

La exploración otorrinolaringológica



M. Pinilla Urraca

Especialista ORL. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

En las consultas de atención primaria (AP), una adecuada exploración básica otorrinolaringológica (ORL), es fundamental para el diagnóstico de las múltiples patologías que presenta el niño en esta esfera. En la mayoría de las ocasiones, las dificultades vienen derivadas de la falta de material o de un método exploratorio adecuado.

EXPLORACIÓN ORL EN EL NIÑO

La exploración debe ser lo más global posible y comienza desde el momento en que entra en la consulta. Se ha de procurar mantener un ambiente de tranquilidad y confianza, explicándole lo que se le va a hacer, dejándole que pueda tocar el instrumental, y evitando realizar maniobras forzadas e intempestivas.

Entre los hallazgos que pueden ser observados mediante la inspección cabe citar: “facies adenoidea”, pliegue transversal en el lóbulo nasal (por “saludo alérgico”), malposición de los pabellones auriculares, fístula o apéndice preauricular,... Si es posible, se realizarán ciertas partes de la anamnesis directamente al niño, para valorar “cómo oye y habla”, y poner de manifiesto problemas de obstrucción nasal (rinolalia cerrada), del paladar (rinolalia abierta), disfonías (nódulos vocales), y tener una idea general de su nivel auditivo. La exploración debe ser completa y sistemática, incluyendo siempre: oídos, nariz, cavidad oral, faringe y palpación cervical.

Posición

El recién nacido y el lactante pueden ser explorados tumbados en una camilla o en el regazo de uno de sus padres. En el niño mayor puede hacerse estando él/ella sentado en la camilla (sólo si tienen una altura suficiente y están tranquilos), o en el regazo de un familiar (lo que le proporciona cierta altura y posibilita la sujeción en caso de necesidad). Si

fuera necesario inmovilizarle, podría hacerse mientras es sostenido en brazos por uno de sus padres o un ayudante, quien con una mano lo abrazará firmemente contra su abdomen y con la otra sostendrá la cabeza apoyada sobre su pecho, colocándole de frente para la exploración faríngea y nasal, y lateralmente para la otoscopia. Para aumentar la presa, podrían colocarse las piernas entre los muslos del ayudante.

Material necesario

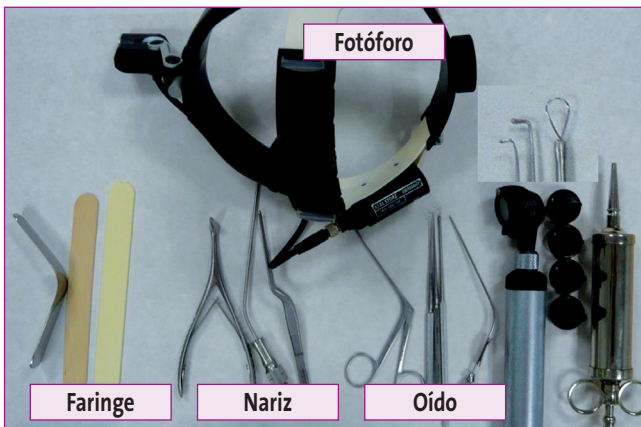
La iluminación adecuada es indispensable para realizar una correcta exploración ORL. Para la visión de las fosas nasales y la faringe, el espejo frontal con luz indirecta, o el fotóforo (éste último de más fácil manejo), proporciona una mayor libertad para el uso de ambas manos, y permite dirigir la luz hacia la zona a explorar; en su defecto si no contamos con lo anterior, una linterna, la luz del otoscopio o una lámpara de pie pueden ser alternativas válidas.

Para la otoscopia se pueden utilizar modelos de otoscopio en cuyo cabezal dispongan de un orificio lateral al que se le pueda aplicar una perilla de goma y realizar una otoscopia neumática. El tamaño de los espéculos (2,5 a 4 mm de diámetro) dependerá del diámetro del meato externo, tratando de elegir el más grande posible; en caso de realizar una otoscopia neumática se han de emplear espéculos específicos (de extremo blando, dilatado y flexible), para conseguir un hermetismo completo.

La exploración de las fosas nasales puede realizarse con visión directa, elevando la punta nasal, utilizando el otoscopio a través de la nariz o con un rinoscopio pediátrico. Para la exploración faríngea suele ser preciso el empleo de depresores, que pueden ser de plástico, madera o metálicos (“en escuadra”), permitiendo estos últimos realizar una mayor presión.

Como material accesorio, es conveniente disponer de: un ganchito de 1,5 cm y 2,5 cm, asa de Billeau, jeringuilla metálica

Figura 1. Material necesario para la correcta exploración ORL. La zona de aumento muestra los terminales de los ganchos de 1,5 y 2,5 y el asa de Billeau



(para la extracción de cera o cuerpos extraños óticos), pinza recta de oído (para la extracción de “pieles” del conducto auditivo externo [CAE] o para espinas faríngeas) y pinza de bayoneta (para la colocación del algodón o gasa de borde a nivel de fosas nasales). (Figura 1).

TÉCNICA, DIFICULTADES Y PRINCIPALES HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN ORL

Oídos

Técnica

La otoscopia en el niño resulta más difícil que en el adulto por la estrechez del CAE (2,5 mm) y un mayor ángulo de la membrana timpánica (mayor cuanto menor es el niño), lo que conlleva que para una adecuada visualización, se deba

traccionar del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás, para disminuir las curvaturas fisiológicas.

Siempre se deben usar los espéculos de mayor tamaño posible, ya que los más finos dificultan enormemente la exploración, haciéndola en ocasiones imposible, e introducirlo al tiempo que se observa a su través, a fin de evitar arrastrar la cera y obturar el otoscopio. Por otro lado, se debe introducir el terminal sin tocar las paredes del CAE, siguiendo el eje del CAE óseo pero sin llegar a él, procurando que el borde anterior del espéculo no presione sus paredes y así evitar lesiones y el rechazo del niño a que se prosiga con la exploración. Para mayor comodidad, al tiempo que evitar una postura artificial, el otoscopio se debe sujetar con la mano izquierda para explorar el oído izquierdo y con la mano derecha el derecho, salvo en caso de que se precise utilizar distintos utensilios (pinza, ganchito, aspirador). (Figura 2).

Dificultades

La presencia de cera, puede impedir la adecuada visión de la membrana timpánica, y suele ser un problema frecuente en la práctica diaria; en estos casos la extracción cuidadosa con un ganchito otológico de 1,5 mm sería la solución más adecuada, procurando no tocar las paredes del CAE, sobrepasando la cera y retirándola hacia el examinador; esta maniobra se puede realizar bajo visión otoscópica, pero en ocasiones, sobre todo en los más pequeños, la presencia del terminal otoscópico durante la extracción provoca inquietud, por lo que una buena opción es su extracción bajo visión directa con el fotóforo, mientras se favorece la apertura del meato externo para poder ver bien el CAE con la cera a extraer. En caso de cera de consistencia tipo “miel”, se puede realizar un lavado con jeringuilla metálica y agua

Figura 2. Posición para la otoscopia derecha con la imagen otoscópica normal correspondiente (A- anterior; P- posterior; S- superior; I- inferior)

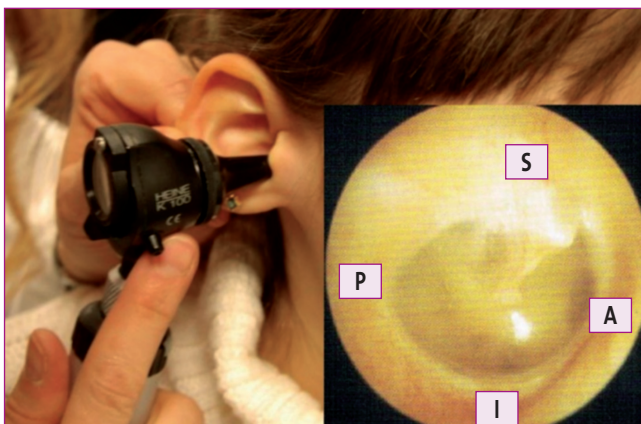


Figura 3. Posición para la limpieza de cerumen con lavado ótico y en el margen inferior izquierdo se muestra su extracción con gancho otológico



templada, procurando dirigir la punta hacia delante, sin tocar las paredes del CAE, y evitando movimientos intempestivos por parte del médico y del niño (figura 3).

En los casos en los que resulte imposible la extracción o se sospeche una perforación de la membrana timpánica, se puede recomendar a los padres que le practiquen lavados óticos (2-3 veces al día durante 7 días) con H₂O₂ al 50% con suero fisiológico y a temperatura corporal, llenando el conducto por goteo, instilado con una jeringa desechable, y dejándola actuar unos 5 minutos, y luego vaciarlos por gravedad.

Hallazgos del CAE

En la primera infancia, lo más habitual es encontrar un CAE estrecho. En el niño mayor podemos encontrar: un escaso calibre constitucional, tumefacción, edema o inflamación difusa o circunscrita de las paredes (signos de otitis externa), protrusiones óseas (osteomas, exóstosis de los nadadores), caída de la pared posterosuperior en mastoiditis, pared anterior muy procidente o neoformaciones (pólipo aural), que puede ser un signo indirecto de colesteatoma.

El aspecto, color y olor de las secreciones acumuladas en su interior orientará hacia el origen de determinadas infecciones; así secreciones “algodonosas” o detritus blanquecinos, negruzcos o amarillentos orientan el diagnóstico hacia una infección por hongos (*Candida albicans*, *Aspergillus niger* y *albus* respectivamente) (figura 4).

Hallazgos otoscópicos

La membrana timpánica se muestra a la otoscopia como una superficie ligeramente ovalada, de color gris perla, lisa y tensa excepto por el relieve del mango del martillo, que discurre oblicuamente de arriba abajo y de delante atrás hasta el punto más central o umbo, lo que permite diferenciar la imagen de un oído derecho, de uno izquierdo. Los ligamentos timpanomaleolares anterior y posterior, que surgen de

Figura 4. Hallazgos otoscópicos. A.- Ocupación algodonosa del CAE (otomicosis). B.- Imagen de escamas a nivel apical y ocupación de caja timpánica (colesteatoma)

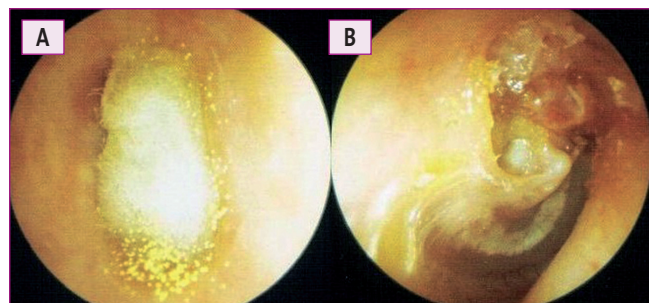
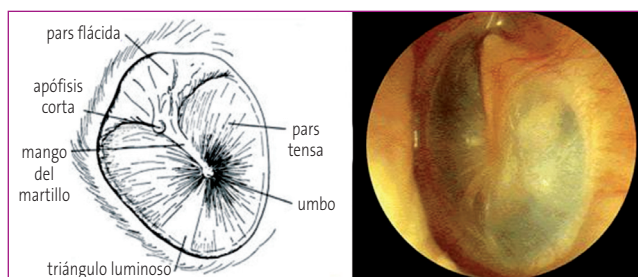


Figura 5. Imagen y esquema de una otoscopia izquierda, mostrando las diferentes partes y relieves de la membrana timpánica



la parte más alta del mango del martillo, delimitan las dos partes de la membrana timpánica; por encima de ellos, la pars flácida, en la zona atical y de menor tamaño, y por debajo de ellos, la pars tensa, dividida en 4 cuadrantes por dos ejes, uno que sigue la dirección del mango del martillo y otro que cruza perpendicularmente el umbo. Se denominan cuadrantes anterosuperior, posterosuperior, anteroinferior y posteroinferior (figura 5).

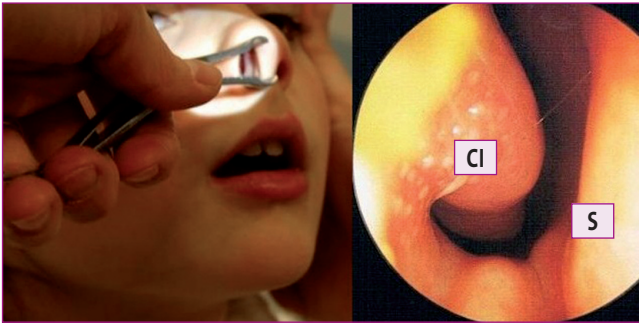
Al observar la membrana timpánica es necesario precisar su posición, protruida en otitis media aguda, o retraída en ototubaritis, su integridad, y si no es así determinar la localización de la ruptura, siendo importante la vigilancia de las perforaciones aticales que pueden conducir a colesteatomas. Así mismo, valoraremos la coloración: translúcida, hiperémica o congestiva en procesos inflamatorios agudos, transparente o “ala de mosca” en caso de perforaciones reepitelizadas, amarillenta o azulada en otitis secretora, y con placas blanquecinas calcáreas en caso de miringoesclerosis (signo de otitis de repetición).

Fosas nasales

Técnica

La técnica utilizada para la rinoscopia dependerá de la edad, características del niño y el material del que se disponga. El explorador se ha de colocar frente al niño, a unos 25 cm de la cara, enfocando el haz de luz para que converja en un punto. Con una mano se sujeta la cabeza del niño para poder movilizarla según las necesidades exploratorias (se coloca el pulgar del explorador en la mejilla y el resto de los dedos en el cuello), y con la otra se sujeta el rinoscopio. En ocasiones, la mayor dificultad obedece al miedo que puede provocarle la introducción del rinoscopio, por lo que en su lugar puede realizarse la exploración con visión directa, elevando la punta nasal, o utilizando el otoscopio a través de la narina, en los lactantes y menores de 7 años.

Figura 6. Posición del rinoscopio para la visualización de la fosa nasal que se muestra en el margen inferior (CI – cornete inferior; S – septum nasal)



Antes de introducir el rinoscopio se debe realizar una cuidadosa inspección de la base nasal para comprobar la simetría y permeabilidad de las narinas, así como del vestíbulo nasal, elevando la punta del lóbulo nasal con un dedo, en busca de una desviación caudal del septum nasal o de la columella u otro tipo de lesión a ese nivel.

Si se utiliza el rinoscopio debe evitarse erosionar el septum y deformar demasiado las alas nasales; para ello se introducirá cerrado, paralelo al plano de la cara, para adoptar una posición perpendicular a medida que se va abriendo, sin provocar dolor; se retirará entreabierto para evitar con el cierre brusco la tracción de las vibrisas del vestíbulo en niños mayores (figura 6). Mediante esta técnica es posible explorar el vestíbulo nasal, el septum anterior, la cabeza del cornete inferior, el meato inferior, así como el suelo de la fosa nasal, y en condiciones favorables es posible visualizar hasta el cavum. La inclinación progresiva de la cabeza hacia atrás, facilitará la exploración del cornete medio, el meato medio y en una situación más posterior el cornete superior y el techo de la fosa.

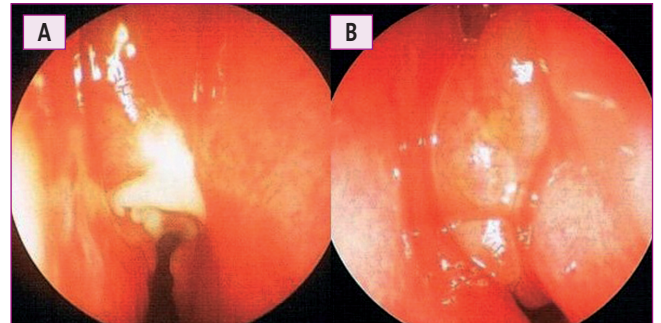
Dificultades

La rinoscopia anterior ofrece una visión restringida de la cavidad nasal, por lo que se deben realizar los movimientos anteriormente descritos. La presencia de secreciones puede dificultar la visualización, y si no se expulsan con el sonado enérgico, deben ser retiradas con asa de Billeau.

Hallazgos

Se valorará el aspecto de la mucosa (húmeda, seca, costrosa) y su coloración, eritematosa o pálida (signo indirecto de origen alérgico); la situación del tabique nasal, la presencia de deformidades, puntos sangrantes o perforación en el mismo; las secreciones nasales: tipo, aspecto, localización, uni o bilateralidad, como signo indirecto de rinosinusitis; el

Figura 7. Hallazgos rinoscópicos. A.- Rinorrea en meato medio (sinusitis). B.- Neoformaciones que ocupan la fosa (poliposis)



estado de ingurgitación de los cornetes y la permeabilidad de los meatos y de la fosa en general, así como la presencia de neoformaciones (pólipos, tumoraciones) o cuerpos extraños (figura 7).

Cavidad oral y orofaringe

Técnica y dificultades

En la exploración de la cavidad oral y faríngea, es aconsejable que el niño abra la boca voluntariamente y evitar inicialmente el empleo del depresor. Inicialmente con la boca abierta y la lengua en su interior, se intentará visualizar la cavidad oral y la orofaringe, y si la visión es dificultosa y se necesita el depresor, sólo se deprimirá la zona anterior de la lengua, por delante de la “V” lingual, para evitar desencadenar el reflejo nauseoso (figura 8).

Hallazgos

Serán valorados el estado de las encías, la dentición, la presencia de lesiones en la mucosa gingivolabial, yugal (pared interna de las mejillas), paladar, o en la mucosa lingual, se visualizará la salida y el aspecto del conducto de Stenon (en la mucosa yugal a nivel del 2º molar superior), la carúncula de los Wharton (lateralmente al freni-

Figura 8. Posición y colocación del depresor por delante de la V lingual para la visualización sin reflejo nauseoso de la orofaringe. (U- úvula; PA- pilar anterior; PP- pilar posterior; PF- pared faríngea; LA- lecho amigdalino; A- amígdala; PB- paladar blando; PD- paladar duro; VL- V lingual)

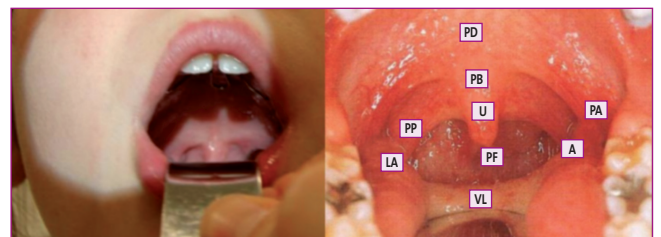
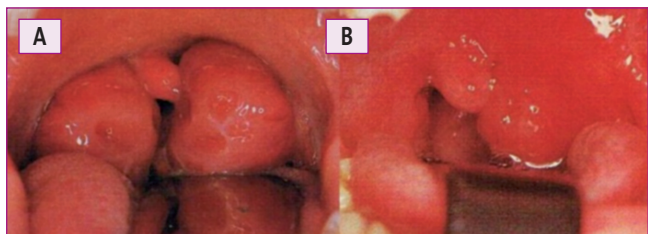


Figura 9. Hallazgos orofaríngeos. A.- Hipertrfia obstructiva amigdalina; B.- Protrusión de paladar blando y pilar anterior faríngeo izquierdo correspondiente a absceso periamigdalino



llo lingual), así como la presencia o no de frenillo lingual corto, pidiendo al niño que eleve la lengua hacia el paladar duro.

Así mismo se valorarán el istmo de las fauces, los lechos amigdalinos, el tamaño (hipertróficas o intravélicas –ocultas entre los pilares–), coloración (eritematosas o eritematopultáceas) y morfología de las amígdalas palatinas (crípticas o no), los pilares faríngeos (hipertrofia de pilares posteriores –“cordones posteriores”–, protrusión del pilar anterior y el paladar blando en caso de flemón o absceso periamigdalino) (figura 9), folículos linfoides en la pared posterior faríngea y la motilidad del paladar al provocar el reflejo nauseoso o pedir al paciente que diga “a”.

Cervical

Técnica y dificultades

Los niños y jóvenes presentan adenopatías sin significado patológico con mayor frecuencia debido a la mayor

reactividad inmune. Como parte de la exploración ORL se debe palpar el cuello siguiendo una sistemática. Para ello, el explorador se ha de situar detrás del niño (figura 10), palpando la región parotídea y la región submandibular con movimientos simétricos de ambas manos, que desde la línea media del suelo de la boca, se deslizan hacia las ramas horizontales de la mandíbula, (región submental, submaxilar e inframasetérica); a continuación se proseguirá hacia la zona posterior del cuello (retroparotídea, mastoidea y occipital), y zona de los grandes vasos del cuello: tercio superior, medio e inferior de la cadena linfática de la vena yugular interna. Posteriormente, la exploración continuará desde la parte más inferior y anterior del músculo esternocleidomastoideo hacia atrás, por encima de la clavícula y la parte posterior de dicho músculo siguiendo la cadena espinal.

Para finalizar, con las manos situadas en la región supraesternal se intentará localizar la glándula tiroidea, para lo cual será de gran ayuda pedirle al niño que realice movimientos de deglución.

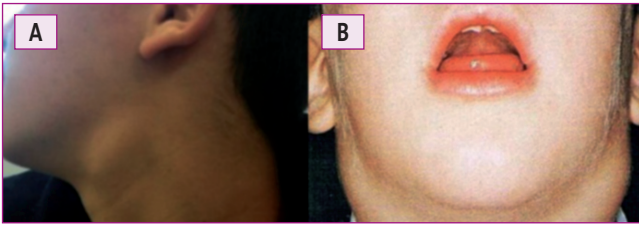
Durante la palpación y ante el hallazgo de tumoraciones o adenopatías, es importante que al palparla se presione en los extremos opuestos pero no de forma simultánea sino alternante, intentando detectar en cada lado la presión que se ejerce en el lado opuesto, y determinar su consistencia (elástica o fibrosa) y su desplazamiento (móvil o adherida).

Ante la sospecha de masas cervicales de origen vascular o de tumores ricamente vascularizados, se debe proceder a la auscultación de los mismos (soplos).

Figura 10. Posición para la exploración cervical. En el margen inferior representación esquemática de las distintas cadenas ganglionares en el cuello: occipitales (1), mastoideos (2), parotídeos (3), submaxilares (4), cadena linfática de la vena yugular interna (5), de la arteria cervical transversa (6), espinal (7) y recurrentes o paratraqueales (8)



Figura 11. Hallazgos patológicos cervicales. A.- Tumoración laterocervical izquierda correspondiente a adenitis tuberculosa. B.- Adenopatías cervicales bilaterales en el curso de una mononucleosis infecciosa



Hallazgos

La presencia de una masa cervical de consistencia blanda y fluctuante es sugestiva de un quiste (higroma quístico, tirogloso en línea media o branquial en zona lateral) o de un absceso, si es doloroso y la piel se encuentra enrojecida y caliente. La consistencia blanda con crepitación (como “pasos de nieve”) es diagnóstica de enfisema. Las adenopatías desplazables, lisas, algo dolorosas, y de localización submandibular sugieren patología inflamatoria, generalmente por amigdalitis o infecciones dentarias. La aparición y persistencia de “racimos de ganglios” en uno o ambos lados del cuello es compatible con linfoma, pero es importante descartar infecciones por virus de Epstein Barr, *Actinomyces*, *Toxoplasma* entre otras. La sospecha de malignidad viene dada por la presencia de lesiones de consistencia “pétrea”, que no se desplazan con facilidad; en ocasiones se pueden presentar con fistulización, debiéndose descartar una linfadenitis tuberculosa o por otras micobacterias (figura 11). Así mismo distintas enfermedades de origen inmunológico pueden cursar con adenopatías cervicales (sarcoidosis, enfermedad de Kawasaki,...).

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás Barberá M, Exploración ORL en el niño. En: Tratado de otorrinolaringología pediátrica. Ponencia oficial de la SEORL 2000. Girona: Gráficas Alzadora, SA; 2000. p.23-8.
2. Vallejo Valdezate LA, Gil-Carcedo Sañudo E, Gil-Carcedo García LM, Menéndez Argüelles ME. Examen básico en Otorrinolaringología. En: Gil-Carcedo García LM, Martínez Vidal J, Ortega del Alamo P, editores. Otorrinolaringología práctica en consulta. Barcelona: Medicina STM Editores SL; 2004. p. 23-40.
3. Gil-Carcedo García LM, Vallejo Valdezate LA, Gil-Carcedo Sañudo E, Menéndez Argüelles ME. Exploración otológica general. En: Exploración general ORL. Formación Continuada de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Barcelona: Masson, SA; 2000. p. 1-16.
4. Massegur Solench H, Trías Mis E, Ademá Alcocer JM, Matión Soler E, Fabra Llopis JM. Exploración de las fosas y senos paranasales. En: Exploración general ORL. Formación Continuada de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Barcelona: Masson, SA; 2000. p. 59-68.
5. Suárez Nieto C, Llorente Pendas JL, Gomez Martínez J, Rodrigo Tapia JP. Exploración general del cuello, diagnóstico diferencial de las masas cervicales, exploración del nervio facial y de los pares craneales. En: Exploración general ORL. Formación Continuada de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Barcelona: Masson, SA; 2000. p. 117-35.
6. Pinilla M. Abordaje práctico para el diagnóstico y tratamiento de las patologías otorinolaringológicas más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria. Criterios de derivación al ORL. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid.: Exlibris Ediciones; 2009. p.101-11.
7. Drutz JA. The pediatric physical examination: HEENT. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2009 [acceso 11 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Harley B. Head and neck masses. En: Graham JM, Scadding GK, Bull PD, editors. Pediatric ENT. Verlag: Springer; 2008. p.112-21.