

Práctica # 8.1: OTOSCOPIA CON ENFOQUE A ENTIDADES PATOLOGICAS

OBJETIVOS:

El alumno reafirmará las habilidades clínicas de otoscopia, integrándolas a los conocimientos adquiridos en la materia de otorrinolaringología.

JUSTIFICACION:

En la práctica médica es fundamental la integración de las materias básicas tales como introducción a la clínica, con cada una de las nosologías clínicas, dado que únicamente de esta manera el alumno logrará una mejor reafirmación de los conocimientos adquiridos.

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.

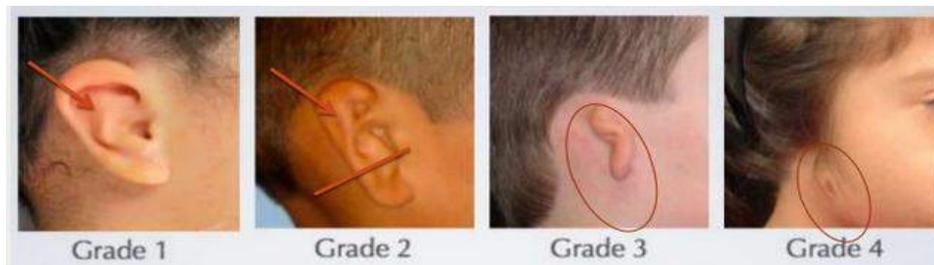
ANTECEDENTES:

Inspección del oído externo: Debe ir dirigida al hallazgo de:

- Edema o hematomas auriculares.



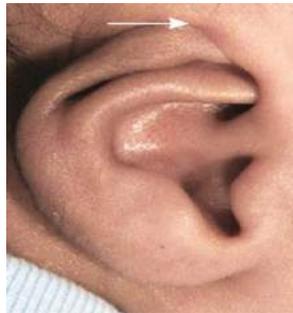
- Inflamaciones, enrojecimientos, úlceras.
- Neoformaciones, cicatrices (endaurales o retroauriculares).
- Malformaciones congénitas
 - Microtia:



- Grado I: Oreja pequeña, con pabellón normal, hipoplasia del CAE y leve alteración de huesecillos y oído medio.
 - Grado II: Falla en el desarrollo del pabellón, del CAE y oído medio en grado importante. CAE puede estar normal, pequeño o cerrado.
 - Grado III: Malformación severa o ausencia del pabellón auricular, sin CAE, oído medio pequeño o ausente y falta de neumatización mastoidea.
 - Grado IV: ANOTIA
- Pabellón Auricular Prominente: malposicion del pabellón auricular por falta de formación de pliegues del cartílago auricular.



- Criptotia: invaginación del pabellón hacia el hueso temporal.



- Melotia: desplazamiento del pabellón auricular hacia la mejilla.



- Poliotia

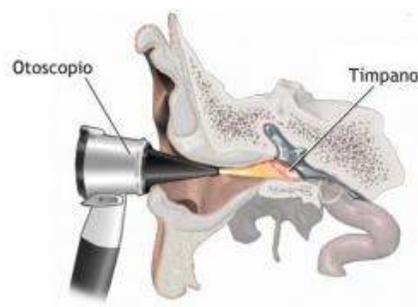


Palpación:

- *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
- *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, del oído medio.



1. Se solicita al paciente, que gire la cabeza hacia el hombro contrario al oído que se va a explorar
2. El médico se sitúa a la misma altura que el paciente
3. Sostener el mango del otoscopio con la mano que coincida con el lado del oído explorado. A la vez, con la otra mano, enderezar el conducto auditivo externo (tracción del pabellón hacia arriba y atrás en el adulto y hacia abajo y hacia atrás en niño y lactante)
4. Introducir el otoscopio en el eje de la porción ósea de manera suave.
5. Utilizar espéculos acordes con el tamaño del conducto auditivo.



- Se explorará el meato auditivo externo, y el conducto auditivo externo en busca de eritema o patología obstructiva del mismo:
 - Tapones de cerumen: el cerumen se produce en las glándulas ceruminosas y sebáceas del tercio externo de CAE, este queda acumulado y retenido en el conducto, es más común en conductos estrechos y si se usan cotonetes. Cuando obstruyen por completo el CAE, producen hipoacusia, autofonia y sensación de plenitud.



- Tapones epidérmicos: En este caso lo que se acumula son descamaciones epidérmicas en el tercio interno del CAE, que se adhieren y resultan difíciles de extraer.

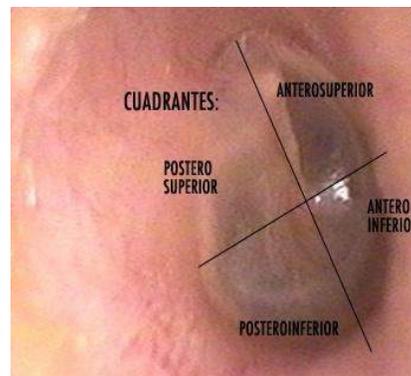
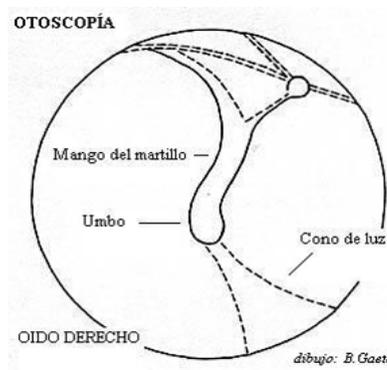


- Cuerpos extraños: Común en pacientes pediátricos, pueden ser asintomáticos a menos que se impacten en cuyo caso producen otalgia e hipoacusia.



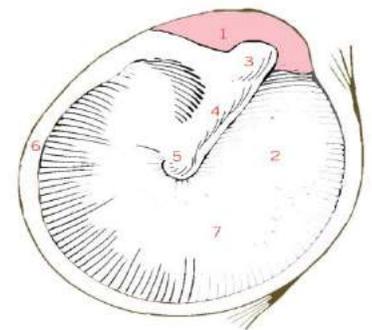
○

- Al explorar la membrana timpánica, se puede observar que consta de 2 porciones claramente diferenciadas: la *pars flácida* y la *pars tensa*.
 - Si se traza una línea imaginaria sobre el mango del martillo y se prolonga se puede dividir el tímpano en 2 mitades.
 - Trazando otra línea por el *umbo*, perpendicular a la anterior, la *pars tensa* se divide en 4 cuadrantes (anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior)



1. Identificar las referencias anatómicas básicas:

- 1) pars flácida
- 2) pars tensa
- 3) apófisis corta del martillo
- 4) mango del martillo
- 5) ombligo
- 6) anillo fibroso
- 7) triangulo luminoso.



2. Valorar 5 características de la membrana timpánica:

- a. **Integridad**, las alteraciones en la integridad corresponden a las perforaciones, las cuales dependiendo de la localización pueden ser:
 - *Perforación central*. Se sitúa en la *pars tensa*, aunque respetando el anillo fibroso o *annulus*



- *Perforación marginal. Tanto la que se sitúa en la pars flaccida como la que, localizándose en la pars tensa, afecta al annulus. Este tipo de perforación es peligrosa, ya que con frecuencia se relaciona con el colesteatoma.*



Así mismo dependiendo de su actividad pueden ser:

- *Perforación activa o húmeda: se asocia a procesos infectivo-inflamatorios (otorrea)*



- *Perforación inactiva o seca: sin otorrea*

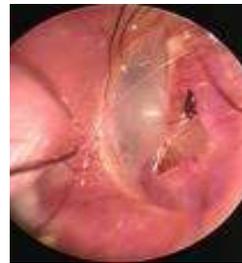


Según su duración o tiempo de evolución pueden ser:

- *Perforación antigua: Forma redondeada, con bordes engrosados, más o menos hiperémicos, sin sangrar. Son las propias de las otitis medias crónicas simples.*



- *Perforación reciente: Tienen una forma más irregular, con bordes finos, muchas veces hiperémicos, y con frecuencia restos hemáticos. Aparecen en la fase supurativa de la otitis media aguda o inmediatamente después de un traumatismo.*



b. Posición, cuyos dos trastornos posibles son:

- El abombamiento, debido a la existencia de líquido (pus) o aire a presión positiva en la caja del tímpano. La *pars flaccida* y *el cuadrante postero-superior de la parte tensa* son los primeros que se abomban, después se borra el relieve correspondiente a la apófisis corta del martillo, en los casos de máximo abombamiento, el mango del martillo tiende a verticalizarse.



- La **retracción** se debe a una presión negativa en oído medio. En esta posición encontramos la apófisis corta muy prominente, y el mango retraído, acortado y horizontalizado; el reflejo luminoso se dispone de modo anormal y el repliegue maleolar posterior se hace muy prominente.



c. **Translucencia.** La membrana timpánica normalmente es translúcida, las alteraciones que puede llegar a presentar en esta característica esta dada ya sea por el exceso de la misma (transparencias) o el defecto de ella (opacidades).

- *Transparencias:* zonas bien delimitadas de la membrana timpánica, de apariencia redondeada y transparente que a veces se confunden con una perforación. Generalmente son perforaciones que se han reepitelizado. Para distinguir estas áreas reepitelizadas de una auténtica perforación se realiza maniobra de Valsalva, para provocar que entre aire en oído medio a través de la trompa de Eustaquio, lo cual hará que la protruya hacia fuera comprobando así que el tímpano se encuentra íntegro aunque adelgazado.



- *Opacidades:* se les puede encontrar en el tímpano senil, en la OMA donde la membrana timpánica se engrosa o en las placas de miringoesclerosis las cuales son áreas más opacas de la membrana timpánica, bien delimitadas, de coloración blanquecina y aspecto calcáreo, secuela cicatricial de procesos otorreicos antiguos sin significado patológico actual.



- d. **Coloración:** La membrana timpánica normal tiene una coloración gris perlado algo brillante.
- El rojo es el color propio de cualquier proceso inflamatorio (fase hiperémica de la otitis media aguda).
 - La coloración blanco-amarillenta = pus en el oído medio (otitis media aguda supurativa)
 - La ambarina-anaranjada = derrame de la otitis media serosa
 - La coloración azulada o violácea = hemotímpano tras un traumatismo, un granuloma de colesterol o un paraganglioma.



- e. **Movilidad,** esta característica solo es posible evaluarse mediante la otoscopia neumática, habitualmente la membrana timpánica cede a la presión ejercida por aire proveniente del conducto auditivo externo, por lo tanto al momento en que se aplica esta presión y ésta no cede, nos indica presencia de líquido que no permite el movimiento de la misma como es el caso de la otitis media aguda.

COMPETENCIAS QUE SE ADQUIEREN EN LA PRÁCTICA.

- Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina.
- Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información. Caso problema
- Aprendizaje autorregulado y permanente. Conocimientos previos.
- Habilidades clínicas de diagnóstico.
- Comunicación efectiva
- Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales

CONOCIMIENTOS PREVIOS QUE DEBE TENER EL ALUMNO

- Comportamiento ético.
- Anatomía y fisiología del oído.
- Exploración del oído

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA:

Los alumnos deberán presentarse a la unidad médica de simulación clínica con uniforme blanco y puntualmente a la hora reservada.

Material:

- Gel antibacterial
- Simulador de otoscopia Kyoto Kayaku.
- Otoscopio
- Conos para otoscopio
- Carpeta para expediente
- Torundas alcoholadas

Procedimiento:

1. Se dará un espacio de 20 minutos para lluvia de ideas en cuanto a la técnica y patologías identificadas mediante la otoscopia.
2. En parejas los alumnos evaluarán el oído de su compañero y viceversa para mejorar la técnica adecuada, posteriormente se reproducirá un escenario clínico habitual, donde se evaluará que atiende a la indicación de interrogatorio y exploración (otoscopia) de un paciente con patología de oído y posterior a esto elabore una nota clínica, basada en el acrónimo PSOAP.
3. Contestar autoevaluación.

a. Caso problema:

Relaciona cada imagen con su diagnóstico presuntivo mediante una línea:



Cerumen
impactado



Tapón
epidérmico



Otitis Media
Aguda



Otitis Media
Serosa

BIBLIOGRAFIA

- Pérez-Hervada Payá A, et al. Exploración otorrinolaringológica en Atención Primaria. SEMERGEN 2003;29(6):318-25.
- C. Suarez, et al. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª Edición, Tomo III, Editorial Panamericana, 2008.

Elaborado por: Dra. Martha P. Barrientos Vargas