

Exploración física de las fosas nasales

Juan Belchí Hernández, Carlos Escobar Sánchez

Las técnicas exploratorias de la nariz y fosas nasales incluyen la inspección nasofacial, la rinoscopia anterior y posterior y la endoscopia nasal. A pesar de las nuevas tecnologías, la exploración clásica sigue siendo muy útil, aporta datos valiosos y es rápida de realizar.

1. INSPECCIÓN NASOFACIAL

El examen de la nariz empieza con la inspección de la cara y parte externa de la nariz. Un minucioso examen externo de la pirámide nasal pone de manifiesto la existencia de deformidades osteocartilaginosas, como las desviaciones septales, y alteraciones cutáneas, como las escoriaciones periorificiales secundarias a las maniobras de limpieza.

A muchos niños con rinitis de larga evolución se les puede reconocer por sus características faciales y por sus gesticulaciones. Con frecuencia observamos una coloración oscura bajo los párpados inferiores y a veces una discreta edematización de estos tejidos. Cuando la obstrucción nasal es severa podemos observar que el paciente tiene siempre la boca abierta, lo que en los niños va a determinar la fascias adenoidea pudiendo ocasionar también un arco palatino muy pronunciado y maloclusión dentaria. Debido al prurito nasal se tiende a frotar la nariz en sentido ascendente (saludo alérgico), con lo que se produce un pliegue transversal en el tercio inferior de la nariz.

En las rinitis que se acompañan de poliposis nasal, cuando se produce un crecimiento importante de los pólipos, puede producirse una deformidad facial, que se

aprecia como engrosamiento transversal de la pirámide nasal.

La palpación de la nariz también permite objetivar desviaciones septales, a la vez que permite comprobar si hay algún punto doloroso.

2. EXPLORACIÓN CONVENCIONAL

La exploración convencional o clásica se basa en la rinoscopia anterior con el rinoscopio o "espéculum" nasal de valvas, preferentemente combinado con el microscopio, y en la rinoscopia posterior clásica con el espejillo de cávum. Este tipo de exploración no es suficiente, hoy, para el diagnóstico, pero si se realiza con el microscopio permite un despistaje bastante aproximado, de diferentes exploraciones.

2.1. RINOSCOPIA ANTERIOR

La rinoscopia anterior es la exploración física rutinaria de las fosas nasales. Es sencilla de realizar y precisa poco tiempo. El paciente debe de estar sentado en un asiento con respaldo y reposacabezas. Se precisa un espéculo nasal que suavemente se introduce inclinado 45° hacia arriba. Una vez situado se abre y se examina la fosa nasal de abajo-arriba: suelo, zona de los meatos y porción anterosuperior. La misma maniobra se repetirá después de provocar una retracción de la mucosa al aplicar un agente vasoconstrictor tópico. Esta maniobra facilita la visualización de la parte posterior y permite diferenciar una infiltración de un ede-

ma o congestión vascular. La rinoscopia anterior con “espéculum” de valvas y espejo o fotóforo frontal sin microscopía deja ver bien el vestíbulo nasal y el tercio anterior de las fosas nasales. El empleo del microscopio es muy útil para la exploración de rutina. Con un objetivo de 250 o de 300 y ocular de 0,6 aumentos, se separan las alas nasales con el especulum y se puede examinar en muchos casos los dos tercios anteriores de las fosas, pero si son estrechas o existe desviación anterior del tabique o hipertrofia de cornetes inferiores, la exploración queda más limitada.

En la primera infancia puede resultar práctico utilizar un otoscopio para efectuar la rinoscopia, pudiéndose obtener con frecuencia una visión de los dos tercios anteriores de las fosas.

Deberíamos realizarla en todos aquellos pacientes que presentan síntomas nasales, aunque llevarla a cabo en pacientes con rinitis estacional en períodos asintomáticos no nos va a aportar ninguna información útil para el diagnóstico. Al introducir el espéculo en el vestíbulo nasal observamos y según ARIA workshop report debemos describir:

- La posición del septo nasal, pudiendo apreciar desviaciones que constituyen patología por sí mismas o actuar de forma coadyuvante.
- El estado de la mucosa, aspecto, color, etc. En la rinitis alérgica visualizaremos una mucosa pardoazulada brillante por la edematización y por las secreciones, en la rinitis atrófica una mucosa roja y seca, y en las rinitis intrínsecas una mucosa roja y congestiva, sobre todo si hay formaciones polipoideas.
- Presencia de secreciones y sus características macroscópicas (seromucosas, mucopurulentas, viscosas, fluidas).
- Crecimiento de formaciones mucosas “polipoides”.
- Hipertrofia de los cornetes nasales.

La palpación de la mucosa nasal con una pequeña torunda nos puede proporcionar información en cuanto a la naturaleza de la mucosa nasal, estado de edematización, movilidad de formaciones polipoideas, hipertrofia de la mucosa que recubre los cornetes, etc.

Los pacientes que tienen una rinoscopia normal van a tener una adecuada resistencia al flujo nasal, sin embargo, una anomalía encontrada en la rinoscopia no tiene porqué traducirse en una alteración de la re-

sistencia al flujo aéreo nasal. Se estima que un 50% de la población general no tienen una rinoscopia completamente normal, encontrándose generalmente pequeñas desviaciones del septum que no determinan manifestaciones clínicas.

Debemos de aprovechar estas maniobras exploratorias y recoger una muestra de las secreciones para estudiar la citología nasal.

2.2. RINOSCOPIA POSTERIOR

La rinoscopia posterior se realiza para observar el tercio posterior de las fosas nasales a través de las coanas y del cavum en su conjunto. No es un exámen fácil y debe ser realizado por un otorrino. Suele ser necesario aplicar un anestésico local para eliminar el reflejo nauseoso. La lengua se deprime con un depresor y con la mano derecha se introduce un pequeño espejo por detrás del velo del paladar, obteniendo imágenes del techo del cavum y de las paredes laterales de la nasofaringe. Esta exploración nos ofrece información sobre el tamaño de las adenoides, estado de la mucosa nasofaríngea y presencia de secreciones. En la rinoscopia posterior con el espejillo de cávum se ven ambas coanas a la vez, lo que no se consigue con el endoscopio rígido y difícilmente con el flexible, a través de las fosas nasales. La visión que puede ofrecer el espejillo es superada con creces por el laringoscopio de 90° dirigido hacia el cávum.

3. ENDOSCOPIA NASAL

El desarrollo de las modernas ópticas tubulares (endoscopios rígidos) y las de fibras ópticas (fibroendoscopios) han representado un importante avance en la metodología del diagnóstico rinológico. La endoscopia nasal permite una excelente observación de toda la cavidad nasal, ya que podemos visualizar áreas tradicionalmente inasequibles a la exploración convencional, como son el complejo osteomeatal o el receso esfenoidal. La endoscopia nasal permite explorar ciertas zonas de las fosas nasales, sobre todo los meatos inferior y medio, cuya completa visualización es difícil con la exploración convencional.

El equipo para la endoscopia nasal consta fundamentalmente de dos endoscopios rígidos (de 4 mm de diámetro y de 25 cm. de longitud), con un ángulo de visión de 30° y 70°, una fuente de luz fría de elevado ren-

dimiento luminoso y un cable de fibras ópticas que transporte la luz desde la fuente hasta el endoscopio. La endoscopia permite un estudio a fondo de las estructuras nasales, para no olvidar ninguno de los detalles a los que tenemos acceso, la exploración endoscópica debe ser sistemática. Colocamos al paciente en una posición cómoda, que nos permita actuar de forma relajada. Sentado con la cabeza apoyada o en decúbito supino flexionando el cuerpo 25° ó 30° por la cintura. El explorador se colocará en frente o a la derecha del paciente, respectivamente.

Después de practicar una exploración convencional, pulverizamos las fosas nasales con un spray de anestesia tópica que consigue disminuir la sensibilidad dolorosa de la mucosa. A continuación, con la ayuda de una luz frontal, un espéculo Killian y unas pinzas acodadas sin dientes se introducen unas tiras de algodón prensado, empapados en una solución acuosa de tetracaína al 2% con 0,1 mg/ml de adrenalina, que se dejan actuar durante unos diez minutos. Se retiran los algodones de la fosa a explorar y se introduce la óptica de 30°. Exploraremos la fosa nasal derecha: se observa en primer lugar el vestíbulo, el septum anterior y las cabezas de los cornetes inferior y medio. Podemos visualizar la entrada del meato inferior y el cuerpo del cornete inferior, situándonos en el suelo de las fosas nasales. Una vez sobrepasada la cabeza del cornete inferior, dirigiendo el endoscopio hacia atrás y hacia arriba, avanzando progresivamente, puede visualizarse la eminencia del agger nasi, la cabeza del cornete medio, la apófisis unciforme y la bulla etmoidal. Hacia atrás, visualizamos los cuerpos de los cornetes inferior y medio, hasta llegar a las colas y al borde posterior del septum. Atravesando el arco coanal se penetra en la rinofaringe, visualizando el rodete tubárico y la placa faríngea. Si sustituimos la óptica por la de 70°, se visualiza el techo de las fosas nasales, el cornete superior y el receso esfenoidal. A continuación se introduce la óptica en el meato medio, luxando el cornete con suavidad desde atrás, y se localiza en la parte más alta y anterior, la zona de confluencia de los tres canales (cornete-unci-bullar), observando los óstiums que allí desembocan. Podemos asimismo visualizar el cuello del cornete medio. Introduciéndonos en el meato inferior de delante a atrás, podemos ver el techo del meato y a 1 cm de la entrada, el orificio de drenaje del ductus lacrimal.

Para el estudio del cávum es de utilidad el epifaringoscopia, de mayor grosor que los endoscopios nasales y con un ángulo de visión de 90°. Se introduce por la boca y el explorador se sitúa a la altura de la boca del paciente. Con la ayuda de un depresor se introduce la óptica, obteniéndose así una visión global del cávum que nos permitirá comprobar si existen asimetrías. Se observa el borde posterior del septum, las colas de los cornetes medios e inferiores, los rodets tubáricos y la placa linfoidea. En caso de exceso de reflejos o de dificultades anatómicas (velo del paladar flácido), se pulveriza la orofaringe con un aerosol anestésico o colocamos un retractor del velo del paladar.

La endoscopia nasal permite conocer la normalidad de las estructuras anatómicas nasales, permitiendo visualizar fácilmente cualquier alteración, la presencia de secreciones, formaciones vasculares superficiales, también podemos visualizar y extraer cuerpos extraños, permite conocer la movilidad de los orificios de salida de las trompas de Eustaquio y conocer el estado de las adenoides.

En el estudio de la rinitis no es una exploración habitual; sólo en las rinitis intrínsecas: en la poliposis, suele ser de utilidad, incluso puede asociarse microcirugía endonasal para la exéresis de los pólipos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. ADEMÁ JM, MASSEGUER H, BERNAL M, SPREKELSEN C. *Cirugía endoscópica nasosinusal*. Madrid: Garsi, 1994; 87-96.
2. ARIA WORKSHOP REPORT. *La rinitis alérgica y su impacto sobre el asma*. Alergol Inmunol Clin 2003; 18 supl 1: 84
3. BECKER W, NAUMAN HH, PFALTZ CR. *Otorrinolaringología: manual ilustrado*. Barcelona: Doyma, 1986; 185.
4. CABEZUDO L. *Exploración clínica de la nariz, fosas nasales y senos paranasales*. En: Cabezudo L. *Rinología básica*. Barcelona: Doyma, 1992; 155-66.
5. INTERNATIONAL RHINITIS MANAGEMENT WORKING GROUP. *International consensus on the diagnosis and management of rhinitis*. Allergy 1994; (suppl 19): 5-34.
6. MYGIND N. *Alergia nasal*. Barcelona: Salvat, 1982; 225-33.
7. MYGIND N. *Clinical investigation of allergic rhinitis and allied conditions*. Allergy 1979; 34: 195-208.
8. PORTMANN M. *Abregé d'Otorhinolaryngologie à l'usage de l'étudiant*. París: Masson & Cie, 1970; 173.
9. SLY RM. *Medical evaluation of allergic diseases*. En: Bierman CW, Pearlman DS. *Allergic disease from infancy to adulthood*. Philadelphia: Saunders Company, 1988; 217-23.

