



**Mi Universidad**

## **Ensayo**

*Nombre del Alumno: HERNÁNDEZ URBINA ANTONIO RAMÓN.*

*Nombre del tema: EXPLORACIÓN DE OÍDOS.*

*Parcial: CUARTO.*

*Nombre de la Materia: PRACTICA FISIOPATOLOGIA III.*

*Nombre del profesor: DR. GÓMEZ LÓPEZ MANUEL EDUARDO.*

*Nombre de la Licenciatura: MEDICINA HUMANA.*

*Cuatrimestre: CUARTO.*

## EXPLORACIÓN DE OÍDOS.

### **INTRODUCCIÓN:**

En la exploración de oídos se siguen los mismos pasos de cualquier otro sistema o aparato, que son: anamnesis, inspección y palpación. Y una visualización por medio de endoscopia u otoscopia.

En la anamnesis es necesario recabar información sobre los antecedentes familiares, antecedentes personales e información sobre la enfermedad actual.

Posteriormente, en la inspección, lo principal, es evaluar la implantación de la oreja. Nos sirve para inspeccionar la piel de la mastoides, la zona preauricular, y el pabellón auricular.

En la palpación, se debe palpar el pabellón auricular con la finalidad de buscar dolor a la movilización, tumoraciones y descartar adenopatías al igual que inflamación.

En la otoscopia, la iluminación se consigue de tres formas: espejo frontal de la luz de una ampolleta, una luz frontal que ilumine el campo visual, o un mango con iluminación que soporte al otoscopio.

### **DESARROLLO:**

En la exploración clínica del oído seguirá los mismos pasos que se observan en el estudio de cualquier otro sistema o aparato.

Es necesario realizar una cuidadosa anamnesis, inspección y palpación. El oído como órgano cavitario, es preciso visualizarlo mediante endoscopia u otoscopia.

#### **ANAMNESIS:**

En la entrevista se ha de recabar información sobre los antecedentes familiares, especialmente de hipoacusia.

En los antecedentes personales incluyen las enfermedades generales como diabetes, hipertensión arterial o afectación renal, patologías que se han relacionado con mayor o menor frecuencia con sorderas.

Respecto a la enfermedad actual, hay que concretar cuando comenzaron los síntomas y evolución para saber si esta en un proceso agudo o ante una enfermedad crónica.

El síntoma que se reconoce mas frecuente es la otalgia. La otorrea, acufenos, los vértigos o la sordera súbita exigen sistemáticamente un examen otoscopio.

## INSPECCIÓN:

Se debe evaluar la implantación de la oreja, que se puede verificar trazando una línea imaginaria desde el canto externo del ojo a la prominencia del occipucio.

Normalmente, el borde superior del pabellón auricular debe pasar más arriba de esta línea. Las orejas pueden parecer desproporcionadamente grandes (macrotia) o pequeñas (microtia), que son variaciones con significado más bien estético.

Antes de proceder a la otoscopia, se debe inspeccionar la piel de la mastoides, la zona preauricular, y el pabellón auricular, observando las características de la piel y cartílagos. Además, se debe evertir el pabellón para lograr una completa observación.

## PALPACIÓN:

Palpar el pabellón auricular buscando dolor a la movilización, tumoraciones, y en la región preauricular descartar adenopatías. Buscar mediante la palpación de la mastoides, posibles complicaciones inflamatorias como adenopatías y zonas fluctuantes.

La movilización dolorosa del pabellón y del trago traducen la existencia de inflamaciones en el segmento cartilaginoso del conducto auditivo externo. La presión sobre el trago es dolorosa en la otitis del lactante (signo *del trago o de Vacher*).

## OTOSCOPIA:

Es el examen visual directo del CAE y de la membrana timpánica.

La iluminación se puede conseguir de tres formas: con un espejo frontal que refleja la luz de una ampolleta, una luz frontal que ilumine el campo visual, o un mango con iluminación que soporte al otoscopio, el cual habitualmente incluye una lupa.

## PROCEDIMIENTO:

Se recomienda comenzar la evaluación sin amplificación, obteniendo una visión binocular, que permite observar una imagen con volumen. Si se desea, posteriormente se puede usar la lupa, que amplifica la imagen, pero permite sólo una visualización en dos dimensiones y obliga al examinador a acercarse para encontrar una distancia focal.

Posteriormente, se debe continuar con la evaluación del CA, teniendo en cuenta que solo la porción externa cartilaginosa es modificable durante el examen. Por su dirección, para lograr una alineación adecuada, se debe traccionar el pabellón auricular en sentido posterosuperior y el trago en sentido anterior, con lo cual observamos parte del conducto.

Lo anterior se realiza con observación directa y sólo requiere de iluminación. Esta maniobra permite observar el estado de la piel y el lumen. La coloración normal de la piel es la habitual y a medida que nos profundizamos en el CAE es más pálida.

Posteriormente se procede a la introducción del otoscopio. Con la adecuada colocación de éste en el CAE cartilaginosa conseguimos que un conducto sinuoso se transforme en uno recto. La introducción del otoscopio debe ser cuidadosa. El paciente no debe moverse y la posición de la cabeza debe tender a colocar la dirección del CAE en forma cómoda

El diámetro del otoscopio es fundamental. Se recomienda comenzar con el de mayor diámetro para una mejor imagen y una adecuada iluminación. Si el otoscopio seleccionado no penetra adecuadamente se va disminuyendo progresivamente su tamaño.

En la evaluación de la membrana timpánica, conviene dividirla en cuatro cuadrantes (anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior) por un eje mayor que pasa por el mango de martillo y otro perpendicular a este que pasa a nivel del umbo (porción central y deprimida de la membrana timpánica).

Para la ordenación de la evaluación hay que tomar en consideración cuatro características importantes:

- 1- Aspecto y coloración. Normalmente es translúcida, es decir, deja pasar parte de la luz, lo que permite la visualización de las estructuras subyacentes. El tímpano normal tiene una coloración blanca nacarado, a veces, levemente enrojecido o ambarino y con algunos vasos sanguíneos. El llanto o maniobras de Valsalva aumentan esa coloración y también ingurgitan los vasos.
- 2- Posición timpánica: la forma normal de la membrana timpánicas es levemente cóncava teniendo como punto mas profundo la zona en donde termina el mango del martillo. La posición de la membrana puede ser normal, abombada o retraída.
- 3- Motilidad timpánica (otoscopia neumática): La movilidad es la capacidad de la membrana y mango del martillo de desplazar su posición en función de presiones positivas o negativas aplicadas en el CAE con un manguito de presión. La adecuada interpretación de las alteraciones de la movilidad y posición de la membrana timpánica permite tener una excelente sensibilidad y especificidad para diagnosticar derrame al interior de la caja timpánica.  
Especificidad para diagnosticar derrame (líquido) al interior de la caja timpánica. Para evaluar la movilidad, el otoscopio debe estar bien adosado a las paredes del CAE y disponer de un manguito manual de presión.
- 4- Triangulo luminoso: este triangulo o es un brillo de distribución coniforme sobre la membrana timpánica, que se origina a partir de la reflexión de la luz proveniente del otoscopio. Por la posición de la membrana se ubica en el cuadrante anteroinferior. En patología como otitis media aguda en donde la membrana timpánica está engrosada, opaca y abombada el cono luminoso puede desaparecer.

Se deben describir las alteraciones de estos aspectos, siempre especificando en que cuadrantes se encuentra la alteración.

## **CONCLUSIÓN:**

La finalidad es encontrar enfermedades ya sea en el conducto auditivo externo e interno, como es la otitis.

Es importante saber y conocer el procedimiento de la otoscopia, ya que es una herramienta fundamental y muy importante en la realización del diagnóstico de oído.

Ya que nos ayuda a observar de una mejor manera los oídos, pudiendo distinguir y encontrar alguna alteración presente.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

<https://seorl.net/PDF/Otologia/006%20-%20EXPLORACI%C3%93N%20F%C3%8DSICA%20DEL%20OIDO.pdf>

<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Departamento-de-Otorrinolaringologia-UC.pdf>