



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

Craneal: nervios craneales

Juan A. Díaz Mancha PhD

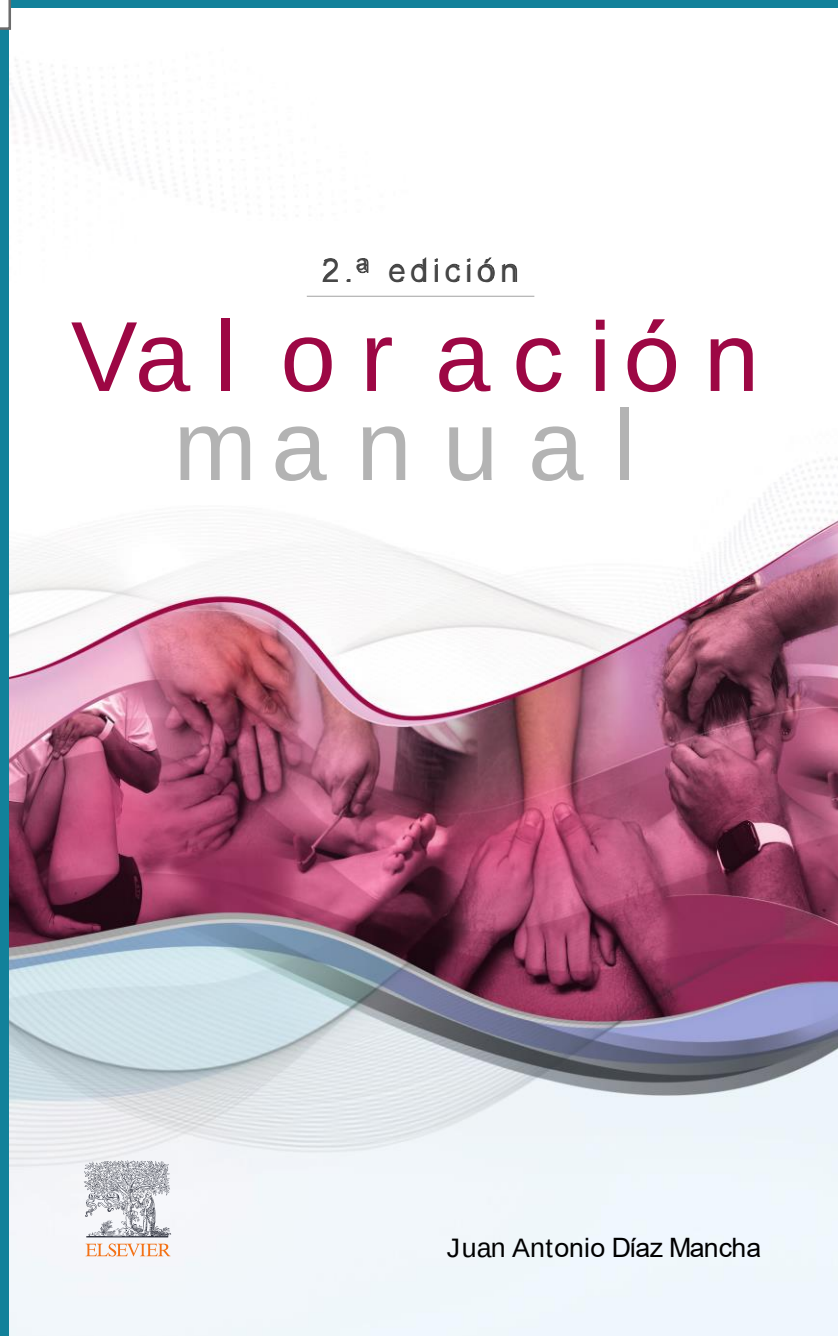
2.ª edición

ALORACIÓN MANUAL



Esquema por patologías

- [Pruebas para valorar el nervio craneal I](#)
- [Pruebas para valorar el nervio craneal VII](#)
- [Pruebas para valorar el nervio craneal VIII](#)
- [Pruebas para valorar la audición](#)
- [Pruebas para valorar el sentido del olfato](#)
- [Pruebas para valorar el sistema vestibular](#)



Pruebas para valorar el nervio craneal I

- Nervio craneal I: nervio olfatorio



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Nervio craneal I: nervio olfatorio

El nervio olfatorio tiene un componente sensorial para el sentido del olfato.

Posición del paciente

En bipedestación o en sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

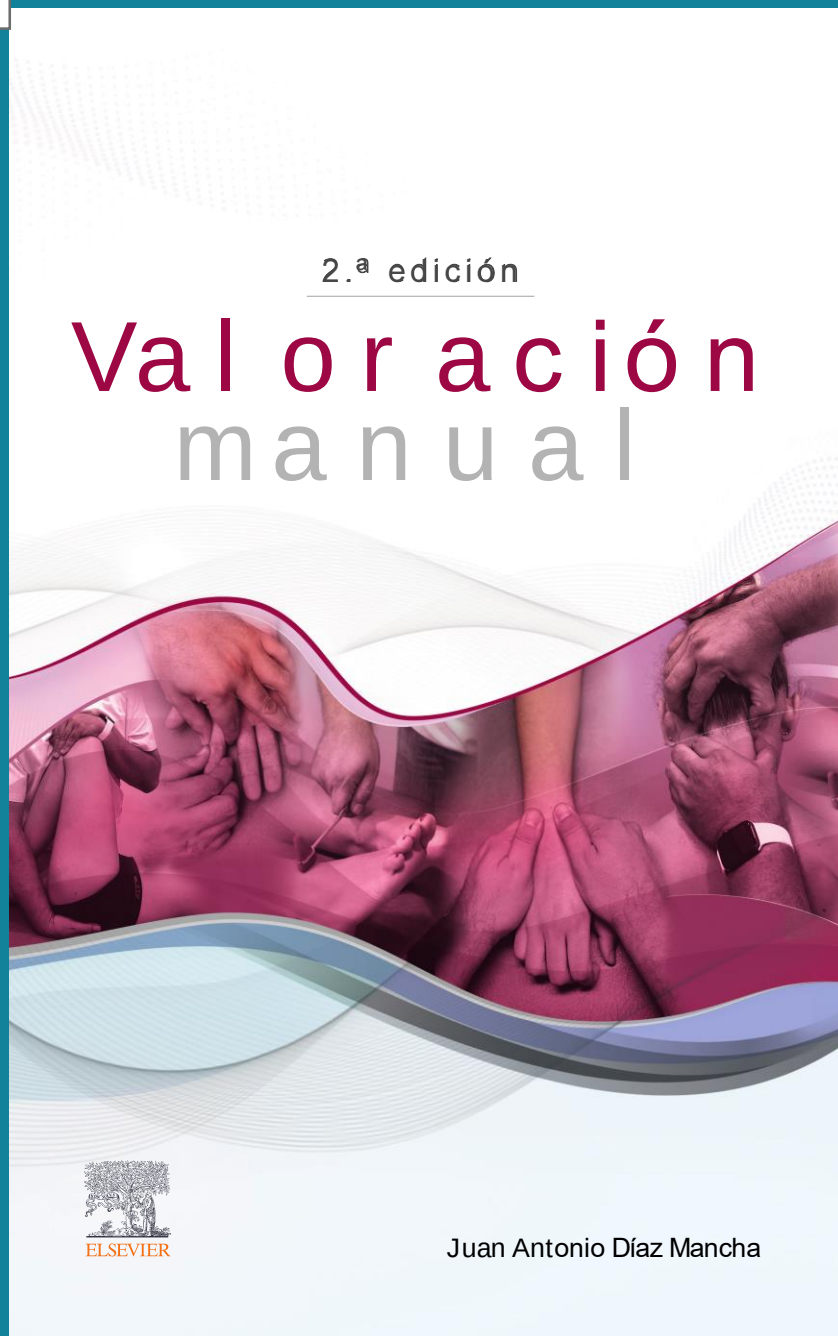
De pie frente al paciente orientado hacia este.

Ejecución de la prueba

La prueba consiste en acercar distintas sustancias que emitan un olor fácilmente identificable (café, fresas, perfume, vinagre o naranja) a las fosas nasales del paciente. Se debe examinar cada fosa nasal por separado, tapando la fosa nasal que no se pretenda testar al ofrecer el producto al paciente.

Valoración del test

De este test se pueden concluir dos aspectos: en primer lugar, la disminución de la sensación olfatoria o la imposibilidad para oler (hiposmia o anosmia, respectivamente) y, en segundo lugar, la identificación anómala de la sustancia, es decir, que el paciente interprete sin ningún tipo de duda un olor distinto al que se le ofrece. En el primer caso el resultado indica una lesión del propio nervio, probablemente antes del bulbo, mientras que en el segundo caso indica una posible lesión cerebral central.



Pruebas para valorar el nervio craneal VII

- [Nervio craneal VII: nervio facial](#)
- [Signo de Charcot](#)
- [Signo de Chvostek, de Chvostek-Weiss](#)
- [Signo de Dutemps-Cestan](#)
- [Signo de Negro](#)
- [Signo de Revilliod](#)
- [Signo de Legendre](#)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Nervio craneal VII: nervio facial

Este es un nervio complejo. Posee un componente motor branquial para la innervación motora de los músculos del estribo, del músculo estilohioideo, del fascículo posterior del músculo digástrico, de los músculos de la expresión facial incluyendo el bucinador, del músculo platisma y del músculo occipital. También tiene un componente motor visceral para la estimulación parasimpática de las glándulas lagrimales, submaxilares y sublinguales, y para la mucosa nasal y los paladares duro y blando. También tiene un componente sensitivo general para dar la sensibilidad a parte de la piel del pabellón auditivo, un área pequeña detrás de la oreja y parte del conducto auditivo interno, y suplementa al V₃ para dar la sensibilidad a una parte de la cara externa de la membrana timpánica. Por último, tiene un componente sensitivo especial para el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.

Posición del terapeuta

De pie, frente al paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Dada la complejidad de este nervio, a continuación, se describe analíticamente cómo valorar cada uno de sus componentes:

Componente **motor branquial**. Para valorar este apartado, lo más sencillo es testar la musculatura de la mímica pidiendo al paciente que realice distintos gestos que el terapeuta debe intentar vencer con la idea de objetivar el tono que dichos músculos pueden tener en el paciente en cuestión. Estos gestos deben estar relacionados con la expresión facial, como por ejemplo fruncir el ceño, colocar los labios como para besar, hinchar los carrillos, cerrar los párpados de forma forzada, y otros.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Nervio craneal VII: nervio facial

Este es un nervio complejo. Posee un componente motor branquial para la innervación motora de los músculos del estribo, del músculo estilogloideo, del fascículo posterior del músculo digástrico, de los músculos de la expresión facial incluyendo el bucinador, del músculo platisma y del músculo occipital. También tiene un componente motor visceral para la estimulación parasimpática de las glándulas lagrimales, submaxilares y sublinguales, y para la mucosa nasal y los paladares duro y blando. También tiene un componente sensitivo general para dar la sensibilidad a parte de la piel del pabellón auditivo, un área pequeña detrás de la oreja y parte del conducto auditivo interno, y suplementa al V_3 para dar la sensibilidad a una parte de la cara externa de la membrana timpánica. Por último, tiene un componente sensitivo especial para el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.

Posición del terapeuta

De pie, frente al paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Dada la complejidad de este nervio, a continuación se describe analíticamente cómo valorar cada uno de sus componentes:

Componente **motor visceral**. Para este apartado se puede utilizar el reflejo de lagrimeo con la ayuda de un pañuelo de papel o una gasa; para ello, el terapeuta pide al paciente que mire al frente con los ojos abiertos y con una gasita o un pañuelo de papel intenta tocar la esclerótica del ojo. Así evalúa la interacción entre la parte sensitiva aferente (V_1), la parte motora para el parpadeo (motor del VII) y la parte parasimpática del VII para el lagrimeo.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Nervio craneal VII: nervio facial

Este es un nervio complejo. Posee un componente motor branquial para la inervación motora de los músculos del estribo, del músculo estilohioideo, del fascículo posterior del músculo digástrico, de los músculos de la expresión facial incluyendo el bucinador, del músculo platisma y del músculo occipital. También tiene un componente motor visceral para la estimulación parasimpática de las glándulas lagrimales, submaxilares y sublinguales, y para la mucosa nasal y los paladares duro y blando. También tiene un componente sensitivo general para dar la sensibilidad a parte de la piel del pabellón auditivo, un área pequeña detrás de la oreja y parte del conducto auditivo interno, y suplementa al V₃ para dar la sensibilidad a una parte de la cara externa de la membrana timpánica. Por último, tiene un componente sensitivo especial para el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.

Posición del terapeuta

De pie, frente al paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Dada la complejidad de este nervio, a continuación se describe analíticamente cómo valorar cada uno de sus componentes:

Componente **sensitivo general**. Para este apartado el terapeuta valora la sensibilidad de las zonas inervadas sensitivamente por el VII (indicadas en la introducción) con un pequeño punzón, una torunda o simplemente con su dedo.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Nervio craneal VII: nervio facial

Este es un nervio complejo. Posee un componente motor branquial para la innervación motora de los músculos del estribo, del músculo estilohioideo, del fascículo posterior del músculo digástrico, de los músculos de la expresión facial incluyendo el bucinador, del músculo platisma y del músculo occipital. También tiene un componente motor visceral para la estimulación parasimpática de las glándulas lagrimales, submaxilares y sublinguales, y para la mucosa nasal y los paladares duro y blando. También tiene un componente sensitivo general para dar la sensibilidad a parte de la piel del pabellón auditivo, un área pequeña detrás de la oreja y parte del conducto auditivo interno, y suplementa al V₃ para dar la sensibilidad a una parte de la cara externa de la membrana timpánica. Por último, tiene un componente sensitivo especial para el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.

Posición del terapeuta

De pie, frente al paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Dada la complejidad de este nervio, a continuación se describe analíticamente cómo valorar cada uno de sus componentes:

Componente **sensitivo especial**. Para este apartado el terapeuta valora la capacidad de reconocer sabores cuando se depositan sustancias en los dos tercios anteriores de la lengua con la ayuda de una torunda impregnada; para ello pide al paciente que identifique sustancias saladas, dulces, amargas, etcétera.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Charcot

Esta prueba se utiliza para el diagnóstico de una parálisis facial.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

Frente al paciente, controlando sus ojos.

Ejecución del test

El terapeuta solicita al paciente que abra y cierre los ojos de manera exagerada para estirar y contraer la cara y, por consiguiente, su musculatura.

Interpretación del test

Lo normal es que al realizarlo de manera bilateral exista una compensación o igualdad en ambos lados de la cara, y así se concluye que el paciente presenta un signo de Charcot negativo. El signo de Charcot es positivo si la ceja se eleva unilateralmente en la parálisis facial periférica o se evidencia una alteración en su contracción muscular y el paciente no es capaz de bajarla.



Hujoel IA. The association between serum calcium levels and Chvostek sign: A population-based study. Neurol Clin Pract [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Mar 24];6(4):321–8.

Signo de Chvostek, de Chvostek-Weiss

También conocido como signo de Weiss, se da sobre todo en pacientes que presentan unos valores bajos de calcio.

Posición del paciente

O sentado o en decúbito supino.

Posición del terapeuta

En bipedestación frente al paciente en finta doble, colocando sus dedos sobre las mejillas de este.

Ejecución del test

El terapeuta percute de manera suave y continuada en las mejillas del paciente con sus dedos esperando la respuesta a valorar.

Interpretación del test

Si el signo es positivo, el paciente presenta signos de tetania, con una reacción de contracción de los músculos de la expresión facial.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 25,63 y 96,29%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 6,9 y negativa de 0,77.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Dutemps-Cestan

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible parálisis facial.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos, o en bipedestación con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En sedestación o en bipedestación en frente del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que fije la mirada al frente y que cierre los ojos.

Interpretación del test

Si el paciente presenta parálisis facial, no puede cerrar los dos ojos, ya que el párpado del lado afecto se eleva. En este caso la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Negro

Esta prueba se utiliza para valorar la parálisis facial.

Posición del paciente

En bipedestación con los brazos a lo largo del tronco, o en sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

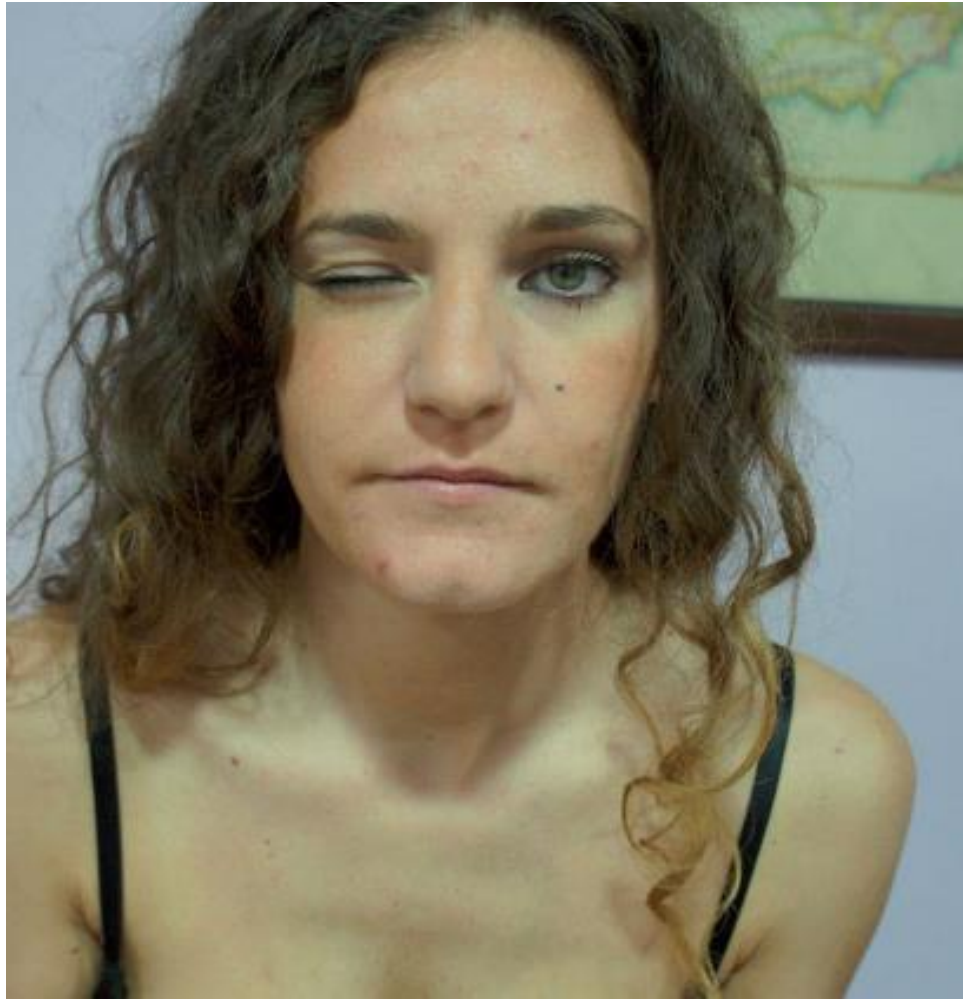
En bipedestación o sedestación, en frente del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta indica al paciente que mire hacia el techo sin realizar extensión de la columna cervical.

Interpretación del test

El terapeuta tiene que fijarse en los ojos del paciente y observar si uno asciende más que el otro, ya que en pacientes con parálisis facial periférica el ojo de la hemicara dañada llega más arriba que el del lado sano. Si ocurre este fenómeno, la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Revilliod

Esta prueba se utiliza para la valoración de la parálisis facial.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos, o en bipedestación con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En sedestación o bipedestación, frente al paciente.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que mire al frente y guiñe primero un ojo y que, una vez abierto este, guiñe el otro.

Interpretación del test

Las personas con afectación del nervio facial superior no son capaces de guiñar el ojo de la hemicara dañada. En este caso la prueba es positiva e indica una lesión del nervio facial homolateral.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Legendre

Esta prueba se utiliza para la evaluación de la hemiplejía en la musculatura facial.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del tronco, o en sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

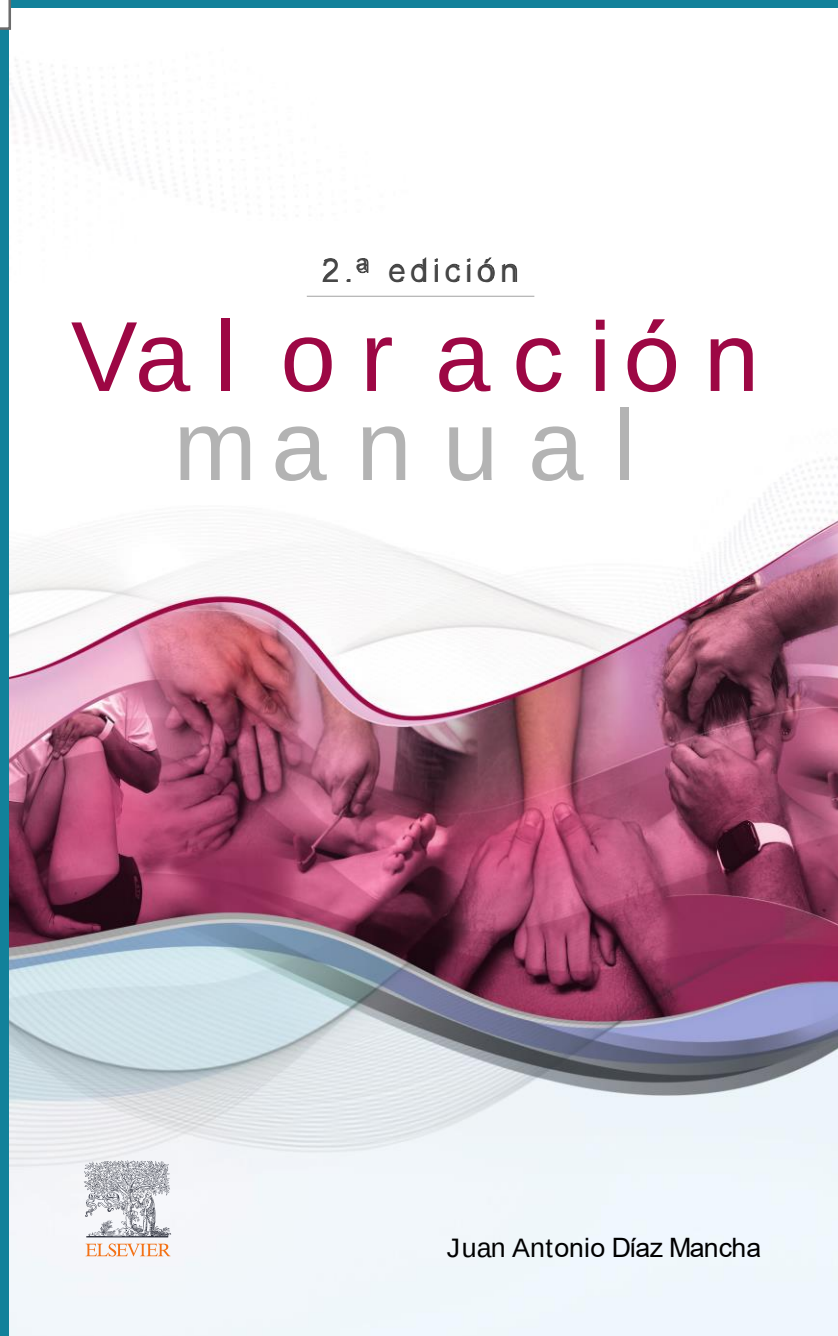
En bipedestación o sedestación, en frente del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que cierre los ojos. Acto seguido, con el índice tira del párpado de uno de los ojos del paciente hacia arriba intentando elevarlo. Luego lleva a cabo la misma acción en el otro ojo.

Interpretación del test

En caso de hemiplejía facial, el párpado del lado afecto opone menos fuerza al dedo del terapeuta y este puede abrir el ojo del lado afecto con mayor facilidad que el del lado sano. En este caso la prueba es positiva.



Pruebas para valorar el nervio craneal VIII

- [Nervio craneal VIII: nervio vestibulococlear](#)
- [Prueba de la marcha a ciegas o de Babinski-Weil](#)
- [Prueba de la silla rotativa](#)
- [Prueba de fijación](#)
- [Prueba de Romberg](#)
- [Prueba de pisoteo de Romberg](#)
- [Prueba de Mittelmeyer](#)
- [Marcha en tándem con los ojos cerrados](#)



Nervio craneal VIII: nervio vestibulococlear

Para valorar este nervio hay que considerarlo como si de dos nervios se tratara. Por un lado hay que valorar la porción coclear y por otro la porción vestibular.

La porción coclear tiene un componente sensitivo especial para el sentido de la audición, mientras que el componente vestibular proporciona información sobre el sistema vestibular y los conductos semicirculares.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre sus muslos.

Posición del terapeuta

De pie, frente al paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Para evaluar la porción coclear el terapeuta le susurra al paciente en cada oído por separado. También puede emplear pruebas como la de [Rinne](#) o la de [Weber](#) para valorar la posible afectación del nervio.

Para la porción vestibular, el terapeuta puede realizar pruebas como la [prueba calórica](#) o la maniobra de [Dix-Halpike](#).

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de la marcha a ciegas o de Babinski-Weil

Con esta prueba se intenta poner de manifiesto una alteración en el sistema vestibular.

Posición del paciente

De pie.

Ejecución del test

El terapeuta solicita al paciente que dé entre 3 y 5 pasos hacia delante y hacia atrás con los ojos cerrados.

Interpretación del test

En caso de que el paciente no tenga ninguna alteración o afectación, describe una línea recta en su marcha tanto anterior como posterior.

En caso de afectación o disfunción en el centro vestibular periférico, el paciente presenta una marcha normal, estándar, con los ojos abiertos, mientras que cuando los cierra la marcha queda desviada hacia el lado del oído alterado, de manera que describe una característica marcha en estrella. Por otro lado, en caso de una afectación vestibular central, el paciente describe una típica marcha de borracho, atáxica, con disimetría y temblor, tanto con los ojos abiertos como con los ojos cerrados.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de la silla rotativa

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afección vertiginosa, comprobando la existencia o no de alteraciones en el área vestibular. Con esta prueba se pretende determinar si los vértigos que el paciente presenta se deben a una alteración del oído interno del cerebro, o bien a un problema vascular intracraneal.

Posición del paciente

Sentado en una silla con respaldo que pueda girar unos 180°.

Posición del terapeuta

Frente al paciente, controlando la velocidad de giro y observando la respuesta durante la ejecución de la prueba.

Ejecución del test

El terapeuta hace girar la silla del paciente en sentido horario y antihorario, parando unos 10 segundos entre vuelta y vuelta. Le solicita al paciente que mantenga los ojos abiertos durante toda la prueba.

Interpretación del test

Si al realizar la prueba el paciente no presenta mareos ni nistagmos, se considera que el test es negativo, descartando así la existencia de un problema en el sistema vestibular. En caso contrario, el test es positivo y se deben realizar pruebas específicas para el trastorno interno del aparato vestibular.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de fijación

Esta prueba pone de manifiesto una posible alteración o disfunción del oído interno.

Posición del paciente

Sentado en una silla que pueda girar unos 180°.

Posición del terapeuta

Frente al paciente, controlando la velocidad de giro y observando la respuesta durante la ejecución de la prueba.

Ejecución del test

El terapeuta coloca un punto fijo al que el paciente debe mirar y que girará con él. Este efecto se puede conseguir haciendo que el paciente sujete un objeto y extienda el brazo para poderlo mirar continuamente mientras se mueve junto con el paciente durante el movimiento de la silla.

Una vez colocado en esta posición, se procede a girar la silla alternativamente hacia un lado y hacia el otro.

Interpretación del test

Si el paciente no puede mantener la mirada fija en el punto indicado por el terapeuta, el test es positivo y se considera que puede haber una alteración central. En caso de que no disminuya la fijación y haya una mejora, se debe a una alteración vestibular bilateral.



Murray N, Salvatore A, Powell D, Reed-Jones R. Reliability and validity evidence of multiple balance assessments in athletes with a concussion. J Athl Train [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 24];49(4):540–9.

Prueba de Romberg

Esta prueba se utiliza para detectar un posible problema en el sistema vestibular o en el sistema nervioso central.

Posición del paciente

De pie con los talones pegados y los brazos relajados a ambos lados del tronco.

Posición del terapeuta

Al lado del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta solicita que el paciente cierre los ojos de manera activa y aproxime sus piernas y pies; para poner más intención a la prueba, le puede pedir que cierre la mano en un puño sin dejar de apretar.

Interpretación del test

Si el paciente se mantiene erguido sin oscilación para ningún lado, la prueba es negativa y hay que concluir que el paciente no presenta ninguna alteración ni disfunción.

El test es positivo si el paciente se desequilibra cuando cierra los ojos. Se puede diferenciar si se trata de una afectación vestibular periférica o central.

Si la afectación es periférica, el paciente se inclina o cae hacia el lado de la lesión cuando mantiene los ojos cerrados y este desequilibrio desaparece con los ojos abiertos. En caso de que sea central, el paciente no puede controlar su cuerpo y este desequilibrio se mantiene en estática incluso con los ojos abiertos.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 55-61% y 64-68%, respectivamente.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de pisoteo de Romberg

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del sistema vestibular o una afectación del sistema cerebeloso.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos paralelos al tronco.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que lleve a flexión de 90° ambas articulaciones glenohomerales con pronación de antebrazos, de forma que las palmas de las manos queden orientadas hacia el suelo (posición de sonámbulo). Una vez en esta posición, le pide que la mantenga con los ojos cerrados. Acto seguido, el paciente ha de realizar elevaciones en flexión de las rodillas de forma alternativa sin moverse del sitio.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba el terapeuta percibe que el paciente se inclina hacia uno de los lados, se puede pensar en una afectación del sistema vestibular homolateral al lado de la inclinación. En este caso se considera que la prueba es positiva. Esta prueba también permite detectar una afectación del cerebelo.

Si por el contrario el paciente se mantiene erguido sin oscilar hacia ningún lado, es indicativo de una normalidad tanto del sistema vestibular como del cerebelo, y se considera que la prueba es negativa.



Prueba de Mittelmeyer

Esta prueba se utiliza para la evaluación del tipo de alteración vestibular que presenta el paciente.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que ande unos metros por una sala sin obstáculos y con los ojos cerrados.

Interpretación del test

El paciente con alteración vestibular no anda en línea recta, sino que se desvía hacia un lateral. Dependiendo de hacia qué lado se desvíe, la afectación vestibular es de excitación o disminución de función. En ambos casos se considera que la prueba es positiva.

Si el paciente se desvía hacia el mismo lado de la afectación, se puede decir que existe un problema de pérdida de función vestibular. Si por el contrario se desvía hacia el lado contrario al afecto, la alteración vestibular es de excitación.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.



Sullivan SJ, Hammond-Tooke GD, Schneiders AG, Gray AR, McCrory P. The diagnostic accuracy of selected neurological tests. J Clin Neurosci [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Mar 24];19(3):423–7.

Marcha en tándem con los ojos cerrados

La prueba se utiliza para evaluar la alteración del sistema vestibular que presenta el paciente.

Posición del paciente

De pie, con los brazos pegados al cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, al lado del paciente.

Ejecución del test

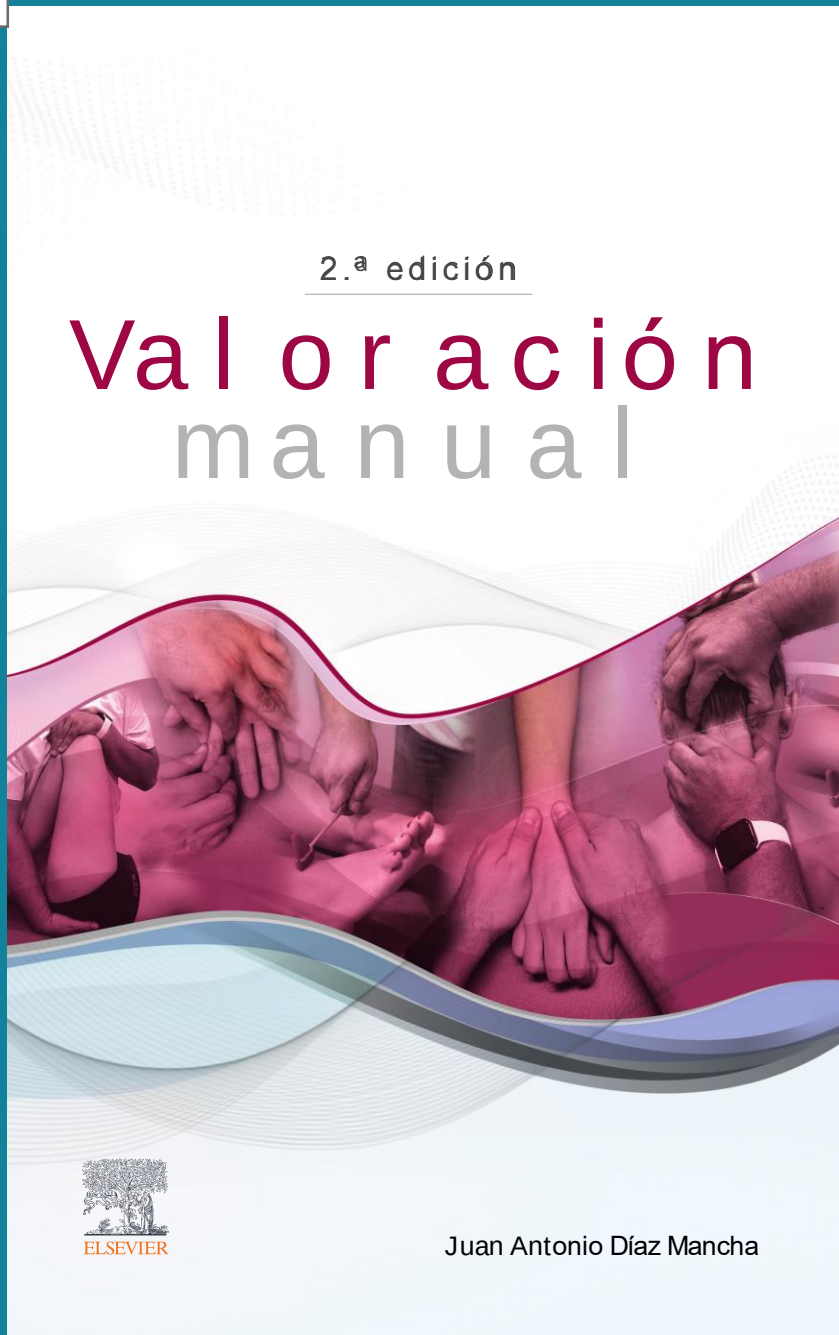
El terapeuta solicita al paciente que, con los ojos cerrados, realice una marcha en tándem de manera que coloque el talón del pie que adelanta en la punta del pie sobre el que se mantiene durante la marcha. La marcha se realiza recorriendo una distancia de tres metros, tras lo cual el paciente debe girar 180° y volver de igual manera. Durante la realización de la prueba se permite al paciente utilizar los brazos para mantener el equilibrio.

Interpretación del test

El paciente debería realizar la prueba sin muchas dificultades, manteniendo el paso en una línea más o menos recta y haciendo un giro de unos 180° sin tambalearse durante la ejecución del test. En caso de que se produzcan desequilibrios que lleven al paciente a tener que abrir los ojos o este sea incapaz de realizar la marcha en tándem la prueba se considera positiva. Ello es indicativo de una alteración del sistema vestibular o de los centros superiores, que llevará a realizar otras pruebas para diferenciar uno de otro.

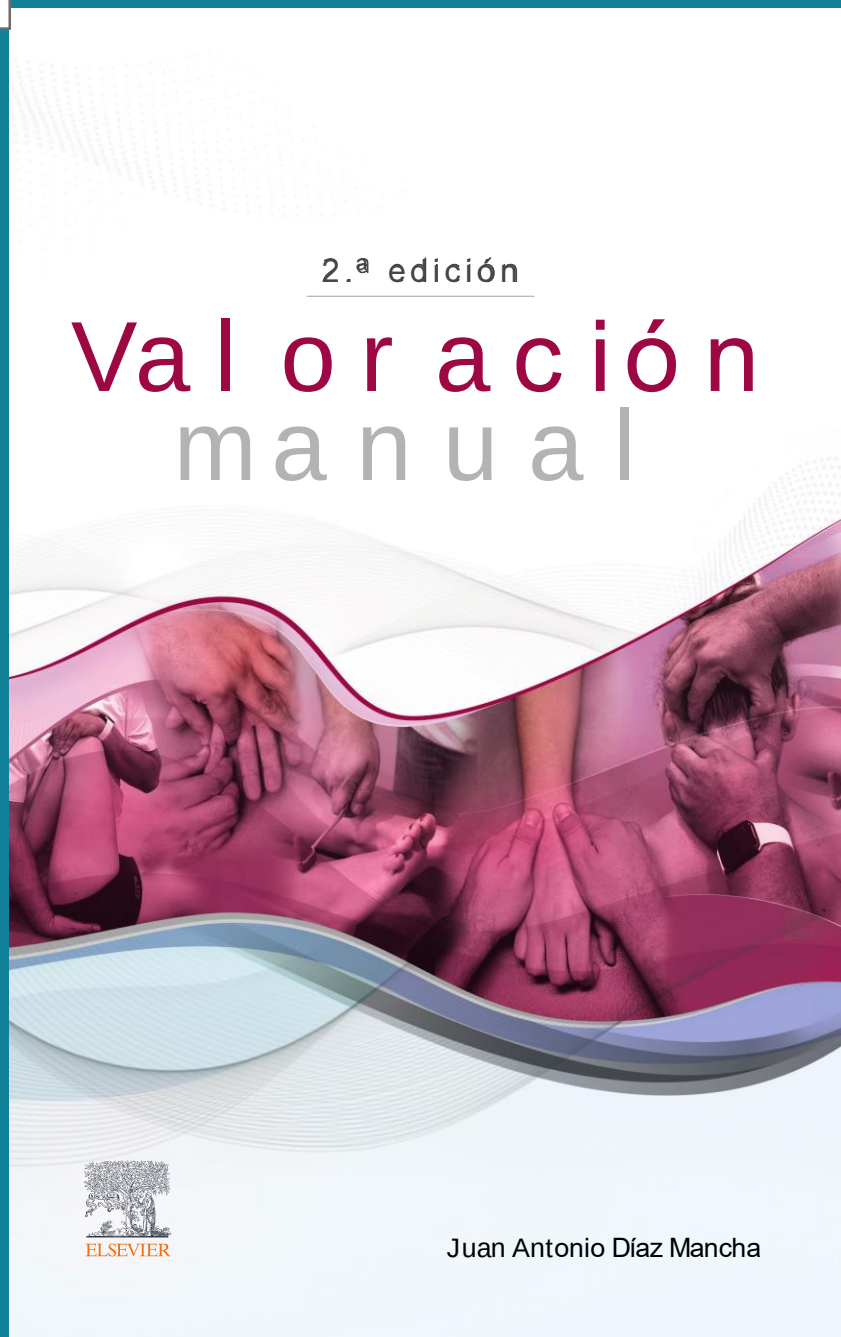
Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 55 y 95%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 11,61 y negativa de 0,47. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,93.



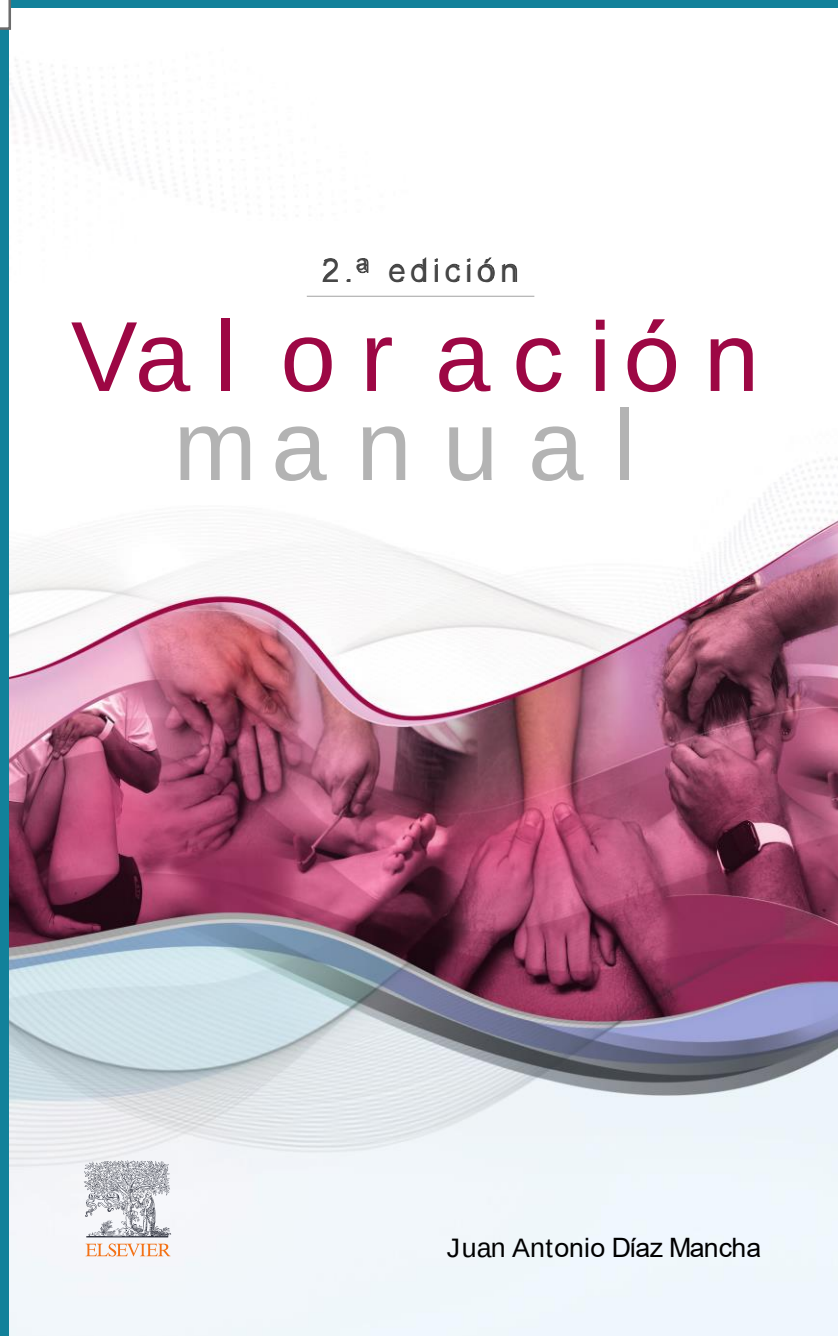
Pruebas para valorar la audición

- [Prueba de Lewis](#)
- [Test de Bing](#)
- [Test de Bonnier](#)
- [Test de Gellé](#)
- [Test de Rinne](#)
- [Test de Weber](#)
- [Test de Schwabach](#)
- [Test de Stenger](#)
- [Prueba del balance de volumen alternante](#)



Pruebas para valorar la audición

- [Prueba del balance de volumen biaural alternante](#)
- [Prueba del balance de volumen monoaural \(BVM\)](#)
- [Prueba de Chimani-Moos](#)
- [Prueba de Erhard](#)
- [Prueba de Gault](#)
- [Prueba de Lombard](#)
- [Signo de Brown](#)
- [Prueba de Eitelberg](#)



Pruebas para valorar la audición

- [Prueba de Gardiner-Brown](#)
- [Prueba de Kabatschnik](#)
- [Prueba de Poch-Viñals](#)
- [Prueba de Block-Steiger](#)
- [Prueba de Politzer](#)
- [Prueba de Broadbent](#)
- [Prueba de Hum](#)
- [Whispered voice test](#)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Lewis

Este test se utiliza junto con el test de Gellé para descartar una disfunción de la fijación estapedial de otras lesiones.

Posición del paciente

Sentado con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco con las manos reposando sobre sus piernas.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente ligeramente desviado en el lado del oído a valorar.

Ejecución del test

El terapeuta hace vibrar un diapasón y lo coloca apoyado en la apófisis mastoides del lado a explorar, confirmando que el paciente oye claramente el sonido transmitido por este. Cuando el paciente refiera que deja de oírlo, el terapeuta procede a colocar el diapasón en el trago y a realizar una fuerte compresión con el fin de ocluir el conducto auditivo externo; tras esto le pregunta al paciente si continúa oyendo el sonido.

Interpretación del test

En condiciones normales, cuando la membrana timpánica y la cadena de huesecillos están intactas, nuevamente oye el diapasón al aplicarlo en el trago; en caso de fijación, no hay percepción del sonido al aplicarlo al trago, por lo que el paciente refiere que no lo oye.

La prueba de Lewis es positiva cuando el sonido vuelve a oírse (prueba normal), mientras que es negativa cuando esta sugiere alteración.



Swan IRC, Browning GG. The Bing test in the detection of conductive hearing impairment. Clin Otolaryngol. 1989;14:539-541.

Test de Bing

Este test fue descrito en 1891 como «prueba de percepción secundaria», interpretada como la prolongación de la conducción ósea que acompaña a la oclusión del conducto auditivo externo sin modificar la tensión de la membrana timpánica por aumento de aquella.

Posición del paciente

Sentado con la cabeza mirando al frente, con los brazos paralelos al cuerpo y las manos reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente ligeramente desviado en el lado del oído a testar.

Ejecución del test

El terapeuta coloca el diapasón sobre la mastoides y pide al paciente que cuando deje de oír el sonido se obstruya el conducto auditivo externo con el dedo de forma muy suave para no provocar un aumento de la presión de la membrana timpánica. Tras esto, le pregunta si la oclusión del conducto auditivo externo provoca un aumento de la percepción del sonido o no refiere cambio alguno en la percepción de este.

Interpretación del test

Cuando la conducción es normal, la oclusión del conducto auditivo externo produce un aumento de la percepción del sonido en ese oído, es decir, un test de Bing positivo. En el caso de que no haya un aumento de la intensidad de la audición al ocluir el conducto auditivo externo, se puede concluir que existe una alteración en la conducción con un resultado de test de Bing negativo.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba presenta valores de 35-55% (256 Hz) y 32-100% (512 Hz); su especificidad presenta valores de 90-100% (256 Hz) y 85-97% (512 Hz).



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Test de Bonnier

Este test se utiliza para el diagnóstico de las otosclerosis.

Posición del paciente

Sentado con la cabeza mirando al frente con los brazos paralelos al cuerpo y las manos reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente ligeramente desviado en el lado del oído a testar.

Ejecución del test

El test se realiza con la ayuda de un diapasón. Tras hacer vibrar el diapasón, el terapeuta coloca la base de este en una zona ósea alejada del cráneo, como por ejemplo la clavícula, el codo o la escápula; a veces se utilizan sitios más alejados, como la rótula.

Interpretación del test

La prueba es normal si el sonido no se oye al poner el diapasón en un sitio tan alejado e indica o bien que el sujeto está sano o que tiene una hipoacusia que no se debe a una otosclerosis. Cuando existe una hipoacusia de transmisión debido a una otosclerosis (por lo general del estribo), el paciente oye perfectamente el sonido que se trasmite desde un sitio tan alejado.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Test de Gellé

El test de Gellé es una de las pruebas que se utilizan para casos en los que se sospecha una lesión conductiva marginal con afectación de la cadena de huesecillos, en general por otoesclerosis.

Posición del paciente

Sentado con la cabeza mirando al frente, los brazos paralelos al cuerpo y las manos reposando sobre las piernas.

Ejecución del test

Tras hacer vibrar el diapasón, el terapeuta lo coloca en la mastoides asegurándose de que el sonido es percibido por el paciente; a continuación aplica cambios en la presión de la membrana timpánica y pregunta al paciente sobre posibles variaciones en la percepción del sonido. El terapeuta aplica los cambios en la presión ocluyendo con su dedo el trago de forma firme o bien utilizando un otoscopio neumático.

Interpretación del test

El aumento de la presión de aire sobre la membrana timpánica produce una disminución de la intensidad del sonido percibido cuando la cadena de huesecillos es móvil y la membrana timpánica está intacta; los cambios intermitentes de presión producen una fluctuación de la intensidad del sonido. En casos de fijación o discontinuidad de la cadena, no hay fluctuación en la intensidad del sonido oído.

Se dice que el test de Gellé es positivo cuando existe una fluctuación (normalidad) y es negativo cuando sugiere fijación o discontinuidad en la cadena.



Badía VP, Callejas CC, González GC, Gajardo OP, Anabalón BJL, Correa GC. Utilidad clínica de los tests de Rinne y Weber en el diagnóstico de hipoacusia. Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello [Internet]. 2009;69(2):125-30.

Kelly EA, Li B, Adams ME. Diagnostic Accuracy of Tuning Fork Tests for Hearing Loss: A Systematic Review. Otolaryngol-Head Neck Surg (United States). 2018;159(2):220-30.

Test de Rinne

Esta prueba sirve para identificar una alteración en la porción coclear del nervio vestibulococlear (nervio craneal VIII). Compara la percepción del sonido entre la vía aérea y la vía ósea.

Ejecución del test

El test se realiza con la ayuda de un diapasón. Lo primero que hace el terapeuta es percutir el diapasón para que vibre y colocar su parte posterior sobre la apófisis mastoides del paciente, asegurándose de que oye el sonido; mantiene el diapasón hasta que el paciente deje de oír el sonido. Inmediatamente después y sin perder tiempo, acerca las ramas del diapasón al conducto auditivo externo sin tocar la piel para que el paciente oiga el sonido, y le pide que avise cuando deje de oírlo.

Interpretación del test

La conducción aérea es aproximadamente dos veces más rápida que la conducción en el hueso, por lo que en condiciones normales en la primera fase el paciente oye el sonido emitido por el diapasón y al dejar de oírlo y acercarlo inmediatamente al conducto auditivo externo vuelve a oírlo. Esto corresponde a un Rinne positivo, que se interpreta como prueba normal.

La alteración de la normalidad se considera un Rinne negativo, y pueden diferenciarse dos resultados en el test. En primer lugar, es posible que el paciente no oiga el diapasón cuando el terapeuta lo coloca sobre la apófisis mastoides, lo que indica que la conducción del sonido está alterada por causas principalmente de afectación neurológica de la porción coclear del nervio vestibulococlear (nervio craneal VIII). En segundo lugar, puede ocurrir que el paciente oiga perfectamente el diapasón al colocarlo sobre la mastoides, pero al cambiarlo y acercarlo al conducto auditivo externo no lo oiga; en este caso se trata de un problema en la transmisión aérea del sonido causado por un problema en la membrana timpánica o por un problema en la cadena de huesecillos del oído medio.

Puede ocurrir también un falso Rinne negativo, que se presenta en hipoacusias de percepción importantes y que se debe a la audición cruzada. El sujeto percibe el sonido por vía ósea, pero no por el oído explorado sino por la transmisión del sonido hacia el oído contralateral. Cuando deja de oír por vía ósea, el terapeuta le coloca el diapasón delante del conducto auditivo externo y naturalmente no lo vuelve a oír.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba presenta valores de 43-91% (256 Hz) y 16-79% (512 Hz); su especificidad presenta valores de 71-100% (256 Hz) y 97-100% (512 Hz).



Test de Weber

Esta prueba sirve para identificar una alteración en la porción coclear del nervio vestibulococlear (nervio craneal VIII). Ayuda a definir el tipo de sordera cuando los dos oídos están dañados en distinto grado.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente ligeramente desviado en el lado del oído a testar.

Ejecución del test

El test se realiza con la ayuda de un diapasón. Tras hacer vibrar el diapasón, el terapeuta coloca su base a nivel de la frente, en la zona media; tras esto pregunta al paciente por la calidad y cantidad de sonido en ambos oídos. También se puede colocar el diapasón en la parte superior de la cabeza, pero siempre centrado, en la línea media.

Interpretación del test

La prueba es normal si el paciente percibe el sonido por ambos oídos con igual forma e intensidad. En este resultado de igual audición en ambos oídos también es posible que el paciente tenga la misma afectación en los dos oídos y que no sean sanos, por lo que hay que tener especial cuidado.

En las sorderas unilaterales, la lateralización del sonido hacia el lado afecto indica una lesión de conducción o transmisión en ese oído (hipoacusia de conducción o de transmisión). La lateralización del sonido hacia el oído sano indica que la lesión del otro oído es de tipo perceptivo (hipoacusia de percepción).

Los resultados se catalogan como Weber central si la prueba es normal, o Weber lateralizado al oído izquierdo o derecho, según sea el caso.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 79-97% y 85-100%, respectivamente.

Badía VP, Callejas CC, González GC, Gajardo OP, Anabalón BJL, Correa GC. Utilidad clínica de los tests de Rinne y Weber en el diagnóstico de hipoacusia. Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello [Internet]. 2009;69(2):125-30.

Kelly EA, Li B, Adams ME. Diagnostic Accuracy of Tuning Fork Tests for Hearing Loss: A Systematic Review. Otolaryngol-Head Neck Surg (United States). 2018;159(2):220-30.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Test de Schwabach

La finalidad de este test es detectar algún problema en la audición del paciente comparándola con la audición de un testigo sano o del propio examinador. Al ser un test completamente subjetivo tiene una baja sensibilidad.

Posición del paciente

Sentado con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

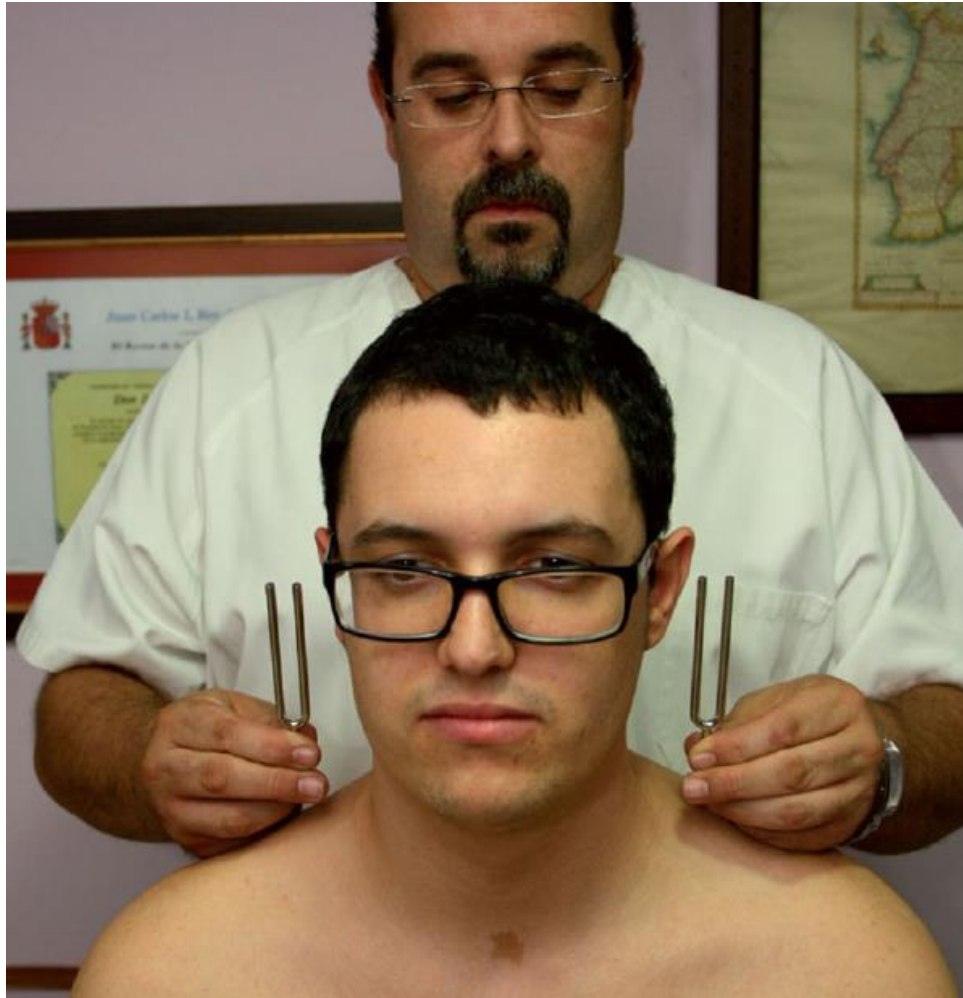
De pie, detrás del paciente ligeramente desviado en el lado del oído a testar.

Ejecución del test

Se hace vibrar el diapasón y su base se coloca en la mastoides o en la parte superior de la cabeza en la línea media, indicándo al paciente que avise cuando deje de oírlo. Después, con una percusión al diapasón de la misma intensidad que la primera vez se realiza el mismo test sobre el examinador o sobre un testigo partiendo de la base de que el testigo sano tiene una audición normal.

Interpretación del test

Si los tiempos son semejantes, se dice que el Schwabach es normal. Si el tiempo de audición del examinador o del testigo sano es superior al del paciente, se habla de Schwabach corto y orienta a una sordera neurosensorial. También puede ocurrir que el paciente oiga durante más tiempo el sonido que el terapeuta o el testigo sano; en este caso se habla de Schwabach largo y orienta hacia una lesión de tipo conductivo, por ejemplo una otosclerosis.



*Arslan HH, Edizer DT, Cebeci S, Erdal M.
Diagnostic utility of Stenger test: Reappraisal of
its value. Int Tinnitus J. 2014;19(1):57-62.*

Test de Stenger

Este test se basa en el fenómeno de Stenger, que indica que cuando dos tonos de igual frecuencia y diferente intensidad se presentan simultáneamente en los dos oídos, solo el oído con el tono de mayor intensidad expresa sensación de percepción auditiva. Su realización requiere dos diapasones que vibren en la misma frecuencia (por lo general 256 o 512 Hz).

Este test se realiza para la valoración cualitativa de una sordera unilateral o, especialmente, asimétrica, y tiene especial interés para descartar cuadros de simulación. Su fundamento es el ensordecimiento interauricular. Esta prueba se puede realizar también mediante acumetría y mediante audiometría.

Ejecución del test

Para la realización de esta prueba el terapeuta coloca un diapasón vibrando por vía aérea en el oído supuestamente sano. En esta situación, solicita al paciente que señale si oye o no el sonido, a lo que este responderá de forma afirmativa. Inmediatamente después coloca el otro diapasón vibrando frente al supuesto oído patológico, sin retirar de la entrada del conducto auditivo externo el primer diapasón.

Interpretación del test

Pueden darse dos posibilidades principalmente:

Que el paciente siga oyendo por el primero de los oídos estimulados. En este caso se trata de una auténtica hipoacusia del lado que en principio se suponía simulada.

Si en el segundo oído estimulado la enfermedad es realmente simulada, ocurre que al colocar el diapasón vibrando el paciente oye el sonido en este lado, mientras que se anula la audición en el otro. Ante esta situación de oír por el oído en el que simula una hipoacusia, el paciente siempre reacciona de la misma forma: dice que no oye por ninguno de los dos oídos para no admitir que en realidad oye por el que simula la enfermedad.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores de 99 y 57%, respectivamente.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba del balance de volumen alternante

Esta prueba se utiliza para determinar una posible afectación del sentido de la audición.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos paralelos al cuerpo y las manos apoyadas sobre los muslos. En esta posición se coloca unos auriculares en las orejas.

Posición del terapeuta

En sedestación o bipedestación, frente al paciente.

Ejecución del test

A través de los auriculares, el terapeuta le hace llegar al paciente un tono a la misma frecuencia en ambos oídos. Acto seguido va modificando el volumen del sonido emitido de forma alternante, manteniendo en todo momento su frecuencia. El terapeuta pregunta al paciente por las distintas percepciones.

Interpretación del test

Tras la realización de la prueba, se puede observar si existe algún problema de déficit auditivo al modificar el volumen de los tonos preguntando al paciente si percibe los cambios de volumen con ambos oídos.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba del balance de volumen biaural alternante

Esta prueba se utiliza para determinar la diferencia de audición entre un oído sano y otro afecto ante la exposición a sonidos de la misma intensidad.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En sedestación o bipedestación, frente al paciente.

Ejecución del test

A través de los auriculares el terapeuta hace llegar al oído sano del paciente un tono con una determinada intensidad. Acto seguido va bajando la intensidad del sonido a la vez que le pregunta si sigue oyendo el tono. Cuando tiene una idea de a qué intensidades percibe el tono el oído sano, lleva a cabo el mismo procedimiento en el oído afecto.

Interpretación del test

El oído que presenta hipoacusia requiere intensidades de tono mayores para poder ser percibido que el oído sano. Esta prueba se suele utilizar para determinar el grado de hipoacusia unilateral por afectación del sistema nervioso.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba del balance de volumen monoaural (BVM)

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible hipoacusia bilateral de origen neurológico.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas. En esta posición se coloca unos auriculares en las orejas.

Posición del terapeuta

En sedestación o bipedestación, frente al paciente.

Ejecución del test

A través de los auriculares el terapeuta hace llegar al paciente un tono a ambos oídos a la vez, y va alternando distintos tipos de frecuencias, algunas perceptibles para un oído sano y otras que no son percibidas por un oído patológico.

Interpretación del test

A medida que va escuchando tonos de distinta frecuencia, el paciente va indicando al terapeuta si los percibe con claridad o simplemente no los percibe. Conociendo la normalidad de las distintas frecuencias, el terapeuta intenta discernir el alcance de la hipoacusia bilateral neurológica.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Chimani-Moos

Esta prueba se utiliza para determinar la veracidad de una hipoacusia indicada por el paciente.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta hace vibrar un diapasón sobre el vértex del paciente y le pide que indique si oye bien el sonido por ambos oídos. Si el paciente indica que no percibe bien el sonido por un oído, el terapeuta procede a tapar el conducto auditivo externo comprimiendo sobre el trago del oído sano y vuelve a hacer vibrar el diapasón sobre el vértex del paciente.

Interpretación del test

En condiciones normales, aun tapando ambos conductos auditivos externos, el paciente sigue oyendo el sonido, ya que este se transmite por vía ósea. Si el paciente comenta durante la prueba que cuando se le taponan los oídos no es capaz de oír el sonido del diapasón, puede ser indicativo de una simulación de la hipoacusia por parte del paciente.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Erhard

Esta prueba se utiliza para la detección de una sordera fingida.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, al lado del oído a valorar del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta emite un sonido verbal cerca del conducto auditivo externo y pregunta al paciente si lo ha podido oír. Acto seguido, con el dedo índice ocluye el conducto auditivo externo a valorar y vuelve a reproducir el mismo sonido.

Interpretación del test

Todas las personas que presentan hipoacusia y oyen el sonido sin la presión del terapeuta sobre el oído deben seguir oyéndolo, aunque con menor intensidad, cuando el terapeuta presiona sobre el conducto auditivo externo.

Si el paciente oye el primer sonido pero el segundo no lo oye, se puede pensar en una hipoacusia fingida. Si el paciente niega oír el segundo sonido, el terapeuta puede elevar el tono.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Gault

Esta prueba se utiliza para la detección de hipoacusias fingidas.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado del oído a evaluar.

Ejecución del test

Con el dedo índice de una de sus manos el terapeuta ocluye el conducto auditivo del lado sano, quitándole audición. A la vez emite un sonido cerca del oído a evaluar.

Interpretación del test

Si cuando percibe el sonido el paciente realiza un pequeño parpadeo con el ojo del mismo lado del oído a evaluar, es indicativo de normoacusia de ese oído. Así, si el paciente se queja de pérdida de audición de ese lado y aparece parpadeo se puede confirmar que la afectación auditiva es fingida.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Lombard

Esta prueba se utiliza para la detección de hipoacusias fingidas.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En bipedestación o sedestación, a un lado del paciente.

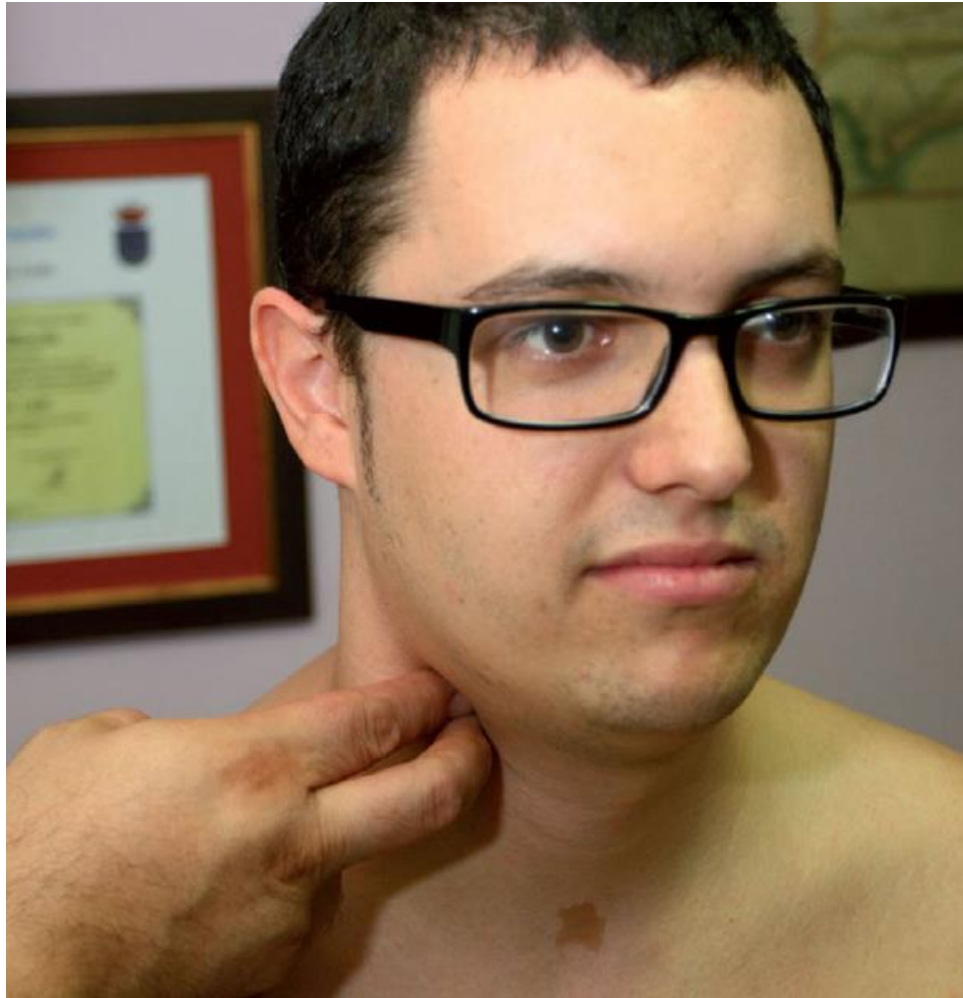
Ejecución del test

El terapeuta ofrece al paciente un libro y le pide que lo lea en voz alta. Transcurridos unos segundos, el terapeuta aumenta el sonido ambiente, poniendo un poco de música, por ejemplo.

Interpretación del test

Al aumentar el sonido ambiente, pueden ocurrir dos cosas: que el paciente no eleve el volumen de voz y continúe leyendo tal cual empezó, o que a medida que el terapeuta aumenta el sonido ambiente el paciente incremente el volumen al leer.

Si el paciente continúa con el mismo volumen de voz, la prueba es negativa y se puede decir que el paciente presenta una hipoacusia. Si, por el contrario, el paciente aumenta su volumen de voz, la prueba es positiva y se puede confirmar que el paciente está fingiendo la hipoacusia.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Brown

Esta prueba se utiliza para la detección de posibles afecciones tumorales en el oído medio en pacientes que presenten acúfenos.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En bipedestación o sedestación, en el lado a valorar del paciente en finta doble.

Ejecución del test

El terapeuta coloca el dedo índice de su mano anterior sobre la arteria carótida del lado a valorar. A continuación realiza una pequeña presión y le pregunta al paciente por el acúfeno.

Interpretación del test

En pacientes con afectación tumoral timpánica, la presión que ejerce el terapeuta sobre la arteria carótida hace desaparecer el acúfeno inicial.

Existe otra alternativa de la prueba en la que el terapeuta en vez de presionar la carótida lleva a cabo una compresión sobre el oído a evaluar. El acúfeno desaparece en pacientes con este tipo de afección.

Hay que tener en cuenta que las afecciones tumorales van acompañadas de otros síntomas, como la presencia de sangrado en el oído o una sordera de transmisión.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Eitelberg

Esta prueba se utiliza para la detección de afectaciones del sistema de conducción del sonido.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente ligeramente desplazado en el lado a valorar.

Ejecución del test

El terapeuta hace vibrar un diapasón y lo coloca próximo al conducto auditivo externo del lado a valorar. Cuando se detiene, lo vuelve a hacer vibrar. El terapeuta repite el proceso durante 5 o 10 minutos.

Interpretación del test

En condiciones normales, el paciente percibe los sonidos cada vez con mayor intensidad, hasta completar la media hora. Si a medida que se repiten las vibraciones el paciente percibe los sonidos con menor intensidad, el terapeuta puede pensar en una afectación del sistema de conducción del sonido.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Gardiner-Brown

Esta prueba se utiliza para la valoración de disfunciones del oído medio.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta hace vibrar un diapasón en contacto directo con la mastoides del hueso temporal del lado a valorar y pide al paciente que avise cuando deje de percibir el sonido.

Interpretación del test

Si el paciente deja de percibir los sonidos del diapasón antes de que el terapeuta deje de percibir la vibración en sus dedos, se puede pensar en una disfunción del oído medio.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Kabatschnik

Esta prueba se utiliza para la valoración de una posible hipoacusia.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble.

Ejecución del test

El terapeuta hace vibrar un diapasón cerca del conducto auditivo externo del lado a valorar. Cuando el paciente deja de percibir el sonido, el terapeuta sitúa el dedo índice de la mano anterior sobre el conducto auditivo externo y aplica el diapasón sobre la uña de este dedo.

Interpretación del test

Cuando el terapeuta aplica el diapasón por segunda vez (sobre el dedo) en oídos en óptimas condiciones el paciente ha de percibir el sonido de nuevo. Si, por el contrario, el paciente presenta alguna afectación auditiva, la aplicación del diapasón sobre el dedo del terapeuta resulta imperceptible.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Poch-Viñals

Esta prueba se utiliza para diferenciar el tipo de hipoacusia en la afectación auditiva bilateral.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente ligeramente desviado a un lado.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que presione con la yema de sus dedos índices ambos conductos auditivos externos a la vez. A continuación hace vibrar un diapasón sobre el vértex del paciente y le pregunta por las percepciones.

Interpretación del test

En caso de que el paciente presente una afectación auditiva bilateral, la percepción del sonido lateraliza hacia el oído del paciente que presenta una mayor afectación de la conducción cuando el terapeuta lleva a cabo la acción.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Block-Steiger

Esta prueba se utiliza para la detección de hipoacusias fingidas.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta toma dos diapasones. Sitúa uno a cada lado de los conductos auditivos externos y los hace vibrar a la vez pero a una intensidad distinta cada uno. Esto se consigue retardando el tiempo de aplicación tras hacerlo vibrar, es decir, en un oído ofrece el diapasón inmediatamente después de haberlo hecho vibrar y en el otro oído lo ofrece tras 5 segundos de haber comenzado a vibrar. El terapeuta pregunta al paciente por sus percepciones.

Esta prueba se debe hacer de forma bilateral, es decir, retardar primero la aplicación en uno de los oídos y después en el otro, por lo que en realidad se realiza dos veces.

Interpretación del test

En condiciones auditivas óptimas, el paciente únicamente percibe el diapasón de mayor intensidad. Si el paciente es capaz de percibir el sonido de ambos diapasones sería indicativo de una hipoacusia fingida.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Politzer

Esta prueba se utiliza para valorar la integridad de la trompa de Eustaquio.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta comprime con el dedo índice de una mano el orificio nasal del lado contrario al que va a evaluar. Acto seguido, le insufla aire con una pera de goma por el orificio nasal del lado a evaluar mientras pide al paciente que trague saliva.

Interpretación del test

El aumento de presión en la rinofaringe por la insuflación de aire por parte del terapeuta y el cierre de la palatofaringe al tragar hace que el aire se desplace hacia la trompa de Eustaquio y aumente el diámetro del canal. La otoauscultación permite comprobar mediante audición que el aire ha entrado en la trompa de Eustaquio, lo que indica su correcta permeabilidad. Cualquier afectación en la trompa de Eustaquio evita que el aire llegue al oído medio.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Broadbent

Esta prueba se utiliza para determinar la dominancia auditiva.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos apoyadas sobre las piernas, o en bipedestación con los brazos a lo largo del cuerpo, en ambos casos con unos auriculares.

Posición del terapeuta

En bipedestación delante del paciente.

Ejecución del test

A través de los auriculares el terapeuta reproduce a la vez una palabra distinta en cada oído. Acto seguido indica al paciente que diga qué palabra ha oído primero.

Interpretación del test

El lado en el que el paciente ha oído primero la palabra se corresponde con el oído dominante.



*Ahmed OH, Gallant SC, Ruiz R, Wang B, Shapiro WH, Voigt EP.
Validity of the Hum Test, a Simple and Reliable Alternative to the
Weber Test. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2018;127(6):402-5.*

Prueba de Hum

La prueba de Hum es utilizada como una alternativa al test de Weber para detectar la pérdida auditiva aguda de tipo conductiva en alguno de los oídos. Está pensada para pacientes sin un problema auditivo previo que presenten un cambio agudo unilateral en alguno de sus oídos en un momento determinado.

Ejecución del test

Esta prueba puede realizarse con la ayuda de un dispositivo electrónico como podría ser un teléfono celular o un emisor de música.

El terapeuta va a acercarse al oído del paciente y le emitirá un susurro durante unos segundos que puede ser realizado con el dispositivo electrónico anteriormente descrito; este sonido debe ser objetivamente alto y durar unos segundos en cada uno de los oídos; acto seguido se pide al sujeto que repita lo que se le ha susurrado y se le pide que indique si la percepción del sonido ha sido igual en ambos lados. Este proceso se le repetirá al paciente en un tono más bajo. Ambos procesos se realizan una segunda vez para confirmar el resultado.

Interpretación del test

Si existe alguna diferencia en la percepción del sonido, se considera que el test es positivo en el oído que escucha más alto el sonido, e indica una posible pérdida auditiva de tipo conductiva.

Una prueba positiva en el oído donde también hay dolor podría indicar la existencia de otitis media con efusión. Sin embargo, en la otitis externa con dolor el test de Hum debe ser negativo. Cuando el resultado cambia de positivo a negativo en un oído previamente diagnosticado de otitis externa, ello sugiere que esta se está resolviendo.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 90-93% y 100%, respectivamente.



McShefferty D, Whitmer WM, Swan IRC, Akeroyd MA. The effect of experience on the sensitivity and specificity of the whispered voice test: A diagnostic accuracy study. BMJ Open. 2013;3(4):2-5.

Whispered voice test

Este test es una eficiente herramienta diagnóstica interesante para la detección de una pérdida auditiva.

Ejecución del test

En primer lugar, el terapeuta procede a taponar el conducto auditivo externo del lado que no va a evaluar indicándole al paciente que debe repetir las palabras que se les digan.

A continuación, se va a susurrar siempre al final de la espiración para intentar no interferir en el sonido que se va a emitir, una serie de tres dígitos o una combinación de dígitos y letras a una distancia de dos pies del oído a evaluar. Por ejemplo «3R6» o «378».

Interpretación del test

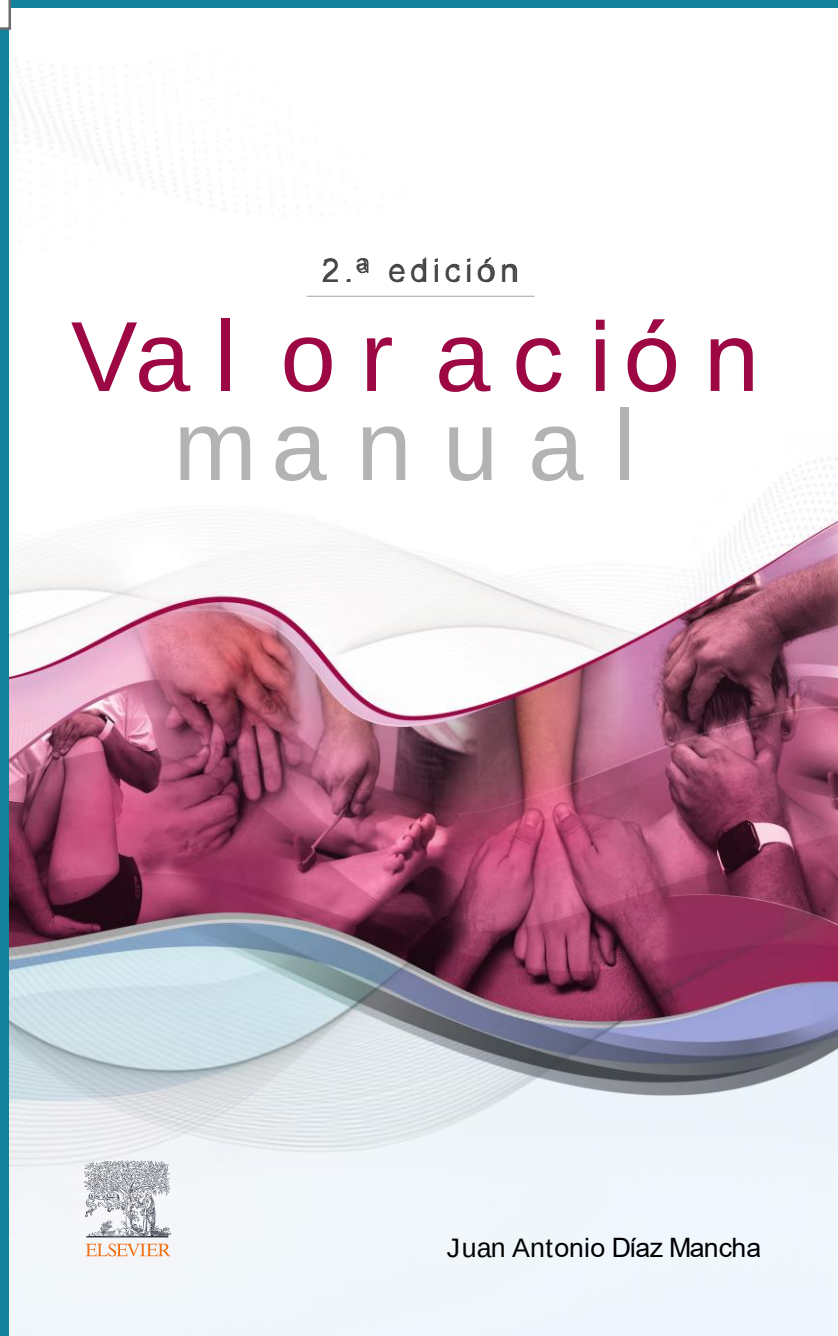
Si el paciente repite los tres dígitos correctamente se considera que la prueba es negativa. Si por el contrario responde de forma errónea o incompleta, el test se repite de nuevo utilizando tres dígitos nuevos. Se considera que el paciente pasa la prueba si consigue repetir al menos la mitad de los dígitos sumando ambas pruebas. Es decir, si repite al menos 3 de los 6 dígitos.

Después de evaluar un oído se procede a evaluar el siguiente de la misma forma.

Si el sujeto no pasa la prueba es susceptible de padecer un deterioro importante en ese oído que requerirá una evaluación audiométrica completa.

Evidencia científica

	40 dB	43 dB	29 dB	30 dB
Sensibilidad	63%	56%	80%	80%
Especificidad	93%	98%	52%	65%
Valor predictivo positivo	56%	88%	65%	81%
Valor predictivo negativo	95%	90%	70%	63%



Pruebas para valorar el sentido del olfato

- [Prueba de Fränkel](#)
- [Prueba de Proetz](#)
- [Prueba del espejo](#)
- [Prueba de Elsberg](#)
- [Candy Smell Test](#)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Fränkel

Esta prueba se utiliza para la valoración de una posible infección en las fosas nasales.

Posición del paciente

En sedestación, en flexión de tronco de modo que la cabeza se sitúe entre los muslos o lo más cerca posible.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que realice una rotación cervical del lado a evaluar, de forma que la fosa nasal a valorar quede arriba.

Interpretación del test

Si existe afectación infecciosa de las fosas nasales, el terapeuta puede advertir la presencia de un exudado purulento.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Proetz

Esta prueba se utiliza para la evaluación del sentido del olfato.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En bipedestación o sedestación, frente al paciente ligeramente desplazado en el lado a valorar.

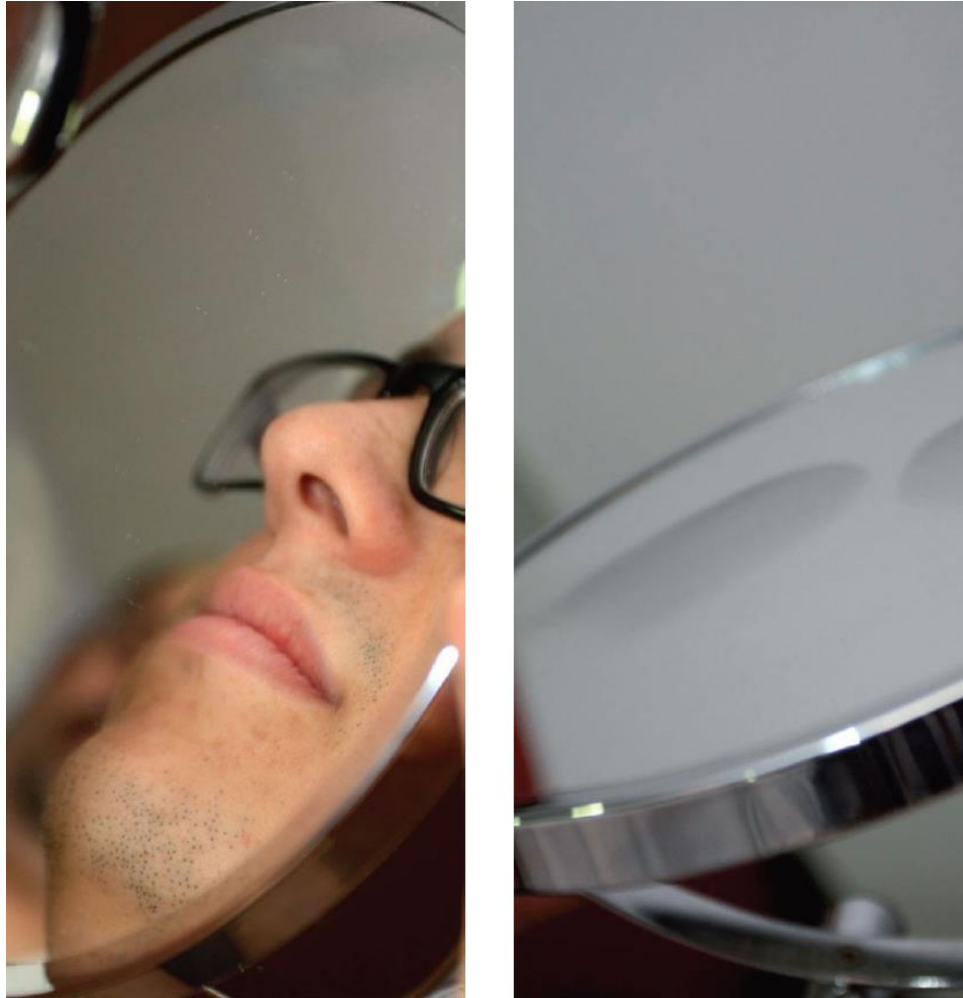
Ejecución del test

El terapeuta ofrece al paciente 10 recipientes con distintas sustancias fácilmente reconocibles al olfato disueltas en un litro de agua a una concentración del 0,088%. Acto seguido le pide que huela las sustancias una a una e intente reconocerlas.

Interpretación del test

La concentración anteriormente mencionada es la mínima cantidad de sustancia necesaria para que una persona pueda percibir el olor en orden a identificarla.

Así, si el paciente ha sido capaz de reconocer todas las sustancias, se puede afirmar que no presenta afectación de la sensibilidad olfatoria.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba del espejo

Esta prueba se utiliza para detectar posibles afecciones de tipo obstrucción nasal o desviación del tabique nasal.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En sedestación o bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta sitúa un espejo pequeño justo debajo de las fosas nasales del paciente. Acto seguido, le pide que lleve a cabo una espiración a través de las fosas nasales como para empañar el espejo.

Interpretación del test

El terapeuta observa las manchas de vaho que hay en el espejo. En personas sin ningún tipo de problema de obstrucción nasal o desviación del tabique, al realizar la espiración quedan sobre el espejo dos marcas de vaho claramente diferenciadas y perfectamente simétricas.

La asimetría en las marcas de vaho o la desaparición de una de ellas puede hacer pensar en un problema de obstrucción nasal o de desviación del tabique nasal.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Elsberg

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la sensibilidad olfativa.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En sedestación o en bipedestación, delante del paciente.

Ejecución del test

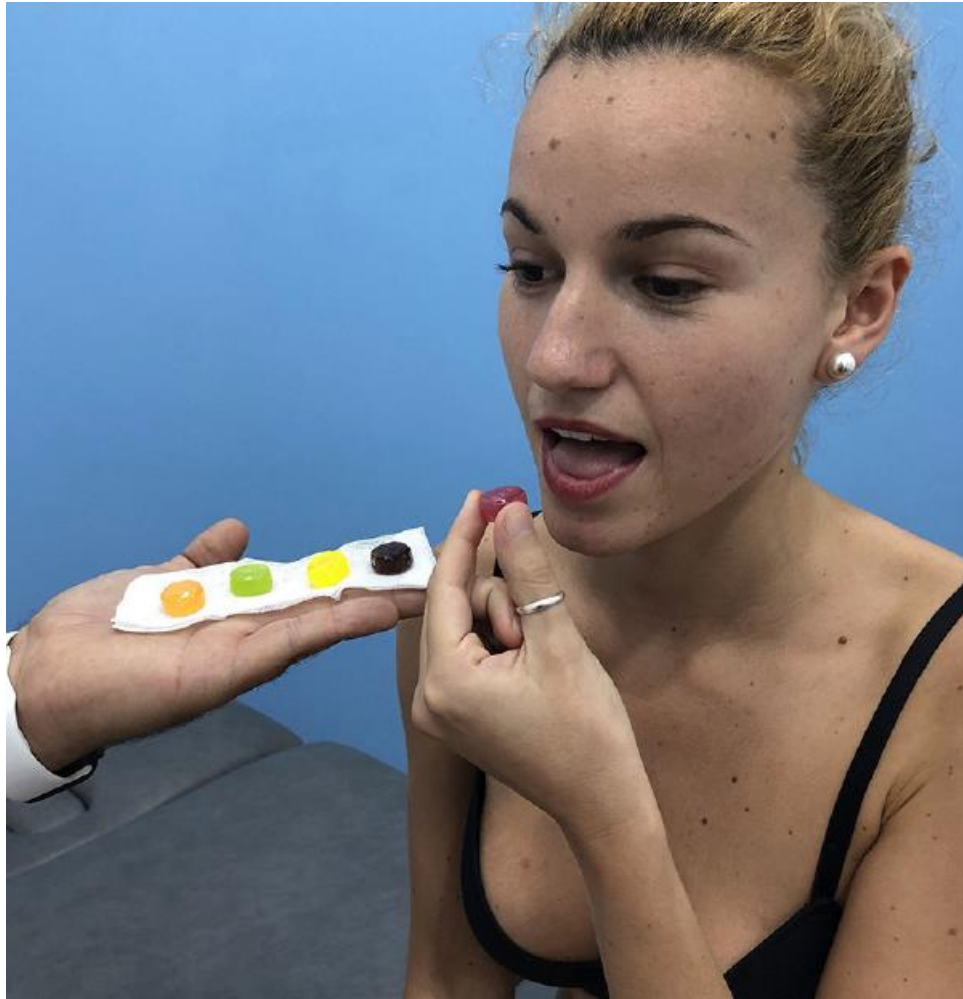
Tapando uno de los dos orificios nasales del paciente, el terapeuta le ofrece a oler distintas sustancias con olores fácilmente reconocibles. Luego repite esta acción en el otro orificio nasal.

Interpretación del test

Hay que definir dos parámetros en el paciente: en primer lugar, la cantidad mínima de sustancia para que el paciente pueda percibir su olor y, en segundo lugar, la fatiga olfativa, que es el tiempo transcurrido desde que el paciente experimenta una sensación de fatiga por oler una sustancia hasta que es capaz de volver a oler esa misma sustancia.

Una alteración de al menos uno de los dos parámetros de un conducto olfativo con respecto al otro hace pensar en una alteración de la sensibilidad olfativa.

Las sustancias recomendadas para la realización de la prueba son amoníaco, benceno, mentol, xileno, benzaldehído, ácido cítrico, café y aguarrás.



*Renner B, Mueller CA, Dreier J, Faulhaber S, Rascher W, Kobal G.
The Candy smell test: A new test for retronasal olfactory
performance. Laryngoscope. 2009;119(3):487-95.*

Candy Smell Test

Esta prueba sirve para valorar la función olfatoria retronasal.

Ejecución del test

El terapeuta va a administrar una serie de 23 caramelos de 9 mm de diámetro; cada uno de ellos contiene 0,5 g de sorbitol y un único aroma.

Los sujetos deben situar el caramelo en la lengua y chuparlo, será entonces cuando se le dará cuatro opciones de sabores entre los que está el aroma verdadero; el resto de aromas serán distractores. El paciente debe seleccionar la respuesta correcta. Una vez que responda la pregunta puede expulsarlo de la boca.

Se debe tener en cuenta que después de degustar cada caramelo el sujeto debe enjuagarse la boca con agua y no se le dice si las respuestas son correctas hasta el final para no influir en sus decisiones.

Interpretación del test

Cada respuesta correcta se puntúa con un punto; la puntuación máxima es de 23 puntos. La interpretación varía de acuerdo con la edad del individuo:

Si el paciente tiene entre 16 y 55 años y presenta valores iguales o inferiores a 16, la prueba indica que sufre hiposmia.

Si el paciente tiene más de 55 años y presenta valores iguales o inferiores a 13 indica que sufre hiposmia.

Si el paciente presenta un resultado igual o inferior a 13 indica que presenta anosmia independientemente de la edad que tenga.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene valores del 83% (16-35 años), 92% (36-55 años) y 91% (> 55 años). Su especificidad tiene valores del 88% (16-35 años), 87% (36-55 años) y 89% (> 55 años).



Aroma a testar	Items distractores		
1) Limón	Manzana	Menta	Muesli
1) Frambuesa	Cacao	Coco	Cereza
1) Fruta de la pasión	Caramelo	Naranja	Regaliz
1) Cola	Tomate	Nuez	Melocotón
1) Canela	Pera	Manzana	Dulce de madera (sweet wooddruff)
1) Plátano	Pepinillo	Pan de gengibre	Muesli
1) Naranja	Uva	Vainilla	Avellana
1) Piña	Limón	Terrón de azúcar	Turrón
1) Café	Melón	Osito de goma	Mandarina
1) Melocotón	Naranja	Cola	Cacao
1) Dulce de madera	Cacao	Cacahuete	Fresa
1) Pera	Cereza	Pepinillo	Regaliz
1) Pan de gengibre	Plátano	Osito de goma	Uva
1) Grosella negra	Fresa	Nuez	Coco
1) Anís	Mandarina	Cacahuete	Caramelo
1) Kiwi	Cacao	Frambuesa	Tomate
1) Avellana	Fruta de la pasión	Grosella negra	Piña
1) Mandarina	Turrón	Kiwi	Vainilla
1) Manzana	Cacahuete	Naranja	Cola
1) Vainilla	Muesli	Tomate	Cola
1) Frambuesa	Café	Cacao	Menta
1) Cereza	Melón	Coco	Terrón de azúcar
1) Menta	Regaliz	Anís	Cacao

*Renner B, Mueller CA, Dreier J, Faulhaber S, Rascher W, Kobal G.
The Candy smell test: A new test for retronasal olfactory
performance. Laryngoscope. 2009;119(3):487-95.*

Candy Smell Test

Esta prueba sirve para valorar la función olfatoria retronasal.

Ejecución del test

El terapeuta va a administrar una serie de 23 caramelos de 9 mm de diámetro; cada uno de ellos contiene 0,5 g de sorbitol y un único aroma.

Los sujetos deben situar el caramelo en la lengua y chuparlo, será entonces cuando se le dará cuatro opciones de sabores entre los que está el aroma verdadero; el resto de aromas serán distractores. El paciente debe seleccionar la respuesta correcta. Una vez que responda la pregunta puede expulsarlo de la boca.

Se debe tener en cuenta que después de degustar cada caramelo el sujeto debe enjuagarse la boca con agua y no se le dice si las respuestas son correctas hasta el final para no influir en sus decisiones.

Interpretación del test

Cada respuesta correcta se puntúa con un punto; la puntuación máxima es de 23 puntos. La interpretación varía de acuerdo con la edad del individuo:

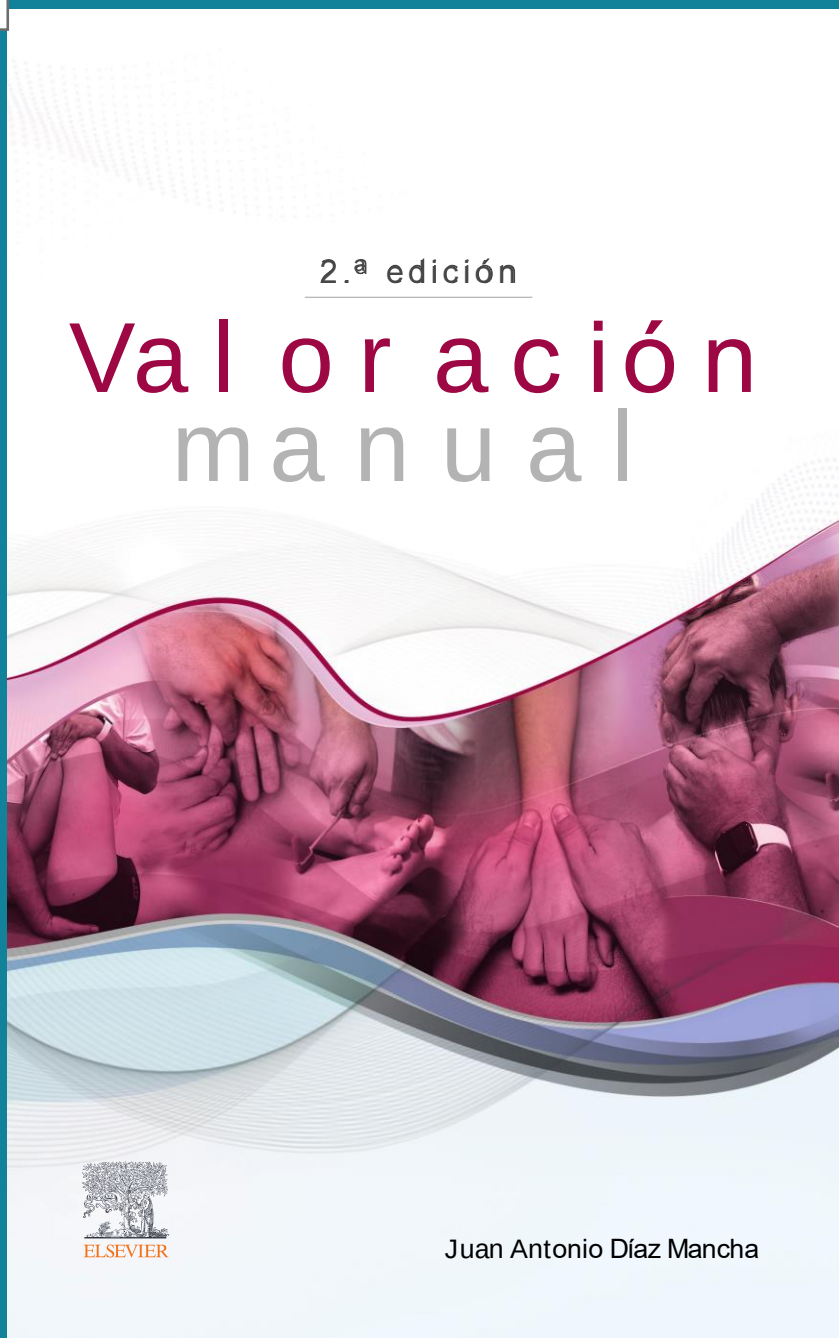
Si el paciente tiene entre 16 y 55 años y presenta valores iguales o inferiores a 16, la prueba indica que sufre hiposmia.

Si el paciente tiene más de 55 años y presenta valores iguales o inferiores a 13 indica que sufre hiposmia.

Si el paciente presenta un resultado igual o inferior a 13 indica que presenta anosmia independientemente de la edad que tenga.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene valores del 83% (16-35 años), 92% (36-55 años) y 91% (> 55 años). Su especificidad tiene valores del 88% (16-35 años), 87% (36-55 años) y 89% (> 55 años).



Pruebas para valorar el sistema vestibular

- [Prueba de desviación del índice de Bárány](#)
- [Prueba de la fístula o de Lucae](#)
- [Signo de Hennebert](#)
- [Prueba de Corradi](#)
- [Prueba de Hautant](#)
- [Prueba de aceleración armónica](#)
- [Prueba de Dix-Halpike](#)
- [Prueba de Fitzritson](#)
- [Prueba calórica](#)
- [Maniobra de agitación cefálica](#)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de desviación del índice de Bárány

Esta prueba se utiliza para determinar una posible afectación del sistema vestibular.

Posición del paciente

Sentado con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

De pie, delante del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta extiende los brazos y los codos hacia el paciente, de forma que lo apunta con los dedos índices. Pide al paciente que también extienda los brazos e índices hasta unirlos con los del terapeuta pero sin tocarlos. Acto seguido pide al paciente que cierre los ojos y mantenga la posición de alineación con los índices del terapeuta.

Interpretación del test

La prueba se considera negativa si el paciente mantiene alineados sus dedos índices con los dedos índices del terapeuta. En caso de que exista una laterodesviación de los brazos del paciente que suponga perder la alineación con los índices del terapeuta, la prueba es positiva. Por lo general la desviación de los dedos índices indica el lado de la disfunción vestibular.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de la fístula o de Lucae

Esta prueba se utiliza para la exploración de vértigos de origen laberíntico.

Posición del paciente

Sentado, con la cabeza mirando al frente y los brazos paralelos al tronco, de forma que las manos quedan reposando sobre las piernas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, frente al paciente ligeramente desplazado en el lado del oído a valorar.

Ejecución del test

Con una jeringa el terapeuta insufla aire al oído a valorar del paciente.

Interpretación del test

Si al realizar la prueba aparece sintomatología vertiginosa o nistagmo ocular, la prueba es positiva. La prueba se considera negativa si no aparece ningún síntoma relacionado con el sistema vestibular.

Aunque el test sea negativo, no se puede afirmar con rotundidad que no exista afectación laberíntica; sin embargo, un resultado positivo sí requiere derivación al especialista en otorrinolaringología. La sintomatología se produce por una alteración estructural laberíntica.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Hennebert

Esta prueba se utiliza para la detección de posibles afecciones laberínticas secundarias a procesos sifilíticos.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y la cabeza en rotación cervical del lado contrario a evaluar.

Posición del terapeuta

En sedestación, en el lado a valorar del paciente en dirección a este.

Ejecución del test

Con ayuda de una jeringa, el terapeuta insufla aire en el oído externo a valorar. Tras esto, observa el ojo de la hemicara homolateral. Acto seguido lleva a cabo una aspiración del aire del mismo oído y vuelve a observar el ojo.

Interpretación del test

Ante la variación brusca de presiones en el oído afecto en pacientes con sífilis, el ojo responde con un movimiento involuntario de tipo nistagmo en rotación. Cuando el terapeuta aumenta la presión insuflando aire, se produce un nistagmo del ojo del mismo lado del oído a valorar hacia el lado afecto. Al disminuir la presión aspirando aire, se produce un nistagmo en el mismo ojo pero hacia el lado contrario al que se está evaluando. En pacientes sin afectación laberíntica secundaria a proceso sifilítico estos nistagmos no se producen en respuesta a esta maniobra.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Corradi

Esta prueba se utiliza para la detección de una afectación laberíntica.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente ligeramente desplazado en el lado a valorar.

Ejecución del test

El terapeuta hace vibrar un diapasón y contacta con su base sobre la apófisis mastoides del lado a valorar, asegurándose de que el paciente oiga la vibración que produce. Cuando el paciente deja de percibir las vibraciones, el terapeuta retira el diapasón de la apófisis mastoides. Acto seguido, vuelve a contactar el diapasón sobre la mastoides.

Interpretación del test

En condiciones normales, el paciente es capaz de percibir dos sonidos a lo largo de la prueba: uno con la primera aplicación del diapasón sobre la mastoides y otro más leve tras la segunda aplicación. En caso de afectación laberíntica, el paciente es incapaz de percibir el segundo sonido.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Hautant

Esta prueba se utiliza para hacer el diagnóstico diferencial entre el vértigo de origen vascular y el vértigo de origen mecánico.

Posición del paciente

Sentado, con los hombros en flexión de 90° , los codos extendidos y las manos con la palma hacia abajo (posición de sonámbulo).

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente, colocando los pulgares enfrentados lo más cerca posible a las manos del paciente pero sin tocarlas; de este modo toma un «marcador» de la posición de los brazos del paciente y puede valorar su cambio de posición.

Ejecución del test

En primer lugar, el terapeuta pide al paciente que cierre los ojos y observa si sus manos se desvían respecto a la posición inicial. Una vez realizada esta operación, pide al paciente que realice distintos movimientos con la columna cervical (extensión, flexión, rotación, etc.) manteniendo los ojos cerrados.

Interpretación del test

El test es positivo si existe una desviación de las manos en cualquier posición de la columna cervical; en este caso se puede concluir que el vértigo es de origen mecánico cervical.



Maes L, Vinck BM, Wuyts F, Dhaenens W, Bockstael A, Keppler H, et al. Clinical usefulness of the rotatory, caloric, and vestibular evoked myogenic potential test in unilateral peripheral vestibular pathologies. Int J Audiol. 2011;50(8):566-76.

Prueba de aceleración armónica

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del sistema vestibular.

Posición del paciente

En sedestación sobre una silla giratoria, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En sedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta impulsa la silla en la que está sentado el paciente para que comience a girar y percibe los movimientos oculares.

Interpretación del test

En condiciones normales, los ojos deben seguir una dirección contraria al giro cefálico. Si el terapeuta percibe un retraso en el inicio del movimiento ocular y una dirección inadecuada del globo ocular, se puede pensar en una afectación vestibular o laberíntica.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene valores del 84% (0,01 Hz), 79% (0,05 Hz) y 75% (0,1 Hz); su especificidad es del 64% (0,01 Hz), 61% (0,05 Hz) y 7% (0,1 Hz). Asimismo, su valor predictivo positivo es del 68,4% (0,01 Hz), 65,3% (0,05 Hz) y 69,7% (0,1 Hz); su valor predictivo negativo es del 80,8% (0,01 Hz), 75,5% (0,05 Hz) y 74,2% (0,1 Hz).



Benito-Orejas JJ, Poncela-Blanco M, Díez-González L, Aguilera-Aguilera G, et al. BENIGNO Practical guideline for Benign Paroxysmal Positional Vertigo. 2017;157-96.

Zainun Z, Zakaria MN, Sidek D, Ismail Z. Determination of sensitivity & specificity of Dix Hallpike test (DHT) in peripheral vestibular disordered subjects. Int Med J. 2013;20(2):211-2.

Prueba de Dix-Halpike

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de un vértigo posicional paroxístico benigno.

Posición del paciente

Sentado, con los brazos paralelos al cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, delante del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta toma un contacto con ambas manos, una a cada lado de la cara del paciente. A continuación realiza un movimiento pasivo de extensión y de rotación de la columna cervical hacia un lado. Una vez el paciente está en esta posición, el terapeuta procede a tumbarlo rápidamente sobre el lado contrario al de la rotación cervical que ha realizado. Entonces observa los ojos del paciente tras haberle indicado que los debe mantener abiertos durante toda la prueba. La prueba debe realizarse de forma bilateral.

Interpretación del test

La prueba es positiva si la maniobra produce un nistagmo, que puede ser horizontal, vertical o rotatorio según qué conducto semicircular se encuentre afectado.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene valores entre el 17 y el 82%, y su especificidad valores entre el 71 y el 100%. Asimismo, su valor predictivo positivo es del 55%.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Fitzritson

Esta prueba se utiliza para diferenciar si la causa de un vértigo presente en un paciente tiene un origen cervical o en el sistema vestibular.

Posición del paciente

Sentado en una silla giratoria, con los brazos paralelos al cuerpo y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta indica al paciente que realice rotaciones cervicales a un lado y a otro de forma alternante durante varios segundos. Cuando se active la sintomatología vertiginosa, le indica que se detenga mirando al frente. Acto seguido toma contacto sobre la cabeza manteniéndola en la misma posición mientras indica al paciente que gire el tronco mediante la silla giratoria. De esta forma la cabeza se mantiene en posición neutra mientras se producen giros alternativos hacia un lado y otro del cuerpo del paciente.

Interpretación del test

La afectación vertiginosa del paciente tiene un origen vestibular si en la segunda fase de la prueba (cuando solo gira el tronco) comienza a desaparecer la sintomatología motivo de consulta.

Si, por el contrario, los vértigos continúan constantes durante el transcurso de toda la prueba, el terapeuta indica que la afectación tiene un origen cervical.



Dra. Silvia Adriana Lasagno SA. Vestibular quantitative assessment: caloric testing. Revista de la federación argentina de sociedades de otorrinolaringología. 2015; Suplemento vestibular(7):35-39.

Maes L, Vinck BM, Wuyts F, D'haenens W, Bockstael A, Keppler H, et al. Clinical usefulness of the rotatory, caloric, and vestibular evoked myogenic potential test in unilateral peripheral vestibular pathologies. Int J Audiol. 2011;50(8):566-76.

Prueba calórica

Esta prueba se utiliza para determinar una posible afectación en alguno de los oídos.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En sedestación, en el lado del oído a evaluar en dirección del paciente a la altura de su cabeza.

Ejecución del test

Con la ayuda de una jeringa el terapeuta introduce suero o agua en el conducto auditivo externo a distintas temperaturas, primero fría (25 °C) y después caliente (40 °C), y pide al paciente que mantenga los ojos abiertos durante toda la prueba.

Interpretación del test

De forma fisiológica, cuando se inyecta agua en el conducto auditivo externo se produce un nistagmo en la misma dirección al oído a evaluar en caso de que el agua sea caliente y en dirección contraria en el caso de que sea fría. Si hay un problema de oído por afectación en el sistema vestibulococlear, el nistagmo no se produce.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene valores del 83-95%, y su especificidad valores del 71-79%. Asimismo, su valor predictivo positivo es del 80% y el negativo del 81,5%.



Maes L, Vinck BM, Wuyts F, D'haenens W, Bockstael A, Keppler H, et al. Clinical usefulness of the rotatory, caloric, and vestibular evoked myogenic potential test in unilateral peripheral vestibular pathologies. Int J Audiol. 2011;50(8):566-76.

Maniobra de agitación cefálica

Esta prueba se utiliza para detectar un posible problema vestibular.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En sedestación, delante del paciente

Ejecución del test

Se pide al paciente que realice rotaciones alternantes a izquierda y derecha de forma que en 15 segundos debe hacer unos 25 o 30 ciclos. Pasados esos 15 segundos, se pide al paciente que detenga bruscamente el movimiento de la cabeza.

Interpretación del test

La prueba es positiva si tras su realización aparece un nistagmo espontáneo, lo que indicaría que se necesitan pruebas más específicas para valorar el aparato vestibular. En caso de que tras la realización de la prueba no aparezca nistagmo reaccional, la prueba es negativa.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene valores del 34-44%, y su especificidad valores del 65-90%.