

Figura 6-16. Implantación baja del velo del paladar, istmo pequeño.



Figura 6-18. Implantación baja del velo del paladar y discreto edema de velo mucoso.

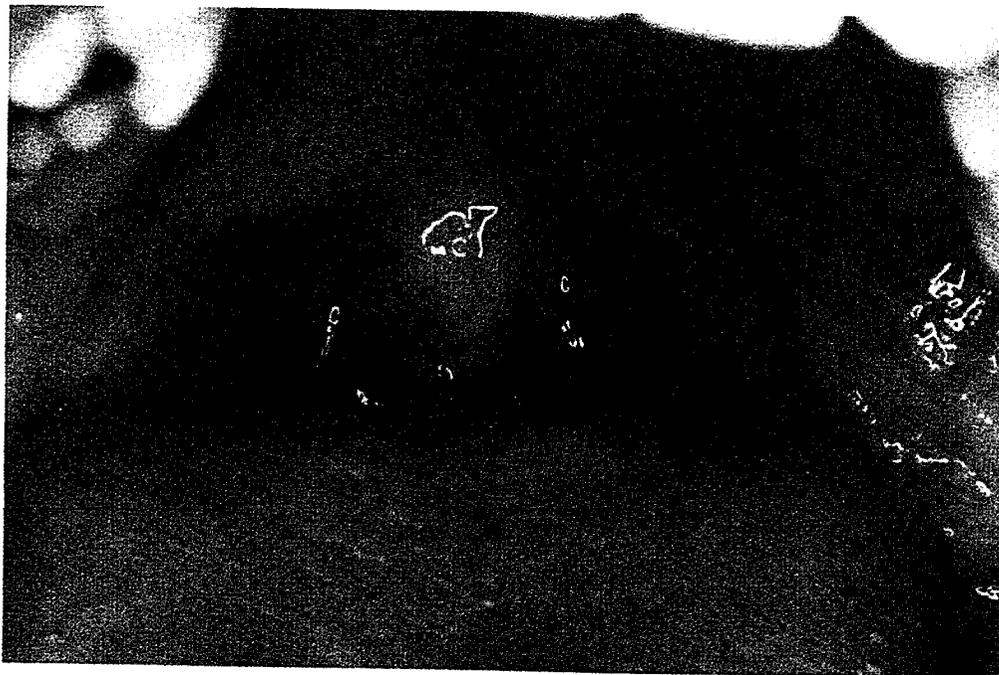


Figura 6-17. Implantación baja del velo del paladar en contracción, istmo pequeño.



Figura 6-19. Implantación baja del velo del paladar y velo mucoso.



Figura 6-24. *Hipertrofia y edema de úvula con velo mucoso asimétrico.*

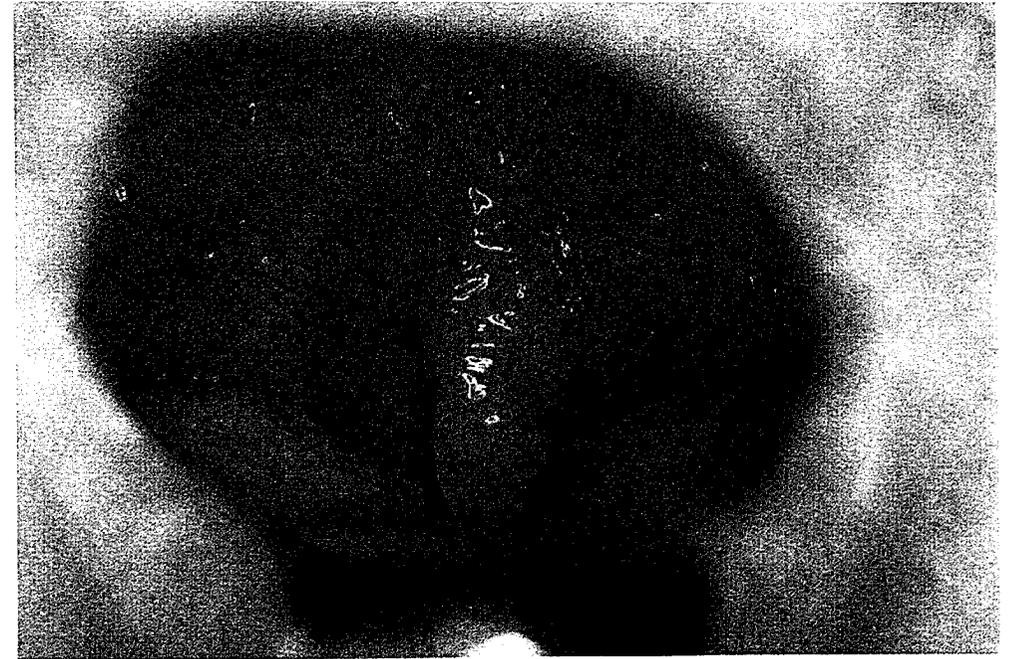


Figura 6-26. *Edema de úvula, implantación baja del velo del paladar y faringe estenótica en contracción.*

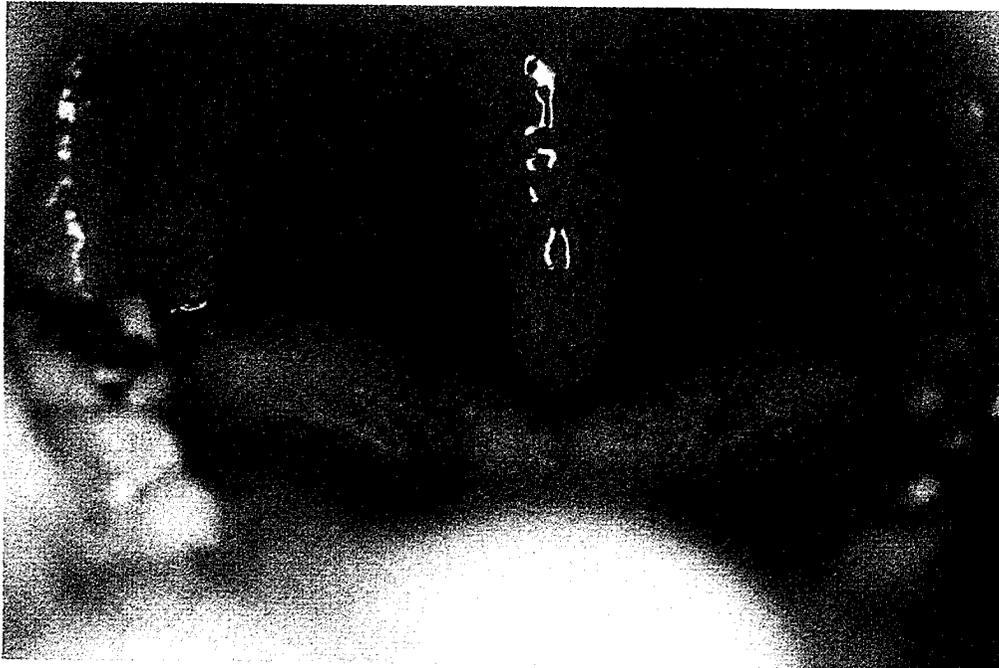


Figura 6-25. *Edema discreto de úvula.*



Figura 6-27. *Hipertrofia amigdalina.*



Figura 6-28. Gran hipertrofia amigdalina oclusiva en niño de 5 años.



Figura 6-30. Amigdalitis pultácea.



Figura 6-29. Hipertrofia amigdalina unilateral que sobrepasa la línea media en joven de 22 años. Deben descartarse procesos expansivos y enfermedades del sistema linfático.



Figura 6-31. Absceso periamigdalina.



Figura 6-32. Foliculo linfoideo amigdalal anómalo.

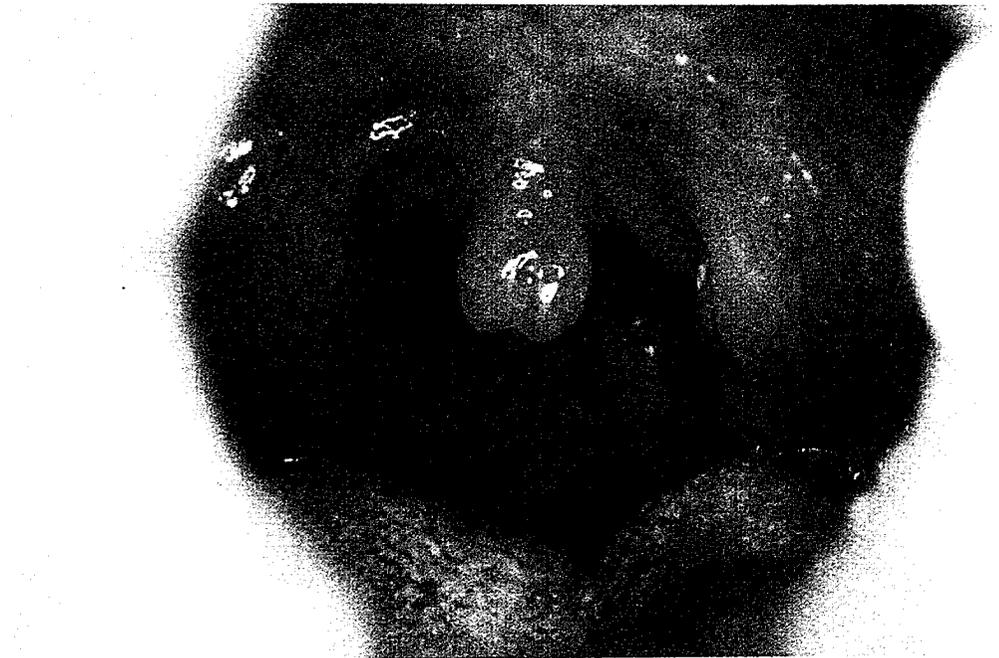


Figura 6-34. Mononucleosis infecciosa.



Figura 6-33. Amígdalas y adenoides extirpadas.



Figura 6-35. Palatoplastia. Técnica de Ikematsu.

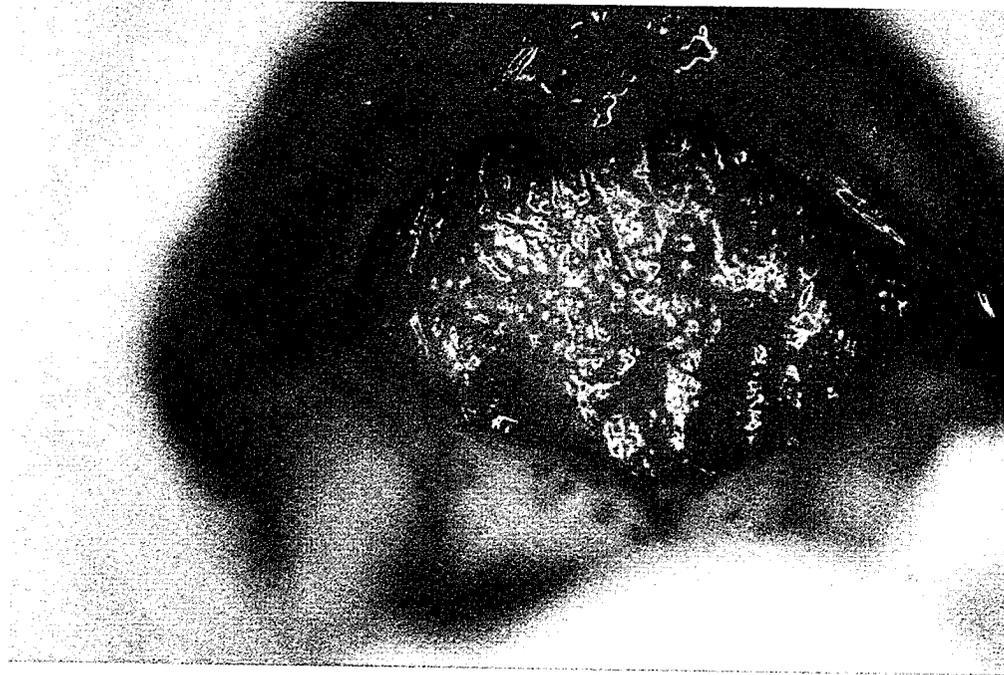


Figura 6-36. Faringitis granulosa y amigdalectomía palatina.



Figura 6-38. Fisura palatina.



Figura 6-37. Necrosis de la punta de la úvula después de un gran edema.



Figura 6-39. Aneurisma carotídeo en pared faríngea lateral derecha. Paladar en contracción con punto de máxima ascensión bajo en paciente con RC.



Figura 6-40. Gran aneurisma carotideo en paciente con SAOS.

La fibroendoscopia se realiza en posición sentado, pero también puede hacerse en decúbito dorsal o lateral, o en la posición en que duerme el paciente, así como durante el sueño, acompañada de un registro polisomnográfico (Figura 6-41).

Orden de la exploración:

- Fosas nasales: Vestíbulo, meato inferior, cornete inferior, meato medio, cornete medio, meato superior, cornete superior septum y permeabilidad nasal.
- Cavum: coana, adenoides, orificio interno de la trompa de Eustaquio, rodete de Gerlach, fosita de Rosenmüller. Homolateral y contralateral.
- Faringe: Velo del paladar, úvula, istmo de las fauces, base de lengua amígdala lingual, paredes laterales y pared posterior de orofaringe e hipofaringe, valléculas y senos piriformes. Luz de los espacios de la faringe en sentido anteroposterior y transversal.
- Laringe: epiglotis, glotis.
- Subglotis y tráquea, si es preciso.

— Desde el punto de vista funcional deben realizarse las siguientes observaciones y comprobaciones:

- Nivel del ronquido, haciendo roncar al paciente observando la región retropalatal y la región retrolingual.
- Maniobra de Müller en tres regiones: espacio retropalatal, espacio retrolingual y espacio retroepiglótico.
- Maniobra del adelantamiento mandibular, que se realiza desplazando forzosamente la mandíbula hacia adelante y pidiendo al paciente que ronque. Si no puede roncar y el espacio retrolingual aumenta, es probable que la cirugía de adelantamiento mandibular sea eficaz.

La maniobra de Müller se efectúa con fines predictivos para seleccionar a los pacientes que deban ser sometidos a palatoplastia u otro tipo de cirugía. Es importante explicar esta prueba al paciente antes de realizar la fibroscopia, porque hemos observado que muchos de ellos no la han entendido cuando les pedimos que la hagan durante la fibroendoscopia.



Figura 6-41. Fibroendoscopia nasal, faríngea y laríngea.

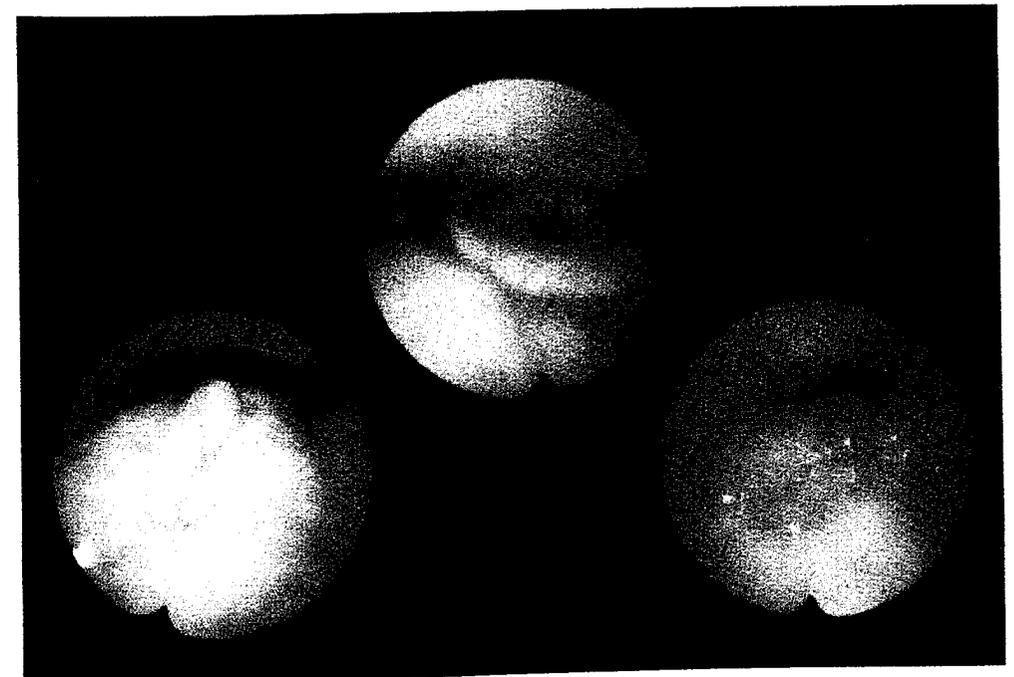


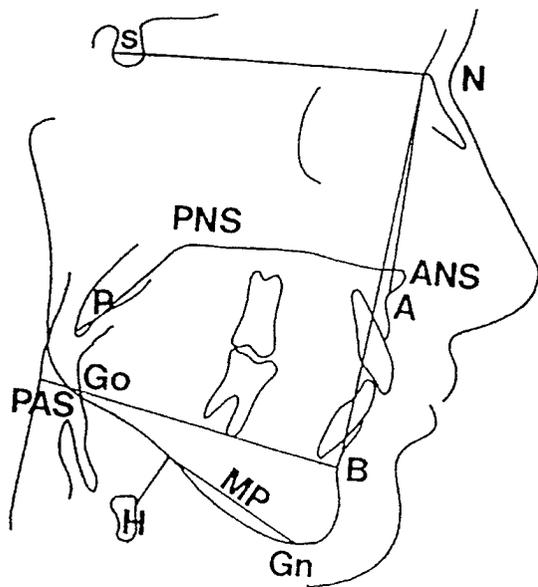
Figura 6-42. Arriba: laringe normal. Debajo: hipertrofia de la amígdala lingual en reposo y al efectuar la maniobra de Müller.

Consiste en pedir al paciente que intente realizar una inspiración rápida y forzada con la boca cerrada y la nariz pinzada por el examinador, mientras se observa principalmente en dos niveles la disminución de la luz faríngea. Primero se aprecia en el espacio retropalatal y luego en el espacio retrolingual. Tiene valor predictivo negativo cuando el colapso sobrepasa el 50% a nivel del espacio retrolingual (Fig. 6-42).

Exploraciones complementarias

Cefalometría: Solicitamos telerradiografía de perfil a todos los pacientes y efectuamos mediciones cefalométricas. Recordamos que para esta radiografía se coloca la fuente de rayos a 4 metros, lo que nos permite efectuar un análisis cefalométrico y una medición de las dimensiones de la radiografía que deben ser a escala 1:1. Los gabinetes de radiología deben estar especializados en este tipo de radiografía. Generalmente se calcan sobre transparencias las siluetas más importantes (véase esquema).

Se efectúa en bipedestación, pero también puede hacerse en decúbito dorsal y comparar las cefalometrías. Otros autores no han observado diferencias significativas y la realizan en decú-



Trazado cefalométrico. Reproducido con permiso del autor, Riley.

bito dorsal y no en la posición habitual en la que duerme el paciente, por lo que sólo solicitamos sistemáticamente la primera.

Se han realizado múltiples estudios y mediciones de distancias entre diferentes puntos, ángulos y distancias entre puntos y líneas.

Seleccionamos estos parámetros basándonos en los utilizados por la mayoría de los autores (Chabolle, Riley, Fujita) y los que consideramos más útiles en la práctica diaria, a los que hemos añadido la UPPW y la EPPW.

Tomamos como punto de referencia los siguientes:

- S punto de la silla turca o punto sellar. Corresponde al centro de la silla turca del esfenoides.
- N nasión. Corresponde al punto más anterior de la sutura nasofrontal.
- A punto subespinal. Corresponde al punto más deprimido de la fosa incisiva superior.
- B punto en la fosa incisiva inferior o punto suprarnateal. Corresponde al punto más deprimido de la fosa incisiva inferior.
- Gn gnación. Corresponde al punto más inferior de la sínfisis mandibular.
- Go gonión. Es el punto situado en el ángulo de la mandíbula, donde se unen la rama ascendente de la mandíbula con la línea tangente del borde inferior de la rama horizontal de la mandíbula.
- H punto hioides. Corresponde al punto más anterosuperior del hioides.
- MP (Mandibular Plane). Línea que va del gnación al gonión y constituye el plano mandibular.
- PNS espina nasal posterior.
- P punto más inferior y posterior del paladar.

Medida de los ángulos cefalométricos

SNA es el ángulo cefalométrico, medido en grados, formado por la línea SN que va del punto S (silla turca) al N (nación) y la línea NA que va del punto N (nación) al A (fosa incisiva superior). Este ángulo sirve para medir la proyección del maxilar superior hacia adelante o hacia atrás con respecto al cráneo. Su valor normal es de $82^\circ (\pm 2)$. Si es menor, indica retrognatia o deficiencia maxilar.

SNB, es el ángulo cefalométrico, medido en grados, formado por la línea SN que va del punto S (silla turca) al N (nación), y la línea NB que va del punto N (nación) hasta el B (fosa incisiva inferior). Este ángulo sirve para medir la proyección del maxilar inferior hacia adelante o hacia atrás con respecto al cráneo. Su valor normal es de $80^\circ (\pm 2)$. Si es menor, indica retrognatia o deficiencia mandibular.

ANB, es el ángulo cefalométrico, medido en grados, formado por la línea AN que va del punto A (fosa incisiva superior) al N (nación) y por la línea NB que va del punto N (nación) al B (fosa incisiva inferior). Este ángulo sirve para medir la proyección del maxilar superior respecto a la mandíbula: mide el prognatismo relativo. Por lo general, la mandíbula es ligeramente más prominente que el maxilar superior. Su valor normal es de 2 grados.

La medida de los diferentes ángulos del análisis cefalométrico óseo, y en especial de SNA y SNB, tiene por objeto determinar si existe retrognatia o si el maxilar superior está situado en posición posterior en relación al resto de la cabeza.

Medida de la distancia que separa al hioides del plano mandibular

MP-H: Distancia cefalométrica en bipedestación entre el hueso hioides y el plano mandibular. Se mide en milímetros y se obtiene midiendo la línea que va perpendicularmente del punto H (hioides) a la línea que va del Gn (gnación) al Go (gonión).

Nos indica la posición del hueso hioides con respecto al plano de base mandibular y es una medida muy importante. Cuanto más bajo se encuentra el hioides, más posibilidades hay de que la RC se acompañe de un SAOS.

Se consideran normales las medidas comprendidas entre 11 y 19 mm.

Medida de los parámetros del velo del paladar

PSN-P: Longitud palatina cefalométrica en bipedestación. Se mide en milímetros. Corresponde a la distancia entre los puntos PNS y P. Su valor normal es de 37 mm (± 3).



Figura 6-43. Telerradiografía de perfil con PAS normal.



Figura 6-44. Telerradiografía de perfil con PAS estenótico y retrognatia.