuando (con cuidado pero de manera vigorosa) se mueve la cabeza del

paciente de lado a lado (inclinándola hacia adelante 30°) o hacia arriba y abajo; una vez finalizado el movimiento se detiene la cabeza y observamos los ojos con unas gafas de Frenzel. En condiciones normales, puede observarse una o dos sacudidas nistágmicas, pero si el nistagmo dura más de 10 s nos encontramos ante una prueba patológica.

– El nistagmo de posición aparece en decúbito supino o en el decúbito lateral derecho o izquierdo, y suele ser horizontal geotrópico (bate hacia el suelo), lo que indica la existencia de una canalitiasis de conducto semicircular horizontal del lado en el que se provoca el nistagmo y vértigo. Puede ocurrir que el nistagmo sea ageotrópico (en dirección contraria hacia donde está el suelo), es decir, bate hacia el oído afectado cuando el paciente está acostado sobre el lado sano. En este caso, hay que pensar en la presencia de una cupulolitiasis de canal semicircular horizontal, si el nistagmo ageotrópico persiste a pesar de realizar una maniobra terapéutica del vértigo posicional paroxístico benigno del canal semicircular horizontal.

– La maniobra de Dix-Hallpike se realiza dejando caer rápidamente al paciente hacia atrás desde una posición de sentado en la camilla, con la cabeza girada 30°, hasta que quede con la cabeza hiperextendida. Entonces se determina la existencia de vértigo y/o nistagmo, y una vez cesan estos síntomas y signos, retornamos de forma rápida al paciente a la posición inicial, sin modificar para nada la posición de la cabeza relativa al tronco. En caso de una canalitiasis de conducto semicircular posterior (causa más frecuente de vértigo posicional paroxístico benigno), aparecerá un nistagmo mixto, horizontal y geotrópico, vertical (hacia arriba) y torsional (que se aprecia como antihorario en el caso de una lesión derecha y horario en el caso de una lesión izquierda). Este nistagmo tiene una latencia de unos segundos, se acompaña de vértigo intenso y desaparece solo (sin modificar la posición del paciente). Al reincorporar al paciente a la posición de sentado, reaparece el vértigo, pero el nistagmo tiene un sentido totalmente contrario. Cuando en una prueba posicional no se cumplen todas las características antes descritas, debemos sospechar y descartar la existencia de otras alteraciones vestibulares, e incluso de tipo central.

– El signo de la fístula provoca un nistagmo inducido en dirección contraria al oído donde se insufla aire con una perilla de goma adaptada al conducto auditivo externo, lo cual lleva a la sospecha de una fístula perilinfática.

Exploración del reflejo vestibuloespinal

Permite clasificar a los pacientes en sujetos normales o con alguna alteración del sistema vestibuloespinal y cerebelo.

Signos estáticos

Una alteración estática mediada por los canales semicirculares horizontales se analiza mediante la prueba de la marcha en tándem (punta-talón a lo largo de una línea de 5 m), de Babinski-Weil (marcha alternativamente de 3-5 pasos hacia delante y atrás con los ojos cerrados) y la prueba de Fukuda, o de Unterberger (marcha simulada sin desplazarse del lugar con los ojos cerrados y los brazos extendidos).

La prueba de Romberg (paciente en bipedestación, pies juntos y ojos cerrados) con todas sus variantes (Romberg sensibilizado [colocando los pies juntos y uno delante del otro] y Romberg laberíntico [girando el cuello hacia un lado y el otro]) indican más bien una alteración de los canales semicirculares verticales. En todas estas exploraciones debemos tener en cuenta la diferencia de respuesta al llevarlas a cabo con los ojos abiertos y cerrados. Las alteraciones que asientan en las máculas afectan a la postura de manera notable, con desviación anteroposterior o lateral.

Todas estas pruebas están bajo control estricto de extensas y complejas áreas del sistema nervioso central y, por tanto, hay que hacer una exploración neurológica básica de la marcha, la fuerza, los reflejos, la sensibilidad en las extremidades inferiores y la función cerebelosa (prueba dedo-nariz).

Signos dinámicos

Las alteraciones y respuestas vestibuloespinales, desde el punto de vista dinámico, se exploran valorando la estabilidad postural durante la deambulación al realizar giros bruscos, al empujar ligeramente y de manera inadvertida al paciente o hacerle caminar por una superficie irregular o lisa, con información visual conflictiva o moviendo la cabeza hacia ambos lados.

Exploración del nervio facial (VII par craneal)

La exploración del nervio facial es importante por la información que proporciona, especialmente cuando la función del nervio está alterada y hay que determinar la causa subyacente. En este nervio craneal, podemos distinguir dos trayectos, central y periférico, responsables de signos exploratorios distintos. Este trayecto periférico emite distintas ramas a lo largo de su recorrido intratemporal, intraparotídeo y extraparotídeo, que también facilitan conocer, en función de los datos exploratorios, en qué segmento del nervio puede asentarse la lesión.

El nervio facial, desde el punto de vista anatómico, consta de 3 segmentos: intracraneal, intratemporal y extratemporal.

El segmento intracraneal consta, a su vez, de 2 porciones. La primera se denomina porción central y discurre en el tronco cerebral; tiene su origen en el núcleo motor del facial y en los núcleos sensitivos y vegetativos de éste. La segunda

porción del segmento endocraneal del nervio discurre en el ángulo pontocerebeloso y en el conducto auditivo interno, por donde el nervio penetra junto con el VIII par y los vasos del oído interno.

El segmento intratemporal discurre dentro del hueso temporal y posee 2 codos y 2 porciones. El primer codo se encuentra por encima del laberinto y coincide con el ganglio geniculado. De este punto emerge el nervio petroso superficial mayor, que va a inervar a la glándula lacrimal homolateral y la mucosa nasal. A partir de este codo continúa la porción timpánica, clásicamente llamada segunda porción, que discurre de forma horizontal a la caja del tímpano. En la ventana oval, el nervio se incurva en dirección vertical formando el segundo codo, y comenzando así la porción mastoidea, o tercera porción, de la cual emerge en primer lugar el nervio estapedial, que inerva el músculo del estribo y, más inferiormente, la cuerda del tímpano, que inerva la glándula submaxilar y recoge la sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la hemilengua correspondientes.

A partir de aquí el nervio abandona el hueso temporal por el orificio estilomastoideo (segmento extratemporal) y penetra en la glándula parótida dividiéndose dentro de ésta usualmente en 3 ramas principales que alcanzan a los distintos músculos faciales tras abandonar la glándula.

En primer lugar, hay que examinar el aspecto y movilidad de la cara, comenzando por la región frontal y siguiendo con la movilidad del orbicular de los párpados, el músculo bucinador, el orbicular de los labios y demás musculatura facial. Las fibras que inervan la musculatura de la parte inferior de la cara son cruzadas. Las fibras que accionan la parte superior de la cara son en parte directas y en parte cruzadas. Este aspecto es fundamental porque ayuda a distinguir una parálisis facial central de una periférica, ya que en las parálisis centrales, la movilidad que se altera es la del lado de la cara opuesto a la lesión con conservación de la movilidad y de las arrugas cutáneas de la zona frontal. Sin embargo, en las parálisis faciales periféricas se afectan todas las ramas (superiores e inferiores) de la hemicara ipsolateral a la lesión.

Deberíamos realizar ahora la otoscopia, con el único objetivo de determinar si ésta es o no normal (los demás aspectos deben quedar en manos del especialista), así como una palpación de la glándula parótida para determinar si hay masas en su interior.

Posteriormente, examinaremos la secreción lacrimal, que estará afectada también homolateralmente cuando la lesión alcanza al ganglio geniculado.

La afectación de la secreción salival dependiente de la glándula submaxilar homolateral es difícilmente observable con la simple inspección, pero en su caso nos indicaría que el proceso se encuentra por encima del punto de salida de la rama que la inerva (cuerda del tímpano).

Exploración del resto de pares craneales

Nervio olfatorio

El sentido del olfato se localiza en el techo de las fosas nasales donde están las terminaciones neuronales del bulbo olfatorio. Se explora empleando sustancias odoríferas que deben ser apreciadas e identificadas por el paciente con los ojos cerrados. Para detectar a los simuladores, se usa el amoníaco, que estimula las terminaciones del nervio trigémino y no las del olfato.

Nervio óptico

Exploramos el campo visual mediante pruebas de confrontación. La exploración del fondo de ojo se lleva a cabo con un oftalmoscopio.

Nervios motores oculares (común, troclear y externo)

Exploramos en primer lugar el reflejo pupilar a la luz (reflejo oculomotor y consensuado) y el reflejo de convergencia. A continuación la motilidad ocular voluntaria en las 6 direcciones cardinales de la mirada. En cada posición extrema se le pide al paciente que mire hacia arriba y luego abajo, repitiendo este proceder al mirar después hacia el otro lado. En este momento llevaremos a cabo las pruebas de oclusión alterna y utilizaremos en caso necesario la varilla de Maddox. Hay que explorar también el tamaño de la hendidura palpebral y la existencia de una ptosis palpebral.

Nervio trigémino

La función sensitiva se explora detectando la respuesta facial superficial a estímulos táctiles, dolorosos y térmicos y el reflejo corneal. La función motora se determina mediante la capacidad de mover la mandíbula contrarresistencia.

Nervios glossofaríngeo y vago

Apreciamos la situación de la úvula en reposo y durante la fonación, así como la repuesta y el desplazamiento en el reflejo nauseoso. La exploración laríngea aporta información precisa y de gran valor acerca de la función de los pares craneales bajos y más en concreto del vago.

Nervio espinal

Se le pide al paciente que vuelva la cabeza contra la resistencia que opone la mano del examinador y elevando los hombros.

Nervio hipogloso

Se le pide al paciente que saque la lengua y la mueva alternativamente hacia ambos lados, arriba y abajo. Se observa el desarrollo trófico de la lengua y si hay fasciculaciones.

Exploración básica de la nariz, las fosas nasales y los senos paranasales

La simple inspección de la pirámide nasal permite valorar las posibles alteraciones anatómicas en ella: desviaciones del dorso nasal, proyección de la pirámide nasal en relación con el plano facial, el ángulo nasolabial, la proyección de la punta nasal, la forma de la base nasal, las características de la columela y el comportamiento de las alas nasales en la inspiración forzada (existencia o no de un colapso alar que ocasione o agrave la obstrucción durante el esfuerzo físico). Al levantar la punta de la nariz con el dedo se observa si hay una luxación del borde caudal del tabique o se determina la amplitud de la zona de la válvula nasal, o estrecho vestibulofosal, que es el límite entre el vestíbulo nasal y la fosa nasal.

La rinoscopia anterior es la exploración más empleada en la práctica diaria, por ser una exploración muy útil, ya que permite visualizar el tercio anterior de las fosas nasales. Se necesita una fuente de luz y un espéculo nasal que abra las narinas. El examinador se coloca frente al paciente a unos 25 cm de su cara, y hace converger un haz de luz a la altura de la nariz. Con una mano sujeta la cabeza del paciente y con la otra maneja el espéculo, que introduce cerrado de abajo arriba en la fosa explorada, procurando no tocar el septum. De esta forma, se observa el aspecto de la mucosa, el vestíbulo nasal, el septum anterior, la cabeza del cornete inferior, la entrada del meato inferior y el suelo de las fosas nasales. A continuación se inclina la cabeza del paciente hacia atrás para visualizar los cornetes medio, el meato medio y el techo de las fosas nasales. Si el grosor de la mucosa o una hipertrofia del cornete inferior dificultan la correcta observación de estas estructuras, se utiliza una sustancia vasoconstrictora.

La rinoscopia posterior tiene como objetivo visualizar el tercio posterior de las fosas nasales. Se necesita una luz frontal, un depresor de lengua y un espejo de pequeño diámetro. El explorador se sitúa a la altura de la boca del paciente, que abrirá la boca sin sacar la lengua. Con un depresor, se deprime la parte anterior de la lengua para separarla del velo del paladar y se introduce un espejillo, evitando desencadenar reflejos nauseosos hasta sobrepasar el borde del paladar blando. Así, se visualizan de manera indirecta las colas de los cornetes inferiores, el borde posterior del septum, las coanas y el resto de estructuras de la rinofaringe (fig. 2). En caso de que aparezca un reflejo nauseoso, se utiliza un anestésico tópico, y si hay dificultades de visualización, se podrá retraer el velo del paladar con una sonda de Foley o un retractar de velo del paladar.

El paciente que no respira se explorará con el espejo de Glatzel, valorando la extensión de la zona que se empaña durante la fase espiratoria del ciclo respiratorio nasal. A pesar de que es una exploración poco rigurosa, nos ofrece una orientación superficial sobre la permeabilidad nasal.

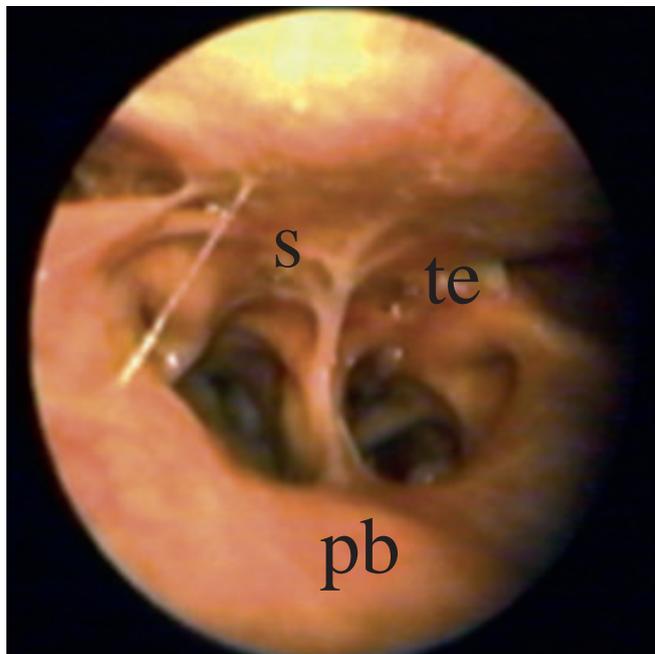


Figura 2. Rinoscopia posterior. Septum nasal (s) que separa las coanas. Orificio de la trompa de Eustaquio (te) y paladar blando (pb).

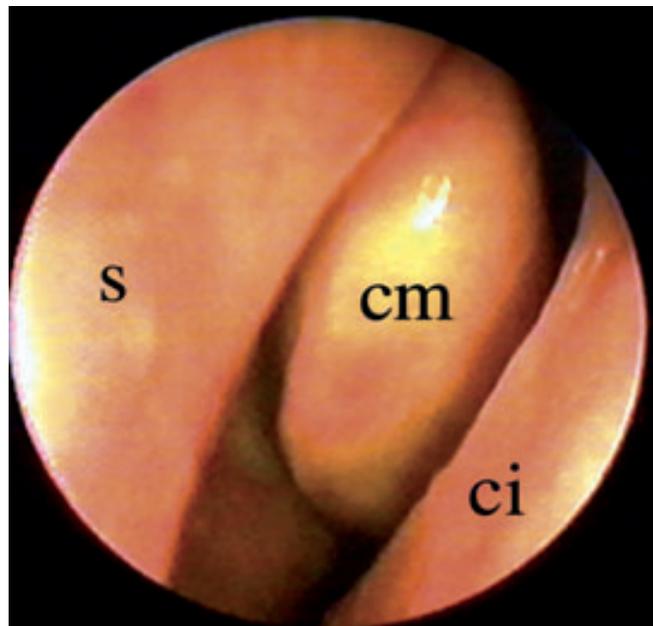


Figura 3. Endoscopia de la fosa nasal izquierda: Se observa el septum nasal (s), el cornete medio (cm) y el cornete inferior (ci). El meato medio es la hendidura entre los cornetes medio e inferior.

En la exploración microscópica de la fosa nasal, la luz frontal se sustituye por un microscopio, al que se le coloca una lente de 250 o 300 mm, bajo un aumento de 0,6 o 10; el resto de exploración es igual. Aunque proporciona un color más real de la mucosa y un mayor detalle de las estructuras, ya que éstas se observan a mayor aumento y con una visión binocular, hoy en día la endoscopia nasal es, sin duda, la técnica que permite el mejor estudio de las fosas nasales, tanto con endoscopios nasales rígidos con diferentes ángulos de visión como con endoscopios flexibles.

Para ello, se necesita una fuente de luz de 150 W (como mínimo), un cable conductor de luz y endoscopios nasales. Los endoscopios nasales rígidos más utilizados tienen un diámetro de 2,5-4 mm, una longitud de 25 cm y una angulación de 0, 30 y 70°. Además, puede emplearse el fibroscopio, de 4 mm de diámetro y un radio de giro en su extremo distal de 130° hacia arriba y 90° hacia abajo, dirigido con un mando manipulado con una sola mano. Los epifaringoscopios, de mayor grosor, tienen un gran campo de visión en un ángulo de 90° y pueden introducirse por la boca con la ayuda de un depresor lingual, colocándolo en posición invertida, previa pulverización de la laringe con un aerosol anestésico. Así, se obtiene una visión global y simétrica del cavum.

La endoscopia nasal puede realizarse con o sin anestésico vasoconstrictor. El explorador se sitúa delante del paciente e introduce la óptica de 0° para visualizar el interior de la fosa siguiendo una sistemática adecuada. En primer lugar, se observa el vestíbulo nasal, la región valvular, el septum anterior y las cabezas de los cornetes inferior y medio (fig. 3). Se explora el meato inferior y, a través del suelo de la fosa, se

alcanza el cavum, donde se observan los 2 rodetes tubáricos y la pared posterior de la rinofaringe. Al extraer el endoscopio, se inclina hacia la coana y se observa la zona del receso esfenoidal, el orificio de seno esfenoidal (no siempre) y el meato medio, que es la parte más importante de la exploración porque allí van a drenar los senos frontales, maxilares y etmoidales anteriores. Dentro del meato medio se identifica con facilidad la apófisis unciforme, la bulla etmoidal y el orificio de seno maxilar (no siempre).

El fibroscopio se introduce con la misma técnica que el endoscopio rígido, con la ventaja de que proporciona la movilidad de su punta para tratar de introducirlo en el seno maxilar a través de orificios accesorios o meatotomías quirúrgicas previas. Las técnicas endoscópicas, además de proporcionar una excelente visión en zonas tradicionalmente inaccesibles, constituyen un método ideal para la enseñanza, ya que facilitan la obtención de fotografías e imágenes de vídeo de gran calidad.

La punción de seno maxilar no debe considerarse una exploración básica en atención primaria por su complejidad y su escasa utilización.

Exploración de la cavidad oral, la faringe y la laringe. Endoscopia faringoloríngea

La faringe se subdivide en orofaringe, rinofaringe (o cavum) e hipofaringe. La rinofaringe se incluye en la exploración de

las fosas nasales y la hipofaringe se visualiza al mismo tiempo que la laringe.

La exploración de la orofaringe es una técnica que no requiere un instrumental muy sofisticado, pero sí una sistemática que asegure su exhaustividad: tras solicitar al paciente que retire cualquier prótesis dental que lleve, se valorarán la mucosa yugal, el reborde mandibular bucal y lingual, y el suelo de la boca; mediante palpación bimanual se valorará el suelo de la boca, los sectores laterales de la lengua, la cara ventral y dorsal de lengua, el triángulo retromolar, y el paladar duro y blando. Es fundamental disponer de una fuente de iluminación adecuada, ya sea con un fotóforo de luz fría, un espejo frontal o una linterna (en este último caso no tenemos las dos manos libres para la exploración). Los depresores de lengua pueden ser metálicos y acodados (preferiblemente) o de madera.

El paciente se debe sentar frente al médico lo más relajado posible, con las piernas cerradas. Abrirá la boca, sin forzar su apertura para no aumentar la capacidad reflexógena de la faringe. Se comenzará con la inspección sin depresor, observando el paladar y la lengua (fig. 4). A los niños muy pequeños y desconfiados hay que inmovilizarlos con delicadeza. La orofaringe se explora por faringoscopia directa, apoyando un depresor lingual en los dos tercios anteriores de la lengua. Así, se observan las amígdalas, la pared posterior, el velo del paladar y la movilidad de las estructuras emitiendo la letra "a". A veces hay que palpar y comprimir las amígdalas, tomar un cultivo con un hisopo y movilizarlas con cuidado para valorar el pliegue glosamigdalario, donde podrían asentarse tumores de difícil identificación. La base de

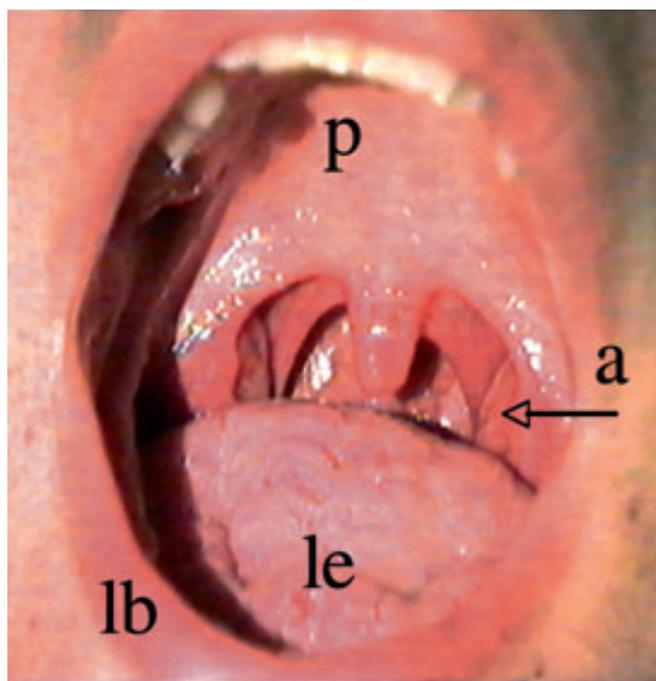


Figura 4. Inspección de la orofaringe. Se observa el paladar (p), lengua (le) y la amígdala izquierda (a). Labio inferior (lb).

la lengua se valora clínicamente con el espejillo laríngeo y mediante palpación. Es importante recordar que ciertos tumores de orofaringe "se palpan mejor que se ven".

Exploración de la laringe

Al inspeccionar el cuello en ligera extensión, situando al paciente de frente y perfil, se valora la existencia de tumoraciones, se palpa el saliente tiroideo en los hombres y se moviliza lateralmente la laringe, se palpa la membrana cricotiroides y el cartílago cricoides. Se valora cómo deglute el paciente y cómo emite la vocal "i", y se observan las venas yugulares.

La laringoscopia indirecta es una técnica fácil, económica y muy rentable en el diagnóstico de las enfermedades laríngeas. Normalmente, se realiza con el espejillo laríngeo descrito por Manuel García en 1854. El paciente retirará toda prótesis dental que pueda llevar y se sienta apoyando su zona lumbar en el respaldo del sillón, posicionando el tórax y el cuello hacia delante y su cabeza en ligera extensión. El paciente sacará la lengua para que podamos dirigir el haz de luz hacia la base de la úvula (generalmente con un espejo frontal o un fotóforo). Se calienta ligeramente un espejillo de laringe en una lámpara de alcohol, para evitar que se empañe con el vapor de agua espirado, y se comprueba su temperatura aplicándolo sobre la mano izquierda del explorador. Se sujeta la lengua entre los dedos pulgar y medio de la mano izquierda, con la ayuda de una gasa, apoyando el dedo índice en el labio superior. El espejillo se introduce en la cavidad oral con la mano derecha y se apoya sobre la úvula, hasta que observamos la base de la lengua, el espacio glosopiglotico, la epiglotis (borde libre, caras lingual y laríngea), los relieves de los cartílagos de Wrisberg y de Santorini, la escotadura interarritenoidea, las bandas ventriculares, el pie de la epiglotis, las cuerdas vocales (incluidas las comisuras anterior y posterior) y la pared anterior de la tráquea. El paciente debe respirar con normalidad y cierta profundidad, emitiendo las vocales "e" e "i", lo que permite apreciar la movilidad de las cuerdas en distintos grados de apertura. En fonación se observan los senos piriformes, tanto el ángulo anterior como las paredes externa e interna. Hay que considerar que la imagen que se ve a través de un espejo está distorsionada, de manera que lo anterior es posterior y lo posterior anterior, además de que la sensación de profundidad está disminuida al acortarse las distancias en la imagen reflejada (fig. 5).

Esta exploración también se realiza mediante fibroscopio flexible y telarinoscopio, que permiten una visión más detallada, la posibilidad de registrar las imágenes y disponer de un canal auxiliar de trabajo para pequeños procedimientos en la laringe, como biopsias, inyecciones de materiales y microcirugías, entre otros. En los pacientes con alteraciones deglutorias es importante realizar la exploración mientras se alimentan, prestando especial atención a determinados signos, como retención y adhesión de parte del alimento, tos,

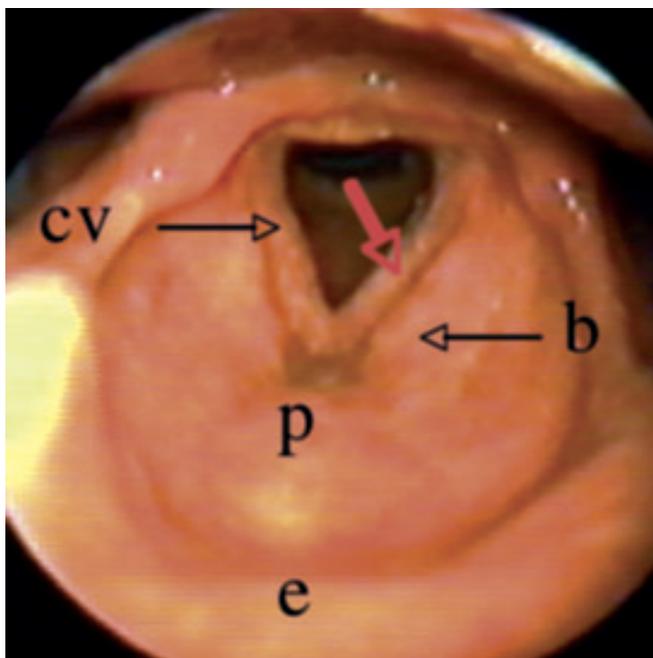


Figura 5. Laringoscopia indirecta. Entre las bandas laríngeas (b) y las cuerdas vocales (cv) hay una hendidura denominada ventrículo (flecha). La epiglotis (e) y su pie (p) se observan claramente.

aspiración, regurgitación y ausencia/retraso de la elevación de la laringe, entre otros.

La laringoscopia directa es una técnica más compleja de realizar, requiere un equipo y un material específicos, y no se considera una exploración básica en otorrinolaringología.

Exploración de las glándulas salivales

Aunque se dispone de numerosas pruebas de diagnóstico complementario, es fundamental iniciar el estudio de las glándulas salivales con un adecuado interrogatorio y una completa exploración física.

En primer lugar, se observa la glándula salival afectada y se compara con la contralateral, tanto en la inspección (aspecto de la piel, fístulas cutáneas...) como en la palpación (masas localizadas o hipertrofia en general, dolor a la palpación, fijación a tejidos vecinos, entre otros) (fig. 6). Es importante realizar una palpación bimanual con una mano sobre la piel vecina y la otra introducida en la cavidad oral y aplicada en el suelo de la boca, siguiendo el recorrido del conducto de Wharton y su orificio, intentando identificar la presencia de pequeños cálculos en su interior.



Figura 6. La inspección y la palpación cervical permiten definir las características fundamentales de las masas cervicales que facilitan la orientación diagnóstica.

Además, por inspección de la orofaringe, se visualiza la salida de los conductos de Wharton y Stenon, observando si hay signos inflamatorios o concreciones cálcicas.

Exploración del cuello. Masas cervicales

La palpación del cuello, que no siempre es fácil en función de la constitución física del paciente, nos permite precisar, junto con la localización de la tumoración, de qué enfermedad se trata. El paciente debe estar sentado y se palpa el cuello con las dos manos siguiendo el trayecto de las cadenas ganglionares yugular, espinal, supraclavicular y submaxilar. Es importante valorar la consistencia y la temperatura de la masa, si está adherida a planos profundos, si hay desplazamiento en sentido ascendente con la deglución, como en los quistes tiroideos, o transversal, como en los tumores benignos de origen nervioso, el carácter pulsátil y si hay dolor a la palpación.

La localización de la masa orienta muchas veces su origen. Así, una masa en la zona media alta del cuello permite sospechar un quiste tiroideo, y una adenopatía supraclavicular izquierda debe orientarnos hacia la sospecha de una metástasis de tumor de mama, gástrico o pulmonar, o un linfoma.

También es importante la auscultación de la masa, ya que si se oye un soplo se debe valorar la posibilidad de un aneurisma, una malformación arteriovenosa o un glomus carotídeo.