

Exploración otorrinolaringológica en Atención Primaria

A. Pérez-Hervada Payá y P. Jadraque Jiménez

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital General Universitario. Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

Un elevado número de consultas efectuadas en el ámbito de la Atención Primaria están motivadas por patología que asienta en la esfera otorrinolaringológica (ORL). Para un correcto manejo de las mismas es imprescindible el uso adecuado de las técnicas exploratorias a nuestro alcance.

En este trabajo abordaremos detalladamente las técnicas de exploración en ORL, las principales pruebas complementarias a las que tenemos acceso y los signos exploratorios fundamentales que nos ayudan en el diagnóstico diferencial de las distintas patologías.

OÍDO

Inspección del oído externo

Debe ir dirigida al hallazgo de inflamaciones, enrojecimientos, úlceras, neoformaciones, malformaciones y cicatrices (endaurales o retroauriculares).

Palpación

Es importante a tres niveles: *palpación de la mastoides* bimanual y bilateral en busca de edema, dolor a la presión o a la percusión del plano mastoideo; *palpación del pabellón auricular* para detectar dolor a la presión en el trago o a la tracción del pabellón, y *palpación de los ganglios linfáticos regionales* preauriculares y retroauriculares a nivel del ángulo de la mandíbula para descartar adenomegalias.

Otoscopia

Exploración del conducto auditivo externo, del tímpano y, a través de sus defectos, de la caja del tímpano.

Para su correcta realización es preciso sostener el mango del otoscopio con la mano que coincida con el lado del oído explorado; por ejemplo, al explorar el oído derecho del paciente, sostener el otoscopio con la mano derecha. A la vez, con la otra mano, enderezar el conducto auditivo

externo (porción cartilaginosa) por medio de una tracción del pabellón hacia arriba y atrás para a continuación introducir el otoscopio en el eje de la porción ósea de manera prudente y sin formar ángulos bruscos en su extremo. En el lactante y en el niño pequeño ha de desplazarse el pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás para poder introducir el otoscopio.

Para la realización de la otoscopia se deben utilizar espéculos acordes con el tamaño del conducto auditivo, evitando los demasiado estrechos que se introducen profundamente y determinan una sensación dolorosa. Es conveniente además utilizar otoscopios de intensidad de luz constante, si es posible de batería recargable. La disminución progresiva de la luz del otoscopio (pilas desechables) dificulta al exploración.

En la imagen otoscópica normal, el tímpano aparece con una coloración en su *pars tensa* perlada, grisácea o amarillenta, su superficie es lisa, a excepción de los relieves que forma el martillo y su transparencia es discreta (resulta especialmente transparente cuando existen cicatrices atróficas). Existe también una porción triangular anteroinferior perpendicular al eje del conducto auditivo externo, a partir de la cual los haces luminosos se reflejan como una zona mucho más clara, es el triángulo luminoso. En la retracción de la membrana timpánica desaparece este triángulo luminoso.

Las imágenes timpánicas patológicas que podemos obtener a través de la otoscopia son:

– *Congestión vascular y enrojecimiento*: en la otitis externa (en ocasiones), en la miringitis y en la otitis media.

– *Trasudado seroso*: niveles líquidos, burbujas de aire en el líquido, aspecto brillante en caso de trasudado en la caja, que cuando está completamente ocupada, puede presentarse un tímpano azul, sobre todo en los estadios avanzados de la otitis seromucosa.

– *Retracción timpánica como expresión de hipopresión en la caja*: apófisis corta del martillo muy saliente, desplazamiento del mango del martillo retraído hacia atrás y arriba (acortamiento aparente), interrupción o desaparición del reflejo luminoso.

– *Abombamiento por la formación de exudados por detrás del tímpano*: superficie irregular rugosa, con abombamientos sacciformes y superficie turbia.

Correspondencia:
A. Pérez-Hervada Payá.
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Hospital General de Guadalajara.
Avda. Donantes de Sangre s/n.
19002 Guadalajara.

– *Atrofia timpánica*: con formación de bolsas de retracción secundarias a inflamación crónica e hipopresión timpánica. El punto donde más frecuentemente se produce es a nivel del cuadrante posterosuperior.

– *Engrosamientos timpánicos*: superficie turbia, mate o deslustrada como expresión de alteraciones degenerativas o de inflamaciones.

– *Cicatrices timpánicas*: engrosamientos con inclusiones calcáreas (blanquecinas) y sin ellas.

– *Perforaciones timpánicas*: pueden clasificarse según su localización en *centrales* (a nivel de la parte inferior del tímpano o *pars tensa*) o *marginales* (a nivel de la parte superior del tímpano o *pars flácida* y/o del anillo fibroso); las primeras son la expresión de una supuración crónica (otitis media crónica) y producen una mayor afectación de la audición; las segundas aparecen frecuentemente asociadas a la formación de un colesteatoma y producen menor hipoacusia.

Todos estos hallazgos exploratorios contribuyen al diagnóstico diferencial de la patología del oído externo y del medio, muy prevalente en Atención Primaria, como queda recogido en las tablas 1 y 2.

Función auditiva

La hipoacusia o sordera se refiere a la pérdida o disminución de la audición, y puede ser de tres tipos básicos:

— *De conducción o transmisión*, ocasionada por algún defecto en el oído externo, tímpano u oído medio que dificultan la transmisión del sonido. Su causa más frecuente es el *tapón de cerumen*.

— *De percepción o neurosensorial*, debidas a lesiones del oído interno en su porción coclear o del nervio auditivo y

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la patología del oído externo

| | Etiología | Clínica y exploración |
|-----------------------------|--|--|
| Otitis externa difusa | <i>Pseudomona aeruginosa</i> | Otalgia, trago positivo, edema del CAE, en ocasiones otorrea |
| Otitis externa circunscrita | <i>Staphylococcus aureus</i> | Forúnculo en CAE |
| Otomicosis | <i>Aspergillus niger</i> , el más frecuente <i>Aspergillus fumigatus</i> y <i>Candida</i> | Prurito: signo característico Observación de "bolitas negras" en <i>A. niger</i> y "como algodón" en <i>Candida</i> |
| Otitis externa maligna | <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | Antecedentes personales de inmunodepresión o diabetes. Características granulaciones en el istmo del CAE |

CAE: conducto auditivo externo.

zona cortical auditiva. Su causa más frecuente es la *sordera profesional* (lesión coclear relacionada con el ruido).

Mixtas, cuando se afectan simultáneamente ambos niveles en igual o distinto grado.

Para su correcta valoración, además de realizar una anamnesis exhaustiva en la que se recojan antecedentes familiares, personales, laborales, forma de instauración de la sordera, antecedentes de barotrauma (buceo, viaje en avión) y coexistencia de otros síntomas (dolor, otorrea, vértigo, acúfenos, etc.) contamos con útiles exploraciones complementarias. La otoscopia será el primer paso para establecer el origen de una pérdida auditiva ya que infecciones del conducto auditivo externo, tapones de cerumen

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la patología de oído medio

| Patología | Etiología | Clínica | Pruebas diagnósticas |
|-------------------------------|---|---|--|
| Ototubaritis | Disfunción de la trompa de Eustaquio por obstrucción | Hipoacusia de conducción Sensación de presión | Otoscopia: tímpano deprimido. Timpanometría hacia (–) |
| Otitis media serosa | Cúmulo de moco en OM por obstrucción tubárica | Hipoacusia de conducción. Sensación de presión | Otoscopia: tímpano azulado En fases crónicas: fibrosis y retracción. Timpanograma plano |
| Otitis media aguda | Neumococo el más frecuente <i>H. Influenza</i> el segundo | Fiebre, MEG, otalgia creciente que cede al producirse la otorrea | Fase de colección: tímpano abombado, enrojecido y con contenido purulento Fase de otorrea: salida de material purulento |
| Otitis media crónica simple | | Hipoacusia de conducción. Otorrea no fétida y que cede con el tratamiento | Otoscopia: perforación timpánica central |
| Otitis media colesteatomatosa | Epitelio queratinizante en OM que invade estructuras vecinas. | Hipoacusia de conducción (puede convertirse en perceptiva) Otorrea fétida intermitente | Otoscopia: perforación timpánica marginal Escamas blanquecinas o un pólipo atical |
| Otosclerosis | Fijación de la platina del estribo | Hipoacusia de conducción bilateral y progresiva Acúfenos. Más frecuentemente en mujeres Empeora con el embarazo | Otoscopia: a veces mancha de Schwartze (hiperemia del promontorio) Reflejo estapedial ausente |
| Tumor glómico | Tumor más frecuente del OM. Benigno | Acúfenos unilateral sincrónico con el pulso. Más frecuentemente en mujeres y en lado derecho | Otoscopia: masa violácea que late |

OM: oído medio; MEG: mal estado general.

o infecciones localizadas en el oído medio serán frecuentemente la causa de un déficit auditivo. Una vez realizada ésta, recurriremos a otras exploraciones:

Acumetría

Tiene por objetivo diferenciar las hipoacusias de percepción de las conductivas. En Atención Primaria para esta evaluación auditiva se utiliza el diapasón de 500 Hz y se realizan dos pruebas fundamentales:

— Prueba de Weber: se realiza para la comparación de la conducción por vía ósea entre ambos oídos colocando el diapasón en el centro de la cabeza, a nivel de la línea del cabello. Cuando se trata de *oídos sanos o de hipoacusias simétricas*, el sonido se localiza *en el centro* o con igual intensidad en ambos oídos. En la *hipoacusia de conducción unilateral*, el sonido se lateraliza *al oído enfermo*; en la *hipoacusia de percepción* o de oído interno se lateraliza *al oído sano*.

— Prueba de Rinne: se realiza para la comparación en el mismo oído entre la vía aérea y la vía ósea. Se pregunta al paciente si el sonido emitido por el diapasón colocado a un par de centímetros del pabellón auricular (audición por vía aérea) es percibido más intensamente que cuando se coloca en el mismo oído sobre la mastoides (audición por vía ósea). Cuando el paciente no puede contestar con seguridad, entonces debemos proceder a la determinación exacta del tiempo de percepción sonora del diapasón, tanto por vía aérea como por vía ósea, es decir, hay que determinar durante cuánto tiempo oye la vibración sonora por una y otra vía.

Un *Rinne positivo* supone mejor audición por vía aérea que por vía ósea y puede corresponder o a una audición normal o a una *hipoacusia de percepción* o del oído interno; en este último caso la audición por vía aérea es mejor, pero el tiempo de percepción auditiva está acortado.

Un *Rinne negativo* supone audición por vía aérea peor que por vía ósea, y corresponde a una *hipoacusia de conducción* o del oído medio.

Ambas pruebas acumétricas permiten orientar el diagnóstico ante cualquier alteración de la audición, por lo que se consideran de gran importancia para la exploración otológica en Atención Primaria. Una vez que se sospecha la existencia de una hipoacusia de percepción, debe realizarse siempre una audiometría.

Audiometría tonal liminal

Es la herramienta básica que permite valorar de una forma rápida y fiable la capacidad auditiva del paciente, sus necesidades terapéuticas y su pronóstico funcional. Además, al ser la gráfica audiométrica a menudo característica de ciertas patologías otológicas, permite la confirmación de un diagnóstico clínico de sospecha.

La audiometría tonal liminal (ATL) cuantifica la capacidad auditiva del paciente para los *tonos puros* explorando las siguientes frecuencias: 125, 250, 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 y 8.000 Hz (ciclos/seg). La unidad de intensidad utilizada es el decibelio (dB) HL (*hearing level*). Se considera una audición normal cuando el sujeto oye en todas las frecuencias exploradas entre los 0 y los 30 dB HL.

La respuesta del paciente se representa gráficamente en el audiograma, en el que las abscisas representan a las frecuencias en ciclos/seg (Hz) y las ordenadas a las intensidades del sonido en decibelios. Los signos que corresponden a cada oído se representan con una x de color azul para el oído izquierdo y con una o de color rojo para el oído derecho. Estos signos, umbral de audición para cada frecuencia, se unen con líneas continuas, conformando la representación gráfica de la vía aérea del audiograma. Cuando se representa en el audiograma la vía ósea, los signos utilizados serán > y < para el oído izquierdo y el derecho, respectivamente, uniéndose estos signos con líneas discontinuas del mismo color (oído derecho rojo, oído izquierdo azul).

El trazado superior corresponde siempre a la vía ósea y el inferior a la vía aérea y es importante destacar que ambos trazados no se cruzan nunca. Los resultados obtenidos deben ser coherentes con los datos aportados por las pruebas con diapasón y se debe desconfiar de los resultados poco concordantes con el resto del trazado o en conflicto con alguno de los principios que acaban de ser mencionados.

En función de los trazados la audición de cada oído se puede catalogar como normal, hipoacusia perceptiva o neurosensorial (HNS), hipoacusia de conducción o transmisiva (HT) o hipoacusia mixta (HM).

Cuando la audiometría es normal (fig. 1), ambos trazados son paralelos y horizontales y se mantienen entre 0 y 30 dB.

Cuando existe una HT el trazado de la vía ósea es horizontal y se mantiene entre 0 y 30 dB y el trazado de la vía aérea desciende separándose de la vía ósea más de 30 dB en tres o más frecuencias consecutivas (gap).

Cuando existe una HNS ambos trazados permanecen juntos y paralelos, pero la vía ósea desciende en todo o parte de su recorrido por debajo de los 30 dB arrastrando con ella a la vía aérea.

Cuando existe una HM, ambos trazados están separados como en una HT y, además, la vía ósea desciende por debajo de los 30 dB como en una HNS.

Algunas enfermedades otológicas presentan peculiaridades audiométricas tan características que, como comentamos, permiten su diagnóstico con gran certeza. Entre ellas citamos:

— *La presbiacusia*, que aparece en el trazado como una HNS bilateral más intensa en las frecuencias agudas.

— *La otoesclerosis*, que cursa la mayoría de las veces como una HT con predominio en las frecuencias bajas, aunque en casos avanzados es posible observar un componente neurosensorial que modifica la ATL hacia una HM. Es muy característica la caída de la vía ósea en 2.000 Hz (muesca de Cahart).

— *El trauma acústico*, que se presenta como una HNS con un descenso bilateral de la vía ósea en 4.000 Hz. Es característico de los conductores profesionales el presentar un trauma acústico unilateral izquierdo.

— *Sordera brusca*, que se presenta como una HNS idiopática unilateral de inicio súbito.

Figura 1. Imagen de audiometría normal.

Dado que la ATL se presenta como una técnica exploratoria complementaria esencial para el diagnóstico y control de numerosas enfermedades del oído, es necesario su conocimiento y correcta interpretación en el ámbito de la Atención Primaria.

Quedan resumidos los hallazgos de la acumetría y la audiometría en lo referente a exploración de las hipoacusias en la tabla 3.

Exploración funcional cualitativa de la trompa de Eustaquio

En todos los casos de hipoacusia de conducción, es necesaria la demostración de la permeabilidad tubárica, mediante la *maniobra de Valsalva* o espiración forzada con la boca cerrada y la nariz tapada. Si otoscópicamente se aprecia un abombamiento del tímpano será un Valsalva positivo.

Para la realización de esta prueba el tímpano ha de estar íntegro y no presentar cicatrices atróficas de la *pars tensa*, ya que podría desgarrarse. Además en las infecciones de la rinofaringe, existe el peligro de originar una otitis media tubárica como consecuencia de la extensión al oído medio del exudado infectado.

Para una exploración más fina de permeabilidad de la trompa de Eustaquio tendremos que recurrir a la *timpanometría*, la cual está indicada en niños con otitis serosa.

Exploración del equilibrio

Para el diagnóstico de los trastornos del equilibrio, la anamnesis y la exploración física son claves a la hora de

distinguir entre *vértigos periféricos* y *centrales* (tabla 4). Los primeros denotan una alteración a nivel del oído interno, mientras que los segundos son debidos a afectación del tronco encefálico o cerebelo.

Dentro de los vértigos, el 75% es de tipo periférico (tabla 5), correspondiendo el 50% de ellos al vértigo posicional benigno.

Como características del *vértigo periférico* destacamos que se suele acompañar de síntomas vegetativos (náuseas y vómitos) y puede que de síntomas cocleares (hipoacusia y acúfenos), pero nunca de otros síntomas neurológicos.

El *vértigo de origen central* no es tan claramente rotatorio, es más mantenido, no se suele acompañar de hipoacusia y se acompaña con frecuencia de otros síntomas neurológicos: diplopía, disartria, ataxia, paresias, etc.

En la exploración física del equilibrio, una vez recogidos los síntomas acompañantes ya descritos, pasaremos a realizar una serie de pruebas diagnósticas:

Tabla 3. Audición y semiología: hallazgos en la acumetría y la audiometría.

| Patología | Audición normal | Hipoacusia de transmisión | Hipoacusia de percepción |
|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| Weber | Indiferente | Al lado enfermo | Al lado sano |
| Rinne | Positivo (aérea < ósea) | Negativo (aérea > ósea) | Positivo (aérea > ósea) |
| Audiometría tonal | Vía ósea-aérea superpuestas | Gap óseo aéreo en frecuencias graves | Vía ósea y aérea alteradas en frecuencias agudas |

Tabla 4. Diagnóstico diferencial entre vértigo periférico y central

| | Periférico | Central |
|--------------------|---|---|
| Comienzo | Súbito | Lento |
| Evolución | Episódica | Progresiva |
| Morfología | Sensación de giro de objetos | Mareo e inestabilidad mal definidos |
| Romberg y marcha | Lateropulsión al lado enfermo | Caída sin regla fija |
| Nistagmo | Horizontorotatorio al lado sano | No período de latencia. No es fatigable. Vertical o bidireccional |
| Síntoma asociados | Período de latencia Se inhibe por fijación. Fatigable | Neurológicos: disminución de conciencia, dismetría |
| Causas principales | Otológicos: hipoacusia, acúfenos Cortejo vegetativo importante Vértigo posicional paroxístico benigno Ménière. OMA Neurinoma del VIII par | Accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, tumores troncoencefálicos |

OMA: otitis media aguda.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de los vértigos periféricos

| | Patogenia | Clínica |
|--|--|---|
| Vértigo posicional paroxístico benigno | Cupulolitiasis Causa más frecuente de vértigo periférico | Vértigo desencadenado por los cambios posturales |
| Ménière | <i>Hidrops</i> endolinfático idiopático | Triada típica: acúfenos, vértigo e hipoacusia fluctuante para tonos graves durante la crisis Es unilateral. Síntomas vegetativos Episodio único de vértigo sin hipoacusia |
| Neurinitis vestibular | Alteración de primera motoneurona En jóvenes con antecedentes de infección | |
| Neurinoma del acústico | Schwannoma benigno Tumor más frecuente del ángulo pontocerebeloso. Localización más frecuente en el CAI (intracanalicular) | Hipoacusia de percepción retrococlear, inestabilidad y clínica de vecindad (VII, V par) |

CAI: conducto auditivo interno.

Exploración del nistagmo espontáneo

El nistagmo es un indicador muy útil de disfunción vestibular, que resulta de gran ayuda para diferenciar los vértigos periféricos de los centrales. Consiste en una oscilación involuntaria, rítmica y conjugada de los globos oculares. Si un laberinto se encuentra lesionado, se produce una desviación conjugada de los ojos hacia el lado opuesto que, si el sujeto está consciente, es bruscamente interrumpido por una sacudida rápida hacia el lado opuesto. Frecuentemente no aparece más que en la mirada lateral. El nistagmo se define normalmente por el sentido de la sacudida rápida y por su dirección (horizontal, vertical o rotatoria). El nistagmo espontáneo vestibular puede ser inhibido o anulado de forma casi completa mediante la fijación visual (supresión por fijación visual).

Para su exploración es necesario dirigir la mirada del paciente al frente con fijación de la misma y sin ella, para reconocer la existencia de un nistagmo de fijación, así como dirigir la mirada a un lado y a otro y arriba y abajo para descubrir nistagmos direccionales o parálisis de la mirada.

Pruebas posicionales o vestibulares

Prueba de Romberg

Se mantiene al paciente en posición ortostática, con los pies juntos y los ojos cerrados. Si hay afectación del sistema propioceptivo caerá nada más cerrar los ojos. Si la afectación es vestibular, presentará lateropulsión hacia el lado afectado tras unos segundos. Obsérvese también si amplía la base de sustentación y cómo se recupera de un pequeño empujón hacia atrás.

Prueba de Hallpike

Es positiva si se desencadena el vértigo y el nistagmo al pasar el paciente de la posición sentado a tumbado a 45° bajo el plano de la camilla y con la cabeza girada hacia el lado afectado. Es diagnóstica de *vértigo posicional benigno*.

Prueba de los índices de Bárány

El examinador se sitúa delante del paciente con los brazos extendidos y los dedos índices en dirección al paciente. Éste hará coincidir sus índices con los del examinador y cerrará los ojos. Si los índices se desvían indicará afectación laberíntica del mismo lado.

Reflejo oculovestibular

Se le da al paciente a leer un texto al tiempo que se le hace girar la cabeza rítmicamente de un lado a otro. Si hay afectación vestibular, no podrá leer (osciloscopia).

Prueba de índice-nariz

Con los ojos cerrados y manteniendo el brazo en posición horizontal se dirige lentamente el dedo índice a la punta de la nariz; la ataxia y alteraciones de la coordinación (hipermetría) indican la existencia de lesiones cerebelosas ipsilaterales.

Prueba de la marcha con ojos cerrados

Sólo serán valorables las desviaciones notables de la marcha; se tiende a la desviación como en la prueba de Romberg.

CAVIDAD ORAL Y FARINGE

Con una buena iluminación y utilizando un depresor de lengua realizaremos:

Inspección de la cavidad oral

En la que debe prestarse atención a:

— *Coloración y movilidad simétrica y normal de los labios*: estado de la piel y de la mucosa de los labios; alteraciones de la superficie, ulceraciones, induraciones, sensibilidad dolorosa.

— *Dentadura y función de la articulación temporomandibular*, cuya disfunción puede ser el origen de dolor localizado en el área otológica.

— *Forma y movilidad de la lengua*; en la paresia del nervio hipogloso la lengua se desvía hacia el lado paralizado.

— *Estado de la mucosa de la cavidad oral*: coloración, humedad, desecación, exudados, ulceraciones, neoformaciones y alteraciones de la sensibilidad.

— *Estado del velo del paladar óseo y blando*, inervación comparativa de ambos lados. En la parálisis unilateral del velo del paladar, la úvula se desvía hacia el lado sano.

Inspección de la faringe. Exploración amigdalina

Con la mano izquierda y con la ayuda del depresor, se deprime el dorso de la lengua y se desplaza hacia abajo, sin alcanzar la base lingual, para no provocar un estímulo nauseoso. A continuación se examina el tamaño de las

Tabla 6. Diagnóstico diferencial de amigdalitis

| | Etiología | Exploración |
|-----------------------------------|--|--|
| Bacteriana | Estreptococo del grupo A | Placas de pus no adheridas Adenopatías cervicales dolorosas |
| Vírica | Los más frecuentes adenovirus y rinovirus En MI: VEB el más frecuente | Hiperemia faríngea En MI: grandes placas bilaterales, adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, rash cutáneo |
| Ulceromembranosa de Plaut-Vincent | Asociación fusoespirilar | Úlcera unilateral no dolorosa con exudado característico blanquecino. No fiebre ni MEG. Boca séptica. |
| Agranulocítica de Schultze | Gramnegativos saprófitos en inmunodeprimidos | Úlcera necrótica sobre fondo sanioso, halitosis, dolor cervical intenso sin adenopatías |
| Gingivostomatitis herpética | VHS-1 en niños y jóvenes | Úlceras con fondo eritematoso, pero amígdalas indemnes |
| Escarlatina | Estreptococo del grupo A | Amígdalas rojas, lengua aframbuesada, enantema |
| Difteria | <i>Corinebacterium diphtheriae</i> | Falsas membranas grisáceas que sangran al desprenderlas |
| Angina de Ludwig | | Afectación del suelo de la boca |
| Herpangina | <i>Coxsackie</i> | Vesículas en pilar anterior y paladar de forma bilateral |

MI: mononucleosis infecciosa; VEB: virus Epstein Bar; VHS-1: virus herpes simple tipo 1; MEG: mal estado general.

amígdalas, la coloración y constitución de la mucosa de vecindad (lesiones, vesículas o úlceras), así como la coloración y constitución de la superficie amigdalina (eritematosas, pultáceas, exudado necrótico). En la tabla 6 aparece el diagnóstico diferencial de la patología que podemos encontrar más frecuentemente a este nivel.

Palpación de adenopatías regionales

A nivel del ángulo mandibular, en el borde inferior de la mandíbula, así como en los espacios submandibulares y submentonianos.

LARINGE

Su exploración comprende los siguientes apartados:

Inspección

Normalmente sólo en el hombre se aprecia la prominencia laríngea (nuez de Adán). Ésta se desplaza durante la deglución en sentido craneal. Si falta la movilidad activa de la laringe durante la deglución, esto puede constituir indicio de una fijación inflamatoria o tumoral de la laringe.

El hundimiento del hueco supraclavicular durante la inspiración, unido a estridor inspiratorio, suele traducir una obstrucción laringotraqueal (cuerpos extraños, tumor, edema).

Palpación

Deben estudiarse el esqueleto laríngeo y las zonas vecinas durante la deglución y la respiración: cartilago tiroides, membrana cricotiroides y anillo cricoideo, arteria carótida y bifurcación carotídea y glándula tiroides (la laringe y la glándula tiroides se mueven durante la deglución conjuntamente).

Laringoscopia indirecta

Exploración del interior laríngeo con ayuda de un espejo siguiendo la siguiente técnica: con la ayuda de una gasa la lengua se recoge y tracciona entre el dedo pulgar y el dedo medio de la mano izquierda. El dedo índice se separa hacia arriba y eleva simultáneamente el labio superior. El

haz luminoso debe orientarse contra la úvula. El espejillo laríngeo (cuya temperatura debe comprobarse por palpación manual antes de introducirse) es aplicado por su cara metálica contra la úvula y el velo del paladar, sosteniéndolo en la mano como si fuera una pluma. La cara posterior del espejillo laríngeo desplaza la úvula hacia arriba y hacia atrás. En el espejillo pueden verse entonces la pared posterior de la lengua, la faringe y la laringe. Para ver mejor el interior laríngeo conviene que el paciente pronuncie la vocal i.

La laringoscopia indirecta es una técnica potencialmente útil en Atención Primaria, que permite afinar en la etiología de las disfonías (parálisis, inflamación y nódulos de una o ambas cuerdas principalmente) (tabla 7).

NARIZ Y SENOS

Para su exploración realizaremos:

Inspección y palpación externa

Debiendo considerar:

— *Características de la piel*: alteraciones de la coloración, signos inflamatorios.

— *Deformaciones externas visibles de la estructura cartilaginosa y/o de la ósea*: malformaciones congénitas o defectos adquiridos de la fosa nasal, por ejemplo: nariz en silla de montar, en giba, secuelas inmediatas o tardías de un traumatismo, tumefacción dolorosa como síntoma acompañante de una inflamación, tumefacción no dolorosa como síntoma asociado a un tumor.

— *Estudio del vestíbulo nasal, el bode anterior del tabique nasal y el interior de las narinas*, mediante la elevación de la punta de la nariz.

— *Exploración del esqueleto nasal*, analizando crepitación y capacidad de desplazamiento o dislocación.

— *Sensibilidad a la percusión* sobre el seno maxilar, el seno frontal, la raíz nasal y la calota cefálica.

Rinoscopia anterior

Se lleva a cabo con la ayuda de un espéculo nasal y de una potente fuente de luz. Habitualmente es la mano izquier-

Tabla 7. Diagnóstico diferencial de la patología funcional de laringe

| | Epidemiología | Clínica | Laringoscopia |
|---------------------------|--|----------------------------------|---|
| Nódulos vocales | Más frecuentes en mujeres, cantantes, profesores y niños, por sobrecarga fonatoria | Disfonía | Pequeños nódulos casi siempre bilaterales en la zona de confluencia entre el 1/3 anterior y el 1/3 medio de la cuerda vocal |
| Pólipos | Formación benigna más frecuente en general y en hombres | Disfonía, tos irritativa, disnea | Generalmente unilaterales Asientan en el borde libre de las cuerdas vocales, pediculados o sésiles |
| Edema de Reinke | Fumadores o alcohólicos | Voz grave, disfonía, estridor | Cuerdas vocales totalmente deformadas por una formación polipoide y gelatinosa de amplia base de implantación |
| Granulomas por intubación | Tras 2-8 semanas de la intubación | Habla dolorosa y tos irritativa | Asientan sobre la parte posterior de las cuerdas vocales |
| TBC laríngea | Casi siempre asociada a una TBC pulmonar activa | Disnea laríngea | Ulceraciones, granulaciones, estenosis |
| Papilomas | Más frecuente en la infancia. Por virus | Disfonía y tos durante meses | Nódulos rojizos submucosos, ulceraciones, proliferaciones |
| | | Dolor, tos, recidivas frecuentes | La cuerda conserva movilidad Papilomas pediculados, superficie variable |

TBC: tuberculosis.

da la que sostiene el espéculo y lo introduce cerrado en el vestíbulo nasal, con la punta dirigida en sentido lateral. La extracción del instrumento se realiza manteniéndolo ligeramente entreabierto, para evitar el arrancamiento doloroso de las vibrisas. La mano derecha se utiliza para orientar la cabeza del paciente en la dirección deseada. Con la cabeza del paciente al principio en una posición vertical pueden verse la coana y la pared posterior de la epifaringe.

Para visualizarse el cornete medio y el meato medio, se inclina la cabeza del paciente hacia atrás y con una mayor hiperextensión observaremos la hendidura olfatoria. Además de visualizar las estructuras citadas, mediante esta técnica valoraremos el estado de la mucosa nasal.

Es importante tener en cuenta que el otoscopio también es de gran ayuda para realizar una rinoscopia anterior, utilizando para ello espéculos amplios que se introducen en el vestíbulo nasal mientras el paciente inspira lentamente para evitar que empañe la lente del otoscopio.

En la rinoscopia anterior debe prestarse atención especialmente a:

— *Secreción nasal*: coloración, cantidad, mucosa, purulenta, etc.

— *Localización de los exudados patológicos*.

— *Estado de ingurgitación de los cornetes*; amplitud o estrechez de los meatos nasales.

— *Características de la mucosa de la fosa nasal*: húmeda, seca, rugosa, coloración, etc.

— *Situación del tabique nasal y deformidades septales*.

— *Puntos sangrantes*: área de Kiesselbach.

— *Neoformaciones hísticas*.

— *Ulceraciones y perforaciones*.

— *Cuerpos extraños*.

Rinoscopia posterior

Esta técnica permite el examen de la coana posterior, la nasofaringe, la parte posterior del tabique y los extremos posteriores de los cornetes inferiores. Sin embargo, es una técnica difícil de realizar, que exige habilidad y entrenamiento por parte del explorador, y en ocasiones se debate su realización en Atención Primaria, por lo que no ahondaremos en su técnica de realización.

Con la utilización adecuada de las técnicas descritas será más fácil el diagnóstico diferencial de los distintos tipos de rinitis (tabla 8).

Tabla 8. Diagnóstico diferencial de las rinitis

| | Etiología | Clínica | Rinoscopia |
|------------------------------|---|---|---|
| Rinitis alérgica | Alérgica | Estornudos en salvas, rinorrea acuosa, prurito nasal y ocular | Cornetes pálidos y edematosos |
| Rinitis vasomotora | Hiperfunción parasimpática (hipotiroidismo, reserpina) | Más frecuente en jóvenes | Cornetes tumefactos y enrojecidos |
| Rinitis hipertrófica crónica | Hipertrófia cornete inferior (fármacos inhalados, vasoconstrictores) | Similar a la anterior, pero más frecuente en la edad media | Luz nasal estenosada, tumefacción, coloración violácea |
| Rinitis seca | Agresiones físicas (polvo, temperatura elevada, etc.) | Obstrucción, rinolalia, exudado denso incoloro | Atrofia, costras, úlceras, sangrados, etc. |
| Ocena | Primaria: ocena Secundaria: RT de cabeza y cuello, cirugía nasal previa. | Sequedad, costras, picor, epistaxis frecuente | Atrofia, costras verdosas, fétidas, cavidad nasal ancha |

RT: radioterapia.

La patología sinusal, sin embargo, exige a menudo de exploraciones complementarias radiográficas que ayudan a confirmar la sospecha diagnóstica de sinusitis y seguir su evolución durante el tratamiento.

Como queda reflejado a lo largo del presente texto, la exploración física debe estar siempre al servicio del diagnóstico diferencial, resultando clave para el adecuado diagnóstico y tratamiento de cualquier tipo de patología. De ahí que el bienestar de nuestros pacientes dependa directamente del buen conocimiento y manejo de las técnicas exploratorias en nuestro quehacer diario.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Becker W, Naumann H, Pfaltz CR. Otorrinolaringología. Manual Ilustrado. 2.^a ed. Barcelona: Ediciones Doyma, 1992.
- Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: Semfyc, 1998.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999; p. 1473-88.
- Noguer L, Balcells A. Exploración clínica práctica. 23.^a ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1987.
- Raboso E, Pantoja C, Cuesta J, Álvarez F. Audiometrías. Concepto e interpretación. FMC 2000;7(8):529-37.
- Rozman C. Semiología y métodos de exploración en medicina. Barcelona: Salvat editores, 1986.