

Rinofaringolaringoscopia flexible en la evaluación de pacientes con problemas alérgicos y de vías respiratorias altas*

José Antonio Sacre Hazouri**

Resumen

La rinofaringolaringoscopia flexible es un procedimiento muy útil y valioso en nuestra práctica diaria, capaz de aportar hasta 60% de información adicional en el diagnóstico y abordaje de pacientes con enfermedad alérgica y de vías respiratorias superiores. Se describe el procedimiento endoscópico en nuestro Instituto privado así como los hallazgos más importantes en 423 pacientes. El 49% presentó alguna anomalía en la mucosa nasal y meato medio, sitio relacionado con el drenaje de senos paranasales. En 23 pacientes encontramos alteraciones en los cornetes, cambios polipoideos, degeneración o presencia de concha bullosa. Un gran porcentaje de esta afección no se diagnostica mediante el examen convencional. El 7% presentó cambios significativos en el área relacionada con el epitelio olfatorio, edema e inflamación con la consecuente alteración en el olfato y gusto. 56 pacientes presentaron inflamación e hipertrofia en el complejo adenoideo, y la mitad de éstos, 28 pacientes con algún grado de obstrucción del tubo faringo-auditivo (trompa de Eustaquio). En el área laríngea, 58 pacientes (14%) tuvieron anomalías, predominando cambios inflamatorios y edema en epiglotis y glotis (8%), secundaria al mal uso de la voz, requiriendo terapia de lenguaje y en 4% patología de cuerdas vocales, predominando los pólipos y la parálisis. Encontramos dos pacientes con carcinoma que requirieron biopsia, y tratamiento específico. Es un procedimiento que puede aprenderse fácilmente en 2 o 3 sesiones y que repercutirá directamente en nuestra capacidad para diagnosticar enfermedad de la vía aérea superior.

Palabras clave: rinofaringolaringoscopia, endoscopia flexible, vía aérea superior, enfermedades alérgicas.

Abstract

Flexible rhinofaringolaryngoscopy is a valuable diagnostic tool in our daily practice, adding up to 60% of additional information in the diagnosis and clinical approach in neonates, children and adults with pathology of the upper respiratory tract and allergic diseases. We present a practical method for office use, and review our experience with 423 patients in whom the exam was performed. 49% had an abnormal nasal mucosa and middle meatus, site related to ethmoidal and maxillary sinus drainage. In 23 patients we found abnormal turbinates, either clefting, polypoidal changes, degeneration or concha bullosa; most of these findings were not appreciated after routine speculum examination. 7 % of our patients had mucosal changes in the area related to the olfactory epithelium, edema and inflammation related to taste and smell disorders. 56 patients had inflammation and hypertrophy in adenoids, 50 % of these with some degree of auditory canal obstruction (Eustaquian orifice). In the inferior pharynx and larynx, 58 patients had abnormalities, inflammation in glottic area (8%) due to speech dysfunction. They required speech therapy 4 % (14 patients) with abnormal vocal cords, polyps (5), paralysis (4). 2 patients with carcinoma, were referred for biopsy and specific treatment. After gaining sufficient expertise rhinofaringolaryngoscopy is a useful and safe procedure which enhances the diagnostic ability of the practicing allergist / immunologist to evaluate complains referable to the upper airways.

Key words: Rhinofaringolaryngoscopy, flexible endoscopy, upper respiratory airways, immunoallergic diseases.

Introducción

En la práctica diaria de alergia e inmunología, frecuentemente el médico es interconsultado para evaluar los signos y síntomas de la vía aérea superior (congestión nasal, goteo posnasal, molestia en los senos paranasales, ronquera, disfonía, etcéte-

*Experiencia del Instituto Privado de Alergia, Inmunología y Vías Respiratorias.

** Profesor asociado de la Clínica de Alergia, Inmunología y Neumología. Hospital Regional de Río Blanco, Veracruz. México.

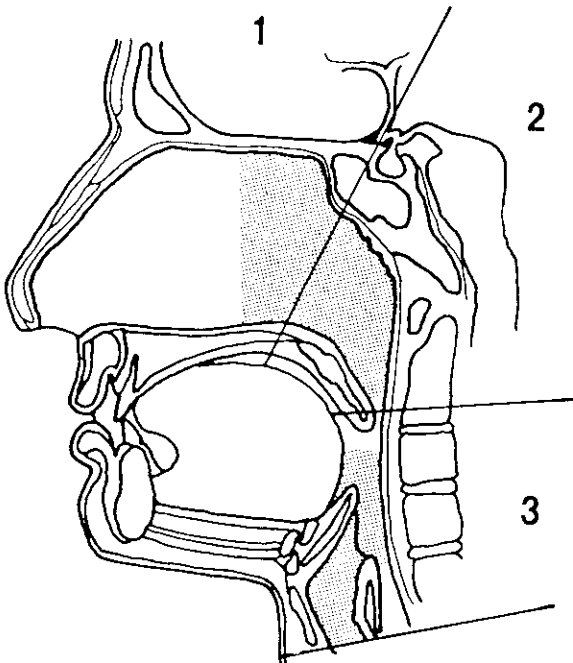


Figura 1. Las áreas sombreadas muestran las regiones de la nariz (1), nasofaringe y porción superior de la orofaringe (2) y porción inferior de orofaringe, hipofaringe y laringe (3) que frecuentemente no pueden ser examinadas por métodos convencionales.

ra). La inspección de estas áreas afectadas a través de métodos comunes y ortodoxos, como el otoscopio, es menos que satisfactoria. El uso de la lámpara frontal y el espéculo nasal, raramente practicado por los alergólogos, visualiza sólo la cavidad nasal anterior y proporciona información incompleta sobre ciertas afecciones en un gran grupo de pacientes.^{1,2}

El otoscopio tiene una longitud focal limitada de aproximadamente 2.5 cm ± .5 cm. El canal desde el meato a la cóana es de aproximadamente 11 cm de longitud. Rara vez se usan vasoconstrictores tópicos para conseguir una mejor visualización de esta área. El uso del espejo nasofaríngeo permite examinar la nasofaringe, hipofaringe y estructuras glóticas. En las manos de especialistas altamente experimentados, en menos de 50% este procedimiento permite una visibilidad adecuada, confirmar y definir una afección específica.^{2,3}

Las estructuras que se encuentran en recesos, o

Cuadro 1.

**Area I.
Fosa nasal**

Septum
Cornetes: inferior, medio, superior, supremo
Techo de fosa nasal, epitelio olfatorio
Orificios de senos paranasales
Frontal
Etmoidal anterior
Maxilar; meato medio, complejo osteomeatal.
Etmoidal posterior
Esfenoidal

**Area II.
Nasofaringe y porción superior de orofaringe**

Coanas
Orificio del tubo faringo-auditivo (trompa de Eustaquio)
Adenoides
Torus tubarius
Fosa de Rosenmueller
Paredes faríngeas y estructuras relacionadas

**Area III.
Porción inferior de orofaringe - hipofaringe - laringe**

Lengua posterior
Amígdalas linguales
Pared faríngea y estructuras relacionadas
Vallécula
Senos piriformes
Estructuras glóticas
Epiglotis
Cuerdas vocales
Estructuras aritenoides y paraaritenoides
Mucosa subglótica

anatómicamente fuera del campo visual directo (0 grados), no son fácilmente explorables, como los orificios de los senos etmoidales anteriores, el meato medio en la cavidad anterior nasal. Receso esfenoidal, complejo adenoideo, orificios del tubo faringo-auditivo o trompa de Eustaquio con sus estructuras relacionadas, y los espacios potenciales en la nasofaringe. Aunque la laringe pudiera explorarse con ayuda del espejo nasofaríngeo, es difícil explorar la función dinámica de esta área y más aún por inmuno-alergólogos.^{1,2,3}

La introducción de la endoscopia de fibra óptica al final del decenio de 1960 produjo un cambio radical en la adecuada visualización de órganos internos, tales como el gastrointestinal y el pulmón. Hace poco comenzaron a utilizarse los endosco-

Cuadro 2. hallazgos endoscópicos en 423 pacientes examinados. Relación porcentual.

REGION	No.	%	Hallazgos
I. Nariz			
Septum	69	16	Desviaciones, espolones, perforación (2 pacientes)
Mucosa	70	17	Inflamación, mucopus, hipertrofia, vasos inflamados evidentes
Cornetes	24	6	Segmentalización, cambios polipoideos, degeneración, concha bulosa, hipertrofia
Meato inferior	9	2	Inflamación, hemorragia
Meato medio	168	40	Inflamación, edema y mucopus presente
	36	9	Inflamación
Meato superior	84	20	Inflamación, mucopus
Techo de cavidad nasal, región del epitelio olfatorio	31	7	Inflamación, edema, cambio de color (5 pacientes)
Pólipos	28	7	
II. Nasofaringe y orofaringe superior			
Adenoides	56	13	Inflamación, hipertrofia
Tubo faringo-auditivo (t. de Eustaquio)	28	7	Obstrucción
<i>Torus tubarius</i>	4	1	Hipertrofia
Pared faríngea	45	11	Hipertrofia de tejido linfoideo osteofito (1 paciente)
III. Faringe inferior - hipofaringe - laringe			
Amígdalas linguales	39	9	Hipertrofia
Vallécula	3	1	Cambios quísticos
Epiglotis	14	3	Inflamación, desplazamiento forma omega
Glotis	19	5	Inflamación, eritema
Cuerdas vocales	5	1	Pólipos
	2	.5	Nódulos
	4	1	Parálisis
	1	.3	Granuloma
	2	.5	Carcinoma
Aritenoides	5	1	Asimetría
	3	1	Edema

pios con diámetros relativamente pequeños y han probado su utilidad en la inspección directa de la nasofaringe y laringe, permitiendo mejorar la exploración, obtener diagnósticos precisos, valoraciones completas con evidencia fotográfica

y, además, sin presentar complicaciones de importancia.

Mientras que este procedimiento ha tenido gran aceptación entre los otorrinolaringólogos, los inmunológicoes todavía se encuentran escépticos

de su utilidad y tendrán que reconocer la gran ventaja de contar con este avanzado instrumento de diagnóstico.¹⁻⁵ En 1983, Rohr, Saxon y sus colaboradores¹ describieron su utilidad y fácil manejo en la evaluación de pacientes; posteriormente, Selner y sus colaboradores² desarrollaron el concepto de análisis por regiones de la vía aérea superior y propusieron otras aplicaciones de la endoscopia en la práctica diaria.

En nuestro Instituto Privado de Alergia, Inmunología y Vías Respiratorias (INPAIR) hemos desarrollado esta técnica como un procedimiento anexo y de gran utilidad en nuestra práctica diaria, tanto en el consultorio, como en el hospital. Este artículo describe la utilidad práctica de este procedimiento, así como nuestros hallazgos en 423 pacientes examinados.

Material y métodos

En el INPAIR se estudiaron 423 pacientes de uno y otro sexo, y diferentes edades que acudieron a valoración por referir síntomas que involucraban a las vías aéreas superiores. La valoración se hizo en forma integral en un centro de atención especializada para pacientes con enfermedad alérgica, que atiende a población abierta de la ciudad de Córdoba, Veracruz, y que cuenta con un área de afluencia de toda la zona centro del estado. Se realizó como parte integral de su estudio rinofaringolaringoscopia mediante un endoscopio flexible.

Para fines didácticos se utilizó la clasificación anatómica propuesta por Selner y sus colaboradores.² Los hallazgos encontrados se agruparon de acuerdo con las categorías antes mencionadas, y se realizaron distribuciones de frecuencia de acuerdo con la patología y hallazgos encontrados, expresando los resultados en porcentajes.

Instrumentos disponibles

En el mercado existen endoscopios rígidos y flexibles. Un endoscopio flexible es el instrumento de elección para usarlo en el consultorio del inmuno/alergólogo debido a su fácil manejo, y a que

las complicaciones son casi inexistentes. Los instrumentos rígidos, como el telescopio "Hopkins" (Karl Storz), constituyen un sistema de tubos con lentes internos y con diferente ángulo de visión, que tienen que cambiarse para ajustarse al diferente canto visual requerido.^{1,2,3}

Nuestra experiencia ha sido con el endoscopio Olympus Enf -p 2 (segunda generación, Olympus Corporation of America, Hyde Park, New York) que comparado con la serie anterior Enf-p permite un incremento en la imagen de 40 %, posee un ángulo de visión de 85 grados y permite mejor orientación en la cavidad nasal; además, facilita desplazarlo por su diámetro de 3.6 mm que permite explorar cavidades en neonatos, pacientes pediátricos y adultos. Cuenta, además, con gran flexibilidad en su punta, 130 grados hacia arriba y 100 grados hacia abajo, lo que permite rotarlo en cualquier dirección. Además, el médico tiene menos posibilidad de traumatizar la mucosa nasal con este instrumento flexible y de alta resolución.

Pueden usarse varios tipos de fuente de luz, dependiendo de los requerimientos fotográficos que se deseen. Las más complejas y costosas permiten una fotografía de alta calidad con exposiciones automáticas. No obstante, es posible obtener fotografía de buena calidad aun con la fuente de luz más económica.^{1,3}

Técnica

Es relativamente sencilla, y puede aprenderse después de dos a tres sesiones de práctica. Es esencial tener un conocimiento claro de la anatomía endoscópica nasal y de la vía respiratoria.^{4,6} Una vez que se ha decidido efectuar el procedimiento, se le explica al paciente su inocuidad, y el porqué de efectuarlo. Nuestra enfermera, y técnica en el procedimiento endoscópico, prepara al paciente. Si existe gran material mucoide en las fosas nasales, se le practica lavado con solución salina al .9% (esto se realiza en menos del 10% de los pacientes), posteriormente se aplica clorhidrato de oximetazolina, 3 a 4 disparos en cada fosa nasal; esto es seguido en dos minutos por cuatro disparos en cada fosa nasal de solución de xilocaína al 4%

(Astra, EUA). Luego de casi cuatro minutos el paciente estará listo para efectuar el procedimiento.¹

Aunque la vasoconstricción de la mucosa permite visualizar y estudiar la anatomía nasal más claramente, altera la apariencia externa de la mucosa nasal y cornetes; por lo tanto, recomendamos que la punta endoscópica se introduzca en el vestíbulo nasal en forma de "observación preanestesia" para observar la apariencia real de la mucosa nasal en ese momento dado.

Al paciente se le explica que, debido al efecto anestésico, y a que éste pudiera haberlo deglutido experimentará una sensación de adormecimiento en el paladar e hipofaringe y, por lo tanto, no es recomendable que ingiera líquidos hasta pasados 40 minutos después de la anestesia.

Se le pedirá al paciente que se limpie la nariz de las secreciones existentes; el endoscopio se lubrica previamente con solución isotónica de cloruro de sodio al .9% y la punta de éste se sumerge en solución desempañante (*Sta-kleer*, Buffalo Dental MFG, Co Inc. Syosset, New York, EUA).

La mano derecha del examinador (diestro) guiará el endoscopio, mientras que su mano izquierda fijará parte de la cara (dedos mediano, anular y meñique), y con sus dedos pulgar e índice avanzará e introducirán el endoscopio. El dedo índice o pulgar de la mano derecha (dependiendo de la preferencia del examinador) se usará para mover el control de angulación del endoscopio. El examen endoscópico podrá realizarse al momento de la introducción o cuando éste es retirado (dependiendo de la preferencia individual).

Si el examinador decide evaluar la cavidad nasal previo a la faringe, entonces se iniciará con septum y cornetes, si no, el endoscopio se avanza siempre bajo visualización directa por debajo del cornete inferior a través del coanas, para examinar la faringe y la laringe. En este caso, la cavidad nasal y las estructuras anexas se examinarán conforme se saca el endoscopio. Si el paciente siente la necesidad de estornudar durante el procedimiento, podrá realizarlo sin extraer el endoscopio. Posterior al estornudo podrá continuarse con el examen.

Después de introducir el endoscopio aproxima-

damente 1 cm dentro de la cavidad nasal, narina seleccionada (derecha o izquierda), se aprecia adecuadamente el cornete inferior. Si flexionamos la punta del endoscopio hacia arriba, podremos ver la porción anterior del cornete medio. Con la punta del endoscopio flexionada levemente hacia arriba, el endoscopio se introduce posteriormente en dirección del cornete medio. Cuando se aprecia el margen inferior del cornete medio y se incrementa la flexión de la punta del endoscopio hacia arriba, veremos el techo de la cavidad nasal. No es posible avanzarlo más en esa dirección debido al espacio limitado entre el cornete medio y el septum; sin embargo, será evidente la región en forma de ranura en donde se localiza el epitelio olfatorio. En pacientes con disfunción del olfato será necesario examinar esta región buscando anomalías (inflamación, edema, alteración en la coloración, como en procesos postvirales, influenza, etcétera).

Después de examinar el techo de la cavidad nasal, la punta del endoscopio se regresa hacia el margen inferior de la porción anterior del cornete medio. La rotación lateral del endoscopio, pondrá la punta de éste justo en el meato medio. El ostium del seno maxilar puede visualizarse en el meato medio. Los orificios de las celdillas etmoidales anteriores y mediales pueden también encontrarse en el meato medio y en algunos pacientes podrá estar presente un ostium accesorio del seno maxilar.

Deberemos recordar que, con frecuencia, existen variaciones en la anatomía de la cavidad nasal, tanto en la localización de los ostium (drenajes de los senos paranasales) como en el tamaño y configuración de los cornetes. Generalmente, no se puede introducir la punta del endoscopio a través del ostium del seno maxilar; sin embargo, en pacientes intervenidos quirúrgicamente con ventanas antrales, esto será posible y servirá como guía en su postoperatorio. El meato medio es un sitio frecuente de pólipos nasales y, por lo tanto, siempre deberá examinarse, así como el sitio correspondiente al complejo osteomeatal (de gran significado en sinusitis crónica y recurrente).

Después de examinar el meato medio y la porción anterior del cornete medio, se retira el endoscopio a su posición original, a un centímetro

dentro del vestíbulo nasal y éste, a su vez, se introduce gradualmente a lo largo del piso de la nariz examinando, a su vez, el meato inferior. Ocasionalmente y debido a un cornete hipertrófico o de forma anormal es necesario pasar el endoscopio por encima del cornete inferior. El margen posterior del septum se visualiza y en este punto se dirige la punta del endoscopio hacia arriba con 60 grados de flexión y avanzando discretamente el endoscopio se verá el ostium del seno esfenoidal. Si rotamos lateralmente el endoscopio en esta posición se podrán observar los orificios de las celdillas etmoidales posteriores. En ocasiones, éstas son difíciles de visualizar, aun por experimentados endoscopistas.

Posteriormente, regresamos el endoscopio al piso de la nariz, donde la punta del endoscopio se introduce hacia la coana en la nasofaringe. El examen adecuado de la faringe se facilita cuando se le pide al paciente que respire a través de su nariz. Esto permite que el paladar blando descienda y ofrezca mayor espacio para el examen endoscópico. El tubo faringo-auditivo se apreciará mejor desde la coana contralateral; esto se realiza deslizando la punta del endoscopio aproximadamente 1 cm por detrás del septum posterior y rotándola 90 grados, así como flexionándola 90 grados también, y entonces se apreciará el tubo faringo-auditivo. Su localización se confirmará pidiéndole al paciente que efectúe movimiento de deglutir y visualizaremos la apertura de éste, así como el estado en que se encuentre. Podremos apreciar también el complejo adenoideo, su relación con la nasofaringe y coanas y el estado actual de éste, si bloquea o no el tubo faringo-auditivo. Examinaremos el *Torus tubarius*, y la fosa de Rosenmüller, que constituye el lugar donde se alojan los tumores y los angiofibromas.

Después de examinar la nasofaringe, la punta del endoscopio podrá flexionarse hacia abajo y adelante para visualizar el paladar blando y la base de la lengua. Discretas rotaciones derecha e izquierda del endoscopio en esta posición revelarán la extensión lateral de la faringe. Pudiera existir discreta estimulación del reflejo del vómito al estar examinando la faringe; sin embargo, mucho menos

que si lo introducimos por la vía oral. Inspeccionaremos las amígdalas y su relación con la faringe y, posteriormente, deslizaremos el endoscopio hacia el nivel de cuerdas vocales y epiglotis para su inspección. Podremos visualizar el movimiento de las cuerdas vocales pidiéndole al paciente que diga la vocal (i-) en forma continua "i-i-i-i". Posteriormente, valoraremos los movimientos en inspiración y espiración. Desde este nivel podremos observar los primeros anillos traqueales. Deberá tenerse mucho cuidado de no tocar o pasar a través de las cuerdas vocales, debido al riesgo de producir espasmo laríngeo. Al terminar, el endoscopio se rota cuidadosamente bajo visión directa y se procede a examinar la nariz opuesta.

Después de que se ha completado el estudio, el endoscopio se limpia con solución de yodo y, posteriormente, con isopropil-alcohol al 70%. Al no contar el endoscopio con canal operativo reduce en forma sustancial el tiempo de limpieza. Este canal no es necesario ya que el paciente puede limpiar sus secreciones fácilmente, así como recordar que el uso de este endoscopio es sólo para diagnóstico. Si fuera necesaria la toma de la biopsia deberá dejarse al otorrinolaringólogo especialista, mismo que estará capacitado para posibles complicaciones de ésta.

Es posible efectuar una fotografía a través del endoscopio, así como vídeo del procedimiento. Esto definitivamente ayudará a valorar los efectos del tratamiento, tener prueba de la enfermedad existente, así como coadyuvar en la interrelación del paciente con su problema involucrándolo directamente en la resolución del mismo.

Resultados

En 60% de los pacientes estudiados, la endoscopia demostró contribuir en el diagnóstico emitido, ya sea corroborando la impresión clínica o agregando hallazgos significativos. Es necesario mencionar que en más de la mitad de nuestros pacientes encontramos más de un hallazgo endoscópico.

La región I, correspondiente a la nariz, se encontró que 69 pacientes (16%) tuvieron algún tipo

de desviación septal o presencia de espolón; 70 pacientes (17%) demostraron inflamación y/o presencia de mucopus en la mucosa nasal. El meato medio tuvo alteraciones del tipo de inflamación, edema y mucopus en 168 pacientes (40 % del total) y 84 pacientes (20%) lo presentaron en el meato superior. El techo de la cavidad nasal y, específicamente, la región que corresponde al epitelio olfatorio, resultó con anomalías en 7% (31 pacientes). Se encontró poliposis nasal en 28 pacientes (7%).

En la región II, correspondiente a la nasofaringe y orofaringe superior, predominó la enfermedad asociada al complejo adenoideo. Cincuenta y seis pacientes (13%) tenían inflamación y/o hipertrofia significativa, 28 individuos (7%) padecían obstrucción del tubo faringo-auditivo, cuatro sujetos con hipertrofia del *Torus tubarius*, así como 45 pacientes (11%) con evidencia de hipertrofia del tejido linfoideo asociado.

En la región III, correspondiente a la faringe inferior, hipofaringe y laringe, se encontraron 39 pacientes (9%) con hipertrofia de amígdalas linguales, 14 sujetos con alteraciones a nivel de la epiglotis, 19 en glotis y 14 con alguna anomalía en las cuerdas vocales (inflamación, pólipos, nódulos, granuloma, carcinoma, etcétera) predominando la presencia de pólipos en cinco pacientes y parálisis en cuatro de ellos.

Discusión

Se resalta la importancia de este procedimiento realizado en forma rutinaria, sencilla y de fácil aplicación en nuestros consultorios, aportando en más de 60% de los casos observaciones relevantes para el diagnóstico correcto. Selner y sus colaboradores² refieren 51%, Rohr y sus colaboradores¹ 23% (22 de 96 pacientes) de hallazgos positivos al realizar endoscopia flexible como auxiliar diagnóstico.

Aun donde no se encontró ninguna enfermedad, y teniendo frente a nosotros un paciente con signos y síntomas complejos, como: ronquera, obstrucción de la vía aérea, o malestar recurrente en ésta, estas observaciones negativas representan una gran

ayuda para el diagnóstico.

En nuestra serie resaltamos la enfermedad encontrada en la nasofaringe, donde más de la mitad de nuestros pacientes tenían alguna anomalía en la mucosa nasal y meato medio, sitios relacionados con el drenaje sinusal, así como cambios compatibles con inflamación inmunoalérgica asociada. En los casos observados por Rohr y sus colaboradores,¹ la congestión nasal importante con poliposis nasal (en 23 % de ellos) constituyó su hallazgo más frecuente. Selner y sus colaboradores¹ reportan 12% con pólipos, y nosotros observamos éstos en 28 pacientes (7%) de nuestra serie. En 23 pacientes encontramos alguna alteración presente en los cornetes, ya sea segmentalización, cambios polipoideos, degeneración o presencia de concha bulbosa; la mayoría de éstos no pudieron diagnosticarse por examen convencional.

Llama la atención que 49 % de la enfermedad se encuentre alrededor del meato medio, sitio definitivamente ligado al drenaje de los senos paranasales, tanto maxilares como etmoidales anteriores e imposible de examinar sin el uso de endoscopio. Nos invita a pensar más exhaustivamente en enfermedad oculta de senos paranasales y anomalías anatómicas que comprometen su drenaje natural y producen complicaciones crónicas o recurrentes.

En 31 pacientes encontramos alteraciones en la región del epitelio olfatorio. Pocas ocasiones interrogamos a nuestros pacientes acerca de su olfato y gusto. La relación que existe entre la inflamación y el edema en esta región repercute definitivamente en estos sentidos tan importantes, tanto que 7 % de todos nuestros pacientes tienen algún cambio significativo. Selner y Rohr no reportan hallazgos u observaciones en esta área tan importante. Actualmente, existen varias clínicas de disfunción nasal, que dedican todo su esfuerzo a estos pacientes con pérdida del olfato y / o gusto.

La afección más frecuente de nasofaringe y la orofaringe superior se centró en el complejo adenoideo, mismo que actualmente se evalúa solo con la radiografía lateral del cuello (técnica para valoración de tejidos blandos), 56 pacientes (13%)

presentaron inflamación e hipertrofia, y la mitad de éstos (28 pacientes) tenían algún grado de obstrucción del tubo faringo-auditivo, repercutiendo definitivamente en la función tubaria. Esto nos obligará a cambiar los parámetros de evaluación del paciente en el que se sospecha adenoiditis o hipertrofia adenoidea con o sin otitis media serosa secundaria.

En 45 pacientes (11%) se encontró hipertrofia linfoidea, corroborando una vez más la asociación de patología crónica con estímulo recurrente, sin solución real. Selner refiere 63 pacientes con anomalía en adenoides, sin mencionar su relación estrecha con el tubo faringo auditivo y repercusión a nivel del oído medio.²

Al examinar la faringe inferior, la hipofaringe y laringe, sorprende la importante cantidad existente de enfermedad, misma que al no contar con la instrumentación adecuada para su evaluación, se omite frecuentemente en nuestras exploraciones rutinarias. En nuestra serie, 14% (58 pacientes) presentaron alguna anomalía, predominando los cambios inflamatorios y el edema en la región del epiglotis y glotis (8% del total). La gran mayoría correspondía a pacientes mayores de 18 años con disfonía, asociada a factores ocupacionales o irritativos. La enfermedad de las cuerdas vocales fue variada, presentándose en 4% (14 pacientes) predominando los pólipos, y la parálisis. Hubo dos pacientes con carcinoma que requirieron pronta referencia a biopsia, tratamiento quirúrgico y rehabilitación.

Con el uso del rinofaringoscopio flexible, los clínicos tenemos mayor acceso a las áreas de la vía aérea superior que eran sólo dominio del otorinolaringólogo en la sala de operaciones. La inspección rutinaria de la vía aérea mediante este método nos dará luz y demostración de la enferme-

dad frecuentemente escondida; observaremos el área en forma real y objetiva, tanto en reposo como en movimiento (tubo faringo-timpánica, y el área laríngea) favorecerá la pronta referencia al cirujano en caso de necesitarse; ello promoverá una mayor armonía entre estas dos áreas de alta especialización y, por ende, beneficiará a nuestro paciente, fundamento real de nuestro esfuerzo y diario trabajar.

Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento a los doctores Enrique Rivas Merelles, jefe de la división de pediatría del Hospital Regional de Río Blanco, Ver., y al Dr. Jesús Pérez Martín por su valiosa cooperación en la revisión y análisis metodológico de este trabajo. Asimismo, a las enfermeras Martha Rojas Morán y Martha Romero Márquez, por su invaluable asistencia técnica y de enfermería en nuestro Instituto Privado.

Referencias

1. Rohr A, Hassner A, Saxon A. Rhinofaryngoscopy for the evaluation of allergic-immunologic disorders. *Ann Allergy* 1983; 50: 380-384.
2. Selner JC, Koepke YW. Rhinolaryngoscopy in the allergy office. *Ann Allergy* 1985; 54: 479-482.
3. Selner JC. Concepts and clinical application of fiberoptic examination of the upper airway. *Clinical Reviews in Allergy* 1988; 6: 303-320.
4. Meserklinger W. Endoscopy of the nose. Baltimore: Urban-Schwarzenberg, 1978.
5. Christopher KI, Wood RP II, Eckert C et al. Vocal-cord dysfunction presenting as asthma: a multidisciplinary analysis. *N Eng J Med* 1983; 308: 1566-1570.
6. Becker W et al. Atlas of ear, nose and throat diseases. Philadelphia: VM Saunders C, 1984.