



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

C. Arceso _____

N.º. Top. M 272 1988 _____

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

T.O. ~~W~~
272 272
1988

MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN EXAMEN
FISICO GENERAL DEL PACIENTE

00302

MARIA CLAUDIA VILLAMIZAR CARO

BOGOTA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
1.988

14-6-01-111

MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN EXAMEN
FISICO GENERAL DEL PACIENTE

MARIA CLAUDIA VILLAMIZAR CARO

Trabajo de grado presentado como
requisito parcial para optar el
título de Odontólogo.

Director: doctor JAIME VILLAMIZAR LAMUS
doctor ALEJANDRO GARZON
AVELLANEDA

BOGOTA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
1.988

Doctora

MARISOL ARANGO

Decano Facultad de Odontología
Colegio Odontológico Colombiano
Ciudad

Apreciada doctora:

Me es grato dirigirme a usted para presentarle mi trabajo de grado,
el cual está titulado como "**MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN EXAMEN FISICO
GENERAL DEL PACIENTE**".

Aprovecho esta oportunidad para expresarle mi sentimiento de
consideración por la labor desempeñada en esta Facultad.

Cordialmente,

M^{ra} Claudia Villamizar Caro

MARIA CLAUDIA VILLAMIZAR CARO

Señores

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

Sección Monografías

Colegio Odontológico Colombiano

Ciudad

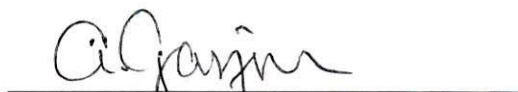
Apreciados señores:

Por medio de la presente adjunto a ustedes mi aprobación de la monografía titulada "**MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN EXAMEN FISICO GENERAL DEL PACIENTE**", presentada por MARIA CLAUDIA VILLAMIZAR CARO, como requisito para obtener su título de Odontóloga.

Atentamente,



JAIME VILLAMIZAR LAMUS
Director Clínica adscrita No.3
Colegio Odontológico Colombiano



ALEJANDRO GARZON AVELLANEDA
Odontólogo

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

RECTOR:	DR. JORGE ARANGO TAMAYO
DECANO:	Dra. MARISOL ARANGO DE LEON
VICEDECANO:	Dr. JAIRO FORERO MORALES
SECRETARIO ACADEMICO:	Dr. LUIS FELIPE FALLA
DIRECTORES DE MONOGRAFIA:	Dr. JAIME VILLAMIZAR LAMUS Dr. ALEJANDRO GARZON AVELLANEDA
COORDINADOR DE CURSO:	Dr. ROBERTO ARCINIEGAS

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

A handwritten signature in dark ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end, written over a horizontal line.

Jurado

Bogotá

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a los doctores JAIME VILLAMIZAR LAMUS, Director de la Clínica Adscrita No.3 del Colegio Odontológico Colombiano, egresado de la Universidad Nacional de Colombia y ALEJANDRO GARZON AVELLANEDA, exalumno del Colegio Odontológico Colombiano, quienes hicieron posible el completo desarrollo de este trabajo investigativo gracias al aporte de sus amplios conocimientos.

Dedico a:

MI esposo PABLO

MI hijo CARLOS EDUARDO

A mis padres



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
OBJETIVOS	
INTRODUCCION	
1. LA HISTORIA CLINICA	3
1.1. ANAMNESIS	3
1.1.1. Antecedentes hereditarios y personales	3
1.1.2. Enfermedad actual	6
1.1.3. Guía para el interrogatorio	8
1.2. EXAMEN DEL PACIENTE	9
1.2.1. Signos vitales	10
1.2.1.1. Temperatura normal del cuerpo	10
1.2.1.2. Pulso arterial	11
1.2.1.3. Presión arterial	12
1.2.1.3.1. Método auscultatorio	12
1.3. HISTORIA CLINICA	13
2. EXAMEN DE LA CABEZA	15
2.1. CRANEO	15
2.1.1. Tamaño y forma	16
2.1.1.1. Vinculación del tamaño y forma con:	
2.1.1.1.1. Tipo constitucional	16
2.1.1.1.2. Hábito postural	16
2.1.1.1.3. Crecimiento y desarrollo	17
2.1.2. Palpación del cráneo	17
2.2. CARA	17
2.2.1. Inspección	17
2.2.2. Palpación de la cara	19
2.2.3. Exploración de la sensibilidad	20
3. EXAMEN DEL CUELLO	
3.1. ANATOMIA DEL CUELLO	21
3.2. SEMIOLOGIA DEL CUELLO	21

3.2.1. Interrogatorio	21
3.2.2. Examen	22
3.2.2.1. Piel y tejidos blandos	23
3.2.2.2. Glándula tiroïdes	23
3.2.2.3. Examen de las glándulas salivales	24
3.2.2.4. Masas e inserciones musculares	26
3.2.2.5. Columna vertebral cervical	26
3.2.2.6. Examen de los ganglios linfáticos cervicofaciales	27
3.2.2.6.1. Generalidades	27
3.2.2.6.2. Inspección de los ganglios	27
3.2.2.6.3. Palpación de los ganglios	28
3.2.2.6.4. Clasificación de las adenopatías según su causa	30
3.2.2.6.4.1. Adenopatías primitivas	30
3.2.2.6.4.2. Adenopatías secundarias	30
3.2.2.6.5. Diagnóstico diferencial de las adenopatías	30
3.2.2.6.5.1. Adenopatías agudas	31
3.2.2.6.5.2. Adenopatías crónicas	31
3.2.2.6.5.3. Resumen	32
4. EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL	33
4.1. TECNICA DEL EXAMEN	33
4.1.1. Inspección	34
4.1.1.1. Inspección externa	34
4.1.1.2. Inspección interna	35
4.1.1.2.1. Aprovechamiento de la luz natural	37
4.1.1.2.2. Iluminación con luz artificial	37
4.1.2. Palpación	38
4.1.2.1. Palpación externa	38
4.1.2.2. Palpación interna	39
4.1.3. Olfación	40
4.1.4. Percusión	40
4.1.5. Punción	40
4.1.6. Exploración con sonda	41
4.1.7. Bulbo-aspiración	41
4.1.8. Diascopia	43

4.1.9. Dermatoscopia	43
4.1.10. Fluorescencia (Luz de Wood)	44
4.1.10.1. Luz de Wood en la mucosa bucal	46
4.1.11. Fotografía	48
5. EXAMEN DENTAL	49
5.1. GENERALIDADES	49
5.2. TECNICAS DEL EXAMEN DENTARIO	50
5.3. INSPECCION	50
5.3.1. Número	50
5.3.2. Forma y volumen	51
5.3.3. Espacios interdentarios	51
5.3.4. Cambios de dirección	51
5.3.5. Color	52
5.3.6. Alteraciones en su superficie	52
5.4. EXPLORACION INSTRUMENTAL	53
5.5. PALPACION	54
5.6. PERCUSION	54
5.7. DETERMINACION DE LA MOVILIDAD DENTARIA	55
5.8. PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR	55
5.9. TRANSILUMINACION	56
5.10. EXAMEN RADIOGRAFICO	56
5.11. EXAMEN DE LA ARTICULACION DENTARIA	57
6. EXAMEN DE LABORATORIO	59
6.1. HEMATOLOGICO	59
6.1.1. El Hemograma	59
6.1.1.1. Glóbulos blancos	59
6.1.1.2.1. Hemoglobina	60
6.1.1.2.2. Valor globular	60
6.1.1.2.3. Hematocrita	60
6.1.1.2.4. Viscosidad de la sangre	61
6.1.1.2.5. Resistencia globular	61
6.1.1.2.6. Eritrosedimentación	61
7.1. CARACTERES DE LA MUCOSA BUCAL	62
7.1.1. Labios	63
7.1.2. Mejillas	66

7.1.3. Lengua	67
7.1.4. Piso de la boca	69
7.1.5. Paladar	70
7.1.6. Región amigdalina	72
7.1.7. Rebordes maxilares	72
7.1.8. Rebordes maxilares seniles	72
7.1.9. Encía	73
7.1.10. Resumen del examen de la mucosa bucal y sus caracteres	76

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS

Esta monografía titulada MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN EXAMEN FISICO GENERAL DEL PACIENTE, tiene como fines:

- Dar a conocer las técnicas para elaborar un buen examen físico del paciente
- Que el odontólogo pueda reconocer las diferentes manifestaciones de enfermedades con el examen físico
- Que con el reconocimiento de las manifestaciones el Odontólogo dé un buen diagnóstico y hasta un tratamiento.

INTRODUCCION

El examen físico general del paciente es además de útil, necesario en el tratamiento odontológico.

Su propósito es descubrir, por examen sistemático sus antecedentes, cualquier contraindicación y el mejor manejo del tratamiento.

Se debe seguir un plan a fin de indagar toda información posible al paciente y llegar, sobre la base de ésta, a conclusiones acerca de la presencia o ausencia de patología ignorada por el paciente. Así, algún paciente dirá que "no" cuando se le pregunte por cierta enfermedad, los síntomas presentes harán sospechar tal eventualidad, que después confirmará el laboratorio si es preciso.

Es una responsabilidad conjunta del médico consultor y el odontólogo.

Se sugiere que los pasos que debe seguir el examen físico serán: desde la toma de presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, temperatura, hasta llegar donde el odontólogo centra su mayor interés, tales como dientes, mucosa y encía, paladar, faringe, labios, mejillas, lengua, piso de la boca, higiene bucal, nódulos linfáticos, ATM, cara.

Sin olvidar a los exámenes de laboratorio, que serán los que nos complementarán el diagnóstico.

CAPITULO 1

LA HISTORIA CLINICA. EL INTERROGATORIO Y EL EXAMEN DEL PACIENTE

1.1. Interrogatorio (Anamnesis)

El interrogatorio o anamnesis constituye la primera parte de la historia clínica. Por su intermedio se obtienen antecedentes familiares de valor, antecedentes personales y los síntomas de la enfermedad actual.

La anamnesis debe ser muy pródiga y detallada y su valor es tal que en la mayoría de los casos, después de realizada es posible insinuar una presunción diagnóstica. Requiere una habilidad especial del profesional que la ejecuta. Dejar hablar, pero orientar al paciente para evitar que divague, es una táctica de suma utilidad. Por motivos fáciles de comprender, a veces es necesario consultar a allegados del paciente, familiares o no.

Así mismo, es importante para el tratamiento y debe ser el comienzo de una relación agradable entre odontólogo-paciente que conduzca a realizar los deseos del paciente y al mismo tiempo le enseñe a lograr una salud dental óptima.

1.1.1. Antecedentes hereditarios y personales.

La anamnesis llamada remota comprende los antecedentes familiares, los antecedentes personales y otros datos que puedan ser de valor en la presunción diagnóstica.

Con respecto a los antecedentes familiares se insistirá sobre enfermedades o causas de fallecimiento de los padres, hermanos, abuelos, esposa e hijos.

Existen muchos procesos displásicos (malformativos) de tipo familiar que siguen las leyes de la herencia. Enfermedades crónicas en los padres como la sífilis e intoxicaciones como el alcoholismo, pueden traer en sus descendientes alteraciones mórbidas. Las llamadas antiguamente diátesis, tienen realidad indiscutible. Comprenden muchas enfermedades metabólicas y también en especial la actualmente denominada atopia (alergia atópica) por Coca y gran parte de los alergólogos. Ciertos eczemas, asma, rinitis espasmódica, etc., son ejemplos claros de una herencia especial.

Otras enfermedades como la tuberculosis, la lepra, pueden por motivos ambientales, ser fuentes de contagio. El cáncer pareciera ser frecuente en ciertas familias. La consanguinidad es causa de muchas disendocrínias y enfermedades displásicas.

Referente a los antecedentes personales de procesos padecidos por el enfermo, debe comenzarse por averiguar datos de su nacimiento, la primera infancia y la edad del desarrollo; también las fiebres eruptivas y toda clase de enfermedades. Así mismo, las intervenciones quirúrgicas que le han sido efectuadas. En la mujer debe averiguarse su ciclo menstrual y cuando correspondiere, observaciones sobre embarazo, partos, abortos. Una lactancia artificial podría ser la causa de un raquitismo en el hijo; una enfermedad infecciosa, el origen posible de una alteración renal o cardíaca; los abortos espontáneos obligarían a despistar una posible infección sifilítica, lo mismo que un embarazo gemelar univitelino.

Debe interrogarse sistemáticamente sobre funciones gastrointestinales, cardiovasculares, sobre caracteres del psiquismo, etc. Existen determinados procesos orgánicos, el líquen rojo plano por ejemplo, que generalmente afectan a neurópatas o individuos sujetos a traumas o tensiones emocionales.

Por último, una serie de datos personales pueden ser de mucho valor

para una orientación diagnóstica. Citaremos entre ellos las residencias anteriores, las profesiones u oficios desempeñados, la raza, la edad, sexo, estado civil, medio ambiente. Hay enfermedades infecciosas como las micosis profundas que solo es posible padecerlas si se ha residido en regiones endémicas. Así por ejemplo, un paciente que no haya salido nunca de la provincia de Buenos Aires no podría padecer de una blastomycosis sudamericana que únicamente puede ser contrída en la Argentina, en algunas provincias del norte. El hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE) solo se adquiere en nuestro país en algunas zonas de Córdoba, la Pampa, etc.

Las profesiones u oficios desempeñados pueden dar motivo a la enfermedad por la cual se nos consulta (plomeros, radiólogos, mineros, etc.).

La raza, factor étnico, tiene valor inestimable; hay procesos que atacan exclusivamente o con gran predilección a ciertas razas. Los negros y los indígenas son más propensos a la tuberculosis que los blancos; los judíos tienen predisposición para adquirir el pénfigo, la diabetes, la xantomatosis, etc.

Ciertas enfermedades se producen preponderantemente en edades especiales y en determinados sexos; el cáncer es más frecuente en la edad madura o después, ciertas micosis profundas atacan solo a los hombres, mientras que el cáncer de labio se observa casi siempre en hombres.

Ciertas enfermedades se producen preponderantemente en edades especiales. Existen algunas infecciones denominadas conyugales.

El medio ambiente, en lo que se refiere a hábitos higiénicos y alimenticios es de primordial importancia en las enfermedades carenciales.

1.1.2. Enfermedad actual

La enfermedad actual es parte fundamental del interrogatorio y comprende: - la enfermedad por la cual se consulta y - el interrogatorio sobre el estado de los diversos aparatos y sistemas del organismo, de posible relación con la enfermedad actual.

Con respecto a los antecedentes personales mórbidos de la enfermedad actual, debe comenzarse con la época de iniciación del proceso para continuar con sus síntomas, la evolución de los mismos, tratamientos efectuados y acción de aquellos. Por último investigar la evolución de la enfermedad.

Importante síntoma estomatológico lo constituye el dolor que, según su ubicación se denominará estomatodinia, glosodinia, etc. Son también síntomas pero al mismo tiempo signos, la sialorrea, la xerostomía, la hemorragia y la halitosis. A ellos nos referimos posteriormente en particular.

Es de valor averiguar la influencia de las medicaciones instituídas hasta el momento del examen o la mejoría espontánea de la enfermedad. Ello puede darnos pauta sobre el proceso. Habrá que descontar de la etiología tuberculosa cuando la enfermedad continúa su curso pese a que se instituyó terapéutica adecuada (estreptomina, isoniazida, PAS, Vitamina D2, etc.). Se pondrá en duda el diagnóstico de histoplasmosis o blastomycosis sudamericana cuando un tratamiento con sulfamidas no haya podido al menos mejorarlas. No se esperará encontrar una wassermann positiva, si a pesar de un posible contagio, se ha instituído en el intervalo un tratamiento con penicilina, en dosis y tiempos adecuados.

La vinculación de los síntomas a la clase de alimentación, estado del psiquismo, menstruación, estaciones del año, etc., nos hablará de su estrecha relación.

El carácter evolutivo de la enfermedad (continua, aguda, crónica, etc.), igualmente es de gran valor diagnóstico.

Finalizando el interrogatorio sobre la enfermedad actual, se realizará el referente a diversos aparatos y sistemas del organismo que permitirá descubrir algunos síntomas de su proceso que el paciente subestima.

Deberemos averiguar para ello sus trastornos digestivos, respiratorios, circulatorios, etc.; también referencias de alimentación, variaciones en su peso, apetito, sueño y vitalidad. A veces con un buen interrogatorio pueden descubrirse importantes carencias alimenticias, eventualmente origen de la enfermedad.

El interrogatorio nos informará además del estado de conciencia e inteligencia del paciente.

Es interesante el método que siguen algunas instituciones en el sentido de que el enfermo responda por escrito, previamente a la consulta, a un cuestionario estándar. En esa forma pueden aparecer síntomas de valor que muchas veces escapan al interrogatorio común. Además en la práctica corriente, es posible, a menos que se utilice un colaborador, disponer del tiempo requerido para un ahistoria minuciosa. Pero a nuestro juicio, esos interrogatorios extramédicos solo pueden ser útiles como complementarios, después de que el estomatólogo haya practicado personalmente la historia clínica. El trato profesional-paciente es fundamental para la terapéutica.

Otro criterio, en muchos casos de evidente utilidad práctica, que

siguen con frecuencia los dermatólogos y que practicamos corrientemente en estomatología, es realizar el interrogatorio después del examen de la lesión. Ello permite agudizar el examen semiológico y agilizar el raciocinio para formular uno o más diagnósticos presuntivos sin que el paciente nos desvíe con sus datos.

Este es el motivo que nos llevará cuando analicemos con detalle los signos (síntomas objetivos) y los síntomas (subjetivos) a comenzar con los primeros, que llamamos lesiones elementales de la mucosa bucal, dejando para el final el estudio de los grandes síntomas de las lesiones bucales (hemorragias, sialorrea y xerostomía, dolor, etc.).

La complejidad de las causas estomatológicas obliga también, a veces a orientar el interrogatorio una vez establecido un diagnóstico de presunción o certeza; existen detalles particulares de ciertos procesos que escapan a un interrogatorio sin ese fin determinado.

1.1.3. Guía para el interrogatorio

Insertamos a continuación una pequeña guía que utilizamos en nuestro servicio para la utilización estandarizada de la primera parte de la historia clínica, o sea el interrogatorio, y que comprende los datos personales, los antecedentes familiares y personales y la enfermedad actual.

Terminado el interrogatorio corresponde realizar (si se sigue la técnica corriente) el examen físico del paciente. Comprende éste:

- El estudio de la mucosa bucal y las partes blandas y duras de la boca observando si existen alteraciones (signos).

- Siempre deberá procederse posteriormente a un examen odontológico (dentario y periodontal).
- Tendrá que completarse con el examen de cabeza y cuello, donde en muchas oportunidades aparecen manifestaciones (adenopatías en especial) en vinculación con la lesión estomatológica, alteraciones de los maxilares, las glándulas salivares, de la articulación temporomandibular.
- Posteriormente se hará el examen clínico general.

1.2. Examen del paciente

Deberá realizarse el resto del examen general del paciente: piel y faneras (pelos y uñas), de otras mucosas y semimucosas, (rectal, genital) y el clínico general y especializado.

Es muy frecuente que el proceso que se estudia en la boca tenga localizaciones cutáneas y en otras mucosas. La vinculación entre las enfermedades cutáneas y las de la mucosa bucal es muy frecuente (líquen, pénfigos, penfigoides, eritemas polimorfos, micosis, etc.). El dermatólogo es por ello el médico más ligado a la estomatología. En ocasiones, el diagnóstico de proceso bucal se hace por el examen cutáneo. Lo inverso también ocurre con frecuencia.

El examen clínico nos aclarará el estado general del paciente, lo cual es de suma importancia en la aplicación de una terapéutica o la posibilidad de localizaciones viserales de la enfermedad en estudio.

La necesidad de consulta con otras especialidades es corriente en particular con el otorrinolaringólogo. Por razones de vecindad algunas manifestaciones estomatológicas provienen de senos paranasales, faringe, laringe, etc. El oftalmólogo es también consultado con frecuencia por la asociación de

procesos de la mucosa bucal con lesiones oculares. Practicamente toda la medicina especializada es requerida por los estomatólogos (venereología, psiquiatría, gastroenterología, endocrinología, etc.).

En los capítulos respectivos a la patología pueden hallarse todas esas manifestaciones extrabucales.

Llegamos finalmente a los llamados exámenes complementarios. Estos son tan indispensables como el examen clínico y por lo general confirmatorios o aún de verdadero valor diagnóstico. Ello comprende: el examen histopatológico, citológico e histioquímico de laboratorio de laboratorio (físico-químicos en general, serológicos y microbiológicos), biológicos de inmunidad y alergia, radiológico.

1.2.1. Signos vitales

1.2.1.1. Temperatura normal del cuerpo

En los animales homeotermos la temperatura real a la que se mantiene el cuerpo varía de especie a especie y en menor grado de individuo a individuo.

En el hombre la cifra normal para la temperatura bucal es de 37°C , con un promedio de 36.7°C .

Varias partes del cuerpo se encuentran a diferentes temperaturas y la magnitud de la diferencia varía con la temperatura ambiente.

Las extremidades son generalmente más frías que el resto del cuerpo.

La temperatura bucal es normalmente 0.5°C más baja

que la recta.

En la mujer hay cambios de temperatura en el tiempo de la ovulación. En el niño es aproximadamente 0.5°C mayor que la normal establecida para los adultos. El ejercicio también la puede aumentar así como la excitación emocional.

Frecuencia cardíaca normal. En el corazón humano normal cada latido se origina en el nodo SA (ritmo sinusal normal, RSN). El corazón late aproximadamente 70 veces por minuto en reposo.

La frecuencia se retarda (bradicardia) en el sueño y se acelera (taquicardia) por la emoción, ejercicio, fiebre.

1.2.1.2. Pulso arterial

La sangre impulsada hacia la aorta no solo mueve a la sangre en los vasos hacia adelante, también establece una onda de presión que viaja por las arterias. La onda de presión expande las paredes arteriales al viajar y la expansión es palpable en forma de pulso. La velocidad a que viaja la onda, que es independiente de, y mucho más rápida que la velocidad del flujo sanguíneo, es de 5-8 m/seg. dependiendo de la edad.

Con la edad el pulso es más rápido. La fuerza del pulso está determinada por la presión del pulso. El pulso es débil (filiforme) en el choque. Es fuerte cuando el volumen del latido es grande; en el ejercicio o después de la administración de histamina por ejemplo.

1.2.1.3. Presión arterial

La presión en la aorta, en la arteria braquial y otras grandes arterias normalmente sube, en un adulto joven, a un valor máximo (presión sistólica) de 120 mm. Hg. aproximadamente durante cada ciclo cardíaco y cae a un valor mínimo (presión diastólica) de cerca de 70 mm. Hg.

La presión del pulso, o sea la diferencia entre las presiones sistólica y diastólica normalmente es de 50 mm.Hg.

La presión media es el promedio de presiones a través de todo un ciclo cardíaco.

1.2.1.3.1. Método auscultatorio

En el ser humano, la presión sanguínea arterial se mide rutinariamente por el método auscultatorio. Un brazalete que se puede inflar (brazalete de Riva Rocci) conectado a un manómetro de mercurio (esfigmomanómetro), se enrolla alrededor del brazo y se coloca un estetoscopio sobre la arteria braquial en el codo. El brazalete es inflado rápidamente hasta que la presión dentro de él esté muy por encima de la presión sistólica esperada en la arteria humeral. La arteria es ocluída por el brazalete y no se oye sonido alguno con el estetoscopio. Luego se baja lentamente la presión en el brazalete. En el punto en el cual la presión en la arteria justamente excede a la presión del brazalete, pasa un chorro de sangre con cada

latido cardiaco y sincrónicamente con cada uno de ellos se oye un sonido por debajo del brazalete. La presión del brazalete a la que se oyen por primera vez los sonidos, es la presión sistólica.

A medida que la presión del brazalete va bajando, los sonidos se vuelven más fuertes, luego sordos y apagados y finalmente desaparecen en la mayoría de los individuos. Estos son los sonidos de Krotkow.

La presión diastólica se correlaciona con la presión a la cual los sonidos se vuelven apagados.

El método auscultatorio es exacto cuando se emplea apropiadamente. El brazalete debe estar al nivel del corazón para obtener una presión no influida por la gravedad. La presión sanguínea se puede medir en los muslos con el brazalete alrededor del musmo y el estetoscopio sobre la arteria poplítea.

1.3. Historia clínica

La historia clínica llevará todos los resultados del interrogatorio y exámenes. Se acostumbre después del interrogatorio y examen del paciente y antes de las investigaciones complementarias (histopatología, laboratorio, etc.) hacer consideraciones diagnósticas clínicas de la enfermedad de carácter presuntivo y hacia las cuales orientaremos los pedidos especializados.

GUIA PARA EL INTERROGATORIO

- I. Datos personales
1. Nombre y apellido del enfermo
 2. Documento de Identidad
 3. Grupo sanguíneo
 4. Sexo
 5. Edad
 6. Estado civil
 7. Fecha de primera visita
 8. Residencia habitual últimos 5 años
 9. Residencia habitual anterior a 5 años
 10. Teléfono
 11. Informes sobre el familiar más cercano
 12. Nacionalidad
 13. Raza
 14. Lugar y fecha de nacimiento
 15. Profesión u oficio actual y anteriores
 16. Nombre del profesional o persona que lo envía
- II. Antecedentes Familiares
- (Sobre padres, hermanos, abuelos, esposa e hijos).
- Malformaciones (displasias)
- Enfermedades infecciosas crónicas (sífilis, tuberculosis, lepra, etc.)
- Metabólicas (diabetes, obesidad, gota)
- Intoxicaciones
- Alergias
- Consanguinidad
- III. Antecedentes Personales
- Nacimiento
- Lactancia
- Pubertad
- Enf. eruptivas
- Otras enfermedades
- Intervenciones quirúrgicas
- Alteraciones vinculadas al sexo (embarazos, abortos)
- Vicios (tabaco, alcohol, etc.)
- Función gastrointestinal
- Psiquismo
- IV. Enfermedad actual: Tiempo de ovulación
- Síntomas, su evolución
- Tratamientos efectuados, su acción
- Evolución de la enfermedad
- Síntomas generales:
- digestivos, circulatorios, etc.
 - peso, apetito, alimentación, etc.

CAPITULO 2

EL EXAMEN DE CABEZA

Lo primero que hacemos es una rápida inspección cefálica del paciente, forma, tamaño del cráneo, rasgos faciales, expresión y facies. Apreciamos si existen tics, temblores, color de la piel, alteraciones cutáneas, región palpebral, etc. No basta la inspección, es necesario palpar y en ocasiones explorar la sensibilidad.

Estudiamos además la vinculación de la cabeza con el hábito constitucional y el hábito postural.

2.1. Cráneo

Tamaño y forma

Cuando el diámetro del cráneo es menor del normal corresponde a un microcéfalo y es provocado por osificaciones precoces de la fontanela.

Si es mayor es macrocéfalo. El diámetro de la cara es menor si se observa hidrocefalia.

En la enfermedad de Paget existe un aumento progresivo del tamaño del cráneo, la cara ofrece una forma triangular.

En la osteogénesis imperfecta, el cráneo es blando, hay malformaciones bucales.

En el raquitismo la cabeza es cuadrada, frente alta, cráneo convexo, piernas en forma de paréntesis, poco desarrollo

axilar y mandibular.

2.1.1.1. Vinculación del tamaño y forma del cráneo con:

2.1.1.1.1. Tipo constitucional

Se basa en dos tipos extremos: brevifléneos y longifléneos.

El brevifléneo: hay predominio del diámetro transversal del cráneo (braquicefálico) y del sector digestivo de la cara, mandíbula, maxilares. Frecuentemente la cara es ancha, nariz aplanada, cuello y tórax cortos también los hombros, los miembros son cortos y carnosos.

El longifléneo: hay predominio del diámetro sagital del cráneo (dolicocefálico). La cara es larga y delgada, también la nariz, hay predominio de la parte superior sobre la inferior. Cuello largo, angosto, hombros estrechos y caídos, tórax largo y plano. Miembros largos con musculatura débil.

El tipo constitucional intermedio es el normal o mesomático.

2.1.1.1.2. Hábito postural

Este puede ser normal o presentar la columna vertebral curvada hacia atrás (cifosis), hacia adelante (lordosis) o lateralmente (escoliosis).

2.1.1.1.3. Crecimiento y desarrollo

Debemos tener en cuenta alteraciones genéticas (raza, herencia) glándulas endocrinas, lóbulo anterior de la hipófisis, tiroides, glándulas sexuales, alteraciones del metabolismo y nutrición, alteraciones nerviosas, infecciones, clima, género de vida.

En el examen físico debemos tener presentes las relaciones morfológicas y antropométricas que existen en el recién nacido, niño, puber y adulto.

El crecimiento y desarrollo puede estar retardado (enanismo e infantilismo) o aumentados (gigantismo).

2.1.1.2. Palpación del cráneo

Puede ser útil para reconocer zonas dolorosas o pequeñas alteraciones óseas como las lesiones del mieloma múltiple, del hiperparatiroidismo, osteogénesis imperfecta, metástasis neoplásicas malignas y en osteomielitis.

2.1.2. Cara

2.1.2.1. Inspección

Debe observarse rasgos y tipos faciales, expresión facial, facies; alteraciones cutáneas; exploración de la motilidad y sus alteraciones, tics y temblores; la región orbitaria.

Generalmente los rasgos faciales armónicos están relacionados o condicionados por la forma de los arcos dentarios y articulación dentaria y por el funcionamiento normal del sistema masticatorio.

Una alteración como la distoclusión, se observa escaso desarrollo mandibular, dimensión vertical disminuída, labio superior grande y atónico, labio inferior chico, surco mentoniano muy marcado.

En la mesioclusión existe: labio inferior grande, atónico, evertido, labio superior pequeño, mal cierre bucal y diastemas en los incisivos inferiores.

La expresión facial normal es atenta, demostrativa, con aspecto ocular de vivacidad e inteligencia.

Los estados de tensión psíquica se traducen en la expresión como contracción de los músculos faciales, especialmente los peribucales, también los que intervienen en la respiración.

La expresión puede ser: de ansiedad, dolor, preocupación.

Las facies pueden ser de varios aspectos: elefantíásica (infiltración edematosa o por gases); facies endocrinas (que señalan estados patológicos: hiper e hipotiroidismo, acromegalia); facies nerviosas (típica la enfermedad de Parkinson).

Las alteraciones cutáneas, donde lo primero que miramos es el color de la piel, para compararlo con el color de las mucosas. Si el color de la cara es azul-violáceo (cianótico), amarillo-verdoso (ictéricos), pardo (hiperpigmentación melánica).

Las alteraciones de la motilidad pueden hacerse evidente con un examen funcional, al invitar al enfermo a arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, elevar las cejas. Estas

maniobras hacen exploración del nervio facial. Hacemos también silbar, abrir y cerrar la boca, sacar la lengua.

En la región orbitaria se observarán los párpados, la hendidura palpebral, la conjuntiva palpebral, el globo ocular.

2.1.2.2. Palpación de la cara

La palpación debe hacerse en toda la cara, pudiéndose encontrar zonas de hiperestesia cutánea, dolor.

No podemos olvidar la palpación de los ganglios genianos.

En la zona de la pared anterior del seno maxilar debe presionarse porque puede ser dolorosa en caso de presentarse sinusitis.

La zona de la ATM puede ser dolorosa en caso de disfunción de la misma.

Todo el reborde orbitario, malares, huesos propios maxilar y mandibular y mandíbula deben palparse metódicamente cuando hay antecedentes traumáticos.

Se deben palpar los músculos en reposo y en contracción funcional (oclusión dentaria con métodos de palpación externa, endobucal, con técnicas monomanual, bimanual o bidigital.

La tonicidad del orbicular de los labios puede explorarse introduciendo el índice y el pulgar de una mano a la altura de las comisuras y separando los dedos en oposición a la fuerza que realiza el paciente cuando le indicamos que

trate de unir los labios.

La tonicidad del orbicular de los labios puede explorarse, introduciendo el índice y el pulgar de una mano a la altura de las comisuras y separando los dedos en oposición a la fuerza que realiza el paciente cuando le indicamos que trate de unir los labios.

2.1.2.3. Exploración de la sensibilidad

Debemos tener en cuenta el umbral doloroso del paciente y para ello observamos la reacción que provoca al presionar zonas que normalmente son dolorosas como los globos oculares.

Se comprobará tanto en el lado sano como en el enfermo.



CAPITULO 3

EXAMEN DEL CUELLO

3.1. Anatomía del cuello

Topográficamente se le puede dividir en tres zonas: anterior, lateral y posterior.

La anterior comprende las regiones suprahioidea (submentoniana y submaxilar) e infrahioidea. La lateral comprende las regiones parotídea, carotídea o del músculo esternocleidomastoideo y la supraclavicular.

La zona posterior está comprendida entre ambas regiones laterales.

3.2. Semiología del cuello

3.2.1. Interrogatorio

Es importante en la historia clínica consignar todos los hallazgos minuciosamente detallados. El tiempo de evolución, la sintomatología, deben ser muy establecidos. Una adenopatía cervical, con poco tiempo de evolución puede ser inflamatoria. El antecedente de sensación de "alargamiento" (periodontitis) en una pieza dentaria que es dolorosa a la oclusión, o de una angina en una paciente que presenta una adenopatía con características inflamatorias ayudan al diagnóstico presuntivo de adenitis inespecífica.

Una tumefacción infrahioidea, perimandibular, indurada,

sensible, con sintomatología tóxica general, con el antecedente de una extracción reciente de un molar inferior, nos puede hacer pensar en una angina de Ludwig que actualmente es rara.

Un ganglio submaxilar o submentoniano aumentado de tamaño, duro, fijo a los planos profundos, en un enfermo que presente por ejemplo una cicatriz secundaria o una intervención en el labio inferior, son signos que ayudan a un diagnóstico presuntivo de adenopatía metastásica.

Otras veces una afonía de largo tiempo de evolución, en un enfermo que tenga una adenopatía con las características anteriores puede ser un indicio de cáncer de laringe.

El dolor irradiado al oído puede ser originado en una lesión de laringe, faringe o lengua.

Una fístula crónica submentoniana, posterior a una periodontitis, hace sospechar una osteomielitis mandibular.

Deben considerarse en la historia clínica, las dificultades en la masticación, deglución, respiración y locución.

3.2.2.Examen

El paciente debe ser examinado preferentemente sentado y con el cuello descubierto, en algunos casos hasta las axilas de modo que nos permita observar con comodidad las diferentes zonas. El examen debe ser realizado observando el tono postural normal y luego en las diferentes posiciones de flexión, extensión, rotación y lateralidad, dentro de los límites normales, forzados y en relajación.

De esta forma facilitamos la correcta inspección y palpación de la piel, ganglios, glándulas salivales, tiroides, masas e inserciones musculares, columna, así como también podemos efectuar un examen funcional del cuello, capaz de revelar las diferentes alteraciones.

En forma metódica deben ser reconocidas en el cuello: la piel, la glándula tiroides, los grupos ganglionares, las glándulas salivales, las masas musculares y sus inserciones en los límites óseos del cuello y la columna vertebral cervical.

3.2.2.1. Piel y tejidos blandos

La piel del cuello puede presentar diferentes lesiones: manchas, atrofas (porquilodermias); foliculitis crónica pseudoqueloideana de la nuca; cicatrices de adenitis crónica tuberculosa (escrófula).

Las partes blandas del cuello pueden ser asiento de procesos inflamatorios, celulitis y flemones agudos y crónicos de origen óseo (osteoflemón), ganglionar (adenoflemón) de glándulas salivales (sialadenoflemón) etc.

En el síndrome de Cushing y en el síndrome por obstrucción de la vena cava superior hay aumento de volumen no inflamatorio del cuello y cara.

Aumento de volumen del cuello por hipertrofia muscular se observa en los deportistas.

3.2.2.2. Glándula tiroides

Situada en la región anterior del cuello constituido por dos lóbulos laterales por delante de la tráquea del cartílago cricoides y tiroides, unidos por el istmo tiroideo que se apoya en la tráquea.

A la inspección la glándula tiroides no es evidente. Sin embargo, en personas muy delgadas a la palpación se presenta blanda y elástica. Se puede desplazar lateralmente pero no verticalmente.

Cuando está aumentada de volumen constituye el bocio.

La gran mayoría de las tiroideopatías (tiroiditis, tumores malignos y benignos) producen aumento de la glándula; algunas veces no es así y la patología solo se detecta por alteraciones funcionales que origina.

La región anterior del cuello se examinará de frente, de perfil, en posición normal, en hiperextensión y durante los movimientos de deglución. Una técnica de palpación de la tiroides es desplazar con el pulgar hacia un lado a la laringe y palpar el lóbulo opuesto que así queda más elevado. Al deglutir, la glándula desliza bajo los dedos.

La palpación dará detalles sobre tamaño, forma, si la superficie es uniforme o nodular, consistencia, sensibilidad, movilidad, en relación con la piel y los tejidos profundos.

Otros exámenes complementarios como la captación de yodo reactivo son de rutina para diferenciar en especial procesos benignos de malignos.

El adenoma es la causa más frecuente de hiperparatiroidismo primario.

3.2.2.3. Examen de las glándulas salivales

En el cuello corresponde examinar las parótidas y las

submaxilares.

A la inspección, la zona parotídea presenta diferente aspecto en los delgados y en los obesos. Pueden aumentar de volumen con factores hereditarios, ambientales y profesionales.

La inspección se hace de frente con la cabeza derecha. Así se descubren asimetrías; si se observa el lóbulo de la oreja levantado se puede asegurar la localización parotídea de la afección; además interesa el estado de la piel.

Antes de la palpación parotídea se pide al enfermo que abra la boca; se verá si existe dificultad en la apertura (trismus); inspección del conducto de Stensen.

La amígdala puede estar desplazada por una tumefacción parotídea y acompañarse de inflamación y dolor.

Se palpará la parótida y sus prolongaciones maseterina y faríngea.

La palpación total de la parótida se realiza en forma bidigital "abrazando" la glándula con el índice sobre la pared lateral de la faringe y el pulgar sobre la parte externa parotídea.

Los exámenes complementarios que según los casos pueden complementar el diagnóstico son: la punción-biopsia, radiografías, sialografía, examen físico-químico y bacteriológico de la saliva.

La glándula submaxilar, ubicada en el triángulo delimitado

por el vientre anterior del diagnóstico y por el posterior y por la mandíbula.

La palpación debe ser bimanual endo y exobucal para diferenciarlos. La palpación permite reconocer la normalidad en cuanto a forma, tamaño, consistencia y sensibilidad.

3.2.2.4. Masas e inserciones musculares

Al examen pueden presentarse seudorrídez cervical por celulitis, ántrax, mastoiditis, etc. Los ataques reumáticos de la musculatura cervical (tortículis) hacen que el enfermo presente la cabeza lateralizada hacia el lado sano.

Deben examinarse los músculos por palpación mono o bimanual (complementándose con la endo y exobucal cuando sea conveniente) y por comparación contralateral, no solo de las masas musculares también de sus inserciones.

3.2.2.5. Columna vertebral cervical

El examen de la porción ósea, del cuello por la inspección, palpación y exploración funcional (flexión, extensión, rotación, lateralidad) deben ser complementadas con radiografías.

En el síndrome de Barré-Lieou hay dolores en el cuello, en la nuca, vértigo y visión borrosa.

3.2.2.6. Examen de los ganglios linfáticos cervicofaciales (Las adenopatías).

3.2.2.6.1. Generalidades

En el cuello hay numerosos ganglios linfáticos. La región cervical es muy importante clínicamente como zona de búsqueda de adenopatías.

Adenopatías significa enfermedad de los ganglios linfáticos. Debemos describir una adenopatía así: a) localización; b) número (única o múltiple, bilateral o unilateral); c) forma y tamaño; d) consistencia (blanda, fluctuante, renitente, elástica, fibrosa, cartilaginosa, leñosa, ósea, etc. e) sensibilidad; f) movilidad o adherencia a tejidos vecinos; g) fistulización.

La palpación debe hacerse siempre comparando los caracteres de los ganglios o grupos ganglionares del lado opuesto.

3.2.2.6.2. Inspección de los ganglios

Cuando las adenopatías tienen cierto volumen puede elevarse la piel y determinar así una asimetría que los hace observables, ya sea en posición normal o en posiciones de extensión forzada.

La piel puede encontrarse normal, inflamada

(adenoflemones), con cicatrices (adenopatía tuberculosa), vegetaciones (cáncer) o presentar fístulas.

3.2.2.6.3. Palpación de los ganglios

Ubicados frente al paciente, le hacemos inclinar ligeramente la cabeza hacia el lado por examinar, hasta obtener la mayor relajación muscular. Si comenzamos por el lado izquierdo del enfermo, apoyamos el pulgar de la mano derecha sobre la mandíbula y con los dedos índice, mayor y anular de la misma mano, vamos recorriendo en la palpación los ganglios submaxilares: grupo posterior o retromandibular; grupo medio o submaxilar y grupo anterior o submentoniano.

Podemos complementar el examen colocando al paciente en posición normal hasta localizar el o los ganglios y luego poniéndole la cabeza en posición de extensión porzada, posterior o lateral según la zona que se esté estudiando.

En la parte media de la cadena descendente se encuentra el cuerpo carotídeo que podemos diferenciar de un ganglio, pues palpándolo suavemente se perciben los latidos del mismo.

En la fosa supraclavicular está el ganglio de troisier, en la parte interna de la clavícula, que puede ser asiento de metástasis cancerosas viscerales. Lateralizando la cabeza y poniendo el hombro hacia arriba y adelante se puede explorar esta zona con mayor comodidad.

La palpación bimanual con un dedo dentro de la boca y otros por piel, es útil para diferenciar los ganglios de

las glándulas salivales submaxilares, quistes tiroglosos o branquiales.

Los ganglios submaxilares están más cerca de la cara interna de la mandíbula y la glándula submaxilar está más baja y alejada del plano óseo.

Los ganglios cervicales posteriores y los parotídeos se pueden palpar, ubicándonos por detrás del paciente, estando éste con la cabeza inclinada hacia adelante y lateralizándola según el lado a examinar. Los ganglios parotídeos se hacen más evidentes haciendo propulsar el maxilar inferior.

En los ganglios genianos la palpación será bidigital, introduciendo el pulgar dentro de la boca y el índice de la misma mano sobre la piel, o la inversa según el lado facial.

Existen exámenes complementarios para el estudio ganglionar, estos son:

La función biopsia por aspiración que permite un diagnóstico por examen citológico, es muy rápido.

El examen histopatológico por extirpación total del ganglio que es útil para el diagnóstico de la lesión.

La linfografía que consiste en inyectar a los tejidos una sustancia de contraste y así visualizar radiográficamente ganglios profundos no visibles en una radiografía común.

3.2.2.6.4. Clasificación de las adenopatías según su causa. Pueden

ser primitivas o secundarias.

3.2.2.6.4.1. Adenopatías primitivas

Son originadas por enfermedades propias de los ganglios que, como son parte integrante del sistema retículo histiocitario, pueden estar afectados en las reticulopatías. De éstas nos interesan por la posibilidad de localización en los ganglios cervicales, los linfomas monomorfos y polimorfos (Hodkin), el linfoma folicular gigante o enfermedad de Brill Symmers, las leucemias en especial la linfoidea y la sarcoidosis.

3.2.2.6.4.2. Adenopatías secundarias

Pueden ser por procesos infecciosos inespecíficos o específicos (agudos y crónicos) constituyendo las adenitis y ser causadas por metástasis cancerosas.

3.2.2.6.5. Diagnóstico diferencial de las adenopatías cérvico-faciales.

Al examinar a un paciente con adenopatías cervicales debemos tener en cuenta: a) antecedentes personales y los relacionados con las adenopatías. b) Estado general del paciente. c) Características clínicas ganglionares (tamaño, consistencia, sensibilidad, adherencia, estado de la piel, si son únicas o múltiples, aisladas o agrupadas, fijas o móviles, si están afectados otros grupos ganglionares) d) tiempo de evolución (agudas o crónicas).

3.2.2.6.5.1. Adenopatías agudas

Cuando la adenopatía aguda es inespecífica el

enfermo manifiesta, con mayor frecuencia, síntomas generales como: dolor de garganta, de los dientes, sinusales, dolor ganglionar al realizar movimientos de cabeza, masticación, o a la palpación. El examen físico permitirá reconocer una lesión en la mucosa bucal (primoinfección herpética o recidivante, aftas, etc.), o una infección de origen dentario o periodontal o de otras mucosas, en la piel o en el cuero cabelludo. Presencia de signos inflamatorios, sobre todo el dolor, síntomas que refiere el paciente.

Cuando la adenitis aguda es específica, el cuadro que la produce (escarlatina, rubeola, mononucleosis infecciosa, etc.) es el elemento más importante para el diagnóstico. Los exámenes serológicos y los histopatológicos confirman el diagnóstico.

Las adenopatías en la leucemia linfóide aguda: aparecen en forma múltiples cervicales bien apreciables por su tamaño. Se encuentra además mal estado general, gran anemia, mucosa bucal palida, aumento del volumen de las encías (macrulia), zonas necróticas en el paladar y en la lengua causados por condida albicans.

Generalmente en el examen de sangre periférica y en la función esternal se confirma la leucemia.

En las adenopatías metastásicas agudas. Las adenopatías revelan su origen tumoral por función ganglionar o por la histopatología.

3.2.2.6.5.2. Adenopatías crónicas

Debemos determinar si las adenopatías son: a)

inespecíficas: generalmente de origen dentario o amigdalino; b) Inespecíficas: tuberculosis o micosis profundas; c) Metastásicas: por tumores vecinos o de vísceras alejadas; d) Primitivas.

Las adenitis inespecíficas son las más frecuentes. Los ganglios están algo aumentados de volumen, tienen dureza fibrosa, son móviles e indoloros. Hay antecedentes de anginas a repetición, o de sinusitis o de infección de origen dentario.

El foco séptico generalmente es amigdalino o dentario.

En las adenitis específicas: las de origen tuberculoso suelen observarse en niños con estos antecedentes. Son algo consistentes, con tendencia al reblandecimiento y móviles. Durante su evolución tienden a agruparse.

En las adenopatías metastásicas: los ganglios están aumentados de tamaño, dureza pétrea, fijos, crónicos e indoloros. Se debe buscar un tumor primitivo.

Generalmente hay antecedentes de haber tenido o de presentar en el momento del examen un epiteloma de la mucosa bucal.

3.2.2.6.5.3. Resumen

Resumiendo, frente a un paciente que presente adenopatías de cuello, debemos:

(1o.) Verificar la existencia de lesiones infecciosas localizadas en la piel de la cara, en cuero cabelludo, cuello, etc.

(2o.) Realizar un examen exhaustivo para investigar la existencia de focos dentarios, paradentarios, maxilares, de la mucosa bucal, amígdalas, senos paranasales, cávum, faringe, laringe.

(3o.) Agotado el examen clínico para ubicar algún proceso de vecindad causante de la adenopatía, debemos pensar en una enfermedad sistémica, sobre todo en el cuadro de las reticulososis y leucemias. Nos valemos de estudios de sangre, punciones medulares, biopsia de ganglios, piel, etc. No olvidaremos que puede ser, una metástasis ganglionar de un cáncer visceral.



CAPITULO 4

EL EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL

4.1. Técnica del examen

El examen de la mucosa bucal debe ser hecho metódicamente, examinando todos los sectores con una técnica adecuada. Debe conocerse lo normal para apreciar lo patológico.

Las enfermedades dan en la mucosa alteraciones que se denominan lesiones elementales. Son como las letras de un alfabeto. Sin su conocimiento no puede aprenderse el idioma de la estomatología.

Las lesiones elementales de la mucosa y semimucosa bucal pueden ser primitivas o secundarias. Estas últimas se constituyen por modificaciones de las primitivas.

Para el examen se deberá disponer, en primer lugar, de una buena fuente de luz: directa o indirecta. La primera puede ser natural o artificial. La luz indirecta se refleja a través de un espejo ubicado en la boca del enfermo o bien en la frente del estomatólogo. El primer método es el utilizado por los odontólogos, el segundo el utilizado por los especialistas de nariz, garganta y oídos. En caso de no disponerse de una buena luz natural que es nuestro criterio, lo mejor, creemos más por la amplitud del campo iluminado y la luz artificial directa.

Los surcos vestibulares, en especial los superiores en su tercio posterior pueden ser mirados con luz indirecta por intervención del espejo para su mejor observación el paciente deberá sacar sus aparatos removibles.

sus aparatos removibles.

La exploración de la boca se hará mediante técnicas que a continuación definiremos. Es además utilísima la colaboración del laboratorio (análisis de saliva, examen bacteriológico de exudados y pus, cultivos de los mismos, estudio microscópico de trozos de tejidos sospechosos o biopsias, reacciones serológicas de Wassermann y Kahn) para aclarar la etiología de procesos dudosos.

4.1.1. Inspección

La inspección nos permitirá observar la localización, tamaño, forma, etc., de la lesión que se examina. También el estado de las partes blandas de la boca. Deberá examinarse muy prólijamente y en forma ordenada toda la boca, desde los labios hasta las fauces. Es conveniente ayudarse con dos bajalenguas o un bajalenguas y un espejo y limpiar las lesiones previamente con un hisopo o mediante un enjuague.

La inspección será externa e interna, según que se haga sobre la cara cutánea de los labios y mejillas, a nivel de las glándulas salivales y de los ganglios recolectores de los linfáticos de la boca, o en la cavidad bucal propiamente dicha.

4.1.1.1. Inspección externa

Se efectuará con buena iluminación, mirando la cara de frente y de perfil. Ella permitirá reconocer asimetrías labiales, malformaciones diversas, eflorescencias cutáneas, neoformaciones o ulceraciones de la piel de los labios, infartos ganglionares.

Se examinará con la boca cerrada la piel y la semimucosa de ambos labios y las comisuras. Posteriormente hacemos abrir la boca al paciente para observar el tamaño de su orificio bucal y nuevamente sus comisuras.

A continuación, evertiendo ambos labios examinamos la mucosa de los mismos y los surcos vestibulares en su parte anterior.

4.1.1.2. Inspección interna

Contando con una buena iluminación, la inspección de la parte anterior de la boca, no ofrece dificultades. Con la boca bien abierta, unidos de un bajalenguas pequeño o un espéculo, o bien con los dedos, examinamos las mucosas yugales izquierda y derecha en toda su extensión. Se aprovecha para examinar los orificios de los conductos de Stensen y al mismo tiempo al resto de los surcos vestibulares, y por visión indirecta el espacio retromolar.

La cara de la mucosa de los labios se explora pisando con los dedos índices y pulgares el borde libre de los mismos e invirtiéndolos hacia arriba o hacia abajo, según se trate del labio superior o inferior.

Entonces haremos sacar y proyectar la lengua del paciente examinando su dorso en su tercio anterior y medio; traccionando con una gasa la punta de la misma y ayudados con un espejo observamos su tercio posterior, la V lingual y su base pudiendo ser vista por visión indirecta para completar su examen. De inmediato traccionamos la punta de la lengua opuestas observamos su borde incluso las papilas foliadas.

El paso subsiguiente consiste en examinar la cara ventral de la lengua y el piso de la boca, haciendo que el paciente lleve la punta de su lengua hasta tocarse el paladar y ayudándonos con un espejo o bajalengua para mantener la lengua evertida y permitir la mejor observación de algunas zonas.

Corresponde ahora el examen del paladar duro en su tercio anterior, medio y posterior, seguido del paladar blando.

Esta observación puede hacerse en forma directa o con un espejo grande que colocado sobre la lengua refleje el paladar. Aprovechamos también para mirar ambas regiones amigdalinas.

El último paso es el examen detallado de las encías, en primer término del maxilar inferior, en sus regiones vestibulares, desde la zona del tercer molar del lado derecho hacia el sector anterior y luego hasta el tercer molar izquierdo, unidos de un espejo para separar mucosa yugal. Sigue el examen de las encías por la cara lingual también ayudados por el espejo que permite deprimir la lengua y al mismo tiempo la observación directa de los sectores difíciles de ser vistos de otra manera. Reconocemos con una sonda el surco o hendidura gingival. Esta misma técnica la utilizamos para el examen de la encía vestibular y palatina del maxilar superior.

La boca es una cavidad irregular y profunda: el examen detallado y completo de la misma, exige una iluminación adecuada. Se denomina endoscopia al procedimiento por medio del cual se visualiza la superficie interna de una cavidad o víscera hueca. Para la endoscopia bucal se utilizan dos fuentes de luz, la natural y la artificial, siendo esta última proyectada dentro de la boca de manera directa o refleja.

4.1.1.2.1. Aprovechamiento de la luz natural

El práctico se coloca de espaldas a la luz y el paciente se ubica frente a él, abre la boca y deprime la lengua. De esta manera los ojos del primero quedan en una penumbra relativa, mientras la cavidad bucal está francamente iluminada.

Como todos los pacientes no saben deprimir la lengua, se hace indispensable el uso de instrumentos depresores linguales o bajalengua, de los que existe infinidad de modelos, los más comunes: el depresor lingual de Chatelier, depresor lingual modelo hospital Luaz, depresor lingual modelo Bayeux. Estos constan principalmente de dos partes, la espátula que deprime y el mango. En caso de emergencia, el mango de un instrumento lo puede suplir.

Previo esterilización del bajalengua, por la llama o por ebullición se utiliza de la siguiente manera: el paciente abre la boca sin esfuerzo, manteniendo la lengua dentro de ella; el depresor, tomado de la mano derecha del práctico es introducido en la cavidad apoyando su extremo espatular sobre el dorso de la lengua hasta su tercio medio. Con suavidad se deprime el órgano y luego, con un ligero movimiento de báscula se lo trae hacia afuera. Procediendo en la maniobra con delicadeza, se evitan las náuseas.

4.1.1.2.2. Iluminación con luz artificial

Como se dijera, esta iluminación directa de la boca, puede ser un fósforo, una vela, una lámpara, una bombilla eléctrica. Todo depende de las posibilidades con las que cuenta el médico, en el lugar en que ha de efectuar el examen. Como regla general de estos casos, conviene utilizar como una cuchara (según cual sea el foco de luz empleado) para interceptar los rayos luminosos hacia el lado del práctico, que queda así en la penumbra y enviarlos con más intensidad a la boca. Una lámpara colocada en lo alto de la habitación obligará como

siempre al examinador a colocarse de espaldas a la luz, mientras el paciente puesto frente a ella echará ligeramente la cabeza hacia atrás.

Las lámparas a pila seca permiten una buena visión. Los fotoforos frontales son proyectores de luz que el médico utiliza y que se fijan en la frente del mismo, gracias a un aro de celuloide,, que se adapta en la cabeza.

La luz reflejada es de uso corriente entre los estomatólogos y otorrinolaringólogos. El método consiste en recibir los rayos luminosos que emite una fuente de luz, sobre un espejo cóncavo que los refleja sobre la superficie de la cavidad a examinar.

4.1.2. Palpación

En segundo término corresponde palpar la lesión observada, maniobra que puede ser directa (digital) y que nos revela caracteres de consistencia, sensibilidad, etc. Distinguiremos la palpación por presión; esta última bidigital. A veces la palpación combinada intraoral y extraoral permiten hallar hechos de interés (palpación de glándulas submaxilares). La palpación indirecta con aguja, bisturí, etc., explora también la sensibilidad y además alguna dureza especial (crujidos, etc.). La blastomycosis sudamericana o enfermedad de Lutz-Splendore Almeyda nos da un crujido sui generis al raspar la dura superficie de sus lesiones bucales con un bisturí.

4.1.2.1. Palpación externa

No exige técnica especial; con ella se apreciará la consistencia de los tejidos, infiltraciones e

Induraciones de los mismos sensibilidad regional, las características de posibles neoformaciones, el tamaño y la dolorabilidad de ganglios infartados.

4.1.2.2. Palpación interna

Comenzará por labios y mejillas y con la mano protegida por un guante de goma, para evitar la contingencia de contagio, se procederá de la siguiente manera: introdúcese paulatinamente el dedo índice derecho en el vestíbulo de la boca, a lo largo del surco gingivolabial, recorriendo la cara interna de los labios y mejillas, primero de un lado, luego del otro, mientras el pulgar apoya sobre la superficie cutánea o externa de dichas formaciones.

El espesor de labios o mejillas queda comprendido entre las dos ramas de la pinza digital, estudiándose así la consistencia, lisura, grosor y dolor del segmento explorado.

Haciendo proyectar la lengua hacia afuera y con una técnica parecida, se palpa el órgano.

La palpación intrabucal sirve para localizar y estudiar formaciones patológicas profundas (quísticas, tumorales), consistencia de los tejidos, cálculos salivales enclavados en los conductos excretores de las glándulas correspondientes y la fijeza de las piezas dentarias.

La palpación del suelo de la boca es bimanual; uno o dos dedos de una mano se introducen en la boca y él o los pulpejos tocan en el suelo mientras que los dedos de la otra mano actúan por fuera a nivel de la región suprahióidea.

4.1.3. Olfación

Un método no despreciable de examen estomatológico es la olfacción que nos permite hablar de halitosis, olores sui generis como sucede en el pénfigo, las gangrenas, etc. Es bien sabido que es posible hacer diagnóstico de gangrena con sólo entrar en una sala donde haya un enfermo con este proceso.

4.1.4. Percusión

Este método es aprovechable para reconocer el estado de salud de las alteraciones alveolodentarias y de la pulpa de los dientes. Los estados inflamatorios son causas de dolor, cuando se percuten las piezas dentarias con una pinza.

El golpear suavemente los dientes con el mango de un instrumento puede dar al operador una valiosa información acerca de la condición de los tejidos pariapicales; la sensibilidad a la percusión es una fuente de indicación de periodontitis apical (inflamación de la membrana periodontal apical) que puede ser causada por irritantes dentro del conducto radicular (bacterias, tejido necrótico, exceso de medicación, sobreinstrumentación) o por trauma de el diente (golpe directo sobre el diente, contacto prematuro, abuso en los procedimientos operatorios). El test de percusión es de gran valor como ayuda para determinar el diente afectado, cuando el paciente se queja de dolor en una zona en general.

4.1.5. Punción

En algunas oportunidades la punción será un método de diagnóstico útil, cuando existan dudas acerca de si se trata

en realidad de una lesión de contenido líquido y cuál es la clase de éste. Ya en otro terreno la punción nos permitirá estudiar las modificaciones de sensibilidad de la mucosa. Así también en la perforante bucal (tabes bucal), la mucosa vecina a la perforación ha perdido la sensibilidad al dolor.

4.1.6. Exploración con sonda

La exploración con sonda nos es a veces útil para investigar un proyecto fistuloso o una cavidad patológica, también la permeabilidad de los conductos salivales.

Con la sonda periodontal averiguaremos la altura de la cresta del margen gingival libre en relación a la unión amelocementaria y la profundidad del surco gingival. La secuencia que se sigue es similar a la de la inspección, siempre yendo de derecha a izquierda, primero vestibular, después lingual y palatino, las mediciones se toman utilizando la sonda universal de Michigan.

Toda medida que sobrepase a los 3 mm. se considera como surco patológico, así como cualquier otra donde la cresta gingival libre se encuentre a menos de 2 mm. por encima o por debajo de la unión amelocementaria.

Puede observarse también las posibles bi y trifurcaciones y el grado de afección de la furcación.

4.1.7. Bulbo-aspiración (exploración de la fragilidad de la mucosa)

La mucosa bucal es en oportunidades muy frágil y fácil de desprenderse (enfermedades ampollares en especial). También en ocasiones sus vasos son débiles.

Para la comprobación de la fragilidad de la mucosa, utilizamos un bulbo de goma de los que se usan en goteros y que tienen en la base un relieve circular. Lo humedecemos, comprimimos la goma para desalojar el aire de su interior y lo aplicamos sobre la mucosa, previo secado de la misma. Preferimos la mucosa yugal y la del labio superior.

Para la fibromucosa utilizamos una pipeta de vidrio de 3 o 4 mm. de diámetro, que lleva adosada en su extremo una pera de goma para producir vacío.

Dejamos el bulbo de goma o la pipeta de 3 a 6 minutos. Prácticamente todos los procesos ampollares muestran fragilidad de la mucosa al contrario de lo que sucede en la piel, en donde solo se observa en algunos de ellos (pénfigo vulgar en especial, signo que se denomina Nikolsky). Además en piel el procedimiento se efectúa presionando la superficie con el pulpejo de un dedo, desprendiéndose cuando el signo es positivo, la epidermis. En la mucosa bucal el procedimiento no da resultados prácticos por razones de humedad, deslizamientos, etc.

Al desprenderse el bulbo de goma, en casos de fragilidad de la mucosa, ésta a veces se eleva como herniándose en el sitio de aplicación. Si secamos la mucosa, observamos en otras ocasiones un desprendimiento epitelial. Puede por fin, formarse una ampolla serosa o hemorrágica. No hemos hallado que este signo tenga el mismo valor del Nikolsky en la piel porque lo encontramos en cualquiera de los procesos ampollares, sin que nos permita un diagnóstico diferencial.

En cambio, este procedimiento del bulbo aspirador nos ha resultado de gran utilidad en la exploración de la fragilidad

vascular púrpura, procesos vascular púrpura, procesos vasculares hemorrágicos, etc. Comparándose a la prueba del lazo en la piel. Indudablemente las petequias es un resultado más científico y no de tipo práctico como el bulbo aspirador.

Por último, el bulbo aspirador nos permite en casos especiales provocar ampollas para estudios citológicos y de histopatología.

4.1.8. Diascopia

La diascopia es la observación de la mucosa, a través de un vidrio o lámina transparente que la comprime. Permite ver si desaparece una coloración, o si persiste toda o parte de ella. Diferenciaría por ejemplo, una mancha roja por congestión de una producida por púrpura. Esta última persistiría al realizarse la diascopia.

4.1.9. Dermatoscopia

Recibe el nombre de dermatoscopia el examen de la piel y las mucosas por intermedio de una lente de aumento con iluminación.

Han sido creados con tal fin numerosos aparatos, pero los más interesantes son los dermatoscopios que permiten aumentos grandes de hasta 32 veces o más. El aparato que utilizamos tiene graduaciones de hasta 32 veces o más. El aparato que utilizamos tiene graduaciones para 5,8,12,15,20 y 32 aumentos. Algunos de ellos tienen acoplados aparatos fotográficos. Estos mismos aparatos son utilizados también para capilaroscopia con el agregado de una luz adecuada (lámpara de hendidura) y en exámenes y operaciones de oídos y de ojos.

En la mucosa bucal pueden observarse con el dermatoscopio detalles que escape de las papilas linguales; edemas incipientes de la mucosa, inflamaciones superficiales y queratinizaciones mínima posibles de ser confundidas con leucoedemas puros. En el paladar es útil algunas veces para demostrar en el centro de algunas lesiones inflamatorias la presencia del orificio de glándulas salivales como sucede en la palatitis glandular simple. También en procesos ampollares para diferenciar, en caso de rotura de las ampollas, la persistencia del techo de las mismas o su desaparición que da lugar a una pérdida de sustancia (erosión).

En el dorso lingual, zonas que a la inspección directa aparentan ser de atrofia papilar, con el dermatoscopio se aprecia en realidad hipotrofia de las papilas. Este detalle es confirmado algunas veces por la evolución después de la terapéutica al volver a normalizarse las papilas.

Es decir que el dermatoscopio facilita el diagnóstico. Por otra parte permite captar con sus fotografías, detalles útiles para la enseñanza. Es posible que con una mayor experiencia se pueda extraer para un futuro hechos de interés para el estudio de los procesos bucales. Hemos podido despistar en glosodínias las llamadas ulceraciones "imaginarias" de Verneuil, que en algunos casos existen y tienen relación de causa o efecto. También algunas pequeñas fisuras en lenguas escrotales, son visibles con el dermatoscopio.

4.1.10. Fluorescencia (luz de Wood)

La luz de Wood, luz azul, luz violeta. luz negra o luz fluorescente puede ser producida por una lámpara a vapor de

mercurio no menor de 100 w, filtrada a través de óxido de Níquel, de silicio, de bario, de potasio o de cobre y de un espesor no menor de $\frac{1}{2}$ cm. Existen otros tipos de producción de luz azul pero si bien éstas pueden ser útiles para otros fines (cinematografía, etc.) no lo son para el examen del paciente. Así por ejemplo, las radiaciones de quemadores de cuarzo en frío son peligrosas para los ojos y el cabello del paciente e igualmente para las manos del operador.

El color normal que da a la piel y mucosas este tipo de luz es violeta con tonalidades variables según la vascularización de la región examinada.

Muchas lesiones cutáneo-mucosas son capaces de hacer cambiar el color de esta luz; así, es verde brillante en la tiña microscópica de cuero cabelludo; amarillo azufrado en la pitiriasis versicolor de la piel; rojo naranja brillante como el carbón encendido en el epiteloma espinoelular avanzado de la mucosa bucal.

La luz de Wood sirve también, en casos de vitiligo, para poner bien de manifiesto las lesiones; lo mismo ocurre en una lentiginosis, una roseola luética, manchas seroles, etc.

Algunos autores señalan que es posible distinguir con la luz de Wood por diferencias de intensidad de fluorescencia, diferentes tipos clínicos de eczemas, cuando previamente se inyecta fluoresceína endovenosa. Otros sostienen que existen diferencias de color entre el eczema seborreico y la psoriasis.

Puede verse con la luz de Wood variadas coloraciones por aplicación de medicaciones externas. La ingestión de atebina da un tinte verde a las uñas, al examen con luz fluorescente.

4.1.10.1. Luz de Wood en la mucosa bucal

En la lengua, la luz de Wood da un color rosa anaranjado, color que se acentúa en las zonas saburrales.

Las modificaciones de este color serían tomadas por patológica. En la semimucosa labial, escamas que clínicamente no son visibles se hacen evidentes con la luz de Wood con un color blanquecino brillante. En general las mucosas que presentan zonas inflamadas con mínima pérdida de sustancia superficial (erosión) se observan como manchas muy oscuras de color violeta vinoso. En las anemias se destaca el color pálido en especial en el paladar blando y en el piso de la boca.

Aquellas manchas melánicas que son poco visibles o de diagnóstico dudoso, se hacen muy evidentes con un color pardo negruzco. Este detalle cobra especial valor en el diagnóstico diferencial con los poco frecuentes epitelomas pigmentados que se observan en la semimucosa labial. En estos casos la luz de Wood permite confirmar la existencia de pigmentación melánica y hacer diagnóstico diferencial con pigmentaciones de origen hemático.

En estos epitelomas la pigmentación negra no toma toda la lesión como en los melanomas.

El acantoqueratoma espinoso, que es un blastoma epitelial benigno de la semimucosa labial, es una afección precancerosa y cuando es pequeño puede parecerse a una verruga seborreica. (acantoqueratoma basal melanizado) que no es precancerosa. Es precisamente la pigmentación melánica de ésta última, bien visible con la luz de Wood, la que hace el diagnóstico diferencial.

En la semimucosa labial el vitíligo destaca nítidamente como una mancha blanquecina debida a la falta de melanina por lo contrario se hace evidente el borde oscuro hiperpigmentado de la lesión.

Dijimos que el dorso lingual normalmente presenta un color rojo anaranjado. Las zonas con hipertrofia o con atrofia pilar, desaparece dicha coloración. En algunos pacientes con hipotrofia o con atrofia pilar, desaparece dicha coloración. En algunos pacientes se administrará complejo vitamínico B y se mejoran, vuelve a aparecer el color normal rosa-anaranjado.

En la hipovitaminosis B está demostrada la falta del color rosa anaranjado normal de la lengua.

La ingestión de tetraciclínas confiere a la mucosa observada con la luz de Wood un color amarillo intenso.

En algunos casos de epitelomas espino celulares, se observa en el centro del tumor un color rojo semejante a un carbón encendido, coloración que desaparece después de tratar al paciente con tetraciclínas. La ingestión durante 3 días previos de 750 miligramos diarios de tetraciclina, provoca en casos de epitelomas espinocelulares la aparición de fluorescencia amarillo-verdosa a las 48 horas, que según algunos autores serviría para diferenciarlos de un pseudocáncer.

Los melanomas infiltrantes tienen una autofluorescencia rojiza si tenemos en cuenta que:

(1) El dorso de la lengua presenta clínicamente un color rojo anaranjado; (2) que la lengua saburra presenta un aumento notable de dicha coloración; (3) que cuando las

papilas linguales se observan hipotróficas o atróficas dicha coloración desaparece; (4) que las zonas hipotróficas pueden regenerarse con el tratamiento, normalizándose el color a la luz de Wood; y (5) que los antibióticos hacen desaparecer dicha coloración, podría suponerse que el color rosa-anaranjado que presenta el dorso de la lengua se vincula a una flora bucal normal (aumentada en la lengua saburral o disminuída en las hipotrofias y atrofas de las papilas) y que, en realidad la presencia de papilas brinda a la flora bucal el lugar ideal para desarrollarse.

4.1.11. Fotografía

No nos referimos aquí a las técnicas especiales que se usan para la realización de fotografías clínicas y microscópicas, sino que nos limitaremos a dejar establecido que la fotografía toma parte también de un examen semiológico completo. No solo tiene el valor de una documentación comparativa para verificar la evolución de una lesión frente a la terapéutica empleada, sino que resulta útil además para fines de publicaciones científicas. Para nosotros tiene además en ocasiones un valor diagnóstico. Muchas veces frente a casos de difícil interpretación, con base en la observación directa del enfermo, resultamos luego sorprendidos al examinar la fotografía del caso, ya que ella mostraba con mayor nitidez detalles que nos hubiera hecho orientar más decididamente hacia la enfermedad causal sin las dudas que el examen directo de la lesión nos produjo.

CAPITULO 5

5.1. Generalidades

Las piezas dentarias son órganos constituidos por tejidos duros y blandos, consistencia vinculada a las sustancias inorgánicas o minerales y orgánicas que entran en su formación.

Una vez erupcionados se disponen en los maxilares formando los arcos dentarios superior e inferior que en el niño son 20 piezas y en el adulto 32.

Erupcionan en dos períodos: la primera dentición o temporaria, de los 6 a 30 meses y la segunda o permanente de los 6 a 18 años.

Anatómicamente tiene tres partes: corona, que normalmente es la que erupciona. El cuello y la raíz.

La porción coronaria se denomina cámara pulpar y conducto radicular la porción que corresponde a la raíz. Esta cavidad aloja la pulpa que es el órgano destinado a la formación y nutrición e inervación de la dentina.

La dentina es el tejido dentario de relativa dureza, color marfil que rodea la pulpa. La dentina de la corona está cubierta por esmalte.

El esmalte es el tejido más duro. Está dispuesto en forma de laminillas.

La dentina que corresponde a la raíz, está recubierta por cemento, tejido de aspecto osteoide.

5.2. Técnicas del examen dentario

Se iluminará la boca con luz directa y el paciente estará en una posición cómoda en el sillón odontológico.

El operador frente al paciente, parado o sentado. El instrumental será: espejo bucal, pinza algodонера, explorador, sonda.

El espejo se tomará con la mano izquierda y lo introducimos en la boca, apoyamos el dorso del mismo sobre la parte media y posterior de la superficie de la mucosa yugal derecha del paciente y así la separamos de las caras vestibulares de las piezas dentarias. Por medio del espejo con luz refleja la cara distal del último molar inferior derecho por donde comenzamos el examen y al llegar a la línea media, tomamos el espejo con la mano derecha para observar el lado opuesto.

5.3. Inspección

5.3.1. Número

Se observará si el número de las piezas dentarias erupcionadas corresponden a la edad cronológica del paciente.

La erupción precoz es signo de trastornos neuroendocrinos, hiperfunción suprarrenal.

Las tardías pueden estar vinculadas a hipotiroidismo, raquitismo, enfermedades distróficas.

La disminución en el número de piezas dentarias puede ser por agenesia de los gérmenes dentarios, exodoncias,

enfermedad periodontal, etc.

5.3.2. Forma y volumen

Se observan las anomalías de forma y volumen más frecuentemente en los permanentes.

Hay macrodoncia cuando el diámetro de los incisivos superiores es mayor a 32 milímetros.

La forma puede ser por rasgos familiares.

5.3.3. Espacios interdentarios

Son más comunes los existentes entre los dos centrales. Observaremos entonces la inserción del frenillo labial superior. Si las fibras de inserción están hacia palatino y hay isquemia a ese nivel, esa será la causa del diastema.

Si los diastemas son en posteriores, puede ser por hábitos o puede ser el primer síntoma de la enfermedad periodontal.

5.3.4. Cambios de dirección

Pueden ser por extracciones prematuras, traumatismos, hábitos, persistencia de temporarios.

Se pueden ubicar en vestíbulo, palato o linquo versión, mesio, disto o giroversión.

Pueden ser coronarias o coronorradiculares.

5.3.5. Color

Este varía si son temporales o permanentes. Está dado por el blanco azulado del esmalte, predominando en los bordes incisales y cúspides, y el blanco amarillento de la dentina en los dos tercios gingivales.

El color de los temporarios es blanco-lechoso. En los permanentes es blanco-amarillo.

Pueden observarse manchas blancas localizadas que nos indican procesos de descalsificación o caries incipientes.

En los niños hacia el tercio gingival, se puede observar un color verdoso, es por la persistencia de la membrana de Nasmith.

El fumar trae cambios en el color, también el tártaro que puede ser removido.

Las obturaciones o restauraciones pueden dar un cambio de coloración a las piezas dentarias; también el uso de medicamentos.

Depende de la concentración de flúor de cada región pueden verse manchas de diversas tonalidades pardas generalizadas.

Pueden alterar el color, los diversos trastornos endocrinos, ictericia, eritoblastosis fetal, etc.

5.3.6. Alteraciones en su superficie

Las superficies gradualmente sufren un desgaste ya sea por la masticación, oclusión, etc.

Generalmente es en la cara palatina de los incisivos centrales y laterales superiores y vestibulares de los inferiores y en las vertientes de las cúspides de caninos, premolares y molares.

Son superficies lisas, brillantes, pulidas, duras.

5.4. Exploración Instrumental

Las alteraciones estructurales y los cambios de consistencia de los tejidos dentarios, los determinamos con el explorador.

Con la mano izquierda tomamos el espejo, con la derecha el explorador, hacemos incidir su punta activa sobre la superficie dentaria y la recorremos explorando todas sus caras, en especial en los ángulos muertos, tercio gingival, fosas y surcos, puntos interdentarios de contacto.

En caso de sospecharse de caries interproximal, introducimos una seda dental y si al sacarla sale deshilachada significa que los bordes de la caries lo han afectado.

También exploraremos las obturaciones presentes, para verificar el sellado periférico.

5.5. Palpación

Está indicada cuando sospechamos la existencia de una articulación dentaria traumatizante. Si vemos una faceta de desgaste más acentuada, pensamos en un contacto dentario prematuro, y lo constatamos apoyando el pulpejo del índice sobre la cara vestibular de la pieza, e indicando al paciente que ocluya hasta poner sus arcos repetidamente en contacto. Esa pieza recibe primero y con mayor presión el impacto masticatorio.

También con el pulpejo del dedo recorreremos las superficies oclusales y bordes incisales para detectar bordes agudos que puedan ocasionar lesiones a tejidos blandos.

En ápices de premolares y molares que están en contacto con el seno maxilar puede originarse una sintomatología dolorosa y ésta se puede evidenciar palpando el fondo del surco vestibular.

Por la palpación podemos detectar también cualquier tumefacción.

5.6. Percusión

Nos puede señalar la pieza dentaria afectada y proporcionar datos sobre el tipo de enfermedad pulpar y su posible relación con el estado del periodonto o tejidos vecinos.

Se hace con el extremo del mango del explorador, con suaves

golpes en las caras vestibulares, superficies oclusales o bordes incisales. Se hace en sentido horizontal y vertical con respecto al eje mayor de la pieza.

En las pulpitis infiltrativas la percusión horizontal provoca dolor.

Cuando la pulpa está muy afectada, el dolor aumenta con la percusión vertical, más que con la horizontal.

5.7. Determinación de la movilidad dentaria

La movilidad puede ser por traumas, hábitos, enfermedad periodontal, pulpoperiodontitis.

La movilidad se determina tomando cada corona clínica entre los extremos de la pinza algodонера y le imprimimos un suave movimiento buco/palatino o lingual.

Se clasificará en grado I, II, III según su intensidad.

5.8. Pruebas de vitalidad pulpar

Mediante ellas se explora el grado de sensibilidad dentaria. Podemos emplear medios físicos, químicos o eléctricos, basados en el uso de agua, aire frío o caliente, sustancias plásticas como la gutapercha, que caliente la aplicamos sobre la pieza a examinar.

Existen aparatos electrónicos llamados vitalómetros, que indican la rapidez y el grado de excitabilidad pulpar o la capacidad reaccional de la pulpa.

5.9. Transiluminación

Está indicado específicamente frente a la sospecha de enfermedad de los senos maxilares, o la relación de los ápices radiculares con las cavidades vecinas.

Las caries interproximales se observan como manchas oscuras. En algunos casos se pueden ver las obturaciones de los conductos radiculares o extensas lesiones periapicales.

5.10. Examen radiográfico

Son el complemento indispensable de todo examen dentario.

Las radiografías pueden ser intra o extraorales y las determinamos de acuerdo al caso. En la práctica las intraorales son las más usadas, las solicitamos individualmente o seriadas de algún sector o de todas las piezas dentarias, permiten observar el diente en su totalidad, así como los procesos alveolares correspondientes.

En la corona se puede apreciar; la profundidad de la caries y su proximidad a la pulpa, la presencia de nódulos pulpares, reabsorciones dentinales internas coronarias o radiculares, tamaño y forma de las cámaras pulpares.

Se observa el sellado de una obturación en caso de estar. Pone también de manifiesto la adaptación de coronas metálicas o de prótesis fija y las alteraciones que producen en la cresta alveolar cuando la traumatizan.

En la porción radicular observamos forma y disposición de las raíces, solución de continuidad, número, grado de reabsorciones y toda la patología periapical. También las usamos para tratamientos de conductos y para detectar restos radiculares.

En los niños, dirigimos nuestra atención al grado de reabsorción radicular en relación con la edad cronológica de erupción, presencia y posición de los gérmenes y las características de los espacios para la erupción dental.

5.11. Examen de la articulación dentaria

La articulación dentaria forma parte del complejo estomatológico y su examen lo hacemos en relación a los otros elementos que la constituyen, soporte óseo, sistema muscular, ATM y macizo cráneo facial.

La observación de las relaciones interdentarias la debemos realizar en el niño, en las distintas épocas de erupción y en el adulto dentado o parcialmente desdentado.

Se consideran las piezas dentarias en especial sus relaciones con las piezas contiguas, el alineamiento dentario, forma de los arcos, curva de compensación, relación con sus antagonistas, es decir que se analiza desde el punto de vista estático y dinámico.

Cuando las piezas dentarias no están en contacto, los labios están suavemente adosados entre sí y los maxilares separados; es ésta una posición de descanso fisiológico que es lo que se llama posición mandibular asumida. En ese momento existe entre las caras oclusales de los dos arcos una separación de 2-4 mm. llamada espacio libre interoclusal.

Esta distancia puede aumentar ante un desgaste atricional dentario que no está compensado por la erupción fisiológica, extracciones, mordida abierta anterior. O puede estar disminuída por alteraciones de tonismo muscular y guarda relación con la dimensión vertical del paciente.

Cuando los arcos dentarios están en contacto entre sí por sus caras oclusales y sin moverse los maxilares están en posición activa o en una oclusión céntrica.

Podemos entonces analizar la relación anteroposterior de los molares superior e inferior; de acuerdo a ella decimos que está en neutroclusión o clase I de Angle, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Esto puede alterarse por factores congénitos o adquiridos, que actuando sobre el sistema estomatológico lo desequilibran manifestándose como maloclusiones del tipo de las distoclusiones, mesiooclusiones o laterooclusiones y sus variantes.

El examen de la articulación dentaria lo podemos hacer sobre el paciente o sobre sus modelos. Los modelos de estudio nos sirven para complementar la observación clínica, determinar malposiciones o malformaciones dentarias.

La obtención de radiografías lo mismo que los modelos son útiles para registrar el estado dentario del paciente.

Todos los datos que hallemos durante el examen los transcribiremos a la ficha o historia del paciente.

CAPITULO 6

EXAMENES DE LABORATORIO

6.1. Hematológico

Los exámenes pueden realizarse en la sangre total, en el plasma o en el suero.

La cantidad de sangre a extraer es por lo general de 10 a 20 cm.³

6.1.1. El Hemograma

Es uno de los exámenes sanguíneos más habituales. Se analizan en él los siguientes elementos:

6.1.1.1. Glóbulos blancos

Leucocitos	6.000 a 8.0000 por mm ³
Linfocitos	20 a 45%
Monocitos	2 a 6%
Neutrófilos	45 a 70%
Eosinófilos	0 a 3%
Basófilos	0 a 2%

El número de leucocitos aumenta en enfermedades infecciosas. También hay leucocitos en ciertos momentos de las anemias, quemaduras e intoxicaciones, shock traumático, leucemias, infartos, neoplasias, radiaciones.

La leucocitosis es fisiológica en recién nacidos 12.000 a 14.000 mm³, y al final del embarazo.

Su disminución o leucopenia se ve en casi todas las virrosis.

6.1.1.2. Glóbulos rojos

Varones	5.000.000 por m.m. ³
Mujeres	4.500.000 por m.m. ³

El número de hematíes está disminuído en la mayoría de las anemias y aumentado en las poliglobulias.

6.1.1.2.1. Hemoglobina

Varones	15.49 %
Mujeres	13.39 %

Está aumentada en las policitemias y disminuída en las anemias.

6.1.1.2.2. Valor globular

0,9 - 1,1.

Es la comparación entre la cantidad de glóbulos rojos y el % en gramos de la hemoglobina. Es alto en las anemias perniciosas y bajo en las hipocrómicas.

6.1.1.2.3. Hematocrito

Indica la proporción de glóbulos en relación con el plasma.

Varones	40-50%
Mujeres	37-47%

6.1.1.2.4. Viscosidad de la sangre

Está dada por el número de elementos figurados de la sangre.

Sangre total: 3,5 a 5,4

Plasma: 1,9 a 2,33

6.1.1.2.5. Resistencia globular

Comienza a partir de solución de cloruro de sodio al 0.46% y es total al 0.32%.

6.1.1.2.6. Eritrosedimentación

Varones 1a. hora: 1 a 5 m.m.

2a. hora: hasta 10 m.m.

Mujeres 1a. hora: 1 a 8 m.m.

2a. hora: hasta 15 m.m.



CAPITULO 7

7.1. Caracteres de la mucosa bucal

El examen de la mucosa permite en condiciones normales, hallar los siguientes caracteres:

La boca es una cavidad oval, cuyo diámetro mayor es anteroposterior. Hacia adelante está limitada por los labios, hacia atrás por el istmo de las fauces, arriba por la bóveda palatina, abajo por la lengua y piso de la boca y a los lados por los carrillos que constituyen las paredes laterales.

En reposo la boca es una cavidad virtual, que se hace real al separar la mandíbula o al distender los carrillos como por ejemplo, al soplar.

Estando la mandíbula en oclusión, los arcos dentarios o los rebordes maxilares dividen la boca en dos zonas. La que queda comprendida entre los arcos dentarios es la boca propiamente dicha y la que está por fuera de los mismos es el vestíbulo bucal.

La boca propiamente dicha está limitada adelante y a los lados por la cara lingual y palatina de los arcos dentarios. Arriba por la bóveda palatina, abajo por el piso de la boca y atrás por el istmo de las fauces.

El vestíbulo bucal tiene una forma de herradura. Está limitado adelante, por la mucosa de los labios, a los lados por la mucosa yugal, adentro por la cara externa o vestibular de las piezas dentarias y encías, arriba y abajo por los surcos vestibulares y en la parte más profunda (posterior), por el borde anterior de la rama ascendente mandibular.

Si el individuo es dentado y está en oclusión, la comunicación entre ambas zonas, boca propiamente dicha y vestíbulo bucal, se realiza por los espacios interdentarios y por el espacio retromolar. Este está comprendido entre la cara distal del último molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Si el individuo es desdentado la comunicación entre ambas zonas es amplia.

El examen de la mucosa de la boca debe realizarse ordenadamente: labios, mucosa yugal, lengua, piso de boca, paladar duro y blando, istmo de las fauces y encías.

7.1.1. Labios

La región labial está limitada arriba por el subtabique nasal, el borde de los orificios nasales y la extremidad posterior del ala de la nariz. Abajo por el surco mentolabial y a los lados por los surcos naso y labio-genianos.

El labio superior en su parte media presenta el surco subnasal o "filtrum", que es una depresión que se extiende verticalmente desde el subtabique nasal hasta el borde libre del labio donde termina en una pequeña eminencia, el tubérculo del labio superior.

La piel del labio es gruesa y tiene en el hombre abundantes folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas.

Normalmente la hendidura bucal tiene el doble de la distancia entre el ángulo interno y externo del ojo. Las perpendiculares bajadas desde el centro de cada pupila corresponden generalmente a las comisuras bucales. Al abrir

los labios se puede apreciar el diámetro de la abertura bucal.

La raza imprime modificaciones en el tamaño y forma de los labios, existen diferentes formas labiales; labio inferior evertido carnososo, atónico, que sobrepasa mucho al superior. Otra forma labial es la lineal, que ofrece una expresión de firmeza y donde las semimucosas prácticamente permanecen ocultas porque se endosan entre sí en su mayor extensión. Otra forma es la que ofrece un aspecto intermedio de las formas descritas y que sería el término medio normal.

La parte roja del labio, o semimucosa o pseudomucosa, por su localización y por su constitución, es una zona media entre piel y mucosa. Presenta un color rojizo, es seca y muestra un suave surco sagital con variaciones en su aspecto, según la raza, sexo y edad.

Es muy frecuente observar sobre todo en la semimucosa del labio superior, pequeñas manchas amarillentas puntiformes o del tamaño de una cabeza de alfiler que pueden producir un pequeño relieve. Se trata de los puntos de Fordyce, que son glándulas sebáceas y que por su frecuencia no deben ser consideradas heterotopías patológicas. Si se tracciona la semimucosa o se practica vitropresión se hacen más visibles.

Para una mejor descripción de las lesiones en la semimucosa podemos dividirla por medio de líneas imaginarias que parten de las narinas en tres sectores o zonas; media o central, comisura derecha e izquierda. Horizontalmente puede diferenciarse una zona vecina a la piel y otra vecina a la mucosa.

La línea de Klein está representada por el contacto de la semimucosa del labio superior con la del inferior y

prácticamente separa, en los labios de constitución normal, la semimucosa de la mucosa labial.

Para examinar la mucosa labial, tomamos el labio con los dedos índice y pulgar de cada mano y lo extendemos. Primero analizamos el labio superior y luego el inferior.

Vemos que la mucosa labial se continúa con la yugal a los costados. Arriba y abajo se observan los surcos vestibulares superior e inferior, donde la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares correspondientes; es la mucosa alveolar, que al unirse a la encía adherida constituye la unión mucogingival o gingivolabial en esta zona. La mucosa alveolar, al traccionar el labio se destaca nítidamente por ser más roja y laxa, contrastando bien con la encía adherida que es fibromucosa rosada clara y con características que posteriormente describiremos.

En la línea media, se observa un pliegue de la mucosa, generalmente más largo en el labio superior que constituyen los frenillos labiales superior e inferior y que se hacen visibles al traccionar el labio.

la mucosa labial es rosada y húmeda como toda la mucosa bucal con un dibujo bien notable dado por la red vascular. Presenta múltiples puntos con aspecto papuloide que producen un pequeño relieve y que corresponden a los orificios de las glándulas salivales de la mucosa. Secando la mucosa y esperando unos segundos se puede observar pequeñas gotas de saliva que fluyen por cada uno de dichos orificios.

A la palpación bidigital, con el índice sobre la mucosa y el pulgar sobre la piel, se aprecian múltiples elementos como

"municiones", pequeños, más o menos duros y que corresponden a las glándulas mucosas. Si se palpa en el trayecto de las arterias coronarias, se puede percibir en latido de las mismas. Las arterias se pueden hacer más visibles con transiluminación.

7.1.2. Mejillas (mucosa yugal)

Las mejillas o región geniana están limitadas adelante por los labios.

En su cara cutánea, el surco nasogeniano y el labiogeniano que lo continúa constituye el límite superior. Su espesor depende de la cantidad de tejido adiposo, siendo más convexa en el niño, aplacándose generalmente con la edad y deprimiéndose en el viejo por pérdida de grasa y de los molares.

Tomando los labios con los dedos pulgar e índice de ambas manos, observamos que la mucosa yugal, en su parte anterior, es continuación de la mucosa labial superior e inferior. Arriba y abajo se hallan los surcos vestibulares superior e inferior donde la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares de los maxilares.

La mucosa alveolar al unirse a la encía adherente constituye la unión mucogingival, presentando las mismas características descritas anteriormente al referirnos a la mucosa labial.

Para localizar las lesiones que asientan en la mucosa yugal, podemos dividirla en tercios, anterior, medio y posterior.

La mucosa yugal se observa lisa, rosada y húmeda. La red vascular puede estar más marcada a nivel de los surcos vestibulares superior e inferior. Puede existir de acuerdo con la edad y constitución del sujeto, un suave surcado o plegamiento vertical. A la altura del cuello del 1o. ó 2o. molar superior se encuentra situado en un orificio que corresponde a la desembocadura del conducto de Stensen, por donde fluye la saliva de la glándula parótida. Generalmente dicho orificio se encuentra en el vértice de una pequeña eminencia mucosa papilomatosa, que no debe ser confundida con un papiloma; también dicho orificio puede observarse deprimido. Secando la mucosa y presionando en la zona parotídea se observa fluir la saliva por dicho orificio y así comprobamos la permeabilidad del conducto de Stensen. Si pensamos en la existencia de un cálculo salival, podemos practicar posteriormente el cateterismo del conducto con una

sonda adecuada, además de radiografías simples o contrastadas (sialografía).

Por detrás, vecino al conducto de Stensen, se distinguen los orificios de las glándulas salivales conocidas con el nombre de glándulas molares. Para completar el examen del tercio posterior nos valemos del espejo para separar y observar con visión indirecta el fondo de los surcos vestibulares.

A la palpación bidigital, tomando la mucosa con los dedos pulgar e índice se pueden percibir a veces, en especial si están agrandados, algunos de los pequeños ganglios genianos sobre todo el subestenoniano o interbuccinador mucoso, que se palpa mejor por estar situado entre el buccinador y la mucosa. En determinado momento del examen es conveniente hacer ocluir las piezas dentarias para no confundir alguno de los ganglios genianos con el borde anterior del músculo masetero o con la prolongación anterior de la parótida.

Podemos en ese momento hacer la palpación del músculo masetero para reconocer su tonicidad y la presencia o no de puntos dolorosos. En el trayecto de la arteria facial se puede percibir el latido de la misma. Si se palpa con el índice en el tercio posterior hacia atrás, arriba y afuera a la altura de la apófisis coronoides reconoceremos la inserción del músculo temporal. Cuando constituye dolor es el signo de Vaughan, algunas veces presente en el síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular. Recorremos luego, siempre con el índice, el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y luego ya en el surco vestibular inferior, reconoceremos la línea oblicua externa. Al llegar a la altura de los premolares, se puede verificar la sensibilidad a nivel del agujero del conducto mentoniano.

7.1.3. Lengua

Ocupa en reposo todo el espacio circunscrito por los rebordes alvéolo-dentario. Con la boca abierta examinamos la porción bucal del dorso, situada por delante del istmo de las fauces. Pedimos al paciente que saque la lengua, secamos e inspeccionamos la punta, luego la tomamos con una gasa, traccionamos y secamos e inspeccionamos el dorso. El tercio posterior y la V lingual la examinamos con visión directa o indirecta o con un espejo; al tercio medio y anterior con visión directa.

La V lingual está formada generalmente por 9 u 11 papilas caliciformes, estando dirigido el vértice hacia la faringe.

Cada papila caliciforme presenta un mamelón central

redondeado que hace relieve sobre la mucosa; tiene un surco que la circunda y lo separa de un pequeño repliegue vecino. El mamelón es la papila propiamente dicha y el repliegue es el cáliz, de allí el nombre de papila caliciforme.

Siempre examinando con un espejo por detrás de la V lingual, en la porción faríngea de la lengua se puede observar la presencia de folículos a ambos lados de la línea media que constituye la amígdala lingual. Sobre la línea media, por detrás del vértice de la V lingual, se halla una pequeña depresión más o menos profunda que corresponde al agujero ciego, vestigio del conducto tirogloso. No es fácil la observación de esta zona.

El dorso, por delante de la V, en la porción bucal de la lengua tiene un aspecto aterciopelado que está dado por las papilas filiformes. En la línea media existe un suave surco.

Pueden observarse cercanas al borde y punta de la lengua las papilas fungiformes. Su número varía entre 150 a 200. Se encuentran distribuidas entre las papilas filiformes, en especial en la punta y los bordes y en número menor por delante de la V lingual. Para la mejor inspección, repetimos que es necesario secar bien; además debemos distender la mucosa y observar el fondo de los surcos (con lupa o dermatoscopio si es necesario); como también realizar vitropresión o diascopia. Al proyectar la lengua fuera de la boca, pero sin demasiada fuerza, podemos observar la suave movilidad que normalmente producen las fibras musculares de este órgano, evaluando también la normalidad funcional. En la parálisis del hipogloso se pueden ver fibrilaciones musculares. Deslizando suavemente el pulpejo del índice sobre el dorso lingual, percibimos que es algo más áspero que las mucosas de revestimiento.

A la palpación mono y bidigital verificamos el tono muscular normal, la consistencia y la ausencia de induraciones musculares.

Terminado el examen del dorso, tomamos con una gasa la punta de la lengua y la traccionamos hacia un costado. Con visión directa o con visión indirecta por medio de un espejo, inspeccionamos el tercio posterior del borde lingual donde vemos pliegues transversales del mismo, que parecen las hojas de un libro y que corresponden a las papilas foliadas. El color suele ser algo más rojizo. A la palpación se reconoce el plegado de la mucosa de consistencia algo mayor a la del tejido vecino. Inspeccionamos luego el tercio

medio, que también es redondeado y con un suave surcado vertical u oblicuo. Examinamos al mismo tiempo la mucosa de la cara ventral de la lengua vecina al borde, siendo necesario casi siempre hacer el examen del tercio posterior con visión indirecta por intermedio de un espejo. La mucosa se presenta con un color rosa claro, lisa, fija al plano muscular, con una rica red vascular, destacándose nítidamente los vasos raninos.

Para inspeccionar la cara ventral en su tercio anterior pedimos al paciente que dirija la punta de la lengua hacia arriba y atrás. La mucosa presenta los mismos caracteres antedichos y por su fijeza al plano muscular se distinguen de la mucosa más laxa y flexible de la zona sublingual del piso de la boca. En la línea media existe un pliegue mucoso que une la cara ventral de la lengua al piso de la boca y que constituye el frenillo lingual. A sus costados existen pequeños pliegues (pliegues franjeados o fimbriados), algunas veces con aspecto papilomatoideo y a veces filiformes, donde se encuentran los orificios de un grupo de glándulas salivales conocidas como de Blandin o de Nuhn y que están ubicadas en el espesor de la lengua. Estos orificios no son de fácil observación.

Ya ha sido dicho que la red vascular es rica y bien notable. En la vecindad de la punta terminan los vasos raninos. Debemos palpar la cara ventral de la lengua en toda su extensión para descartar durezas y zonas dolorosas.

7.1.4. Piso de la boca

La porción de la mucosa libre sublingual es el piso de la boca propiamente dicho. Presenta una forma de herradura, acanalada, cuya concavidad mira hacia arriba.

La porción anterior y media o zona sublingual es triangular y a los costados se prolonga como un canal entre la mucosa alveolar de la mandíbula por fuera y la mucosa de la cara ventral de la lengua por dentro, terminando posteriormente en la parte inferior del pilar anterior. Para inspeccionar la parte anterior es suficiente que la boca esté bien abierta, pidiendo al paciente que lleve arriba y atrás la punta de la lengua. La mucosa se observa fina, rosada, muy flexible y vascularizada y con los relieves o eminencias provocados por las glándulas sublinguales cruzadas por los pliegues sublinguales. Además observamos las carúnculas salivales a ambos lados.

En la línea media ya hemos dicho que existe un pliegue mucoso que une la cara ventral de la lengua con la zona sublingual y que constituye el frenillo lingual. A cada

lado del mismo, en la zona sublingual del piso de la boca, se observa una formación de aspecto papilomatoideo (la carúncula salival) en cuyo vértice existe un orificio que corresponde a la desembocadura del conducto de Wharton, de la glándula submaxilar. Secando bien el piso de la boca y comprimiendo por la piel en la zona de la glándula submaxilar se puede ver fluir la saliva por dicho orificio.

A los costados se continúa con el pliegue sublingual que presenta una serie de orificios pequeños. Los más vecinos a la línea media corresponden a los conductos de Rivinus, el grupo más voluminoso de las glándulas sublinguales.

A la palpación se percibe la mucosa suave, fina, con los relieves irregulares que corresponden a las glándulas antedichas y que se pueden poner más de manifiesto practicando palpación bimanual, endo y exo bucal, o levantando por piel la zona sublingual.

A ambos lados de la línea media, sobre la mucosa alveolar que cubre la table interna mandibular se puede palpar las apófisis geni.

hacia ambos lados y hacia atrás, la mucosa del piso de la boca laxa y flexible se continúa por adentro con la mucosa de la cara ventral de la lengua y hacia afuera se flexiona para constituir la mucosa de revestimiento alveolar de la table interna mandibular, hasta la unión con la encía adherida. A la palpación notamos los mismos caracteres de la mucosa, salvo la diferencia dada por el relieve de la línea oblicua interna mandibular. Con palpación bimanual, endo y exobucal, se puede apreciar un trecho del trayecto del conducto de Wharton, el examen del orificio y conducto de Wharton pueden también ser completados con cateterismo y radiografías.

7.1.5. Paladar (zona palatina)

La parte anterior está constituida por el paladar duro y en la parte posterior está el paladar blando o velo del paladar. En conjunto constituyen la pared superior o techo de la cavidad bucal.

Por delante y a los costados está limitado por la región gingivodentaria con cuya encía se continúa casi imperceptiblemente. Por detrás termina en el borde libre del paladar blando, donde con la base de la lengua determina el orificio que constituye el istmo de las fauces.

la mucosa del paladar duro tiene un color rosa pálido, en su

parte media sagital presenta una línea o rafe palatino medio donde la mucosa se observa algo más clara. A la palpación se la nota bien adherida al plano óseo. Este presenta variaciones, pudiendo ser plano, algo deprimido o saliente, siendo por ello diferente a la inspección la forma de dicho rafe.

En la parte posterior limitada con el paladar blando y es frecuente que a ambos lados, vecino a la línea media, se observe una pequeña depresión de la mucosa que constituye las foveólas palatinas. En su parte anterior se observa la papila palatina que está situada por detrás de los incisivos centrales y tiene aspecto piriforme. El tercio anterior del paladar duro se examina mejor con un espejo o volcando hacia atrás la cabeza del paciente. La inspección del paladar en conjunto también se puede realizar con un espejo grande que lo abarque en su totalidad.

Se puede observar que a partir del rafe medio existen relieves transversales u oblicuos de la mucosa. Son las arrugas palatinas cuya función es prestar apoyo a la punta de la lengua en el desmenuzamiento del bolo alimenticio. A la palpación notamos dicho relieve. La fibromucosa es dura y bien adherida a los planos profundos. En el tercio medio y más en el posterior existen orificios de las glándulas salivales. A ese nivel la mucosa palatina es más blanda y acolchonada por la presencia de la capa de dichas glándulas y además de grasa. Debemos comprobar con la palpación a nivel de los agujeros palatinos anteriores y posteriores si existe aumento de la sensibilidad dolorosa.

Hacia atrás el paladar duro se continúa con el blando o velo del paladar, notándose perfectamente dicho límite por el cambio de color, movilidad y porque cae casi verticalmente. En la línea media del paladar blando se observa una prolongación que constituye la úvula; a los costados se dirige a las paredes laterales de la faringe constituyendo su borde anterior y posterior los pilares respectivos que forman el lecho donde se alojan las amígdalas palatinas. Para examinar esta zona es necesario reprimir la lengua con un depresor lingual o con un espejo.

El color de la mucosa del paladar blando es más rosado que la fibromucosa del paladar duro; se observa más brillante, lisa y con un punteado papuloide en cuyos vértices se encuentran los orificios de las glándulas salivales. Secando la mucosa y esperando lo suficiente se puede observar cómo las gotitas de saliva fluyen por dichos orificios.

7.1.6. Región amigdalina

Deprimiendo bien la lengua o haciendo pronunciar aaa... en forma continua, se aprecia la simetría del paladar blando (ausencia de parálisis) y se observan los pilares anterior y posterior que ya han sido descritos y en cuyo lecho están las amígdalas palatinas, ovales, con una cara aplicada en el fondo del lecho amigdalino y la otra libre. El color de la mucosa que la tapiza es rosado o algo rojizo y la superficie mamelonada y con múltiples orificios que corresponden a las criptas amigdalinas. A la compresión instrumental, por ejemplo con el borde del espejo, normalmente no sale secreción.

7.1.7. Rebordes maxilares

Presentan aspectos diferentes, según se trate de los maxilares del lactante, del niño, del adulto o seniles. Es decir, ofrecen aspectos variables según la edad.

hasta el 6o. mes constituyen los rebordes maxilares del lactante, en forma de herradura, suavemente convexos y donde la mucosa que los recubre no presenta solución de continuidad puesto que no existen piezas dentarias.

Entre los 6 y 7 meses erupcionan los primeros dientes temporal completándose la erupción de las 20 piezas dentarias de la primera dentición aproximadamente a los 36 meses, constituyéndose los rebordes alveolares del niño.

Entre los 6½ y 13 años se produce el reemplazo de las piezas dentarias temporales y erupcionan además 8 piezas dentarias permanentes (los primeros y segundos molares superiores e inferiores, derechos e izquierdos), que se ubican por distal de los segundos molares. Ya los maxilares presentan 28 piezas dentarias. Entre los 18 y 21 años erupcionan los terceros molares con lo cual queda completa la segunda dentición o dentición permanente con las 32 piezas dentarias (arcos dentarios) de los rebordes maxilares del adulto. El examen dentario irá en un capítulo aparte.

7.1.8. Rebordes maxilares seniles

Como consecuencia de la atrofia de los procesos alveolares se produce la caída de las piezas dentarias, quedando los maxilares reducidos a la porción basilar. Ofrecen así un aspecto semejante a los maxilares del lactante.

Al describir los caracteres de la encía nos referimos

entonces al niño y al adulto dentado, puesto que en el lactante y en el viejo los rebordes maxilares desdentados ofrecen caracteres diferentes que son propios de la ausencia de las piezas dentarias.

7.1.9. Encía

La encía reviste la parte externa del proceso alveolar y que mira al vestíbulo de la boca se denomina encía vestibular. La que reviste la parte interna del proceso alveolar superior e inferior se denomina encía palatina y lingual, respectivamente. La encía constituye una franja de mucosa gruesa (fibromucosa masticatoria) que se extiende desde el borde gingival, hasta la unión con la mucosa alveolar, fácil de diferenciar por su color, consistencia y mayor movilidad.

Se divide en libre y adherida. La libre se extiende desde el borde o margen hasta la ranura gingival que corre paralela a dicho margen a una distancia que varía entre 0.5 y 1.5 mm.; forma con la pared dentaria el surco o hendidura gingival, que normalmente tiene una profundidad entre 1 y 2 mm.

La adherida está comprendida entre la ranura gingival y la unión con la mucosa alveolar (unión o límite mucogingival) y constituye una franja de 4 a 5 mm. de ancho. A la inspección se presenta rosada, con un punteado en cáscara de naranja. Se destaca fácilmente de la encía libre que es lisa, brillante y más rojiza y de la mucosa alveolar que es delgada, móvil y rojiza. En los espacios interdentarios la encía se introduce entre ellos para constituir las papilas interdentarias.

Las características clínicas de la encía normal son: color rosado, con un contorno marginal fino; el contorno papilar es puntiagudo; la superficie tiene una textura especial en

cáscara de naranja; el punteado o graneado; la consistencia es firme y el surco gingival es superficial.

El examen de la encía lo podemos iniciar en el maxilar inferior en la zona del tercer molar derecho por vestibular. Separamos la mucosa yugal con el espejo dental, que también puede ser útil para reflejar la luz aumentando así la visibilidad de la zona a inspeccionar. Secamos la encía con gasa, algodón o aire comprimido e inspeccionamos con visión directa o indirecta por intermedio del espejo. En el sector anterior, separamos el labio con el espejo tomando con los dedos el borde labial y continuamos el examen en el lado izquierdo, hasta distal del tercer molar. La palpación revela la consistencia firme de encía normal, diferenciándola de la consistencia edematosa o fibrosa de las encías patológicas o alteradas. También la palpación permite apreciar el controno regular de las tablas óseas maxilares.

Realizando el examen de la encía vestibular, continuamos con la encía lingual desde el tercer molar izquierdo hasta el derecho. Separamos la lengua con el espejo dental, valiéndonos del mismo para la observación directa o indirecta. Practicada la inspección y palpación debemos reconocer el surco o hendidura gingival, para lo cual nos valemos de la sonda. Con el extremo de la misma y paralelo al eje dental colocamos la punta de la sonda en el fondo del surco gingival y deslizando suavemente exploramos la hendidura en toda su extensión, reconociendo las cuatro caras y las aristas de cada una de las piezas dentarias.

Recordemos que el surco gingival normal es superficial y su profundidad es de 1 a 2 m.m. Cuando dicha profundidad es mayor estamos en presencia de la bolsa periodontal, signo o lesión elemental secundaria a inflamación y que puede ser una

manifestación de enfermedad periodontal. Puede ser falsa o relativa, cuando la mayor profundidad está dada por un aumento del volumen gingival sin existir una migración apical de la adherencia epitelial. La bolsa es absoluta o real, cuando está descendida la adherencia epitelial y el margen gingival no acompaña dicha migración. Las bolsas falsa o relativa y real o absolutas pueden estar combinadas. Las bolsas periodontales pueden ser supraalveolares o intraalveolares según su relación con la cresta alveolar ósea. La encía correspondiente a la bolsa, generalmente presenta un color rojo azulado o rojo vinoso, superficie lisa, brillante y edematosa con pérdida del punteado o graneado. También puede presentar un aspecto parecido al normal, el mismo color rosa pálido, pero más fibrosa y con un "granulado papuloide". Otros signos de la enfermedad periodontal común que podemos observar son: movilidad dentaria, hemorragia y supuración gingival. La enfermedad periodontal común está caracterizada por la presencia de bolsas y pérdida ósea. Es una denominación que provisionalmente sugirieron Carranza y Carranza en nuestro medio para reemplazar otras denominaciones como: piorrea alveolar, periodontoclasia, paradentosis, etc.

La movilidad dentaria podemos verificarla apoyando el extremo de un instrumento rígido, que puede ser una pinza algodонера y suavemente sin ejercer demasiada presión hacemos movimientos en sentido vestibulo lingual, mesiodistal y apical. Debe ser posteriormente completado con el examen funcional de la oclusión dentaria y con radiografías seriadas intraorales.

Para determinar si existe gingivorragia o supuración gingival, comprimimos la encía presionando con el pulpejo del dedo índice desde la zona apical hasta el margen gingival.

Realizado el examen de la encía del maxilar inferior, en la misma forma examinaremos la encía vestibular del maxilar superior. Para el examen de la encía palatina con visión directa, la cabeza del paciente debe estar en extensión y a una altura conveniente. Con el espejo dental nos podemos ayudar para reflejar la luz sobre la zona a examinar o utilizándolo para practicar el examen con visión indirecta.

7.1.10. Resumen del examen de la mucosa bucal y sus caracteres

La mucosa bucal en las diferentes localizaciones tiene distintos caracteres (clínicos e histológicos) que permiten diferenciarla en semimucosa (labial) y mucosa del revestimiento, masticatoria y sensorial.

La mucosa de revestimiento comprende: mucosa labial, yugal, surcos vestibulares y linguales, mucosa alveolar, cara ventral de la lengua, piso de la boca y paladar blando. A la mucosa masticatoria (fibromucosa) corresponden las encías y la del paladar duro. Mucosa sensorial es de del dorso lingual.

El examen semiológico bucal lo hemos realizado mediante la inspección y la palpación de la mucosa y tejidos vecinos (tablas óseas maxilares, músculos e inserciones musculares, etc.). Frecuentemente es necesario distender la mucosa para una mejor inspección y palpación como por ejemplo, en el dorso lingual y semimucosa labial, que permiten el reconocimiento con mayor detalle del fondo de surcos y fisuras.

No debemos olvidar la olfacción, que permite reconocer los caracteres del aliento normal o patológico (halitosis); el

olor de las secreciones de las lesiones mucosas o dentarias (provenientes de la cámara o conductos radiculares) como por ejemplo el muy típico olor de las gangrenas pulpares.

Tampoco debemos dejar de reconocer si la humedad es normal en las mucosas; es decir si la saliva es normal en cantidad y cuando realizamos la palpación, al humedecernos los dedos tendremos en cuenta la calidad de la saliva. Para ello, al unir el pulpejo de los dedos pulgar e índice y luego separarlos veremos los finos "hilos" de mucina que señalan su proporción en la saliva.

El reconocimiento mediante sonda con mango del surco o hendidura gingival es de rutina en el examen periodontal. La inspección con aumento (lupa, dermatoscopio) puede dar detalles mucho más finos. También en algunos casos la luz de Wood es útil para el diagnóstico.

La percusión dentaria (que es corriente en el examen dentario y que es tratada en un capítulo especial), la podemos usar combinándola con la palpación de la mucosa que cubre las tablas óseas maxilares. Nos dará información sobre el espesor de la tabla vestibular sobre todo si existe pérdida ósea a nivel de los ápices. Por supuesto que nos valemos de las radiografías intraorales dentarias para completar el examen.

La fotografía constituye a veces un medio de diagnóstico.

CONCLUSIONES

El tema de investigación de este trabajo nos demuestra cada uno de los pasos técnicos y cuidados que debe tener el odontólogo general en la elaboración del examen físico general del paciente, que presente las diferentes manifestaciones y sintomatologías de una enfermedad.

Empezando por una historia clínica, seguida de unos exámenes exhaustivos clínicos del laboratorio y radiografías para llegar a un correcto diagnóstico según sea las necesidades del caso.

El examen físico se realizará de acuerdo a la complejidad de cada caso, siendo más completo en aquellos pacientes que necesiten de exámenes complementarios y de consulta médica.

Teniendo ya nuestro examen físico completo, daremos el correcto diagnóstico para elaborar el mejor tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- ARCHER HARRY W.

Cirugía Bucal/Harry Archer W. 4a. edición. pág.319 a 326.
Buenos Aires 1.970

- CARRANZA FERMIN A.

Periodontología Clínica de Glickmon. Fermín A. Carranza.- 6a.
edición. México Interamericana 1.986

- GANONG WILLIAM F.

Fisiología médica/William F. Ganon.- 6a. edición. Pág.202-205;
475; 490-492; 505-508. México II D.F. 1.980

- GRANT DANIEL A.

Periodoncia de Orban: Teoría y práctica. Daniel A. Grant,
Irving B.Stein y Frank G. Everret.- 4a. edición/ México:
Interamericana 1.975

- GRINSPAN, DAVID

Enfermedades de la Boca: Semiología, Patología Clínica y
Terapéutica de la Mucosa Bucal. Pág. 1-37; 213-298; 499-517/.
Buenos Aires: Mundí 1.970

- GUYTON, ARTHUR C.

Fisiología Humana/ Arthur C. Guyton.- 5a. edición. México
Interamericana 1.984

- INGLE, JOHN IDE INGLE Y EDWARD

Endodoncia/Jonh Ide Ingle y Edward Edgerton Beverdige.- 2a.
edición/ México Nueva Editorial Interamericana 1.979

- JENSEN JAMES R.

Fundamentos clínicos de Endodoncia/ James R. Jensen.- Pág.
15-40/. Londres. The C.V Mosby Company

- KEIDEL WOLF D.

Fisiología/. Wolf D.Keidel/. Barcelona. Salvat Editores 1.971

- LOMBARDI ERNESTO A.

Semiología del Aparato Digestivo. /Ernesto A. Lombardi, Marcelo
Royer. 5a. edición pag. 94-131/. Buenos Aires Ateneo Editorial
1970

- MORRIS BRAHAM

Odontología Pediátrica/Braham Morris.- Págs.437-451. Junín
Buenos Aires Editorial Médica Panamericana 1.984

- SHAWDER KENNETH D.

Manual de Odontopediatría Clínica/ Kenneth D. Shawder.-
Pág.1-14/ Barcelona; Editorial Labor S.A. 1.982

- STONE STEDEN

Periodontología/Stefen Stone, Paul. J. - Kalis/. México
Interamericana 1.978. Pág. 1-20

HOJA DE FILMINAS

1. Esquema del Interrogatorio
2. Esquema del examen físico del paciente
3. Guía para el examen de los caracteres semiológicos
4. Toma de la presión arterial
5. La cavidad oral
6. Inspección de la lengua
7. Inspección del paladar
8. Inspección y palpación de mejillas, mucosa yugal.
9. Inspección de labios
10. Examen dental
11. Examen de la oclusión
12. Examen directo del tercio posterior de la lengua por tracción de la punta. Sirve para observar en especial las papilas caliciformes
13. Mancha blanca del labio inferior por hiperqueratosis, acantosis y granulosis del epitelio de la mucosa
14. Enfermedad de Addison (pigmentación de la mucosa yugal por melanina)
15. Púrpura. A través de un vidrio (diascopia) puede observarse la infiltración sanguínea de la mucosa que no desaparece por presión
16. Púrpura por leucemia
17. Techo ampollar en un pénfigo vulgar (levantado con una pinza)
18. Tubérculos leproso
19. Lengua geográfica

20. Tumor por hiperplasia simple, corresponde a un épolis (hiperplasia simple en la encía).
21. Absceso palatino de origen dentario
22. Ulceración por traumatismo dentario
23. Pápulas de líquen rojo plano
24. Verrugosidad por una verruga seborreica de la comisura labial izquierda.
25. Cuadro de las lesiones elementales de la mucosa bucal
26. Técnica de palpación de los ganglios submentoníanos
27. Búsqueda de ganglios submaxilares
28. Palpación bimanual endo y exobucal
29. Búsqueda de ganglios del cuello
30. Sangre. Tabla de valores (serie blanca)
31. Sangre tabla de valores (serie roja)
32. Esquema de valores de exámenes de laboratorio