

# SEMIOLOGÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

CARLOS ARMANDO ECHANDÍA, M.D.<sup>1</sup>, PAOLA DAZA, M.D.<sup>2</sup>

## RESUMEN

La patología otorrinolaringológica (ORL) es una de las principales causas de consulta en pediatría y su exploración semiológica exige una serie de habilidades en la técnica, además de paciencia por parte del explorador, con el fin que ésta no sea una experiencia negativa para el paciente. Se debe realizar la valoración de ORL con el niño en brazos de la madre, recordando cada uno de los pasos en semiología. En la presente revisión, se evaluarán aspectos de la anamnesis en ORL, anatomía básica así como de la exploración física de la oreja, los oídos, la nariz, los senos paranasales, la boca, la faringe y el cuello.

**Palabras claves:** *Semiología, Otorrinolaringología, Niños*

## INTRODUCCIÓN

La patología otorrinolaringológica (ORL), es una de las principales causas de consulta en pediatría y su exploración semiológica exige una serie de habilidades en la técnica, además de paciencia por parte del explorador, con el fin que ésta no sea una experiencia negativa para el paciente. Por tanto, es importante vincular a la familia en el proceso, así como evitar la realización de maniobras forzadas, ello con el fin de no generar temores posteriores que dificulten nuevas evaluaciones clínicas en el niño. Se debe realizar la valoración de ORL con el niño en brazos de la madre, recordando cada uno de los pasos en semiología: escuchar al familiar, prestarle atención, inspeccionar detalladamente al paciente (cómo habla, características de la tos), luego iniciar la palpación, primero sin instrumentos y luego ir introduciendo éstos, y en lo posible, usar en primera instancia el fonendoscopio, siguiendo con la linterna y por último el equipo de los órganos de los sentidos. En la presente revisión, se evaluarán aspectos de

## SUMMARY

Otolaryngology pathology (OTL) is one of the main causes of pediatric and semiologic exploration requires a range of skills in the art, as well as patience from the browser, so it is not a negative experience for the patient. Patient assessment should be conducted with the child in mother's arms, remembering every one of the steps in semiology. In the present review, we evaluated aspects of OTL history, basic anatomy and physical examination of the ear, ears, nose, sinuses, mouth, throat and neck.

**Key words:** *Semiology, Otolaryngology, Children*

la anamnesis en ORL, anatomía básica así como de la exploración física de la oreja, los oídos, la nariz, los senos paranasales, la boca, la faringe y el cuello.

## ANAMNESIS

**Antecedentes familiares.** Se debe evaluar la historia familiar de hipoacusia. Interrogar sobre antecedentes de alergias respiratorias, atopia y enfermedades neoplasias del sistema ORL<sup>1-3</sup>.

**Antecedentes personales.** Los antecedentes personales se inician con el interrogatorio de la historia perinatal, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: situación de la madre durante el embarazo (procesos infecciosos, toma de medicamentos o drogas con efectos teratogénicos), así como la realización de pruebas diagnósticas intrauterinas (indagar antecedentes de infecciones perinatales crónicas, rubeola, toxoplasma, CMV), dada su asociación con alteraciones auditivas. Indagar sobre el parto, su desarrollo, si existió sufrimiento fetal, asfisia perinatal; es importante indagar historia de ictericia en la etapa neonatal, el grado de severidad, así como manejos recibidos, ya que podrían orientar neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia. Otros datos importantes son el peso del niño al nacer y la historia de prematuridad<sup>3-5</sup>.

<sup>1</sup>MD. Pediatra. Epidemiólogo. Profesor. Universidad del Valle. Cali, Colombia

<sup>2</sup>MD. Estudiante de postgrado en Pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: septiembre 15, 2010  
Aceptada para publicación: diciembre 15, 2010

**Antecedentes patológicos.** Se interrogará el padecimiento de enfermedades inflamatorias cuyo tratamiento pudiera ser ototóxico: infecciones tratadas con aminoglucósidos, diuréticos tipo furosemida, antimaláricos, enfermedades inflamatorias crónicas que precisan de altas dosis o largos periodos de tratamiento antiinflamatorio no esteroideo, neoplasias tratadas con quimioterapia o radioterapia en cara. En la patología general son de interés las metabulopatías en las que potencialmente pudiera asociarse una lesión auditiva, como la diabetes mellitus, neuropatías. Indagar sobre enfermedades nasotubáricas recurrentes o de otopatías infecciosas en la infancia. No debe olvidarse la importancia patogénica que sobre el oído tienen los traumatismos craneoencefálicos y el haber sufrido meningitis. Interrogar sobre historia de vómitos frecuentes, antecedente de reflujo gastroesofágico con manifestaciones atípicas, orientando la etiología de patologías de aparición recurrente o crónica como otitis y sinusitis<sup>4,6,7</sup>.

**Antecedentes epidemiológicos.** El lugar de residencia, si es medio rural o urbano, las costumbres, evaluar si el entorno es o no ruidoso, así como la intensidad del ruido y el tiempo diario de exposición.

## ANATOMÍA Y EXPLORACIÓN

### OÍDO

**Anatomía.** El oído está formado por el oído externo, el medio y el interno. El oído externo está formado por el pabellón auricular (orejas) y el conducto auditivo externo (CAE), el cual, en su tercio externo, tiene pelos y glándulas sebáceas que secretan cerumen. El segmento más interno no presenta vellosidades y es más sensible al dolor, lo que conviene tener en cuenta al momento de examinar. El oído medio, es una cavidad llena de aire que contiene una cadena de tres huesecillos: martillo, yunque y estribo, que transmiten el sonido desde la membrana timpánica hasta la ventana oval del oído interno. El oído medio se comunica con la nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio; y se puede medir su integridad mediante el bostezo o al

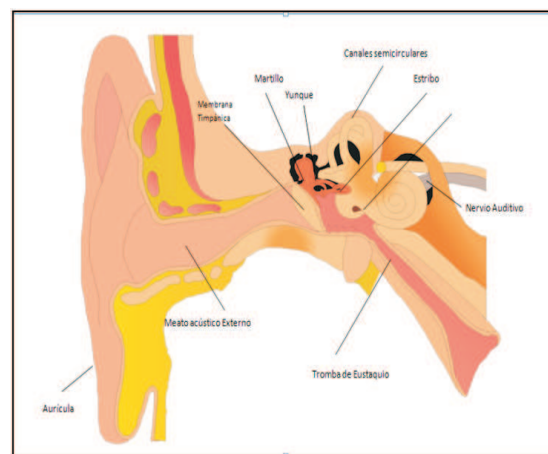


Figura 1. Anatomía del oído

sonarse la nariz (maniobra de Valsalva). El tímpano es una membrana tensa, que tiene una inclinación oblicua y una forma algo cónica<sup>8</sup>.

**Examen físico del oído.** Inspección: A nivel del pabellón auricular, evaluar forma, tamaño y color; determinar la implantación normal de las orejas, esto se verifica, trazando una línea imaginaria desde el canto externo del ojo a la prominencia del occipucio, y así, el borde superior del pabellón auricular debe pasar más arriba de ésta línea (en algunos trastornos cromosómicos, la implantación de los pabellones auriculares es más baja). Otra patología en el oído externo es la agenesia de oreja que puede o no estar asociada a alteraciones en las estructuras del oído medio e interno; identificar la existencia de tumores o

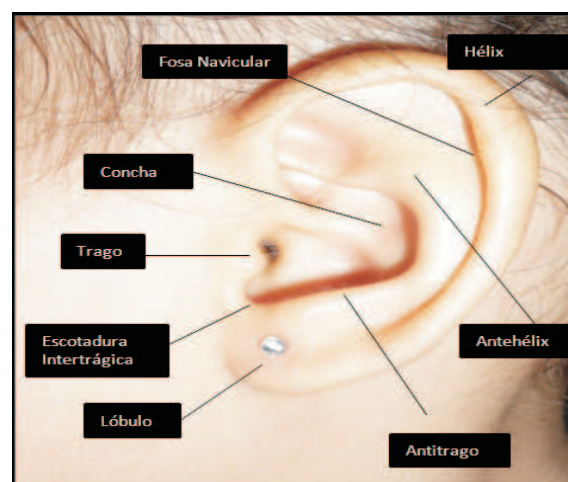
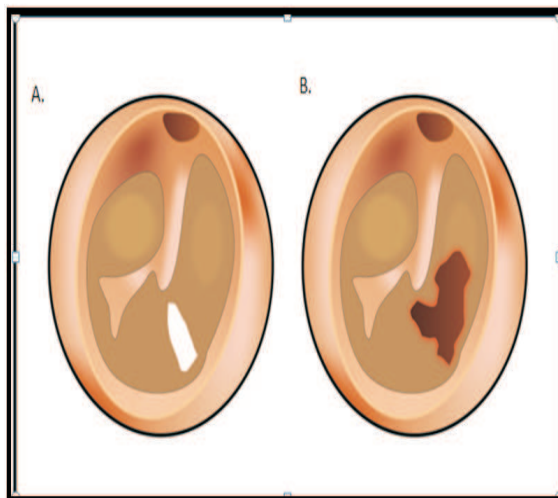


Figura 2. Estructuras del pabellón auricular



**Figura 3.** Partes del otoscopio. 1. El mango, que contiene la batería para la fuente de luz. 2. La cabeza, que contiene la bombilla con el lente de aumento. 3. El cono, que se inserta en el conducto auditivo. 4. Equipo para neumatoscopia

nevus en el pabellón auricular<sup>9,10</sup>. En la región preauricular, buscar la presencia de fístulas, papilomas, quiste infectados; también se pueden encontrar apéndices, en éstos casos, se deben sospechar trastornos urogenitales dado que éstas estructuras tienen igual origen embrionario, estando indicado la realización de estudios complementarios como ecografía renal y de vías urinarias. Se debe inspeccionar la presencia de secreciones por el CAE como pus (otorrea) en casos de otitis supurativas, líquido cefalorraquídeo (otorraquia) o sangre (otorragia); en estos casos, se debe interrogar sobre el antecedente de traumatismo y sospechar fractura de base de cráneo. Si además se presenta fiebre, podría estar asociado a la presencia de una meningitis post-trauma teniendo como principal agente causal el neumococo<sup>8,9</sup>. No se debe olvidar la observación de la región mastoidea en búsqueda de eritema, edema o aumento de volumen. Palpación. Palpar el pabellón auricular, evaluar la presencia de dolor que se incrementa al presionar el trago (signo del trago positivo), patognomónico de otitis externa aguda; identificar tumoraciones, y en la región preauricular descartar adenopatías. A nivel de la mastoides, descartar complicaciones



**Figura 4.** A. Tímpano normal: es de apariencia perlada transparente y en la parte inferior hay un triángulo que refleja luz. B. Se observa membrana timpánica con perforación

inflamatorias como adenopatías y zonas fluctuantes renitentes con cambios inflamatorios asociados que podrían indicar el curso de una mastoiditis<sup>8-10</sup>.

**Otoscopia.** Es un examen que permite evaluar el CAE y el tímpano. Para su realización, se usa un otoscopio, instrumento con una fuente de luz y un juego de conos (o espéculos) de distinto diámetro. Antes del cono, se ubica una lente magnificadora (lupa), que permite una mejor visualización (Figura 3).

Como en todo procedimiento, se le debe explicar al paciente en casos de niños mayores y al familiar en todos los casos, lo que se le va hacer, en qué consiste, permitirle que vea y toque el equipo. Una vez se intenta familiarizar al paciente con el instrumento (otoscopio), se inicia el procedimiento, usando el cono de mayor diámetro que calce bien en el CAE y se introduce con una leve inclinación hacia adelante y abajo, se debe colocar solo la punta del espéculo en la oreja para evitar traumatismo, luego se introduce lentamente y se observa de afuera hacia adentro. Para facilitar la introducción del cono y tener una mejor visión del tímpano, se toma el otoscopio con una mano y con la otra se tracciona la oreja hacia arriba y hacia fuera en adolescentes, y hacia

atrás y hacia abajo, en los niños más pequeños; la cabeza del paciente se inclina un poco hacia el lado contrario. Se pueden evidenciar a nivel del CAE, presencia de furúnculos, absceso, cuerpos extraños, tapones de cera, otorrea<sup>10</sup>.

En el tímpano anormal hay pérdida de la arquitectura; se visualizan, retracciones timpánicas, cambios de coloración, presencia de burbujas, perforaciones, presencia de secreción, de masas que emerjan del tímpano, tubos de ventilación, signos inflamatorios, pérdida del cono de luz y abombamiento<sup>8,10,11</sup>.

**Otitis.** Las otitis generalmente se asocian a causas anatómica por obstrucción de la trompa de Eustaquio dado que es horizontal y pequeña. No es otitis el enrojecimiento alrededor del tímpano, generado posterior a un episodio de llanto, para hablar de otitis debe haber pérdida de la arquitectura, de la membrana timpánica. La otitis se puede clasificar en otitis externa y media. Las otitis externas a su vez, se pueden clasificar en otitis externa difusa (aguda y crónica), que corresponde a una inflamación difusa de la piel del CAE; otitis externa eccematosa, que es el eccema de la piel del CAE; otitis externa circunscrita (forúnculo), que corresponde a una infección de un folículo piloso del CAE; y miringitis, que es la inflamación de la capa externa del tímpano (piel) ocasionalmente con vesículas hemorrágicas (bullosa) en el curso de un catarro común y ocasionado por los virus causantes de éste. Las otitis medias pueden ser, otitis media aguda (OMA), que es la inflamación aguda del oído medio con signos locales de



**Figura 5.** Técnica para la realización de otoscopia

derrame (hipoacusia brusca, abombamiento o disminución de movilidad) acompañados de síntomas agudos locales (otalgia o equivalente en el lactante) o generales (fiebre o afectación del estado general)<sup>12</sup>; otitis media aguda persistente (OMAP), que es la recaída producida en menos de 7 días tras terminar el tratamiento de una OMA, y se considera el mismo episodio de OMA; otitis media aguda recurrente (OMAR), cuando se presentan 3 episodios de OMA en los últimos 6 meses ó 4 en 12 meses; otitis media secretora o serosa (OMS), que es el acúmulo de secreciones en el oído medio sin clínica aguda acompañante, debida a una inflamación de la mucosa y un mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio; otitis media crónica simple (OMCS), que es la perforación timpánica no marginal que persiste por más de 3 meses; y otitis media crónica colesteatomatosa (OMCC), que es el saco de piel en el oído medio que produce colesterina ocasionando destrucción local e infecciones persistentes que se visualiza como abombado opaco<sup>13</sup>.

**Agudeza auditiva.** Otro aspecto de importancia a evaluar en el examen del oído, es la agudeza auditiva. En la evaluación inicial se deben realizar pruebas sencillas, que permitan evaluar aquellos niños que podrían tener alteraciones en la agudeza auditiva; en éste punto se deben tener en cuenta aspectos de la audición relacionados con la edad, por ejemplo, los recién nacidos, responden a los ruidos agradables y familiares, como la voz de su madre o voces especialmente femeninas, con un cese de sus actividades; al aplaudir cerca del oído, el niño pestañea, y responde con sobresalto o llanto a ruidos fuertes y repentinos<sup>10</sup>. A partir de los 3 meses, el niño comienza a localizar la fuente del sonido girando los ojos y la cabeza en esa dirección. Para ésta evaluación, se pueden hacer sonidos con diferentes objetos fuera del campo visual del niño, con el fin de no inducir falsas interpretaciones. La prueba de la "voz cuchicheada", evalúa de forma cualitativa la audición en el grupo de los escolares. Siempre de deberá evaluar y supervisar la progresión y el desarrollo del lenguaje siendo una forma indirecta de evaluar la función auditiva<sup>10</sup>.

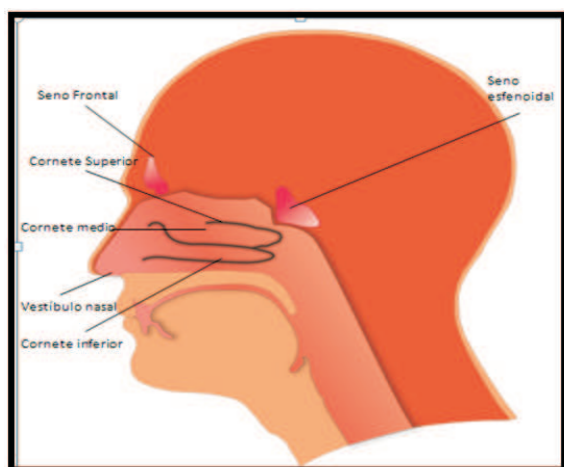


Figura 6. Anatomía de la nariz

## NARIZ

**Anatomía.** En la región anterior de la nariz, se encuentran ubicados los orificios nasales; hacia atrás se evidencian los vestíbulos, y en la parte posterior se ubican las coanas, por detrás de las cuales se ubica la nasofaringe. En la mitad de la nariz, está el tabique nasal. En el techo, se encuentra la placa cribiforme, a donde llegan las terminaciones sensoriales del nervio olfatorio. En la pared lateral, a cada lado, existen 3 proyecciones óseas que son los cornetes: superior, medio e inferior. Por debajo de cada cornete se ubica su respectivo meato. En el meato inferior, drenan las lágrimas de los ojos, desde el saco lagrimal. En el meato medio, drenan los senos paranasales. En la región más alta y anterior del septo, existe una zona rica en vasos sanguíneos, conocida como el plexo de Kiesselbach, que puede ser sitio de origen de epistaxis (hemorragia nasal)<sup>14</sup>.

**Inspección.** Se deberá en todos los casos evaluar el aspecto externo de la nariz en busca de alteraciones de la piel (rinofima, tumores, impétigo), alteraciones en la forma como desviación lateral del tabique nasal, aumento de volumen, alteraciones del dorso nasal, salida de secreción por narinas, costras, mal olor. La presencia de cambios inflamatorios asociados a celulitis orbitaria y periorbitaria, en éstos casos, se debe preguntar si tuvo picaduras de zancudos, orzuelos, o traumatismo de piel, y si la respuesta es positiva, se deberá considerar una etiología

asociada a infección por *Sthaphylococcus aureus*, y si la respuesta es negativa, se deberá considerar causa secundaria a una sinusitis, en cuyo caso la principal etiología sería la infección por neumococo. Simultáneamente se debe evidenciar si el niño es respirador bucal o nasal. Luego se debe levantar suavemente la punta de la nariz, determinando si el tabique está alineado con la columela, evaluando la existencia de hematomas del tabique y si hay alteraciones en el vestíbulo nasal, como secreción purulenta<sup>14</sup>.

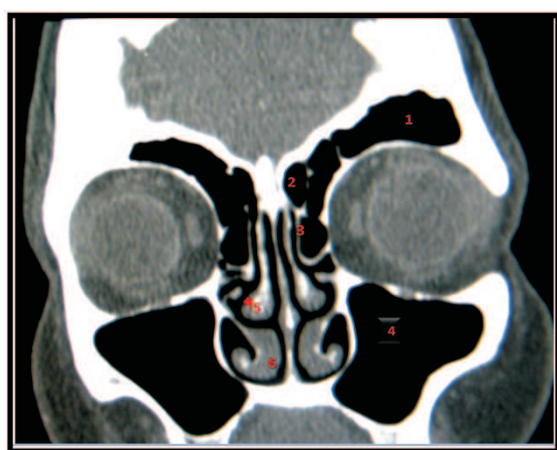
**Rinorrea.** Puede ser unilateral o bilateral. Si es bilateral, generalmente se asocian a cuadro catarral o sinusitis. Si es unilateral y de mal olor, se debe considerar con gran seguridad la presencia de un cuerpo extraño<sup>15</sup>. Epistaxis. Nombre que se le da a las hemorragias nasales. Si se presenta bilateral se debe considerar un problema sistémico, como en las purpuras o el dengue, donde existen trastornos plaquetarios, o la hemofilia, entidad asociada a deficiencias en los factores de coagulación<sup>15</sup>. Si la epistaxis es unilateral, usualmente la causa es local, y está asociada a hipertrofia de los vasos del plexo de Kiesselbach, que pueden generar sangrados post-traumáticos, por rascado u otras lesiones mecánicas, y el manejo en estos casos, es la cauterización por parte del servicio de ORL<sup>15</sup>. Aleteo nasal. Es un movimiento de las alas de la nariz con cada inspiración que se observa con mayor frecuencia en niños con insuficiencia respiratoria<sup>9</sup>.

**Palpación.** Es importante palpar el dorso nasal en busca de dolor, resaltes, crepitaciones, aumento de volumen, equimosis, fluctuación.



Figura 7. Inspección de la nariz

**Auscultación.** También se deberá auscultar, esto se realiza tapando una fosa nasal, y solicitando al paciente que respire: el flujo debe ser simétrico por ambas fosas nasales. Si no se evidencia simetría en el flujo, se considerará en curso, un proceso obstructivo que podría ser una masa, pólipos o desviación marcada del tabique. Rinoscopia<sup>16,17</sup> Para examinar el interior de la nariz se debe hacer uso de una linterna o bien se puede obtener una mejor visión si se dispone de un espéculo nasal. Luego de informar al paciente y su familiar sobre el procedimiento, se procede a realizar tanto rinoscopia anterior como posterior. En la rinoscopia anterior, los aspectos a evaluar incluyen las características de la mucosa nasal, el aspecto, la situación y las posibles deformidades del tabique nasal, la existencia y el aspecto de las secreciones nasales, el estado de ingurgitación de los cornetes, el aspecto meatal, las posibles neoformaciones y los cuerpos extraños, y la presencia de puntos sangrantes y la fragilidad del tejido al tacto<sup>8,14</sup>. La rinoscopia posterior, permite la evaluación de la rinofaringe, y de las coanas. Es una exploración que resulta muy dificultosa para el personal sin entrenamiento especializado, y en general, no es necesario realizarla, ya que ha sido suplida ampliamente por la endoscopia que ofrece una mejor visión de estas regiones.



**Figura 7.** Corte coronal TAC senos paranasales. 1. Seno frontal; 2. Seno etmoidal; 3. Seno esfenoidal; 4. Seno maxilar; 5. Cornete medio; 6. Corte inferior

## EXAMEN FÍSICO DE LOS SENOS PARANASALES

Los senos paranasales son cavidades tapizadas por mucosa y cilios que drenan a los meatos medios, a cada lado. Se diferencian los senos maxilares, los etmoidales y los esfenoidales. Su neumatización es progresiva; el seno maxilar y el etmoidal se neumatizan rápidamente después del nacimiento, el esfenoidal entre los 3-5 años y el más tardío es el frontal entre los 8-9 años<sup>10</sup>. Su exploración se reserva para aquellos niños que presenten cuadros sugestivos de sinusitis, la cual se puede generar secundaria a procesos de diferente etiología que conlleven bien sea a obstrucción del osteum, a alteración a nivel de las cilias, a sobreproducción o a cambio a nivel de la viscosidad de las secreciones. Dentro de estos procesos, se encuentran: cuerpos extraños, rinitis (alérgica o infecciosa), así como los tumores y pseudotumores (pólipos). Se manifiesta por síntomas como rinorrea purulenta, tos crónica, escurrimiento posterior, cefalea cambiante y signos como dolor a la palpación de los senos paranasales y la transiluminación positiva. Los senos frontales y maxilares se examinan por palpación, para detectar dolor relacionado con inflamación. Se debe presionar con los pulgares encima de la porción interna de las cejas, evitando presionar erróneamente las órbitas oculares. Los senos maxilares se evalúan presionando con la punta de los dedos pulgares sobre los huesos maxilares, situados por debajo de las órbitas y a los lados de la nariz. Si se evidencia dolor a la palpación de los senos, se puede realizar la transiluminación para detectar que estén ocupados por líquidos o masas<sup>16,17</sup>.

## EXAMEN FÍSICO DE BOCA Y FARINGE

La evaluación de la cavidad oral en pediatría, representa un verdadero reto para el examinador ya que exige paciencia, colaboración de los padres y el uso de algunas estrategias como juegos con el niño, además del conocimiento anatómico y semiológico de sus estructuras; incluso por las dificultades que genera, algunos autores plantean dejar para lo último, la exploración física de la cavidad oral<sup>10</sup>.

**Tabla 1**  
Cronología de la dentición temporal<sup>10</sup>

Incisivos centrales inferiores	6 meses
Incisivos centrales superiores	7-9 meses
Incisivos laterales inferiores	7-8 meses
Incisivos laterales superiores	9 meses
Primeros molares	12-14 meses
Caninos	16-18 meses
Segundos molares inferiores	20±6 meses
Segundos molares superiores	24±6 meses

**Anatomía.** La cavidad oral se encuentra ubicada bajo las fosas nasales y está delimitada por cinco caras o paredes<sup>17</sup>. La pared anterior está formada por los labios y pliegues cutáneos musculares. La pared posterior está formada por el velo del paladar, el pliegue mucoso y el muscular, que se inserta en el paladar óseo o duro; presenta músculos elevadores y depresores del velo palatino. Desde la cara anterior del velo del paladar se extienden hacia abajo los pilares anteriores (palatoglosos) que delimitan entre sí el istmo de las fauces (entre cavidad bucal y bucofaringe) y más atrás se encuentran los pilares posteriores (palatofaríngeos), que delimitan el istmo nasofaríngeo que separa naso de bucofaringe. A cada lado, entre el pilar anterior y el posterior, se ubica la amígdala palatina. Desde el borde inferior del velo del paladar cuelga un mamelón mucoso llamado úvula. Las paredes laterales están formadas por las mejillas, constituidas por planos cutáneos musculares (músculo buccinador) y mucosos desde fuera hacia adentro. La pared inferior o piso de la boca

está cubierta por una mucosa muy delgada, transparente, que permite ver las estructuras subyacentes, sobre éste piso de la boca se recuesta la parte libre de la lengua. La pared superior, es una pared dura formada por el paladar óseo, y se encuentra cubierta por una mucosa gruesa. Dentro de los elementos contenidos en la cavidad bucal se encuentran la lengua y los dientes; además, anexas a la cavidad bucal están las glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar y sublingual).

**Inspección**<sup>10,16,18,19</sup>. Labios: se debe evaluar el color identificando (palidez, cianosis), movilidad simétrica (parálisis facial), cambios en las características de la piel y mucosas (ulceraciones, induraciones y sensibilidad), aumento de volumen por edema (reacciones alérgicas, edema angioneurótico), cambios de coloración (palidez en anemia; cianosis en ambientes fríos, por poliglobulia o hipoxemia), si existen "boqueras" (queilitis angular o estomatitis angular), fisuras (labio leporino), o

**Tabla 2**  
Cronología de la dentición definitiva<sup>10</sup>

Incisivos centrales inferiores	5,5-6 años
Primeros molares	6-7 años
Incisivos laterales	7-8 años
Incisivos laterales superiores	7-8 años
Incisivos centrales superiores	7,5-9 años
Caninos	9-11 años
Primeros premolares	10-12 años
Segundos premolares	10,5-12 años
Segundos molares	11-13 años
Tercero molares	17-21 años



**Figura 8.** Inspección de la boca

lesiones pigmentadas las cuales pueden asociarse a síndrome de Peutz-Jeghers. Dientes: Existe una gran variabilidad en el tiempo de erupción dentario, siendo la edad mas frecuente de inicio a los 6 meses, continuando su aparición con una secuencia y cronología regular.

Como parte de la exploración dentaria se debe observar la disposición y la oclusión dentaria. Las piezas dentarias que faltan y el estado de las presentes. También es importante evaluar la cronología en el proceso de erupción dentaria ya que un retardo en la misma podría estar implicado a diversos desórdenes, tanto de tipo local (traumatismo, tumores), como de orden sistémico (endocrinopatías, hipotiroidismo, hipoparatiroidismo), así como síndromes genéticos (Síndrome de Apert, Síndrome de Carpenter, Síndrome Down, Hurler)18.

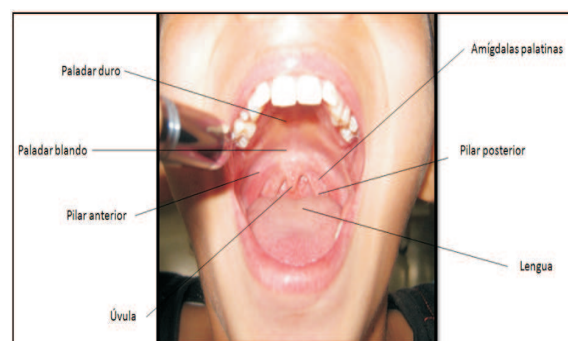
**Lengua:** La lengua constituye un órgano formado por musculatura estriada, cubierto de mucosa. La mucosa de la cara dorsal es muy especializada, en ella están presentes las papilas linguales de variadas formas (filiformes, fungiformes, caliciformes), encontrándose en ésta superficie receptores gustativos. La lengua presenta una zona posterior fija y una zona anterior móvil que se ubica sobre el piso de la boca. Al realizar la inspección de la lengua se deberá evaluar la existencia de variaciones del aspecto, como lengua geográfica donde se presentan zonas depapiladas en la superficie, pero en forma irregular, son comunes en casos de atopía. Se pueden encontrar alteraciones como



**Figura 9.** Evaluación de la lengua

macroglosia, en el caso de cromosomopatías como Síndrome de Down o hipotiroidismo congénito; glositis, que es la inflamación de la lengua; se aprecia roja y depapilada. Puede deberse a deficiencia de vitaminas (especialmente del complejo B). Además, se pueden encontrar úlceras, aftas, o leucoplaquias. En la parálisis del nervio hipogloso (XII par craneal), la lengua protruye hacia el lado del nervio paralizado (Figura 9).

**Paladar:** Debe ser examinado el paladar duro y blando, en busca de alteraciones en su cierre como fisuras o alteraciones en la movilidad, como lo que ocurre con una paresia del nervio glosofaríngeo, en la cual, la úvula se desvía hacia el lado sano. Se deben evaluar las características de la úvula.



**Figura 10.** Estructuras de la cavidad oral



**Tabla 3**  
Diferencias entre faringoamigdalitis viral y bacteriana<sup>19</sup>

Datos clínicos y analíticos	Viral	Bacteriana
Inicio	Gradual	Súbito
Fiebre	Poco, elevada	Si, >38.5°C
Odinofagia	No o leve	Si, moderado a intenso
Cefalea	No, o discreta	Si
Dolor abdominal	No	Si
Exudado en placas	Si, escaso	Si
Petequias en paladar	No	Si
Linfadenopaias cervical anterior	Si	Si
Náuseas y vómito	No	Si
Diarrea	Si	No
Exantema cutáneo	Si	Si, escarlatiniforme
Tos	Si	No
Conjuntivitis	Si	No
Rinorrea	Si	No
Vesículas o úlceras orofaringe	Si en VHS y coxsackie	No
Leucocitosis	No habitual o leucopenia	Si, con desviación a la izquierda
Linfocitosis	Si	No
Linfocitos atípicos	Si, monocitosis, EBV	No
ASTOS	No	Si

**Faringe**<sup>16,20,21</sup>: Por último se evalúa la garganta, un vez que se ha ganado confianza con el paciente, siendo probable que haya más colaboración. Se le debe decir que abra la boca sin sacar la lengua, se ilumina la cavidad oral con una linterna; luego con la boca abierta se le dice que diga "a", de ésta manera, deja ver el paladar duro, las amígdalas, el paladar blando, e incluso la úvula. Si se va usar bajalenguas, es conveniente apoyarlo entre el tercio medio y posterior de la lengua, pidiéndole al paciente que relaje la lengua y no la saque fuera de la boca.

**Amígdalas**: Es importante observar el tamaño, el color, la presencia de úlceras, la secreción purulenta o las membranas. La presencia de amigdalitis, debe incluir su diagnóstico diferencial con amigdalitis aguda vírica, que ocurre en más del 50% de los casos, en la población infantil y siempre deben considerarse como causa etiológica en menores de 3 años, donde aún no existen receptores para el estreptococo del grupo A. Diferentes tipos de

virus, pueden estar asociados a ésta entidad: herpes simple en el 12.9%, virus de la influenza en el 5.2%, Coxsackie en el 3.9%, Parainfluenza en el 3.72%, Adenovirus en el 2.7%, virus no identificado en el 7.1%, y asociación de dos virus en el 2.3%. El virus de Ebstein-Barr, causante de la faringoamigdalitis de la mononucleosis infecciosa, supone un 7% de los casos<sup>11,19,20</sup>. La amigdalitis aguda bacteriana, puede ser causada por tres subgrupos de bacterias: estreptococo beta-hemolítico del grupo A, estreptococo beta-hemolítico del grupo no A, y otras bacterias no estreptocócicas; se aprecia aumento de volumen y exudados blanquecinos, y el paciente presenta dolor al tragar (odinofagia), fiebre, halitosis, adenopatías submandibulares y cefalea.

**Glándulas salivales**: Constituidas por las glándulas parótidas, las submandibulares y las sublinguales. Se debe palpar el piso de la boca y la cara interna de las mejillas, realizar una palpación externa simultánea para determinar mejor la presencia de alteraciones en la consistencia de las

glándulas sublingual, submandibular o parótida. Determinar la existencia de litiasis salival, la cual puede llegar a obstruir el conducto principal, generar dolor y aumento de volumen. Durante los primeros tres meses de vida existe una producción reducida de saliva. La salivación excesiva es un hallazgo fisiológico principalmente entre los 6-12 meses de vida, lo cual acompaña el período de exploración oral y en la erupción dentaria; ésta desaparece en la medida que madura la deglución y crecen los dientes inferiores, que actúan como dique de retención. Al evidenciar un niño mayor de 18 meses con abundante secreción salival, se deberá descartar dificultad para la deglución, sin embargo, si la salivación excesiva se torna permanente y persiste después de los 2 años, se deberá sospechar alteraciones de tipo neurológico<sup>10,11</sup>.

## CUELLO<sup>10,11,17,20,21</sup>

**Inspección:** Se deberá orientar a la búsqueda de cambios en la forma del cuello, (adenopatías, bocio, lipomas, quistes o tumores). Presencia de alteraciones genéticas como en el Síndrome de Turner, donde se evidenciarán anomalías como cuello corto, piel de aspecto alado, talla baja, desarrollo retardado o ausente de las características sexuales secundarias, ausencia de la menstruación, coartación (estrechamiento) de la aorta y anomalías de los ojos y huesos. A nivel de la piel, evaluar signos vasculares, congestión venosa, cicatrices quirúrgicas, y presencia de fistulas.



**Figura 9.** Técnica para la palpación de la tiroides

Se debe examinar la posición y movilidad de la cabeza en busca de espasmos musculares, posición de opistótonos, como en tétanos y en el Síndrome de Sandifer (opistótonos, anemia por esofagitis y reflujo gastroesofágico).

**Palpación:** Se debe buscar la presencia de adenopatías en forma sistemática y se recomienda seguir un orden; desde los linfonodos submentonarios hacia los submandibulares, luego a lo largo del músculo esternocleidomastoideo hasta el espacio supraclavicular, y desde ahí siguiendo el curso del nervio accesorio terminando en los grupos retroauricular y preauricular. Si las adenopatías son pequeñas móviles y no se ubican en nivel cuatro del cuello, generalmente se asocian a

**Tabla 4**  
Clasificación de las masas de cuellos en niños

Congénitas	Inflamatorias	Tumorales
Quiste del conducto tirogloso Quiste branquial Laringoceles Hemangioliinfangiomas	Adenitis cervical Linfadenopatía reactiva Linfadenitis bacteriana o viral Enfermedades granulomatosas, infecciones micobacterianas atípicas, <i>Mycobacteria tuberculosis</i> , enfermedades por arañazo del gato, toxoplasmosis, sarcoidosis, histoplasmosis e infecciones por hongos	<b>Benignas</b> Lipoma, fibroma/neurofibroma, lipoblastoma, bocio, tumor de la glándula salival y paraganglioma <b>Malignas</b> Linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, cáncer tiroideo, rabdomiosarcoma, neuroblastoma, fibrosarcoma

Tabla 5

Clasificación de las masas de tejidos blandos del cuello en niños por su localización anatómica<sup>20,21</sup>

	Triángulo anterior	Triángulo posterior	Ambos triángulos
Sólida	Dermoide/teratoma Masa tiroidea	Lipoma	Adenopatía inflamatoria Hemangioma Linfoma Rabdomiosarcoma Neuroblastoma
Quística	Quiste tirogloso Quiste branquial	Malformación (linfangioma)	linfática
Mixta	Masa en glándula salival		Absceso

procesos benignos, pero si son grandes, duras, profundas y están ubicadas en nivel cuatro del cuello, son patológicas y ameritan estudios complementarios. Tiroides: La palpación de la glándula tiroidea se realiza abordándolo desde la parte posterior, con los pulgares afirmados debajo de la nuca y los dedos restantes sobre la región tiroidea en la cara anterior del cuello. Es útil ubicar la posición del cartílago cricoides, ya que inmediatamente bajo él se encuentra el istmo tiroideo. En esta posición se indica al niño que degluta mientras se intenta delimitar los lóbulos tiroideos. La glándula asciende con los movimientos deglutorios. Finalmente se palpa la tráquea, evaluando su movilidad en sentido lateral, ubicación en la línea media descartando desplazamientos.

**Auscultación:** A nivel del cuello se puede evidenciar un soplo inocente el jump venoso y soplos patológicos como en el caso de aneurismas carotídeos.

## REFERENCIAS

- Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122:
- Frew AJ. Allergen immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125 (2 Suppl 2): S306-S313
- Haddad J Jr. Hearing loss. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier 2007: 636
- Cunningham M, Cox EO. Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics* 2003; 111: 436-440
- O'Handley JG, Tobin E, Tagge B. Otorhinolaryngology. In: Rakel RE, editor. *Textbook of Family Medicine*. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier 2007: 25
- Pardo M, Rodríguez M, Blanch Sancho JJ, Martínez Alfaro E. Antibióticos aminoglucósidos. *Medicine* 2002; 8: 3470-3479
- Mercado V, Burgos R., Muñoz C. Ototoxicidad por medicamentos *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2007; 67:
- Barberán T, Sarría P. Exploración otorrinolaringológica en pediatría. En: AEP, editor. *Curso de Actualización en Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones 2010: 199-202
- Novoa A, Garrido J. Niños con apéndices y fositas preauriculares, enfoque práctico para el pediatra. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104:
- Schonhaut L, Assef M. *Semiología Pediátrica*. Conociendo al niño sano. Editorial Mediterraneo. 2004: 155
- Kliegman. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18th edition. Saunders Elsevier 2007: 675
- Gould JM, Matz PS. Otitis media. *Pediatr Rev* 2010; 31; 102-116
- Morris P. Acute and Chronic Otitis Media. *Pediatr Clin N Am* 2009; 56: 1383-1399
- Navarro B, Mitsutoshi Ito-Tsuchiya F, Zepeda B. Rinitis, sinusitis y alergia. *Rev Alergia México* 2009; 56: 204-216
- Sánchez D, Silva JC. Urgencias pediátricas otorrinolaringológicas y oftalmológicas en Atención Primaria. *Bol Pediatr* 2006; 46: 358-366
- Broto J. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Editorial Mediterraneo 2006
- Basterra J. Tratado de Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Editorial Elsevier 2009: 3-100
- Cuadros C, Rubert A, Guinot F. Etiología del retraso de la erupción dental. *Dentum* 2008; 8: 155-166
- Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. *Rev Esp Quimioterap* 2003; 16: 74-88
- Turkington J, Paterson A, Sweeney L. Neck masses in children. *B J Radiol* 2005; 78: 75-85
- Román J, Dovasio F, Kreindel T. Preguntas comunes en imágenes. Masa palpable en cuello. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105: 461-465
- Rosa P, Hirsch D. Congenital Neck Masses. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2008; 20: 339-352
- Al-Dajani N, Wootton SH. Cervical Lymphadenitis, Suppurative Parotitis, Thyroiditis, and Infected Cysts. *Infect Dis Clin N Am* 2007; 21: 523-541