

1424

00869

**EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE CABEZA Y CUELLO DE LAS
RECLUSAS DE LA CÁRCEL DE MUJERES EL BUEN PASTOR EN EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2.000**

3-9-01-004

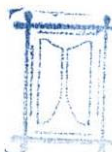
**GLADIS KATHERINE CARDOZO MARTINEZ
ANGIE MILENA GODOY MARTINEZ
JURIETH ALEXANDRA JIMENEZ CUBILLOS
EDNA CAROLINA MEDRANO CASTRO
ELIA MILENA OLARTE RUIZ
JOHANA DEL PILAR RODRIGUEZ CASTRO
HILDA KRUPSKAYA VILLALOBOS MARTINEZ**

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

2.000



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

**EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE CABEZA Y CUELLO DE LAS
RECLUSAS DE LA CÁRCEL DE MUJERES EL BUEN PASTOR EN EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2.000**

**GLADIS KATHERINE CARDOZO MARTINEZ
ANGIE MILENA GODOY MARTINEZ
JURIETH ALEXANDRA JIMENEZ CUBILLOS
EDNA CAROLINA MEDRANO CASTRO
ELIA MILENA OLARTE RUIZ
JOHANA DEL PILAR RODRIGUEZ CASTRO
HILDA KRUPSKAYA VILLALOBOS MARTINEZ**

**Asesor Científico
CARLOS VILLAMIZAR
Odontólogo especialista Cirugía, Patología e Implantología Oral**

**Asesora Metodologica
INÉS AMPARO REVELO
Odontologa , Master en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTÁ D.C.**

2.000

**EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE CABEZA Y CUELLO DE LAS
RECLUSAS DE LA CÁRCEL DE MUJERES EL BUEN PASTOR EN EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2.000**

**GLADIS KATHERINE CARDOZO MARTINEZ
ANGIE MILENA GODOY MARTINEZ
JURIETH ALEXANDRA JIMENEZ CUBILLOS
EDNA CAROLINA MEDRANO CASTRO
ELIA MILENA OLARTE RUIZ
JOHANA DEL PILAR RODRIGUEZ CASTRO
HILDA KRUPSKAYA VILLALOBOS MARTINEZ**

**El trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
odontólogo.**

**Asesor Científico
CARLOS VILLAMIZAR
Odontólogo especialista Cirugía, Patología e Implantología Oral**

**Asesora Metodológica
INES AMPARO REVELO MEJIA
Odontóloga, Master en Administración en salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.**

2.000

El trabajo de grado **EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE CABEZA Y CUELLO DE LAS RECLUSAS DE LA CÁRCEL DE MUJERES EL BUEN PASTOR EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2000**, elaborado por ANGIE MILENA GODOY MARTINEZ, EDNA CAROLINA MEDRANO CASTRO, ELIA MILENA OLARTE RUIZ, GLADIS CATHERINE CARDOZO MARTINEZ, HILDA KRUPSKAYA VILLALOBOS MARTINEZ, JOHANNA DEL PILAR RODRÍGUEZ CASTRO, JURIETH ALEXANDRA JIMÉNEZ CUBILLOS, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo.



CARLOS VILLAMIZAR
Asesor Científico

INÉS AMPARO RAVELO MEJÍA
Asesora Metodológica

ELBA MARÍA BERMÚDEZ QUINTERO
Jefe del Departamento de Investigación y Salud Pública

SANTAFE DE BOGOTÁ D.C., OCTUBRE, 2000

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a

- * YENNY MORANTES
ABOGADA DERECHO PENAL
Directora Centro Penitenciario y Carcelario "EL BUEN PASTOR"
- * OLGA CRUZ ALEJO
ODONTÓLOGA C.O.C
Coordinadora
- * VIRGINIA CAMACHO
SECRETARIA
Secretaria general Centro Penitenciario "EL BUEN PASTOR"
- * RECLUSION DE MUJERES EL BUEN PASTOR
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2	JUSTIFICACIÓN	15
1.3	PROPÓSITO	16
1.4	MARCO TEÓRICO	16
1.5	OBJETIVOS	49
1.5.1	Objetivo General	49
1.5.2	Objetivo Específico	49

2. METODO

2.1	TIPO DE ESTUDIO	51
2.2	UNIVERSO	51
2.3	MUESTRA	52
2.3.2	Diseño de la muestra	52
2.4	VARIABLES	52
2.4.1	Aspectos Generales	52
2.4.2	Valoración clínica Extraoral	52
2.4.3	Valoración Clínica Intraoral	53
2.4.4	Presencia de Hábitos	53
2.5	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
2.6	PROCEDIMIENTO	53
2.7	ANÁLISIS ESTADISTICO	55

3.	RESULTADOS	56
4.	DISCUSIÓN	60
5.	CONCLUSIONES	64

BIBLIOGRAFIA

MATERIAL COMPLEMENTARIO

LISTA ESPECIAL

ANEXO 1: Instrumento para la recolección de datos Ficha Clínica.

TABLA 1 : Distribución de la población según Edad.

TABLA 2 : Distribución de la población según Grupo Étnico.

TABLA 3 : Distribución de la población según Estrato Socioeconómico.

TABLA 4 : Distribución de la población según Nacionalidad

TABLA 5 : Distribución de la población según Nivel de Escolaridad

TABLA 6 : Distribución de la población según Plano Frontal

TABLA 7 : Distribución de la población según Perfil

TABLA 8 : Distribución de la población según Cantidad de Cabello

TABLA 9 : Distribución de la población según Tipo de Cabello

TABLA 10: Distribución de la población según Tamaño ojos

TABLA 11: Distribución de la población según Surco LabioMentoniano

TABLA 12: Distribución de la población según Tercios de la Cara

TABLA 13: Distribución de la población según Competencia Labial

TABLA 14: Distribución de la población según Forma de la Cara

TABLA 15: Distribución de la Población según Músculos Masetero

TABLA 16: Distribución de la población según Músculo Temporal

TABLA 17: Distribución de la población según Músculo Pterigoideo Externo

TABLA 18: Distribución de la población según Músculo Pterigoideo Interno

TABLA 19: Distribución de la población según Músculo Esternocleidomastoideo

TABLA 20: Distribución de la población según Cadena Ganglionar del Cuello

TABLA 21: Distribución de la población según Ruido Articular

TABLA 22: Distribución de la población según localización del Ruido

TABLA 23: Distribución de la población según Tipo de Ruido

TABLA 24: Distribución de la población según Dolor Articular

TABLA 25: Distribución de la población según La Tipo de Dolor

TABLA 26: Distribución de la población según Localización del dolor

TABLA 27: Distribución de la población según Anomalías de Tamaño

TABLA 28: Distribución de la población según Anomalías de Forma

TABLA 29: Distribución de la población según Anomalías de Número

TABLA 30: Distribución de la población según Anomalías de Estructura

TABLA 31: Distribución de la población según Localización de Patología

TABLA 32: Distribución de la población según Tipo de Patología

TABLA 33: Distribución de la población según Índice de Higiene Oral

TABLA 34: Distribución de la población según Dientes Afectados

TABLA 35: Distribución de la población según según IG6

TABLA 36: Distribución de la Población según Hábitos

TABLA 37: Distribución de la población según C.O.P.

GRÁFICA 1: Distribución de la población según Edad.

GRÁFICA 2: Distribución de la población según Grupo Étnico.

GRÁFICA 3: Distribución de la población según Estrato Socioeconómico.

GRÁFICA 4: Distribución de la población según Nacionalidad.

GRÁFICA 5: Distribución de la población según Nivel de Escolaridad.

GRÁFICA 6: Distribución de la población según Plano Frontal.

GRÁFICA 7: Distribución de la población según Perfil.

GRÁFICA 8: Distribución de la población según Cantidad de Cabello.

GRÁFICA 9: Distribución de la población según Tipo de Cabello.

GRÁFICA 10: Distribución de la población según Tamaño Ojos.

GRÁFICA 11: Distribución de la población según Surco LabioMentoniano.

GRÁFICA 12: Distribución de la población según Tercios de la Cara.

GRÁFICA 13: Distribución de la población según Competencia Labial.

GRÁFICA 14: Distribución de la población según Forma de la Cara.

GRÁFICA 15: Distribución de la población según Músculo Masetero.

GRÁFICA 16: Distribución de la población según Músculo Temporal.

GRÁFICA 17: Distribución de la población según Músculo Pterigoideo Externo.

GRÁFICA 18: Distribución de la población según Músculo Pterigoideo Interno.

GRÁFICA 19: Distribución de la población según Músculo Esternocleidomastoideo.

GRÁFICA 20: Distribución de la población según Palpación Ganglios del Cuello.

GRÁFICA 21: Distribución de la población según Ruido Articular.

GRÁFICA 22: Distribución de la población según la Localización del Ruido.

GRAFICA 23: Distribución de la población según Tipo de Ruido.

GRÁFICA 24: Distribución de la población según Dolor Articular.

GRÁFICA 25: Distribución de la población según Tipo de Dolor

GRÁFICA 26: Distribución de la población según Localización del Dolor.

GRÁFICA 27: Distribución de la población según Anomalías de Tamaño

GRÁFICA 28: Distribución de la población según Anomalías de Forma

GRÁFICA 29: Distribución de la población según Anomalías de Número

GRÁFICA 30: Distribución de la población según Anomalías de Estructura

GRÁFICA 31: Distribución de la población según Localización de Patología

GRÁFICA 32: Distribución de la población según Tipo de Patología

GRÁFICA 33: Distribución de la población según Índice de Higiene Oral

GRÁFICA 34: Distribución de la población según Dientes Afectados

GRÁFICA 35: Distribución de la población según IG6

GRÁFICA 36: Distribución de la población según Hábitos

INTRODUCCIÓN

La Cárcel el Buen Pastor fue fundada en 1949 con el propósito de albergar a mujeres que habían cometido diversos delitos ante la sociedad; en las etapas iniciales fue utilizado como un centro de reclusión y dirigido por una comunidad religiosa con el fin de orientar y ayudar a las personas que cometían actos delictivos menores tales como hurtos y agresiones personales. En la actualidad el Buen Pastor se ha convertido en un centro penitenciario en la cual están reclusas mujeres por diferentes delitos.

La situación de ésta cárcel como la de otras es de hacinamiento lo que permite la aparición de diferentes enfermedades que atentan contra la salud de las reclusas. Muchas de éstas enfermedades tienen manifestaciones en cavidad oral, tanto a nivel de tejidos blandos como a nivel dentario. Dichas patologías se relacionan con problemas como, deficiencias alimenticias, hábitos y problemas de adicción entre otras.

El propósito de éste trabajo fue proporcionar información a las Directivas del Departamento de Sanidad del penal , a los estudiantes y docentes del Colegio universitario Colombiano, sobre el estado de salud oral de las reclusas de la cárcel el

Buen Pastor a fin de que se puedan adoptar políticas, planes y programas de prevención y control en este nivel.

Esta investigación consistió en la Evaluación y Caracterización general del estado de salud de cabeza y cuello de las reclusas: La valoración clínica extra e intraoral, el diagnóstico de patologías de tejidos blandos y dentales , la determinación de la existencia de hábitos asociados y la formulación de los planes de tratamiento respectivos.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La cárcel el Buen Pastor cuenta con un departamento de sanidad donde se presta asistencia básica de Medicina, Odontología y Enfermería; en dicha institución no se ha realizado una evaluación completa del estado de salud de las reclusas, en lo concerniente a tejidos dentales y tejidos blandos.

La idea de esta investigación surge con el fin de analizar las condiciones de salud de cabeza y cuello en que se encuentran las mujeres privadas de su libertad.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante porque facilitará datos para la atención oportuna de las reclusas; Los odontólogos y alumnos de últimos semestres podrán conocer o tener una guía de como están las internas. Teniendo en cuenta que existen muchos rurales en cárceles y es una ayuda para los odontólogos recién egresados de como manejar la salud oral en instituciones de este tipo.

1.3. PROPÓSITO

Con la investigación se pretende proporcionar información a las directivas del departamento de sanidad sobre el estado de salud oral de las reclusas de la cárcel de mujeres el Buen Pastor para que ellas puedan adoptar políticas, planes, y programas de prevención y control.

1.4 MARCO TEÓRICO

De acuerdo a las características generales el **Grupo Etnico** que caracteriza a las personas Mongoloides tienen las siguientes características clínicas; la forma de la cara es leptoprosópica, es decir que tiende a abrirse hacia los lados, la parte frontal del cráneo retiene la estrechez relativa que caracteriza al patrón dolicocefálico, la frente suele ser inclinada los rebordes supraorbitarios prominentes, las orejas se ven mucho más cerca de la nuca a causa del aplanamiento occipital, la cara es larga y protruyente desde el punto de vista topográfico. La nariz tiende a ser grande y a menudo aguileña y ocurre en muchas mujeres, el puente nasal es de ubicación alta, el maxilar inferior tiende a ser retrognata y en la mujer el perfil suele variar entre recto y un tanto concavo. Las personas Caucasoides presentan las siguientes características clínicas: tienen un rostro estrecho una frente más inclinada, mayor protrusión supraorbitaria, puente nasal más alto, nariz más larga y contorno nasal más ancho, la punta de la nariz vuelta hacia abajo, labios normales, maxilares normales tomando un

perfil recto. Las personas Negroides presentan las siguientes características clínicas: tienen un rostro ancho, con una frente ancha, protuberante y larga, tienen una mayor protrusión supraorbitaria y a nivel de maxilar superior, la nariz es ancha y plana con orificios nasales amplios, sus labios son prominentes y gruesos con un maxilar inferior grande, prominente (Donald H.Enlow.,1984).

Evaluación extraoral la cara: se observan cientos de rostros de personas, cada una de ellas puede reconocerse como individual. No existen dos caras totalmente iguales ni aun en los gemelos idénticos; la cara de cada persona es original de diseño particular, nunca antes hubo una cara igual y nunca la habrá. Aun así las partes que componen el rostro son pocas; un maxilar inferior con su barbilla, los pómulos, la boca, los maxilares superiores, una nariz y dos órbitas. La frente y los rebordes supraorbitarios se añaden a las partes neurocraneales de la cara. ¿Cómo es posible que tan pocos componentes brinden tantas variaciones a la forma del rostro? La respuesta a esta pregunta reside en nuestra capacidad para recibir diferencias relativas de las partes tanto de tejidos duros como de tejidos blandos y variaciones minuciosas de los contornos topográficos entre todas ellas por ejemplo una alteración muy ligera en la configuración de la nariz establece una diferencia global importantísima en el aspecto y la expresión de la cara de una persona, por otra parte hay que tomar en cuenta la particular posición de la boca de cada persona, el brillo especial de sus ojos y el tono de los músculos de la expresión facial que son individuales de cada individuo, con frecuencia muchas personas se preguntan ¿a quien te recuerda esta

persona? Sucede así porque hay cierta combinación única del contorno nasal, configuración de los labios, forma del maxilar inferior u otros aspectos que nos hacen recordar el rostro de alguna otra persona. (Donald H.,1984)

Se pueden observar diferentes tipos de cara: redonda, cuadrada, diamante, ovalada según Powels Humphreys 1984; Cara cerebral (forma de pirámide cónica con base superior) , cara respiratoria (forma romboide), cara digestiva (forma de pirámide cónica de base inferior), cara muscular (forma cuadrada) esta fué descrita según Kurliandski 1979. El análisis facial se puede realizar de tres formas mediante un examen clínico, fotográfico y radiográfico y sus componentes son: frente, ojos, nariz, labios, mentón. Al examen clínico facial se pueden observar simetrías y asimetrías, se evalúa tamaño del lado derecho hemifacial con respecto al lado izquierdo; para este tipo de evaluación el rostro se puede dividir en dos planos: frontal y perfil, en el primero de estos planos se tienen en cuenta los siguientes parámetros: equilibrio de tercios, frente, ojos, labios, nariz y mentón. (Aristequieta, R.E., 1994)

En la evaluación de los *tercios de la cara* se mide cada uno y no debe existir una diferencia mayor a 5mm entre estos los cuales se encuentran limitados así: superior va desde la base del cuero cabelludo hasta la base de los huesos propios de la nariz, tercio medio va desde la base de los huesos propios de la nariz hasta la espina nasal anterior y el tercio inferior va desde la espina nasal anterior hasta el mentón. La *frente*

se clasifica en: prominente, plana y en declive; Los *ojos* son analizados teniendo en cuenta: tamaño, posición, forma, color y distancia. Con respecto a la *nariz* se observa longitud, anchura, proyección, rotación.

El análisis de *labios* se realiza teniendo en cuenta varios aspectos: Límites, proporción, comisuras y longitud. En cuanto al *mentón* se puede clasificar como: ancho y largo. Para la obtención de un examen clínico lateral se contempla el equilibrio de tercios que al igual al plano frontal se encuentra dividido en superior (va de la frente al reborde orbitario superior), medio (del reborde orbitario superior a subnasal) e inferior (de subnasal a la parte inferior del mentón). El perfil propiamente dicho se clasifica en recto, cóncavo y convexo. (Aristequieta R.E., 1994)

La articulación temporomandibular (*ATM*) es un sitio de unión o conjunto de partes duras y blandas por medio de las cuales se unen dos o más huesos próximos esta articulación se puede clasificar según movimiento en diartrosis (presenta amplio movimiento) y según sus componentes se clasifica en : bicondilea (por que sucede entre el cóndilo de la mandíbula y el del temporal), doblemente condilea (por que presenta un cóndilo a cada lado), sinovial (por que presenta una membrana), compuesta (por que tiene el temporal, el cóndilo y el disco) y gínglimo artrodial (por sus movimientos le permite la anterior clasificación). Presenta un componente temporal dividido en tres porciones: eminencia temporal, cavidad glenoidea y la parte escamosa la cual nos interesa por que aquí se encuentran las superficies articulares; un componente mandibular representado por el cóndilo mandibular, un disco articular

ubicado entre los dos anteriores componentes y carece de inervación e irrigación su último componente son los medios de unión como ligamento capsular, temporomandibular, colaterales y accesorios los cuales se encargan de limitar los movimientos. La ATM presenta cuatro grandes grupos de desordenes tales como: Desorden de posición y función del disco articular, (dislocación del disco con reducción, dislocación del disco sin reducción). Desorden de forma y estructura del disco, (protuberancias, engrosamientos, adelgazamientos, perforaciones, adhesiones y neoplasias). Desorden de otros componentes, desordenes inflamatorios (retrodisquitis, adenitis, sinuvitis o capsulitis y artritis), desordenes neoplásicos. Desordenes de posición y movilidad condilar ,hipomovilidad condilar (anquilosis, fibrosis capsular, contractura muscular miostática , contractura muscular miofibrótica e impedimento coronoideo), hipermovilidad condilar (subluxación, dislocación espontánea) (Guzmán E. E. 1995)

El grupo de *músculos de la masticación* se divide en cuatro: temporal, masetero, pterigoideo externo o lateral, pterigoideo interno o medial. El primero tiene forma de abanico y ocupa la fosa temporal; tiene su origen en la cara profunda de la aponeurosis y en la cara interna del arco cigomático, sus fibras continúan hacia abajo y se insertan en el vértice de los dos bordes y la cara interna de la apófisis coronoides de la mandíbula. Medialmente se inserta en la rama ascendente de la mandíbula, a través de los tendones superficial y profundo. Está compuesto por tres haces: uno anterior cuyas fibras son casi verticales; uno medio, de fibras oblicuas y el posterior, de fibras casi horizontales que se dirigen hacia abajo para encontrar el maxilar inferior, su inervación esta dada por tres ramas del nervio temporal , ramas del nervio

maxilar del trigémino. Esta irrigado por tres arterias, la temporal profunda posterior, rama del temporal superficial, la temporal profunda media y la temporal profunda anterior, ramas de la maxilar interna. Intervienen principalmente para dar la posición a la mandíbula durante el cierre, el grupo de fibras anteriores y posteriores serán las responsables de la posición más superior del cóndilo con relación a la cavidad glenoidea. Las fibras posteriores y medias de un lado son activas en los movimientos de lateralidad, y las fibras anteriores del músculo están en acción durante los movimientos de retrusión y protrusión mandibular. (Guzmán E. E.,1995)

El músculo *Masetero* tiene forma rectangular y comprende dos fascículos: Uno superficial que se origina en los dos tercios anteriores del arco cigomático, y uno profundo que tiene su origen en la superficie medial del arco cigomático. Su inserción se encuentra en la superficie lateral de la rama ascendente, el proceso coronoides y el ángulo de la mandíbula. Su inserción sensitiva proviene del Nervio Aurículo-temporal y del plexo cervical superficial. Su inervación está dada por el Nervio Maseterino, rama del Nervio Maxilar interno inferior. Su irrigación esta dada por arterias superficiales que provienen de la arteria transversal de la cara y de la arteria facial, y a la cara profunda llega la Arteria Maseterina rama de la Arteria Maxilar interna. Su función principal es la elevación de la mandíbula y cierre de los dientes, también se relaciona directamente con la actividad mandibular, se considera que actúa proporcionando la fuerza para la masticación, colabora con la protrusión simple y en los movimientos laterales externos del maxilar. Es un músculo donde

frecuentemente se presenta sintomatología dolorosa. *Músculo Pterigoideo Interno o Medial*: Es un músculo rectangular situado dentro de la rama de la mandíbula. Tiene su origen en la superficie interna del plato pterigoideo lateral, el proceso piramidal del hueso Palatino y la Tuberosidad del maxilar. Se dirige oblicuamente hacia abajo, atrás y afuera hasta insertarse en la parte posterior e inferior de la superficie interna de la rama y en la cara interna del ángulo de la mandíbula, donde termina frente a las inserciones del masetero. Está inervado por el Nervio Pterigoideo Interno rama del Nervio Maxilar Inferior. Su irrigación esta dada por la arteria pterigoidea rama de la Arteria Facial. Con sus fibras se dirige hacia abajo y hacia atrás, su función es la elevación y protrusión de la mandíbula. Como sus fibras también se dirigen hacia afuera al contraerse el músculo de un lado de la cara, el lado opuesto permanece laxo, y la mandíbula ejecuta el movimiento de lateralidad. Su función primordial se relaciona con movimientos de tipo excéntricos. *Músculo Pterigoideo externo o Lateral*: Tiene forma de cuna y ocupa la fosa cigomática, consta de dos haces que parten de la base del cráneo, uno se origina en la superficie infratemporal del ala mayor del esternocleidomastoideo (Has superior o esfenoidal) y otro en la cara externa del plato pterigoideo lateral (Has inferior o pterigoideo) . Los dos fascículos se unen y se dirigen hacia el lado interno de la articulación pterigomandibular parece insertarse en la parte anterior del cuello del cóndilo, en la parte anterior de la cápsula y en la porción anterior del menisco interarticular. Está inervado por el Nervio Pterigoideo externo, rama temporobucal, rama del Nervio Maxilar Inferior. Su irrigación proviene de la Arteria pterigoideo de la maxilar interna. Su acción se relaciona con los movimientos de protrusión y lateralidad, contracción simultánea de

los dos músculos, determina la proyección hacia adelante de la mandíbula (protrusión) llevando el disco articular hacia adelante, y la contracción aislada de uno de ellos, es el músculo de lateralidad. Músculo *Esternocleidomastoideo*: Este músculo está compuesto por dos fascículos El esternal; que se origina en la cara anterior del manubrio y el fascículo clavicular que se origina en el cuarto interno de la clavícula, su inserción es la apófisis mastoides y la línea curva occipital superior con dirección de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Su inervación está dada por el Nervio Espinal y plexo cervical y se encuentra irrigado por la arteria esternomastoidea superior rama colateral de la arteria occipital, rama colateral de la carotídea externa. Su función es doblar la cabeza hacia la columna vertebral, la inclina hacia el Sí y le imprime al mismo tiempo un movimiento de rotación hacia el lado opuesto. (Guzmán E.E., 1995)

Las patologías que se presentan más comúnmente a nivel de músculos son: Hiperactividad que es un aumento en la actividad muscular; Hipertonicidad es la primera respuesta del sistema Nervioso Central a una injuria o a un intento de daño; Punto Gatillo o Dolor Miofacial es una condición de dolor miogénico regional caracterizado por áreas locales de firmeza o induración; Espasmo contracción tónica inducida por el sistema Nervioso Central donde todas las fibras musculares no logran la relajación; Miositis inflamación del tejido muscular. (Guzmán E.E., 1995)

Los *ganglios* son masas de volúmenes variables redondeados u ovoides los cuales reciben y se encuentran drenados por uno o varios vasos linfáticos, generalmente son

de coloración rojiza, son superficiales o profundos y algunos se encuentran aislados, pueden estar dispuestos en cadenas ganglionares o en grupos regionales tales como Ganglios de la Axila, de la Ingle y del Cuello. Algunos ganglios superficiales pueden ser palpables en sujetos delgados; la cadena ganglionar linfática de la cabeza y el cuello se ubica en la parte superior de éste en unión con la cabeza en el circulo ganglionar pericervical el cual se divide de atrás hacia adelante así: Suboccipital en tres grupos superficiales debajo de la piel a la altura de la línea occipital superior, drenan la parte posterior del cuero cabelludo y la región de la nuca; Mastoideos: situados en la cara externa de las inserciones superiores del esternocleidomastoideo, drena la región parietal, el conducto auditivo externo, el pabellón de la oreja; Parotideos: Tiene una división en superficies periauriculares, subaponeuróticas, periauriculares e infraauricular, intraglandulares en el espesor de la glándula vecinos a la Vena Yugular externa; Submaxilares: situados en el borde inferior del maxilar inferior drena la cara, las encías, dientes, labios y bordes de la lengua; Suprahioideo y Submentoniano: se encuentran contra el músculo milohioideo y el vientre anterior del Digástrico, drenan labio inferior, mentón, encía inferior, piso de boca y cara inferior de la lengua; Retrofaríngeos situados entre la Faringe y los músculos prevertebrales los cuales conforman una cadena principal yugulocarotídea y seis cadenas accesorias. La cadena Yugulocarotídea es la primera cadena ganglionar lateral y profunda extendida a lo largo de la vena yugular interna entre el vientre posterior del digástrico y el Omohioideo, presenta una relación de ganglios externos los cuales se ubican en la cara externa de la vena en tres grupos: Superior o de la Bifurcación Carotídea de éste grupo el más elevado es el ganglio de Kuttner; Medio e Inferior está

cadena recibe aferentes directos que vienen de la faringe del velo del paladar, de la nariz, de la laringe, del cuerpo tiroides, y de la traquea cervical, la cadena se divide en Laterales y Anteriores, encontramos dos grupos superficiales de la yugular interna los cuales drenan Linfáticos Parotídeos, Profundos del nervio Espinal el más interno es el ganglio de Troisier invadido a veces en el curso de la evolución por cáncer de estómago. En la segunda gran división encontramos dos zonas La Superficial de la Yugular Anterior y los Profundos que son ganglios Viscerales que se dividen así: Prelaringeos que se encuentran delante de la faringe; Pretiroideos delante del cuerpo el tiroides y Pretraqueal delante de la traquea. (Gispert C.,)

El exámen de cuello y ganglios linfáticos es una prolongación natural del estudio dental ordinario, que nos puede proporcionar información médica importante al dentista que examina, es posible que en un enfermo sin antecedentes de cardiopatía tenga distendidas las venas del cuello, lo que sugiere insuficiencia cardíaca derecha, la tráquea puede estar desviada de la línea media sugiriendo una alteración pulmonar o mediastínica; es posible que haya crecimiento de las glándulas tiroides o salivales o de los ganglios linfáticos.

Un clínico que no examina el cuello puede pasar por alto estos signos importantes de enfermedad, lo que vá en detrimento de su eficiencia como diagnosticador.

En el exámen ordinario no son palpables los ganglios linfáticos cervicales normales. Cuando se palpan son el primer signo de una enfermedad actual o anterior de los ganglios linfáticos e indica un gran número de enfermedades infecciosas, inmunitarias o neoplásicas. Enfermedades que con mayor frecuencia causan

crecimiento de los ganglios linfáticos cervicales son las infecciones bacterianas o virales agudas de cabeza y cuello, abscesos agudos, mononucleosis infecciosa y enfermedad por arañazo de gato; infecciones bacterianas crónicas como sífilis o tuberculosis, leucemia; linfoma; carcinoma metastático; enfermedades de la colágena; reacciones alérgicas y sarcoidosis. Una entidad menos bien conocida que afecta los ganglios linfáticos cervicales es el síndrome mucocutáneo de ganglios linfáticos, recién identificado; se piensa que es una infección por rickettsias, afecta niños menores de 5 años y se caracteriza por linfadenopatía cervical, exantema, fiebre, estomatitis y conjuntivitis.

Entre las estructuras de tejidos blandos que pueden observarse están las venas yugulares externas, que cruzan el músculo esternocleidio y pueden distendersen por insuficiencia cardíaca congestiva derecha, obstrucción de la vena cava o pericarditis constrictiva. Para examinar las venas del cuello, el respaldo del sillón dental debe colocarse a un ángulo de 45° con el piso. La distensión de la vena yugular más de 2cm arriba del esternón es un signo de enfermedad. En caso de insuficiencia cardíaca derecha grave, las venas del cuello pueden estar distendidas hasta el ángulo de la mandíbula.

Otras estructuras de tejido blando son las glándulas salivales y el tiroides. La glándula tiroides se examina en la parte inferior del cuello su istmo cruza la tráquea justo arriba del manubrio y los dos lóbulos se encuentran debajo de los músculos esternocleidomastoideos. Su crecimiento puede descubrirse colocando los dedos entre los músculos esternocleidomastoideos y la tráquea, debajo de la región del cartílago tiroides. Si se palpa una masa se le pide al paciente que degluta. Si está

crecido el tiroides la masa se moverá hacia arriba y abajo con la tráquea cuando el enfermo degluta.

El dentista debe estar familiarizado con el drenaje linfático de la cabeza y la técnica adecuada para examinar éstos ganglios.

Primero se observa si hay asimetrías o crecimientos obvios en el cuello del paciente. Enseguida el clínico sigue un procedimiento convencional para examinar los ganglios linfáticos de tal forma que no se excluya ninguna región del cuello.

Los ganglios submentonianos se encuentran justo debajo de la barbilla; hacia atrás de la mandíbula están los submandibulares. Los cervicales superficiales se encuentran encima de los músculos esternocleidomastoideos; los profundos están recubiertos por éste músculo.

Para examinarlos adecuadamente es necesario voltear la cabeza hacia el lado opuesto de los ganglios que se examina. Los cervicales posteriores se localizan en el triángulo posterior del cuello y están situados en el borde del músculo trapecio. Los ganglios supraclaviculares se encuentran justo arriba de la clavícula, a un lado del músculo esternocleidomastoideo.

Es relativamente sencillo diferenciar los ganglios linfáticos crecidos por una infección de los fibrosos. El paciente puede proporcionar datos de un crecimiento rápido reciente. Los ganglios serán hipersensibles al tacto y es posible que la piel que los recubre esté roja y caliente. Los ganglios neoplásicos son más difíciles de diferenciar que los fibrosos. No suelen doler y cuando son pequeños el paciente no se da cuenta de su presencia. Clásicamente, los ganglios crecidos por cáncer se describen como “fijos a los tejidos subyacentes”. Se observan en las enfermedades

avanzadas cuando las células malignas rompen la cápsula del ganglio linfático y envían proyecciones que los fijan al tejido conectivo vecino. Desafortunadamente los pacientes que se diagnostican utilizando este criterio suelen encontrarse en una fase terminal y padecer lesiones grandes no tratables.

El dentista que incluye el examen de cuello en su estudio dental ordinario proporciona un servicio importante a sus pacientes. Esta exploración ayuda a descubrir enfermedades sistémicas no diagnosticadas, que pueden afectar el tratamiento dental y aumentar la posibilidad del diagnóstico temprano de cáncer (Dr. Malcolm A.Lynch.,1990)

Las patologías que se encuentran en las redes de ganglios pueden ser: Linfangitis es una inflamación y permite que dichas redes sean visibles, de lo contrario sólo podrán ser evidentes por medio de la linfografía; Fijos, Móvil, Indurado, Blando, Doloroso, No Doloroso. (Vega S.A.)

Al **Examen Intraoral** observamos los *labios* que son dos formaciones músculo mucosas situadas en la parte anterior de la boca; el labio superior se inserta debajo de la cavidad nasal, limitado afuera por el surco nasolabial excavado en la línea media por la fosita subnasal o philtrum, su parte mucosa presenta en la línea media el tubérculo labia. El labio inferior cuya parte cutánea se encuentra unida a los segmentos del mentón, presenta una pequeña depresión a cuyos lados siguen dos superficies planas o convexas que enfrentan al tubérculo del labio superior. La parte

inferior está separada del mentón por el surco mentolabial y cóncavo hacia abajo que abraza la eminencias del mentón. Cuando los labios están en contacto entre sí interceptan la hendidura bucal la cual delimita el orificio bucal que puede abrirse ampliamente por la separación de los dos labios. Los dos labios están unidos a la derecha y a la izquierda por las comisuras labiales, la mucosa es delgada y frágil; los labios comprenden un revestimiento de piel y de mucosa sostenidos por un armazón muscular, la piel es espesa rica en folículos pilosos y glándulas sebáceas, la mucosa reviste el borde libre y la cara posterior de los labios, se continúa con una línea de marcación con la mucosa de las mejillas y de las encías formando así el surco gingivo labial, interrumpida en la línea media por un repliegue mucoso triangular y sagital. El plano muscular comprende el músculo Orbicular de los labios dispuesto alrededor del orificio bucal, es el músculo esencial de los labios; existe una capa submucosa que contiene las glándulas labiales que se pueden sentir al tacto bajo la mucosa. Los labios reciben Arterias principales denominadas coronarias, originadas de las arterias faciales a nivel de las comisuras; las arterias accesorias proceden de las suborbitarias, de la transversa de la cara, de la mentoniana y hasta las submentonianas, las Venas forman un plexo drenado en parte por la vena Facial y en parte por las submentonianas; los Linfáticos del labio inferior pueden ser asiento de cánceres, y los del labio superior contornean las comisuras que son drenados por los ganglios submaxilares. Los Nervios son motores provenientes sea del Nervio Maxilar superior (Nervio Infraorbitario) sea del Nervio Maxilar Inferior (Nervio Mentoniano). (Regezi A.J., 1995

Entre sus patologías encontramos: Herpes Simple: Síntomas sistémicos pronunciados, se observan múltiples úlceras pequeñas y dolorosas, al igual se pueden encontrar vesículas y lesiones cutáneas similares que por lo general se nota gingivitis las cuales afectan más comúnmente encía, labios y piel peribucal, sus signos prodrómicos como hormigueo, ardor o dolor es causado por el virus del herpes simple tipo I Fibroma Traumático: es también conocido como fibroma por irritación, Hiperplasia Fibrosa local o Cicatriz Hiperplásica, es una lesión reactiva causada por traumatismo crónico de la mucosa bucal, del borde lateral de la lengua y labio inferior. Es una tumefacción indolora de base amplia de color un poco más claro que los tejidos que la rodean; por la relativa carencia de vasos sanguíneos cuya superficie puede ulcerarse por traumatismos, posee un potencial de crecimiento limitado que no excede 1 cm. de diámetro, es una lesión de poca importancia que debe extirparse para excluir la presencia de otras enfermedades. En el labio inferior y mucosa bucal es necesario considerar el lipoma, mucocelo, y tumor de la glándulas salivares. La hiperplasia epitelial local o enfermedad de Heck se caracteriza por factores de irritación local de bajo grado a diferencias vitamínicas al igual se pueden ver involucrado en factores genéticos pero no son sustanciales. Este trastorno esta caracterizado por la presencia de masas múltiples nodulares del tejido blando que se distribuyen sobre las superficies de la mucosa en especial la bucal, labial y la lengua aparecen como pápulas diminutas o como costras de pápulas similar al color de la mucosa circundante si se encuentran áreas de trauma aparecen blanquecinas las lesiones las cuales son asintomáticas y a menudo se descubren por casualidad. El mucocelo guarda relación con el traumatismo mecánico con los conductos de las glándulas

salivares accesorios que producen sesión o rotura del mismo lo que causa derrame del moco al estroma del tejido conectivo circundante la extravasación de moco produce, de manera secundaria reacción inflamatoria en el tejido conectivo, seguido por la formación de tejido de granulación el cual forma una barrera al rededor de la musina que salió y le confiere la apariencia de pseudo quiste. (Regezi A.J., 1995)

Las glándulas salivares accesorias adyacentes sufren inflamación secundaria a la retención de moco. Hablamos de mucocèle superficial que es aquel que en vez de surgir por la rotura traumática de un conducto esta forma de mucocèle surge como resultado del aumento en la presión del componente del conducto que se sitúa dentro del epitelio superficial; la quelitis solar se presta en labio inferior donde se observa la atrofia epitelial es producida por la luz ultravioleta su tratamiento se encamina a la utilización de filtros solares y la intervención quirúrgica en casos graves. La quelitis angular es una alteración que tiene mayor prevalencia en sujetos que tienen pliegues profundos en las comisuras en estos casos se acumula saliva en los pliegues cutáneos de las comisuras labiales en los que se forman colonias de hongos. Las lesiones producen fisuras, erosiones, y costras. Dicha enfermedad se presenta en pacientes que tienen el habito de chuparse los labios y depositan pequeñas cantidades de saliva en las comisuras labiales. (Regezi J.A., 1995)

La *mucosa yugal* contiene al Buccinador y las glándulas bucales, la bola adiposa bucal cubre a los músculos buccinador y masetero. El conducto parotideo perfora la

bola adiposa y el buccinador y desemboca frente al segundo molar superior. El buccinador tiene forma rectangular y se origina en el proceso alveolar del maxilar a la altura de los tres últimos molares. En la mandíbula, se encuentran la fosa retromolar y la cresta alveolar y en la parte más posterior de la línea oblicua externa. Su inserción está en el orbicular de los labios a nivel de la comisura bucal; está inervado por los Nervios Cervico facial y Temporofacial ramas terminales del Facial; se irriga por la arteria Bucal rama descendente de la arteria maxilar interna, su acción es mantener tenso el carrillo, evitando que se pliegue o sea lesionado por los dientes; también participa en actos de silbar, soplar y deglutir, se activa durante la sonrisa, ayuda en la masticación empujando hacia los arcos dentarios; los alimentos ubicados en el vestíbulo y hala hacia afuera las comisuras agrandando el orificio bucal. (Robbins K., 1995)

Dentro de las patologías de mucosa yugal se encuentran: El nevus blanco esponjoso se da en personas de raza negra es una lesión blanca, son pliegues extensos en forma de esponja es asintomático, bilateral y positiva al test de estiramiento. El liquen plano tiene una etiología desconocida; es una enfermedad mucocutánea que se da en todas las razas más en mujeres, son lesiones papilares y pruriginosas de color púrpura, que rara vez se ulceran y al test de raspamiento es negativa, con frecuencia da en la mucosa yugal a largo de la línea interdientaria en la región de molares. La leucoplasia bucal raramente produce síntomas en los tejidos de labio y mucosa, se consideran más frecuentes en estas zonas; dentro de su etiología hay factores generales como:

raza, carencia de vitamina A, complejo B, insuficiencia gónada, relación con sífilis y factores locales como traumatismos químicos, térmicos y microbiana; son ulceraciones que se asocian a factores generales o locales y el odontólogo indica biopsia si la lesión es pequeña y puede extirparse. La hiperqueratosis local, son placas blandas y asintomáticas que se pueden presentar en el reborde, mucosa o lengua y no desaparece al frotar, las lesiones blancas relacionadas con tabaco masticable, son pliegues blancos asintomáticos que rodea el sitio de la boca donde se sostiene el tabaco; se encuentra en vestíbulo labial y bucal. (Regezi J.A., 1995)

En la cavidad oral se encuentran diversas estructuras de las cuales se tienen como óseas el *paladar duro*, siendo porción ósea del techo de la boca que se continúa en la región posterior con el paladar blando y limita anterior y lateralmente con las arcadas alveolares y las encías. Las apófisis palatinas del maxilar y la porción horizontal del hueso palatino constituyen el soporte óseo del paladar duro que esta cubierta por el periostio y la membrana mucosa oral, presenta un rafe lineal a lo largo de su línea media que termina por delante de una pequeña papila que corresponde al canal incisivo. Adelante del rafe la membrana mucosa es gruesa de color pálido y presenta arrugas el paladar duro esta compuesto por epitelio escamoso y posee numerosas glándulas palatinas situadas entre mucosa y superficie ósea. El *paladar blando* compuesto por una membrana mucosa fibras musculares y glándulas mucosa; se elevan en la deglución y succión y va hacia la faringe por la úvula. Las úlceras aftosas menores como patología de paladar blanda; úlcera dolorosa de forma oval de diámetro menor a 0.5 cm cubierta por una membrana fibrinosa amarilla y rodeada por un halo eritematoso; suele ser única pero en ocasiones puede ser múltiple persiste por

siete a diez y sana sin formación de cicatrices. La úlcera aftosa mayor se distingue por ser una úlcera más grande de 0.5 cm, más dolorosa y persiste por más tiempo que las aftas menores aparecen con forma de cráter y cicatrizan con escara; puede transcurrir hasta seis semanas para que esto suceda y tan pronto como desaparece una úlcera empieza otra. Las úlceras aftosas herpetiformes se caracterizan ya que causan mucho dolor y sanan en una o dos semanas, brote recurrente de úlceras pequeñas, pueden confundirse con úlceras herpéticas secundarias esta enfermedad se relaciona con alteraciones inmunitarias. (Regezi J.A., 1995)

La estomatitis nicotínica se observa una opacidad del paladar con puntos rojos que corresponden a los orificios de las glándulas salivares, etiología que es el calor y humo provenientes de la combustión de tabaco. La candidiasis se presenta con placas elevadas, dolorosas que se despegan al frotar y queda una superficie hemorrágica y con erosión; se relaciona con la mala higiene, antibióticos parenterales y su etiología es la *Candida albicans*.

El melanoma es una enfermedad maligna del sistema pigmentario aparece como mancha insignificante en el paladar y apófisis, su etiología es la luz ultravioleta, la irritación crónica y el traumatismo. El papiloma escamoso como lesión indolora exofítica, granular en forma de coliflor de textura suave color blanco y su etiología en algunos casos se debe al papilomavirus y en otros desconocida. El torus palatino como excrescencia ósea nodular no son neoplasias, la mucosa que lo recubre puede ulcerarse por traumatismos. La exostosis se presenta como un nódulo óseo duro cubierto por mucosa normal, se encuentra unido al hueso alveolar es asintomático y

aparece con frecuencia en adultos las causas de dicha enfermedad son desconocidas y no remiten importancia excepto cuando requiere prótesis(Regezi J.A.1995)

La *encía* es la parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares y las porciones cervicales de los dientes; se divide de modo tradicional en encía libre e insertada ,la cual es una línea imaginaria, que va del fondo del surco gingival a la superficie gingival visible, la encía insertada se extiende hacia apical desde este punto hasta la unión mucogingival; apical a esta línea, la mucosa alveolar se continua sin demarcación en la membrana mucosa del carrillo, labio y pido de boca. El margen gingival se localiza en el esmalte aproximadamente de 0.5 a 2 mm, coronal al cuello tiene una terminación en forma de filo de cuchillo contra el diente pero redondeado el surco en condiciones adecuadas clínicamente no excede los 2 o 3 mm. al igual en casos de enfermedad se habla de bolsas periodontales cuando su profundidad excede los 2 mm. El surco gingival esta cubierto hacia coronal con el epitelio del surco, una extensión no queratinizada del epitelio bucal dentro del surco; el fondo se forma con la superficie coronal del epitelio de unión y este se une al tejido conectivo gingival con la superficie del esmalte, desde el cuello del diente y con el fondo del surco gingival la longitud del epitelio de unión rara vez excede de 2 a 3 mm. (Genco G.C.1990

La hendidura gingival es un surco superficial que corre paralelo y a una distancia de 0.5 a 2 mm del margen de la encía localizada en las superficies vestibular y lingual; la

distancia del margen gingival a la hendidura correspondiente a la distancia de la extensión apical del epitelio de unión su presencia no es criterio para una encía normal. Las superficies lingual y vestibular de una encía marginal sana, incluye la punta de la papila interdental cubierta por epitelio queratinizado o paraqueratinizado, firmes con puntilleo y color rosa , la encía se extiende desde el margen gingival al nivel de la unión mucogingival; comprende un revestimiento epitelial y tejido conectivo supraalveolar, el epitelio gingival tiene tres componentes: bucal, del surco de unión, el ancho de la encía varía de 1 a 9 mm, excepto la del paladar duro que esta cubierta en su totalidad por mucosa masticatoria; la encía es firme y resistente debido a la fuerte unión de fibras del tejido conectivo supraalveolar al cemento y hueso, esta cubierto por epitelio queratinizado y paraqueratinizado. (Genco G.C., 1990)

La gingivitis es un padecimiento periodontal más frecuente que puede presentarse en cualquier sujeto debido a la excesiva acumulación de placa. Esta enfermedad. es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios de color, forma, posición gingival- textura superficial, hemorragia regular y espontánea, se relaciona con acumulo de placa y casi nunca causa dolor; en la gingivitis crónica encontramos como rasgo predominante , número de células plasmáticas, inflamación y no existe evidencia de pérdida ósea alveolar o migración del epitelio de unión, en este punto así en la etapa anterior la gingivitis es reversible este tipo de gingivitis se desarrolla después de varias semanas de acumulación de placa. La gingivitis hormonal se divide en cuatro: gingivitis de la pubertad, gingivitis de embarazo hormonal,

gingivitis asociada al uso de la píldora y la gingivitis asociada a la terapia con esteroides, todas tienen en común el mismo signo clínico, respuesta exagerada a la presencia de placa, inflamación intensa, enrojecimiento, edema y agrandamiento. La gingivitis medicamentosa básicamente es producida por tres medicamentos, nifedipina, ciclosporina y dilantin sódico produciendo agrandamiento papilar y formación de pseudobolsas periodontales. (Genco G.C.1990)

En la gingivoestomatitis hepática hay dos cepas de virus: a menudo se relacionan con lesiones bucales y el otro se aísla con frecuencia en la zona genital, la gingivoestomatitis herpética es la manifestación más frecuente en la niñez, comienza con fiebre e inflamación de la mucosa bucal, luego aparecen lesiones vesiculares, dolorosas en tejidos bucales las cuales se rompen con facilidad y dan lugar a la formación de úlceras poco profundas con márgenes semiformes rodeadas por un alo de color rojizo, los signos de esta enfermedad más sobresalientes aparecen en mucosa labial y estos se agravan más por la mala higiene, la suspensión de la función masticatoria. No es rara la hemorragia en la encía marginal, los pacientes con este tipo de enfermedad resaltan dolor intenso y dificultad al habla, masticación y deglución. El paciente sufre de escurrimiento salival evidente a menudo se encuentra sensibilidad y tumefacción de los ganglios linfáticos. La gingivitis ulceronecrosante aguda es una infección relacionada con la flora bucal endógena. Esta enfermedad se cicatriza por ulceración y necrosis del margen gingival así como destrucción de la papila interdental algunas de sus características diagnósticas son: necrosis

interproximal y ulceración, dolor gingival, hemorragia, fiebre, malestar, linfadenopatías y halitosis. El absceso gingival es un proceso agudo perteneciente a un subgrupo de absceso periodontal, con frecuencia se presenta en un sitio donde no existía enfermedad y se limita a la encía marginal. (Regezi J.A.,1995)

El granuloma piogeno es una tumescencia asintomática, de color rojo, compuesta por tejido de granulación se observa con mayor frecuencia en la encía y se origina en el ligamento periodontal, puede ulcerarse de modo secundario. Es causada por trauma o irritación crónica, los cambios hormonales alteran el tamaño. El fibroma periférico es una masa hiperplásica reactiva que se localiza en la encía y se puede derivar del tejido conectivo de la submucosa o del ligamento periodontal algunas lesiones corresponden a un granuloma piogeno (maduro) en que el tejido de graduación colágeno. Aparece como una masa pediculada o sesil de color similar al tejido conectivo que la rodea, algunas veces se ulcera en la cúspide y raras veces causa erosión del hueso alveolar subyacente. Es causado por trauma o irritación crónica. (Regezi J.A.,1995)

La *lengua* es un órgano impar medio y simétrico, es una formación móvil es un órgano receptor de las sensaciones gustativas (sentido gusto) dicho órgano presenta una parte móvil la cual limita atrás, en la unión de su tercio posterior con sus dos tercios anteriores por la v lingual, dibujada por las papilas gustativas calciformes presenta una cara superior aplastada transversalmente convexa en sentido

anteroposterior. Tapizada por una mucosa espesa con papilas dispuestas a ambos lados, esta mucosa es rosada y húmeda en estado normal. En la parte de atrás de la v lingual se encuentra una superficie irregular levantada por glándulas foliculares delimitadas por la epiglotis. Existen unos surcos fisiológicos los cuales se manifiestan como un surco medio en el que se implantan surcos transversales y se acompañan de un espesamiento de la mucosa, atrofia papilar y glandular. Una cara inferior menos extensa es visible levantando la punta de la lengua y se encuentra apoyada sobre el piso de la boca; esta unida a este por el frenillo como pliegue mucoso medio semilunar en la base del cual se abren los Conductos de Wharton originados en las glándulas submaxilar son los que aportan saliva a la cavidad oral sus bordes laterales son espesos en la parte de atrás y más delgados hacia adelante y están en contacto con las arcadas dentales la punta o vértice es delgada afilada, aplastada en su parte media. (Vega S.A.,1990)

La base de la lengua relativamente fija, ancha y espesa. vertical constituye la pared anterior de la faringe bucal su superficie esta marcada por la v lingual , el foramen coecum la amígdala lingual y se encuentra unida por medio del velo del paladar por los pilares anteriores del velo a la epiglotis anatómicamente la lengua esta comprendida, por un armazón osteofibroso numerosos músculos y un revestimiento mucoso, el primero de estos componentes es el esqueleto de la lengua centrado en el hueso hioides que tiene forma de herradura una membrana hioglosa y un septum lingual; los musculos que componen la lengua son 17 repartidos en un músculo impar y medio (lingual superior) y ocho pares de musculos laterales (geniogloso,

hiogloso, estilogloso, palatogloso, farigogloso, amigdalogloso, lingual inferior y músculo transverso) su tercer y ultimo componente envuelve la masa carnosa de la base donde se refleja en continuidad de la mucosa con las regiones vecinas, las papilas linguales son elevaciones de la mucosa de forma variable que se dividen en cinco grupos calciformes, funjiiformes, filiformes, foliadas, hemisféricas; las glándulas que componen la mucosa se dividen en dos grandes grupos glándulas foliculosas posteriores y glándulas mucosas o serosas; la vascularización de la lengua esta determinada por arterias representadas por la arteria lingual; venas, linfaticos, localizados en la cara dorsal, transversal e inferior de la lengua ; vasos eferentes organizados así apicales, margianles, internos, posteriores, básales, y centrales. (Regezi J.A.,1995)

La candidiasis se encuentra agrupada en varias enfermedades mucocutaneas cuya etiología es un hongo del género cándida. Es la micosis bucal más frecuente; sus manifestaciones pueden ser agudas o crónicas. La candidiasis la produce cándida albicans y otra especie que se relaciona como c. parapsilosis, c. tropicalis, c. glabrata. La manifestaciones bucales son variables y la más frecuente es la pseudomembranos conocida como muguet o algodoncillo, es muy frecuente en pacientes con leucemia, con radioterapia o quimioterapia y con SIDA. Las lesiones bucales de candidiasis aguda tienen la característica de ser placas blancas, blandas o gelatinosas o nódulos que crecen de manera centrífuga y se unen. Las placas se componen de hongos, restos queratóxicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina; las lesiones pueden presentarse en cualquier sitio, predomina en la mucosa

bucal, pliegues mucobucuales, bucofaríngeos y bordes laterales de la lengua(Regezi J.A.,1995)

Los síntomas son mínimos en los casos graves, los pacientes se quejan de sensibilidad, sensación de quemadura y disfagia. Cuando la forma pseudomembranosa aguda persiste durante algún tiempo se pierde la pseudo membrana, y aparece una lesión generalizada de color rojo a la que se le conoce como candidiasis atrófica aguda en la que pueden observarse parches de despilación y desqueratinización en el dorso de la lengua. En la forma atrófica aguda los síntomas bucales son más importantes que en la forma pseudomembranosa aguda a causa del número de erosiones y de la intensidad de la inflamación. La candidiasis atrófica crónica a menudo llamada boca ulcerada por dentadura protésica se presenta en los pacientes geriátricos. La candidiasis hiperplásica en ocasiones afecta el dorso de la lengua en un patrón que se denomina glositis romboidal media, por lo general; es asintomático y se descubre en exámenes sistemáticos. La lesión se localiza en la zona anterior a las pailas circunvaladas y se presenta como una superficie de color blanco o con mayor frecuencia rojo, liso, nodular o fisurada con ligera induración y de forma romboidal. Las infecciones por cándidas se tienen que diferenciar de varias entidades que incluyen asociación a quemaduras químicas, ulceraciones traumáticas, parches en la mucosa por sífilis y lesiones queratosas blancas. (Regezi J.A., 1995)

La mucositis migratoria benigna también conocida como glositis migratoria benigna es una enfermedad de etiología desconocida, se encuentra relacionada con el estrés emocional y algunas infecciones bacterianas o micóticas; al igual con otros procedimientos como soriasis, dermatitis seborreica, síndrome de Reiter y citopía son áreas pequeñas redondas e irregulares de desqueratización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad bordes gruesos de color blanco o blanco amarillento. Lengua fisurada esta es una patología asintomático pero puede ser dolorosa si los organismos del hongo *Candida albicans* colonizan la base de las fisuras esta patología se encuentra muy asociada con la mucositis migratoria benigna aproximadamente en un 5% de la población es rara en niños y aumenta la incidencia con la edad. Glositis romboidal media es producida por una infección de *Candida albicans* es asintomático y se descubre en exámenes sistemáticos. La lesión gruesa que se localiza en la zona anterior a las papilas circunvaladas y se presenta como una superficie de color blanco o con frecuencia roja, lisa, nodular o fisurada con ligera induración y de forma romboidal localizada en la línea media. El hemangioma presentándose también tanto en lengua como en piel labios y mucosa bucal dicha lesión presenta una coloración rojiazul que se torna blanca a la compresión es difícil determinar la extensión del daño; también forma parte del Síndrome de Sturge-Weber las telangiectasias palidecen al comprimirlas y se encuentran por lo general en la piel dañada por el sol. (Regezi J.A., 1995)

El *piso de boca* se encuentra en la parte inferior constituido por reflexión de las mucosas laterales y el fondo de la lengua a nivel de tapizado gingival en la parte interna del maxilar, encontramos la lengua que forma parte del suelo de la cavidad

bucal junto con las glándulas salivales submaxilar y sublingual, se presenta el carcinoma como patología del piso de boca y es el segundo sitio intrabucal más frecuente de células escamosas, se encuentra con la predominancia en hombres mayores, alcohólicos y fumadores; es una úlcera dolorosa no cicatrizada, indurada , también aparece como un parche blanco o rojo y puede producir disminución en la movilidad de la lengua. (Regezi J.A.1995)

Los torus mandibulares son excrecencias óseas en la región lingual de la mandíbula, por arriba del borde milohioideo son casi siempre bilaterales, aparecen en la región premolar y raras veces unilateral sintomática, de crecimiento lento se presenta en la segunda o tercera década de la vida. La ránula es otra patología de piso de boca y es un fenómeno de retención de la mucosa más elevada, fluctuante de color blanco azulado que se ubica en la porción lateral del piso de boca, es dolorosa causada por la obstrucción del conducto salivar por sialolitos y traumatismo grave del mismo. La parotiditis es una sialadenitis viral aguda que afecta la glándulas parótidas se considera la enfermedad más común de glándulas salivales y tiene un patrón endémico anual cuya mayor frecuencia ocurre en los meses finales de invierno y primavera esta enfermedad es causada por el paramixovirus y presenta como síntomas clínicos fiebre malestar general, cefalea escalofríos dolor periauricular y en el 70% de los casos infección bacteriana de las glándulas salivares. (Sciubba J.,1995)

Dentro de las *anomalías dentarias* se encuentran las anomalías de tamaño. La microdoncia es una anomalía en que los dientes son pequeños y puede ser verdadera cuando los dientes son pequeños y los maxilares son de tamaño normal y falsa cuando el maxilar es grande y los dientes normales. La forma característica de dicha patología es dientes conoides y frecuentemente se encuentra en incisivos laterales superiores. La macrodoncia es aquella anomalía en que los dientes son grandes y puede ser verdadera en donde los dientes son grandes y los maxilares son de tamaño normal o falsa cuando el maxilar es pequeño y los dientes son de tamaño normal. Otras anomalías dentarias son las de forma donde esta la geminación que es aquella lesión en la cual un germen dentario trata de formar dos dientes. El resultado es la segmentación parcial en la cual aparecen dos coronas que comparten el mismo conducto radicular. En ocasiones ocurre segmentación completa con producción de dos estructuras semejantes lo que origina dos dientes a partir de un germen dental, aunque se piensa que los traumatismos pueden ser causa posible de esta lesión, se ignora su etiología por lo general estos dientes pueden ser antiestéticos y causar apiñamiento. (Regezi J.A.,1995)

La fusión se define como la unión de dos gérmenes dentarios en desarrollo, lo que produce una estructura dentaria única y grande el proceso de fusión puede comprender toda la longitud del diente o limitarse a la raíz en cuyo caso se comparte el cemento y la dentina los conductos radicales también se puede separar o compartir. En ocasiones es imposible diferenciar la fusión de un diente normal con un supernumerario de la gemación. (Sciubba J.1995)

La causa de esta anomalía se desconoce aunque se cree que tiene origen traumático. También se conoce como "Dens in diente" o diente dentro de un diente a una anomalía dentaria infrecuente que presenta exageración o acentuación de la fosa lingual. Este defecto varía en gravedad, desde superficial, que solo afecta la corona, hasta profundo con la Participación de corona y raíz. Los incisivos laterales superiores permanentes se afectan con más frecuencia, si embargo, cualquier diente anterior puede manifestar la alteración. Es común observar la afección bilateral aunque se desconoce la etiología de esta anomalía se piensa que participan factores genéticos en una proporción reducida de los casos. El dens evaginatus es un trastorno del crecimiento que se presenta con relativa frecuencia y afecta de manera predominante a los premolares. Aparece casi de manera exclusiva en individuos de raza mongóloide, asiáticos, esquimales y aborígenes de América. El defecto con frecuencia bilateral, consiste en un tubérculo o cúspide anómala, que se localiza en el centro de la cara oclusal debido a la oclusión el tubérculo se desgasta muy rápido y produce exposición temprana de un cuerno pulpar accesorio que se extiende hacia el interior del tubérculo. (Regezi J.A.,1995)

Los dientes de Turner son los dientes en los cuales se presenta hipoplasia del esmalte y tiene alterada su forma y se produce porque en un diente temporal presenta una lesión periapical y este afecta el germen dentario del diente permanente, se presenta frecuentemente en incisivos centrales y laterales superiores. Los dientes de Hutchinson es una anomalía dental que se produce por la sífilis congénita estos dientes tienen una muesca en el borde incisal y presenta hipoplasia del esmalte. Los

molares en mora es otra anomalía dental en donde la corona presenta numerosa cúspides. Las alteraciones de forma se producen durante el transcurso de la vida y entre ellas encontramos: La abrasión que es el desgaste patológico de los dientes a consecuencia de hábitos o empleo anormal de sustancias abrasivas en la boca. Las causa cepillado dental agresivo, fumar pipa, masticar tabaco y empleo de dentríficos agresivos. (Sciubba J.,1995)

La localización y tipo de abrasión dependen, de manera directa de la causa y es la abrasión por el cepillado a lo largo de la unión cemento esmalte. La atrición es el desgaste fisiológico de los dientes como resultado de la masticación es un proceso en relación con la edad y varia de un individuo a otro los factores como calidad de dieta, dentición, musculatura mandibular y hábitos de masticación pueden influir de manera considerable en el patrón y extensión del desgaste. La erosión es la perdida de la estructura dental a partir de un proceso químico no bacteriano. Con frecuencia los ácidos participan en los procesos de disolución ya sea de una fuente interna o externa; la fuente externa puede ser el ambiente de trabajo o la dieta como el consumo excesivo de frutas cítricas, la fuente interna de ácida es como probabilidad el contenido gástrico por la regurgitación; esto se observa en cualquier trastorno que curse con vómito crónico. El tipo de erosión por vómito suele ser el desgaste generalizado de las superficies linguales de los dientes sin embargo, todas las superficies se pueden afectar; en especial en individuos que compensan la perdida de líquidos con la ingestión excesiva de jugos de frutas. En las alteraciones de número se encuentra la anodoncia que es la ausencia de dientes total o parcial, cuando es total

se presenta una alteración que se llama displasia ectodérmica anhidròpica; que es aquella alteración donde las estructuras que se originan del ectodermo no se forman o se forman mal estos pacientes presentan ausencia de pelo o pelo muy escaso y piel lábil. (Regezi J.A.,1995)

La anodoncia parcial es aquella en la cual faltan algunos dientes, son frecuentes los laterales superiores y caninos existe la anodoncia falsa que es cuando clínicamente no se observan dientes en boca pero se encuentran incluidos y la anodoncia verdadera es cuando no existen ni clínica ni radiográficamente . Dentro de estas anomalías se encuentra también la de dientes supernumerarios, que son aquellos que presentan más dientes de la fórmula dentaria, se producen por que la lámina dental forma mas gérmenes dentarios y frecuentemente se presenta en la línea media del maxilar superior y se llaman mesodientes o también a nivel de los premolares en algunos pacientes se puede presentar una tercera dentición. (Regezi J.A.,1995)

En las anomalías de estructura encontramos la amelogenénesis imperfecta que presenta un grupo de trastornos hereditarios de aparición similar en la formación del esmalte de ambas denticiones, casi todos los casos corresponden a uno de los dos grupos principales hipoplásico o hipocalcificación. En el tipo hipoplásico los dientes hacen erupción con cantidades insuficientes de esmalte que van desde agujeros y surcos en un paciente hasta ausencia completa. La hipocalcificación es la falta de calcificación del esmalte por disminución en los depósitos de fosfatos y carbonatos de calcio, cuando la hipocalcificación es generalizada los denominan dientes nevados.

La dentinogénesis imperfecta es otra anomalía de estructura donde afecta ambas denticiones produciendo un color en la dentina opalescente existen tres tipos: tipo I se presenta en pacientes que tienen osteogénesis imperfecta y se afecta los dientes temporales , Tipo II se produce alteración únicamente en dentina y el Tipo III se producen defectos dentinales con variaciones clínicas y radiográficas, se presentan exposiciones pulpares lesiones apicales raíces cortas y las coronas en forma de campana. (Regezi J.A.,1995)

El *índice gingival* mide la gravedad de la respuesta inflamatoria alrededor de todos los dientes presentes en boca es refinamiento de los sistemas de valoración de gingivitis temprana como en el índice de Muhlemann y Mazor quienes incluyen la dimensión de la hemorragia al sondeo, los tejidos gingivales que rodean cada diente seleccionado se divide en cuatro áreas para la valoración papila disto vestibular, margen vestibular papila mesiovestibular y todo el margen lingual. Este índice se valora según los siguientes criterios 0 para encía normal 1 para inflamación media con cambio de color ligero y edema sin hemorragia al sondeo ,2 para inflamación moderada enrojecimiento, edema y superficie brillante, hemorragia al sondeo, 3 para una inflamación grave con enrojecimiento y edema marcado, ulceración y tendencia a hemorragia espontánea. (Ostrom Y Colaboradores)

El *índice C.O.P.* se usa para los tejidos duros, identifica la historia de caries de una persona durante todo el período de su vida y es irreversible, se expresa en números enteros. esta sigla significa C para cariado O para obturado y P para perdido se debe tener en cuenta que se mantiene o aumenta nunca disminuye este índice se valora

bajo los siguientes criterios muy bajo de 0.0 -1.1 bajo 1.2-2.6 moderado 2.7-4.4 alta de 4.5-6.5 y muy alta de 6.6 ó más. (Klein, Pálmer, Knutson)

El *índice de higiene oral simplificado* estudia la epidemiología de la enfermedad de placa bacteriana y calculo, evalúa la eficacia del cepillado, la atención odontológica y los programas de salud oral en una comunidad. Los criterios para este índice son; bueno 0.0-1.2 regular 1.3 - 3.0 malo 3.1-6.0. (Greene Y Vermillon)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Evaluar el estado de salud de cabeza y cuello de las reclusas de la cárcel de mujeres El Buen Pastor en el primer semestre del año 2.000.

1.5.2 Objetivos Específicos

1.5.2.1 Establecer los aspectos generales de las reclusas de la cárcel El Buen Pastor.

1.5.2.2 Establecer mediante la valoración clínica extraoral e intraoral la presencia o ausencia de patologías en las reclusas de la cárcel El Buen Pastor.

1.5.2.3 Determinar la presencia del hábito de fumar y consumo de sustancias psicoactivas.

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2 UNIVERSO

Corresponde a 617 reclusas que se encuentran clasificadas según el conglomerado carcelario así:

<i>PATIO</i>	<i>NUMERO DE MUJERES</i>
1	11
2	86
3	103
4	156
5	195
6	30
7	7

2.3 MUESTRA

240 obtenidas de la siguiente manera

2.3.1 DISEÑO DE LA MUESTRA

Tamaño de la población	Prevalencia específica por enfermedad periodontal	Nivel de confianza	Tamaño
600	92.4	95%	240

<i>Patio</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Tamaño</i>
1	1.9	11(mínimo 3)
2	14.8	118
3	17.72	41
4	26.85	31
5	33.56	28
6	5.16	11

2.4 VARIABLES

2.4.1 Aspectos Generales: Edad, grupo étnico (caucasoide, negroide y mongoloide), estrato socioeconómico (1,2,3,4,5,6,), nivel de escolaridad (primaria completa, incompleta, secundaria completa, incompleta, tecnológico, universitario completo, incompleto, postgrado)

2.4.2 Valoración clínica extraoral: facies (simetría, asimetría, relación tercios de la cara (superior, medio, inferior) competencia labial (presente, ausente) surco labio mentoniano (presente, ausente, aumentado y disminuido) perfil (recto, cóncavo, convexo) auscultación

de la articulación temporomandibular (presente, ausente, tipo de ruido (chasquido, crepitación, clicking, presencia de dolor) palpación ATM, alteraciones de movimiento (apertura, cierre, protrusión) músculos masticadores (hipotonicidad, hipertonicidad, normotonicidad) palpación ganglionar de cuello (indurado, blando, fijo, móvil, doloroso, no doloroso).

2.4.3 Valoración clínica intraoral: labios, mucosa yugal, paladar(duro, blando), encía, lengua, piso de boca, tejidos dentales (estado periodontal, I.H.O., I.G., C.O.P., anomalías dentales).

2.4.4 Presencia de Hábitos: Fumar y consumo de sustancias psicoactivas.

2.5 INSTRUMENTO.

Se realizó una ficha clínica por medio de la cual se recogieron los datos concernientes a las variables propuestas (anexo 1).

2.6 PROCEDIMIENTO.

Inicialmente se solicitó una autorización por escrito al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) para realizar la investigación, propuesta en una de las cárceles de Bogotá, dicha institución aprobó la petición planteada y asigna como sitio de trabajo La Reclusión de mujeres el Buen Pastor. Posteriormente se visitó dicho lugar haciendo la presentación del proyecto de grado a la directora y al grupo de colaboradores del

departamento de sanidad los cuales revisaron y aprobaron el protocolo titulado Evaluación del Estado de Salud de Cabeza y Cuello de las reclusas de la Carcel de Mujeres El Buen Pastor en el Primer Semestre del año 2000.

Se planeó con la jefe del departamento de sanidad la forma en que se iba a motivar a las internas y se acordó la elaboración de carteleras las cuales serían distribuidas por todas las intalaciones del plantel con el objetivo de llamar la atención de las reclusas; y así lograr la participación e inscripción de lo que para ellas era “ Una brigada de Salud oral “.

El asesor científico realizó por grupos la calibración clínica en las instalaciones de la universidad con el fin de unificar conceptos teórico-prácticos para disminuir el margen de error en el diligenciamiento de las fichas clínicas.

Posteriormente la directora de la reclusión otorgó los permisos de entrada con fechas establecidas a cada una de las estudiantes para dar comienzo al proceso de recolección de datos de la población en estudio.

Los investigadores se dotaron de materiales de bioseguridad, instrumental básico y demás materiales de uso odontológico para una adecuada atención clínica de las pacientes. Se diseñó un cronograma para la rotación en la cárcel asistiendo en parejas durante 2 meses en el horario establecido en los permisos.

Cada día se ingresó al departamento de sanidad específicamente al área odontológica donde se atendió un promedio de 10 reclusas inscritas previamente, en cada cita se diligenció la ficha clínica y se les indicó como realizar un correcto cepillado incluyendo una autoprofilaxis; como contraprestación a la gran labor se les obsequió a cada una un kit de higiene Oral compuesto por una crema dental, un cepillo dental, una toalla para manos y un jabón de manos.

Finalmente se dirigió un comunicado al director del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en el cual se solicitaba permiso para el ingreso de una cámara fotográfica al Departamento de Sanidad de la Cárcel el Buen Pastor; aprobada la solicitud fue presentada a la directora del Centro Penitenciario quién a su vez otorgó el permiso con fecha límite; con el motivo de obtener las fotos correspondientes a los diagnósticos y patologías evaluadas, valoradas y estudiadas en ellas respetando ante todo la identidad e integridad, bajo los parámetros de ética en investigación.

2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó la estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central tipo promedios y porcentajes ilustrados en gráficas tipo histograma y pastel, elaboradas en programas de computador como Word 97 y 98, Microsof, Excel 98 y Power Point.

3. RESULTADOS

El grupo etáreo mayor se ubicó en el rango de 18 – 29 años con 120 reclusas correspondiendo al 50% de la población, mientras el grupo menor fue ubicado entre 60 – 69 años con 5 reclusas para un 2% de la población.(Tabla 1 Gráfica 1)

En cuanto al grupo étnico se observó que 218 reclusas con un 91% pertenecían al grupo mestizoide, seguido por el negroide con 20 reclusas equivalentes a un 8% de la población. (Tabla 2 Gráfica 2)

En lo relacionado al estrato socioeconómico se observó que es en el estrato 2 donde se encuentra la mayoría de las reclusas con un total de 96 equivalente a un 40% de la población; seguida del estrato 1 con 83 reclusas correspondiente al 35% y el estrato 3 con 43 reclusas con un 18% de la población.(Tabla 3 Gráfica 3)

La nacionalidad de la mayoría de las reclusas era Colombiana correspondiendo a 233 de ellas que equivale a un 97% de la población y extranjeras en número de 5 para un 3% .

(Tabla 4 Gráfica 4)

En lo referente al grado de escolaridad se observó que el 43% de la población con 104 reclusas presentaba estudios secundarios incompletos, mientras que en secundaria completa se encuentra el 14% de la población con 33 reclusas, en primaria incompleta se observó 51 reclusas que equivale a un 21% y en primaria completa 23 reclusas con el 10%. El índice de analfabetismo se observó en el 6% de la población correspondiente al 14 reclusas.

(Tabla 5 Gráfica 5)

En cuanto a la valoración clínica extraoral el examen facial determinó: Una asimetría facial en el 3% de las pacientes correspondiente a 8 reclusas (Tabla 6 Gráfica 6); el perfil recto predominó en el 78% de la población correspondiente a 188 reclusas.(Tabla 7 Gráfica 7)

La cantidad de cabello fue abundante en el 91% de las reclusas con un total de 218 de ellas (Tabla 8 gráfica 8); con un tipo de cabello lacio en un 53% de la población correspondiente a 127 reclusas. (Tabla 9 Gráfica 9)

El tamaño de los ojos que predominó fue el mediano correspondiente a 129 reclusas con un 54% (Tabla 10 Gráfica 10); El surco labiomentoniano se observó aumentado en 146 reclusas con un 61% (Tabla 11 Gráfica 11); en cuanto a la simetría de los tercios de la cara se observó asimetría del 3% de la población con 7 reclusas (Tabla 12 Gráfica 12)

Hubo incompetencia labial en el 3% de la población correspondiente a 8 reclusas (Tabla 13 Gráfica 13); la forma de la cara que predominó fue la forma redonda con el 43% de la población correspondiente a 104 reclusas, seguida de la forma redonda con el 27% de la población equivalente a 64 reclusas (Tabla 14 Gráfica 14).

En lo relacionado a la palpación muscular se pudo observar: El músculo masetero presentó hipotonicidad en el 3% de las reclusas correspondiente a 7 de ellas e hipertonicidad al 2% de la población con 5 reclusas (Tabla 15 Gráfica 15).

El músculo temporal presentó hipertonicidad en un 3% de la población equivalente a 6 reclusas e hipotonicidad en 5 reclusas con un 2% (Tabla 16 Gráfica 16).

Para el músculo pterigoideo externo la hipotonicidad fue del 3% de la población correspondiente a 8 reclusas (Tabla 17 Gráfica 17); y para el interno dicha hipertonicidad es del 5% con 13 reclusas (Tabla 18 Gráfica 18).El músculo esternocleidomastoideo presentó normotonicidad en el 98% correspondiente a 235 reclusas (Tabla 19 Gráfica 19)

La palpación ganglionar demostró que en el 99% de la población equivale a 237 reclusas los ganglios son blandos, móviles, no dolorosa (Tabla 20 Gráfica 20).

A la auscultación del ruido articular se observó que dicho ruido estaba ausente en el 52% de los casos con 126 reclusas, mientras que estuvo presente en el 48% de la población con 114 reclusas (Tabla 21 Gráfica 21). Dicho ruido fue ubicado en ambas articulaciones en el 25% de las reclusas con 61 de ellas (Tabla 22 Gráfica 22). El tipo de ruido que predominó fue el cliking en 86 reclusas correspondiente al 36% (Tabla 23 Gráfica 23); el dolor articular se presentó en el 79% de la población equivalente a 51 reclusas (Tabla 24 Gráfica 24), éste dolor fue localizado en ambas articulaciones en 23 reclusas con un 10% (Tabla 26 Gráfica 26); dicho dolor fue catalogado como suave por el 14% de la población correspondiente a 34 reclusas (Tabla 25 Gráfica 25).

En lo relacionado a la valoración clínica intraoral se pudo observar: El sitio donde se localizó la mayor cantidad de patologías corresponde a la encía con 185 reclusas, seguidas de paladar duro con 56 reclusas y lengua con 38 reclusas (Tabla 31 Gráfica 31).

Las patologías encontradas fueron la gingivitis en 176 reclusas, seguidas de las manchas melánicas en 43 pacientes, estomatitis nicotínica en 23 pacientes, trauma y laceraciones en 17 reclusas, papilomatosis en 14 reclusas y mucositis migratoria en 13 reclusas (Tabla 32 Gráfica 32).

A la exploración dentaria se pudo observar: Microdoncia en 11 reclusas con un 5% de la población y macrodoncia en el 11% correspondiente a 3 reclusas (Tabla 27 Gráfica 27).

La anomalía de forma más predominante fue la atrición en 62 reclusas con un 26% de la población (Tabla 28 Gráfica 28).

En lo relacionado a las anomalías de número se observó normalidad en el 99% de los casos correspondiente a 237 reclusas (Tabla 29 Gráfica 29).

La anomalía de estructura que predominó fue la amelogenesis tipo hipocalcificación en el 4% de la población con 10 reclusas (Tabla 30 Gráfica 30).

En la Evaluación del Índice de Higiene Oral (IHO) se encontró un índice de 2.4 correspondiente a la clasificación moderada en el 100% de la población, seguida de la placa calcificada de 0.7 para un IHO total de la población regular (Tabla 33 Gráfica 33).

Al desarrollar el C.O.P. se pudo observar un total de dientes Perdidos de 1890, seguido de Cariados 1582 dientes y Obturados de 670 dientes para un total de dientes afectados de 4142 (Tabla 34 Gráfica 34) correspondiente a un índice C.O.P. de 17.2 ubicado en la clasificación de la OMS (muy alta). (Tabla 37).

La evaluación del índice gingival IG6 reportó que 143 reclusas tienen enfermedad periodontal severa, seguido por 94 reclusas con enfermedad periodontal moderada y leve (Tabla 35 Gráfica 35).

En cuanto a la presencia y ausencia de hábitos se observó que el 93% de las reclusas son fumadoras correspondientes a 93 de ellas, mientras que las que consumen sustancias psicoactivas son 33 reclusas (Tabla 36 Gráfica 36).

4. DISCUSIÓN

De acuerdo a lo obtenido en la evaluación extraoral en el plano frontal el 97% de las reclusas presentaron simetría facial lo cual a su vez está determinado por el equilibrio de los tercios faciales expuesto por Aristequieta y colaboradores en 1994; el perfil que predominó fué el recto, en la gran mayoría de las reclusas lo cual está de acuerdo con lo expuesto por mayoral en 1985.

En cuanto a la simetría de los tercios faciales el 97% de la población son simétricas, esa simetría está determinada por las distancias que hay entre la base del cuero cabelludo hasta la base de los huesos propios de la nariz , Tercio Superior; base de los huesos propios de la nariz hasta la espina nasal anterior ,Tercio Medio, y espina nasal anterior hasta el mentón ,Tercio Inferior, como lo expone Aristequieta en 1994 y Kurliandski en 1979.

La forma de la cara que predominó fue la forma ovalada con un 43% lo cual está de acuerdo con la clasificación de Hamphreys 1984 el cual lo clasifica en cerebral, romboidea, cuadrada y oval.

La competencia labial estuvo presente en un 97% de las reclusas, dicha competencia se realiza teniendo en cuenta aspectos como límite, proporción, comisuras y longitud de los labios expuesto por Aristequieta en 1994.

A la palpación muscular del masetero la normotonicidad es de un 95% de las reclusas ya que como dice Guzmán en 1995 dicha normotonicidad está relacionada con los hábitos y movimientos mandibulares tanto en apertura como en cierre. A la palpación del músculo Temporal se observó normotonicidad en un 95% de las reclusas lo cual está relacionado con la fuerza en la apertura y cierre que ejerce dicho músculo (Guzmán 1995).

A la palpación ganglionar se observó que en un 99% de los casos se presentaban ganglios blando, móvil y no doloroso, dichos ganglios son masas de volúmenes variables redondeados u ovoides drenados por varios vasos linfáticos ubicados en la palpación de la axila, cuello e ingle Gispert C. 1983 y Vegas.

En lo relacionado con la auscultación del ruido articular se observó la presencia del ruido articular en un 48% de los cuales el 25% era bilateral y correspondía a Cliking con 52%; la presencia de dolor encontrada es del 21%, todos los ruidos y dolores encontrados están determinados por causas tales como desórdenes inflamatorios, desórdenes de posición, hipomovilidad condilar e hipermovilidad condilar como lo expone Guzmán 1985.

A la valoración clínica intraoral se determinó la presencia de patologías de Encía en 185 del total de las reclusas de la investigación, seguidas de las de Paladar duro en 56 reclusas; Lengua 38 reclusas y Mucosa Yugal 31. La presencia de patologías en encía está directamente relacionada con los hábitos e higiene oral de las reclusas así como con el consumo de sustancias psicoactivas (Regezi 1995). La patología que más predominó fue la Gingivitis en 176 del total de las reclusas examinadas, está relacionada con acúmulos de Placa Blanda, Placa Dura, deficiente Higiene Oral, presencia de Cálculos y Hábitos como lo expone Robbins 1995 y Regezi 1995.

Las Manchas Melánicas es la segunda patología, con un total de 43 reclusas examinadas, éstas manchas melánicas se encuentran localizadas en encía y están directamente relacionadas con el hábito de fumar tabaco o sustancias psicoactivas (mariguana, basuco) las cuales estimulan la proliferación de melanocitos en la zona afectada según Regezi y Shaffer 1995.

La tercera patología relacionada con las anteriores es la Estomatitis Nicotínica con 23 reclusas, la cual está estrechamente ligada al hábito de fumar; dicha lesión consiste en la aparición de placas blancas hiperqueratósicas en paladar como lo expone Regezi en el 2000.

El Trauma y la Laceración también son frecuentes en 17 de las reclusas lo cual está relacionado con la situación de hacinamiento y trato con su compañero o conyuge.

La Mucositis Migratoria constituye otro hallazgo patológico importante en 13 de las reclusas, dicha lesión es común en mujeres y está relacionado con cambios hormonales y estrés como lo expone Shaffer y Regezi.

A la exploración de los tejidos dentales se pudo observar que en el 94% de las reclusas no existían alteraciones de tamaño en los dientes; mientras que las anomalías de forma más común era la atrición lo cual se define según Sciubha y Regezi como una pérdida de estructura dentaria por factores fisiológicos. De la misma manera se observan en una paciente la presencia de un supernumerario en zona de premolares inferiores.

En lo relacionado al control de Higiene Oral se observó un índice de placa blanda moderada, mientras que la placa calcificada leve, hecho que está directamente relacionado con la presencia de gingivitis y falta de higiene oral como lo expone Lindhe en 1985. Al realizar el índice C.O.P. se observó que la cantidad de dientes Perdidos, Cariados y Obturado se relaciona directamente con la presencia de enfermedades como la Gingivitis que en esa población es severa con 143 reclusas y moderada en 94 de ellas según lo asevera Lindehg en 1985. El índice C.O.P. muy alto en éste tipo de población es de esperar puesto que la pérdida de dientes es notoria.

La presencia de las Fumadoras en las reclusas y del consumo de sustancias psicoactivas fue alto, éstos hábitos explican la presencia de patologías como las Manchas Melánicas y Estomatitis Nicotínica que según Regezi y Col constituyen el factor etiológico más predominante de dichas patologías.

Finalmente es importante anotar que la presencia de estas patologías está relacionada con factores tales como: la edad y situación socioeconómica, nivel cultural y estado de hacinamiento de las reclusas que fueron investigadas.

5. CONCLUSIONES

- ❑ El grupo étnico promedio que se observó en las reclusas es de 30 años y el grupo étnico predominante fue el mestizoide.
- ❑ El estrato socioeconómico dos fue el más relevante de la población.
- ❑ La mayoría de las reclusas era de nacionalidad Colombiana; con un grado de escolaridad predominante de secundaria incompleta.
- ❑ Las características faciales de las reclusas en su mayoría presentaban un perfil recto, asimétrico y la forma de la cara ovalada.
- ❑ La cantidad de cabello fue abundante de tipo lacio, con ojos medianos y un surco labiomentoniano aumentado.
- ❑ En cuanto a la palpación muscular se observó mayor hipotonicidad en el músculo masetero, hipertonicidad en el músculo temporal, hipotonicidad en el músculo pterigoideo externo e hipertonicidad en el músculo pterigoideo interno.
- ❑ A la auscultación la mayoría de las reclusas no presentó ruido articular.
- ❑ El dolor se catalogó como leve afectando ambas articulaciones.
- ❑ Con la valoración clínica intraoral se observó la patología que más se presentó y fue la gingivitis cuya ubicación anatómica predominante es la encía.
- ❑ La presencia de hábitos que predominaron fueron el cigarrillo y el consumo de sustancias psicoactivas.

- El índice de higiene oral de la población fue regular, el índice gingival fue severo y el C.O.P. se clasificó como muy alto.

ANEXO 1

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
RECLUSIÓN DE MUJERES EL BUEN PASTOR

FICHA CLÍNICA

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Edad: _____

Grupo Étnico: caucasoide	☐	mestizoide	☐	negroide	☐	mongoloide	☐
Estrato Socioeconómico:	1		2		3		
	4		5		6		
Nivel de Escolaridad:	Analfabeta	C	I		Técnico	C	I
	Primaria	C	I		Universitario	C	I
	Secundaria	C	I		Postgrado	C	I
Nacionalidad :	C	☐	E	☐			

II. VALORACIÓN CLÍNICA EXTRAORALExamen Facial:

<i>plano frontal:</i> simetria ☐ asimetria ☐	<i>Perfil :</i> recto ☐ cóncavo ☐ convexo ☐
Cabello <i>cantidad de cabello:</i> abundante ☐ escaso ☐ <i>forma:</i> lacio ☐ ondulado ☐ crespo ☐	Competencia Labial: Pesente ☐ ausente ☐ Surco Labiomentoniano: aumentado ☐ disminuido ☐
Cara Redonda ☐ Cuadrada ☐ Diamante ☐ Ovalada ☐	
Simetría Tercios de la Cara: si ☐ no ☐	Ojos: grandes ☐ medianos ☐
Palpación Muscular: normotonicidad ☐ hipotonicidad ☐ hipertonicidad ☐ masetero ☐ temporal ☐ pterigoideo interno ☐ pterigoideo externo ☐ esternocleidomastoideo ☐	Palpación Ganglionar del Cuello: blando ☐ indurado ☐ movil ☐ fijo ☐ no doloroso ☐ doloroso ☐
Auscultación Articular <i>ruido articular</i> presente ☐ ausente ☐ <i>tipo de ruido:</i> cliken ☐ chasquido ☐ crepitación ☐ <i>localización en ATM:</i> derecha ☐ izquierda ☐	Dolor <i>dolor articular</i> ☐ Presente ☐ ausente ☐ <i>tipo de dolor:</i> ☐ suave ☐ fuerte ☐ <i>localización en ATM:</i> derecha ☐ izquierda ☐

III. VALORACIÓN CLÍNICA INTRAORAL

Presencia de Patologías

UBICACIÓN ANATÓMICA DE LA PATOLOGÍA			TIPO DE PATOLOGÍA
	Tejidos Blandos		
<i>labios:</i>	si	no	cual _____
<i>mucosa yugal:</i>	si	no	cual _____
<i>paladar duro:</i>	si	no	cual _____
<i>paladar blando:</i>	si	no	cual _____
<i>encía:</i>	si	no	cual _____
<i>lengua:</i>	si	no	cual _____
<i>piso de boca:</i>	si	no	cual _____

Presencia de Patologías

Tejidos Dentales						
<i>anomalias de tamaño:</i>	☐	normodoncia	☐	microdoncia	☐	macrodoncia
<i>anomalias de forma:</i>	☐	geminacion	☐	fusión	☐	abrasión
	☐	atricion	☐	erosión		
<i>anomalias de número:</i>	☐	agenecia	☐		☐	supernumerario
<i>anomalias de estructura:</i>	☐	hipocalcificacion				

IV. EXAMEN CLÍNICO DE TEJIDOS DENTALES

Odontograma:

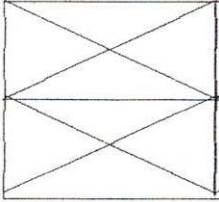
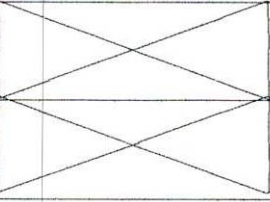
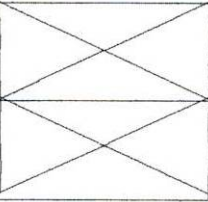
Índice COP

Index 001															
18	C	O	P	28	C	O	P	38	C	O	P	48	C	O	P
17	C	O	P	27	C	O	P	37	C	O	P	47	C	O	P
16	C	O	P	26	C	O	P	36	C	O	P	46	C	O	P
15	C	O	P	25	C	O	P	35	C	O	P	45	C	O	P
14	C	O	P	24	C	O	P	34	C	O	P	44	C	O	P
13	C	O	P	23	C	O	P	33	C	O	P	43	C	O	P
12	C	O	P	22	C	O	P	32	C	O	P	42	C	O	P
11	C	O	P	21	C	O	P	31	C	O	P	41	C	O	P
total			C	O			P								

Índice de Higiene Oral

placa blanda							placa blanda total.	—
diente	16	11	26	36	31	46	placa calcificada total.	—
placa calcificada							I.H.O.	—

Índice Gingival IG6

16 / 17	11 / 21	26 / 27
		
46 / 47	41 / 31	36 / 37

HÁBITOS

FUMA

☐

SI

☐

NO

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

☐

SI

☐

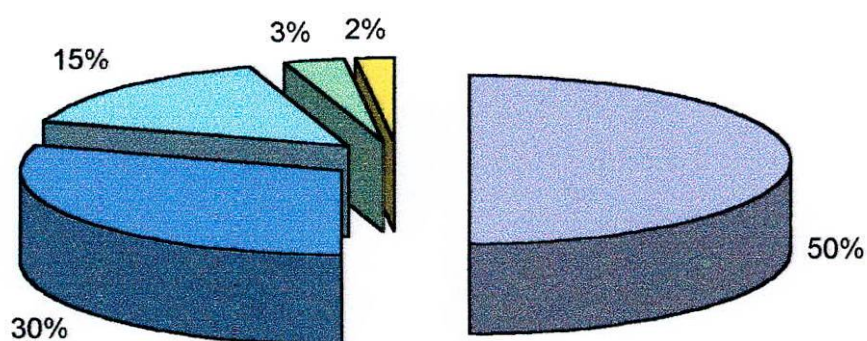
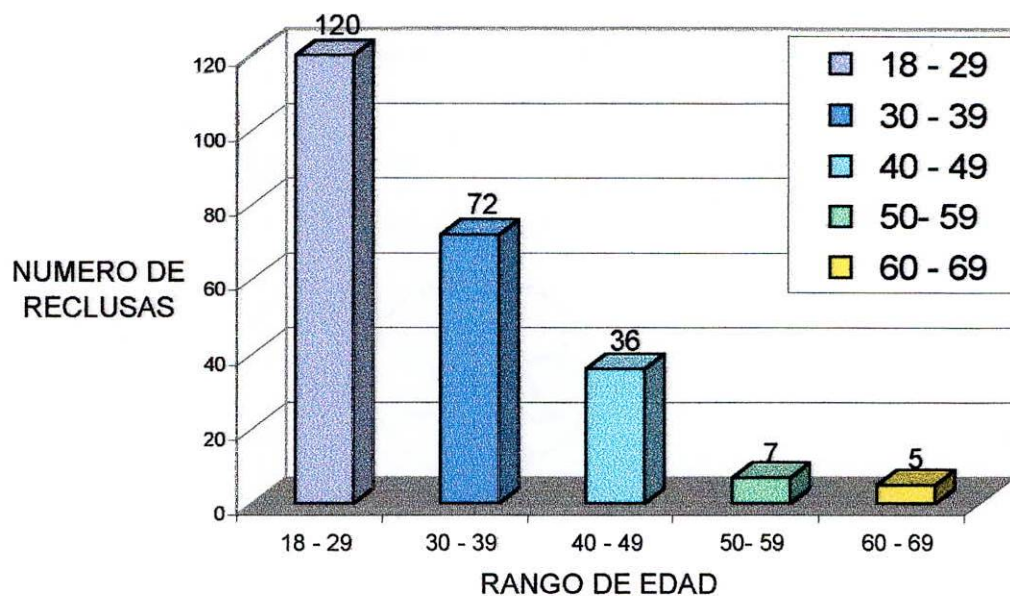
NO

DIAGNÓSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO

GRAFICA 1

CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGUN EDAD



■ 18 - 29 ■ 30 - 39 ■ 40 - 49 ■ 50 - 59 ■ 60 - 69

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD

Rango de Edad	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Número de reclusas	120	72	36	7	5
Porcentaje	50%	30%	15%	3%	2%
PROMEDIO	30 Años				

GRAFICA 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN GRUPO ETNICO

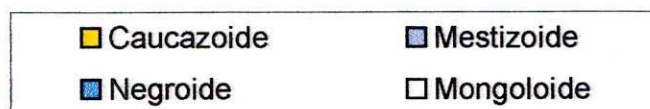
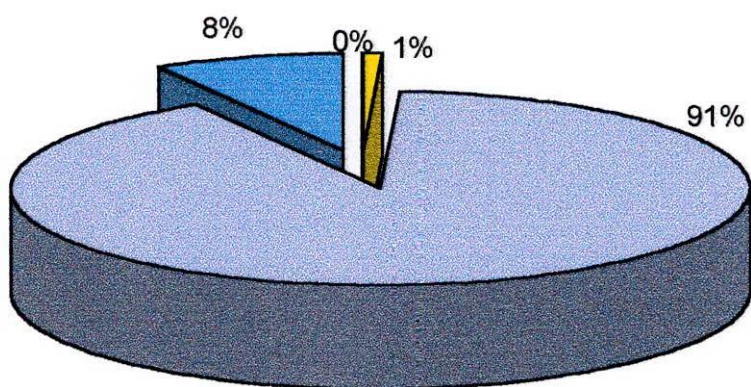
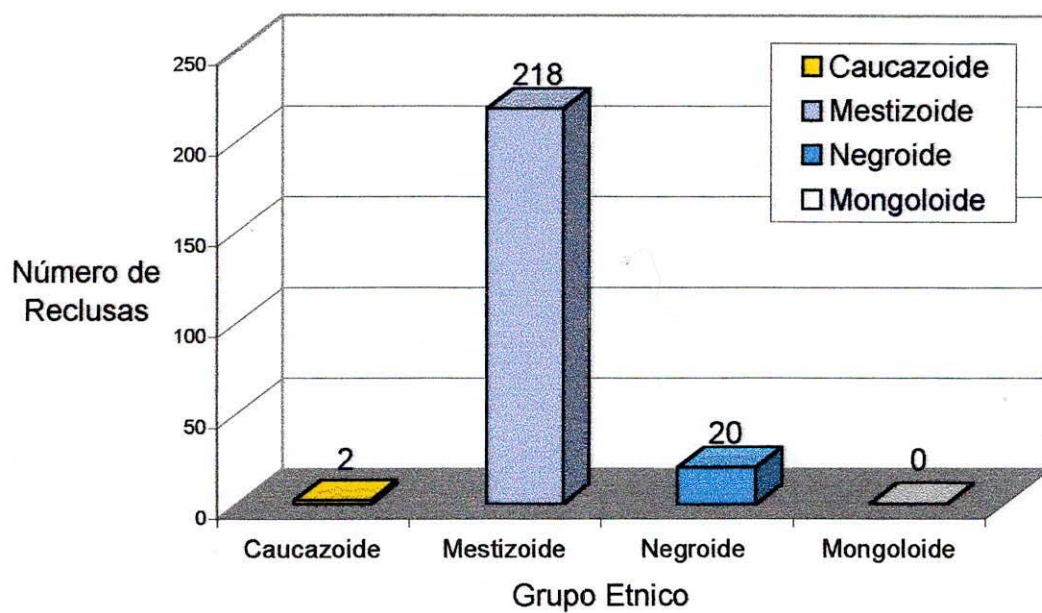


TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPO ETNICO

Grupo Etnico	Caucazoide	Mestizoide	Negroide	Mongoloide
Número de reclusas	2	218	20	0
Porcentaje	1%	91%	8%	0%

GRAFICA 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTRATO SOCIOECONOMICO

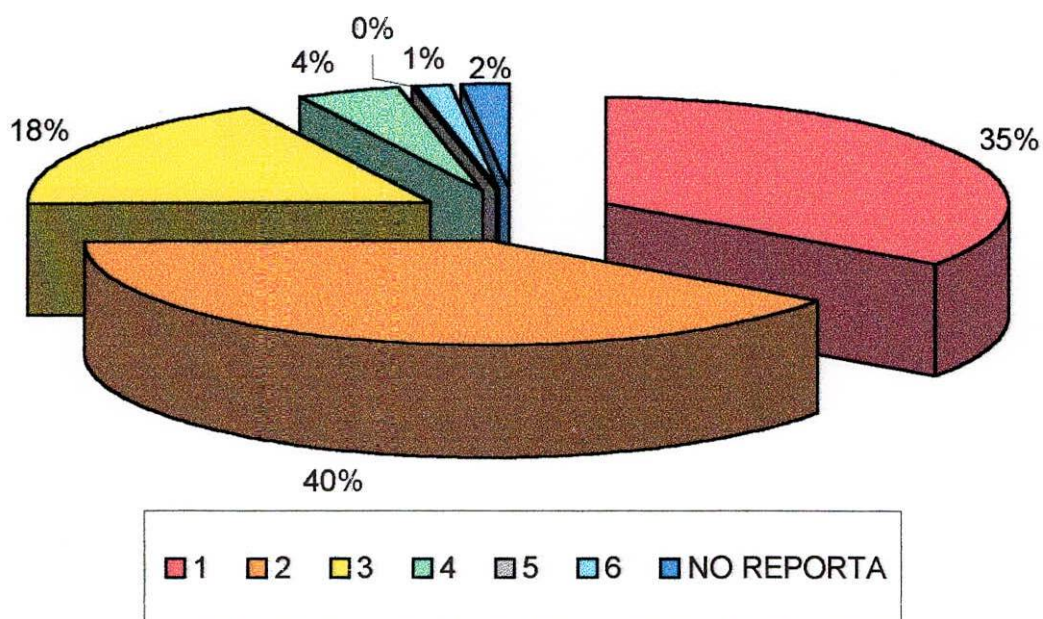
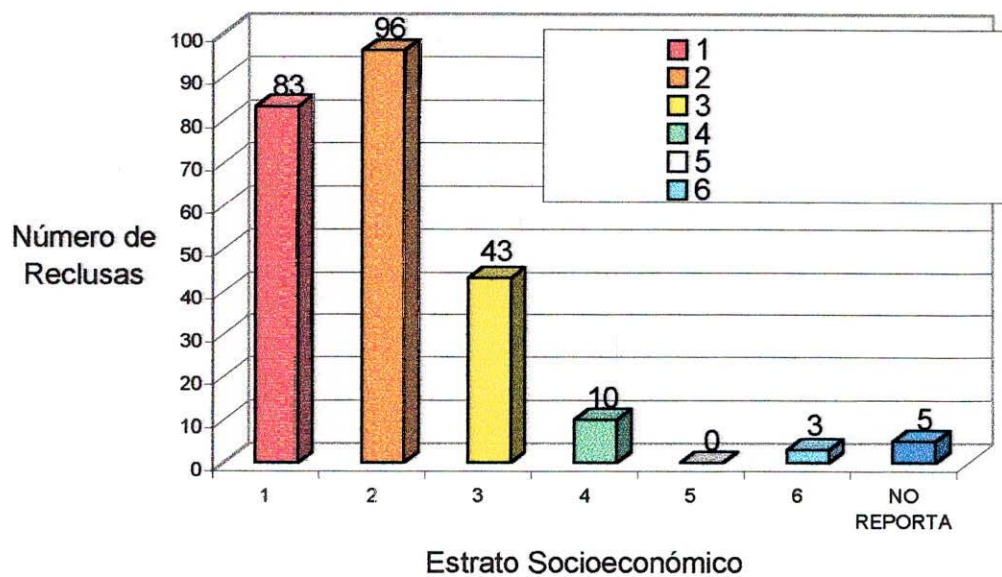


TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO

Estrato Socioeconomico	1	2	3	4	5	6	No reporta
Número de reclusas	83	96	43	10	0	3	5
Porcentaje	35%	40%	18%	4%	0	1%	2%

GRAFICA 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN NACIONALIDAD

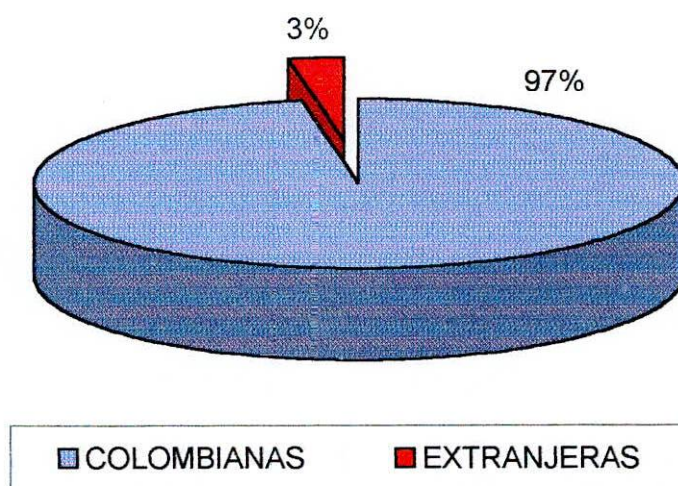
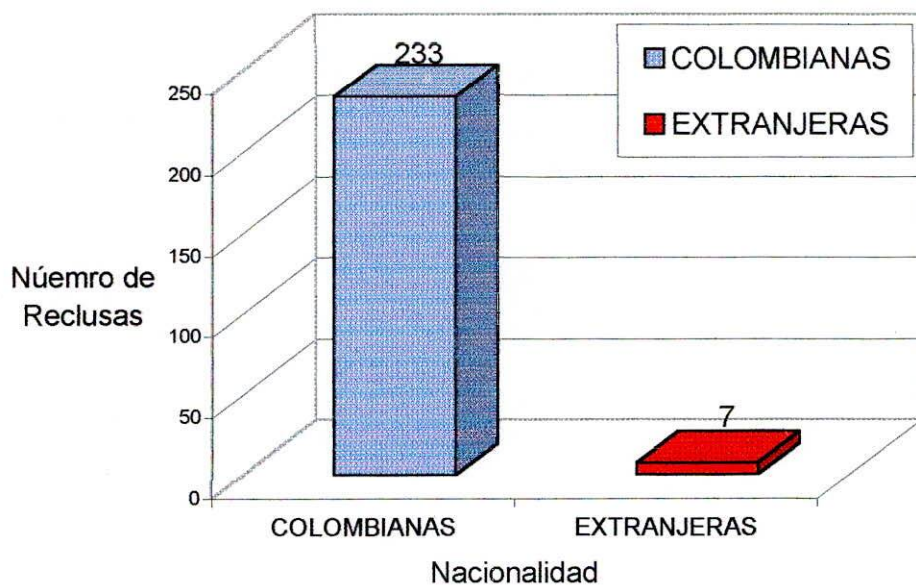


TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NACIONALIDAD

Nacionalidad	Colombianas	Extranjeras
Número de reclusas	233	7
Porcentaje	97%	3%

GRAFICA 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD

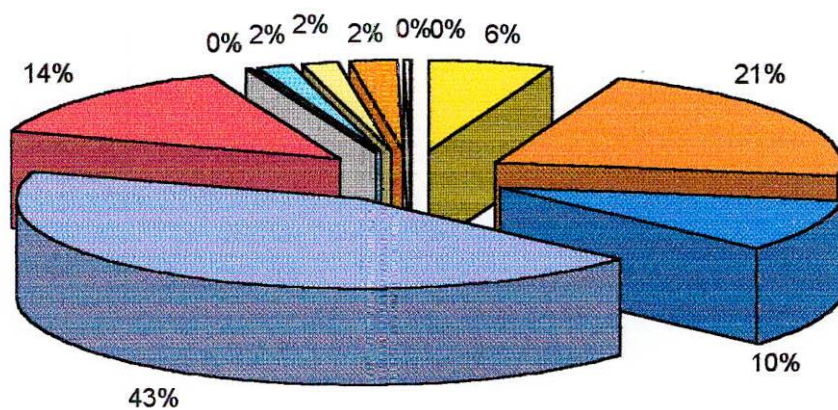
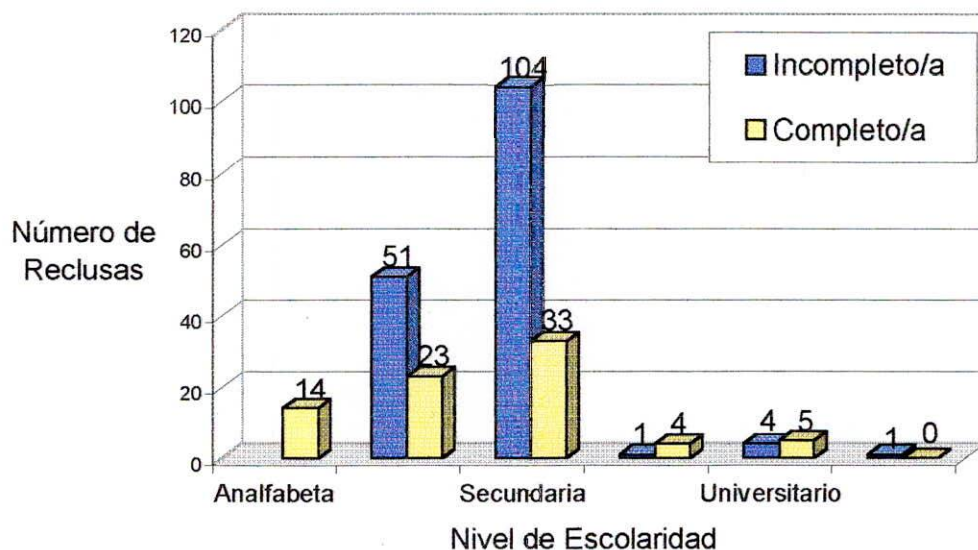


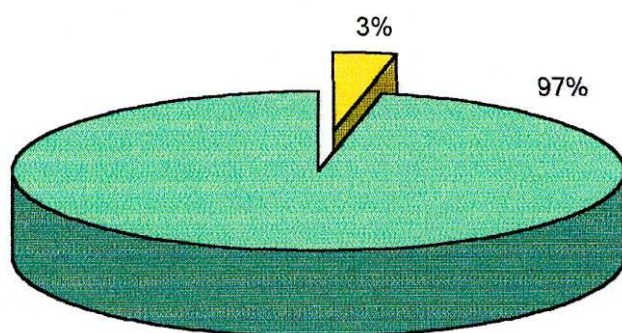
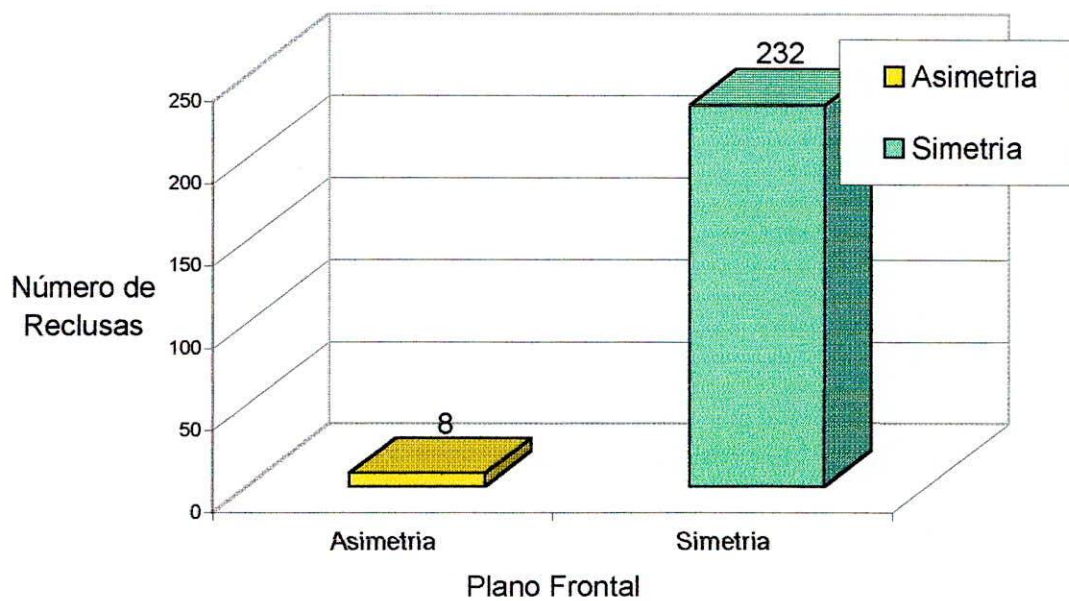
TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE
ESCOLARIDAD**

Escolaridad	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Tecnico	Universidad	Postgrado	
Número de reclusas	14	23	33	4	5	0	C
Porcentaje	10%	6%	14%	2%	2%	0%	C
Número de reclusas		51	104	1	4	1	I
Porcentaje		21%	43%	0%	2%	0%	I

GRAFICA 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL PLANO FRONTAL



Asimetria Simetria

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PLANO FRONTAL

Plano Frontal	Asimetria	Simetria
Número de reclusas	232	8
Porcentaje	97%	3%

GRAFICA 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN PLANO DE PERFIL

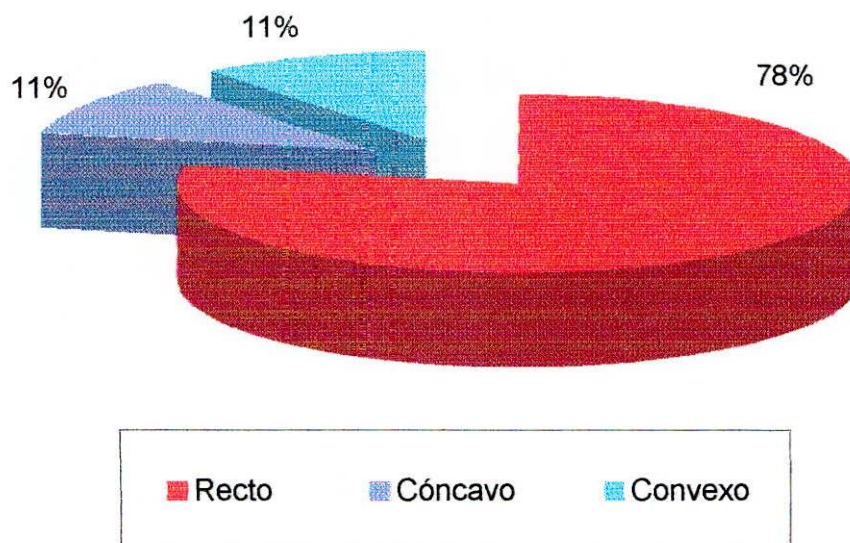
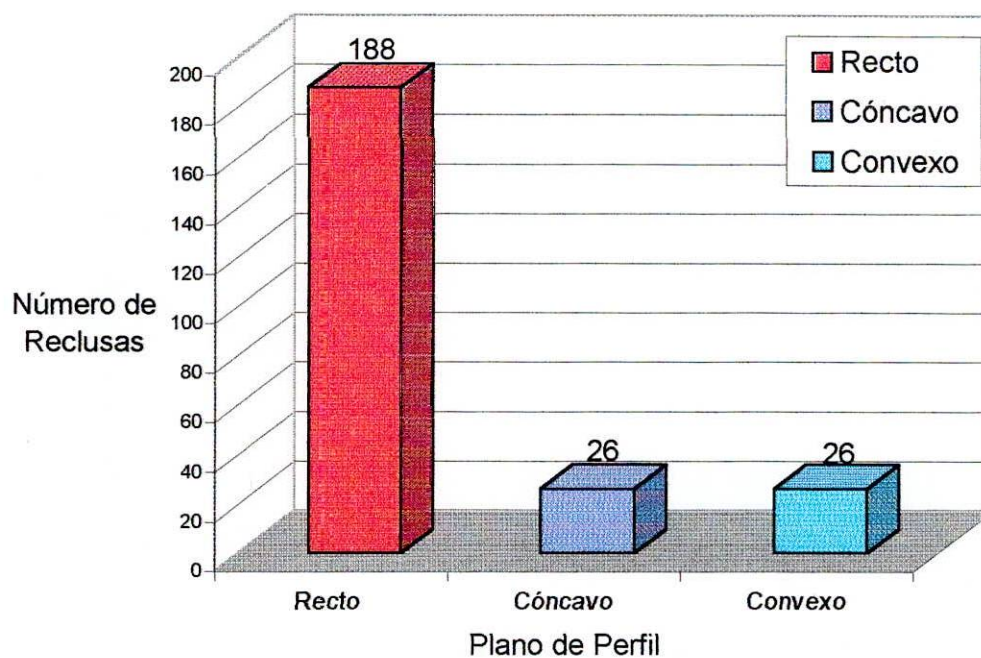


TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PERFIL

Plano	Recto	Concavo	Convexo
Número de reclusas	188	26	26
Porcentaje	78%	11%	11%

GRAFICA 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN CANTIDAD DE CABELLO

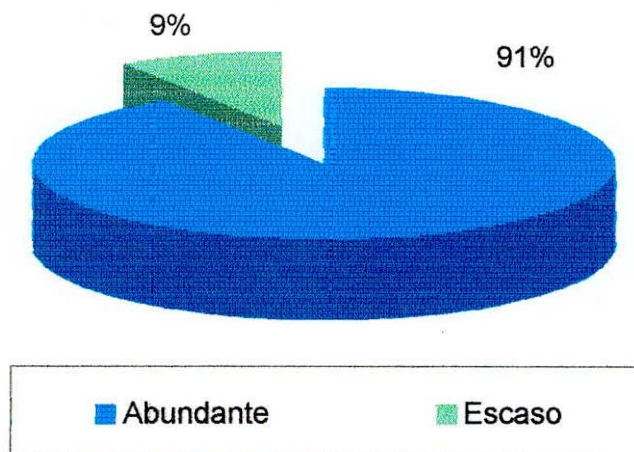
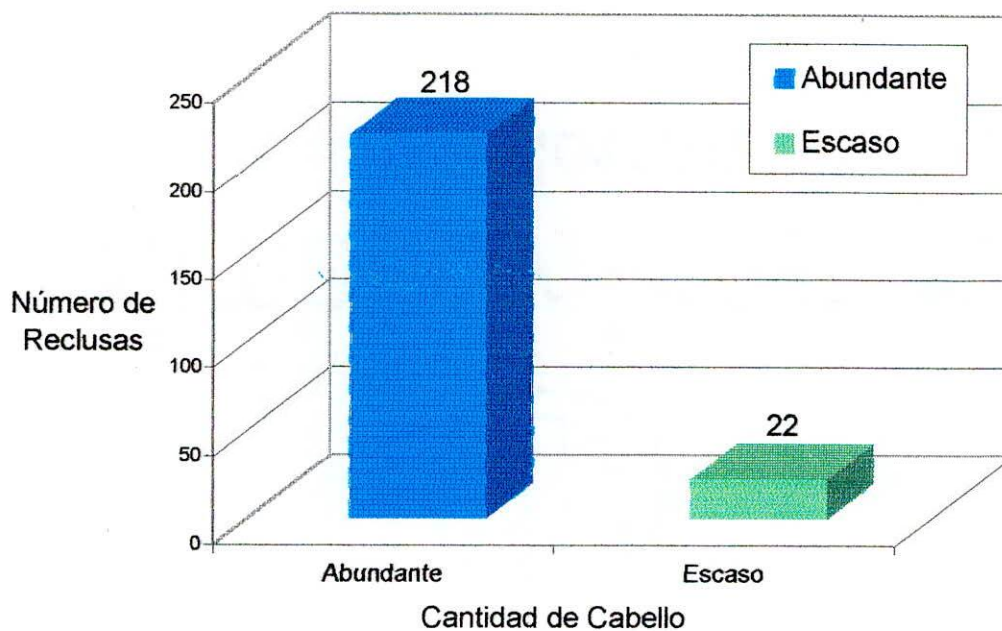


TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE
CABELLO**

Cantidad de Cabello	Abundante	Escaso
Número de reclusas	218	22
Porcentaje	91%	9%5

GRAFICA 9

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TIPO DE CABELLO

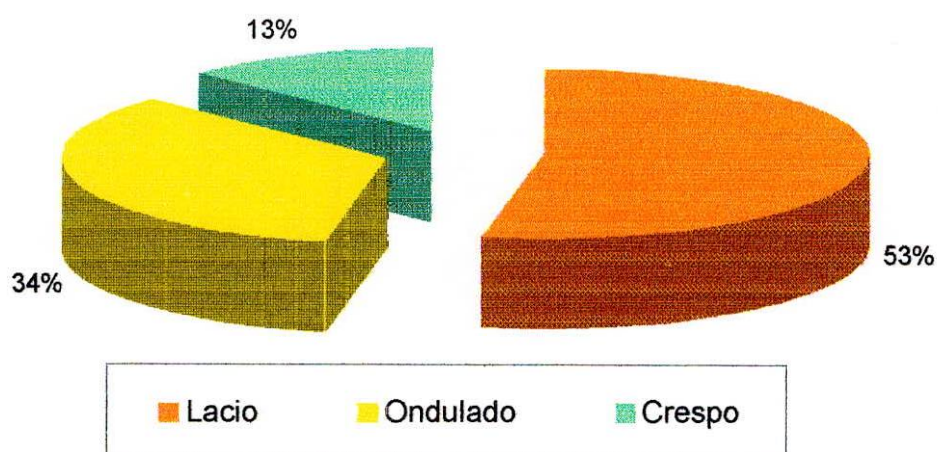
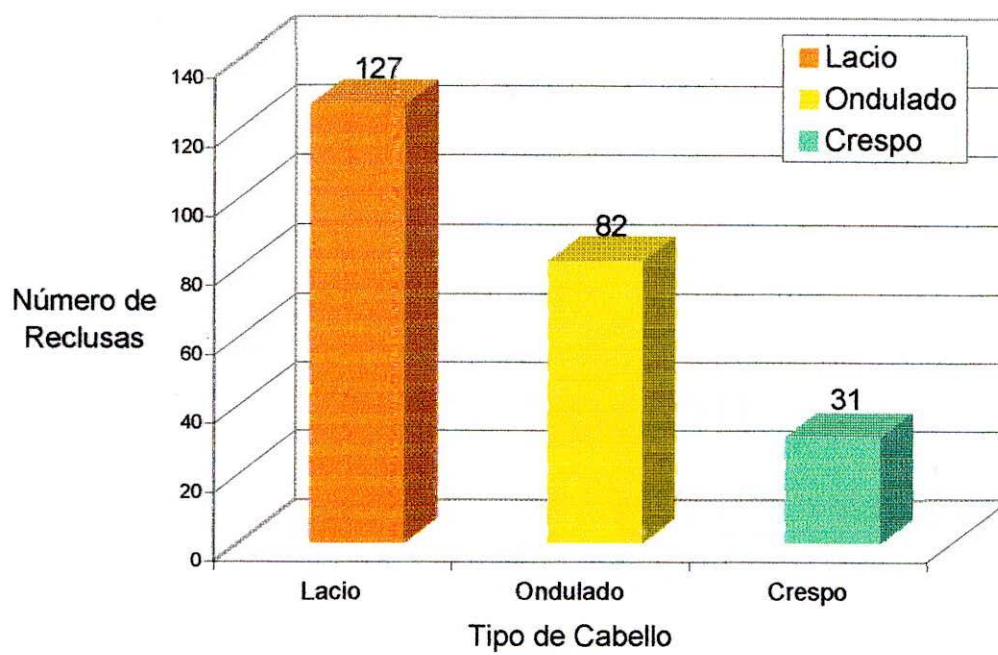


TABLA 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DEL
CABELLO**

Cabello	Lacio	Ondulado	Crespo
Número de reclusas	127	62	31
Porcentaje	53%	34%	13%

GRAFICA 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL TAMAÑO DE LOS OJOS

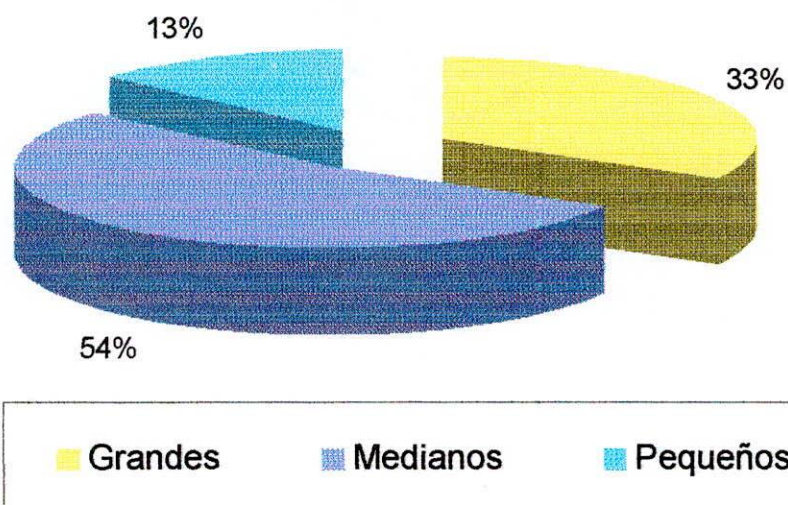
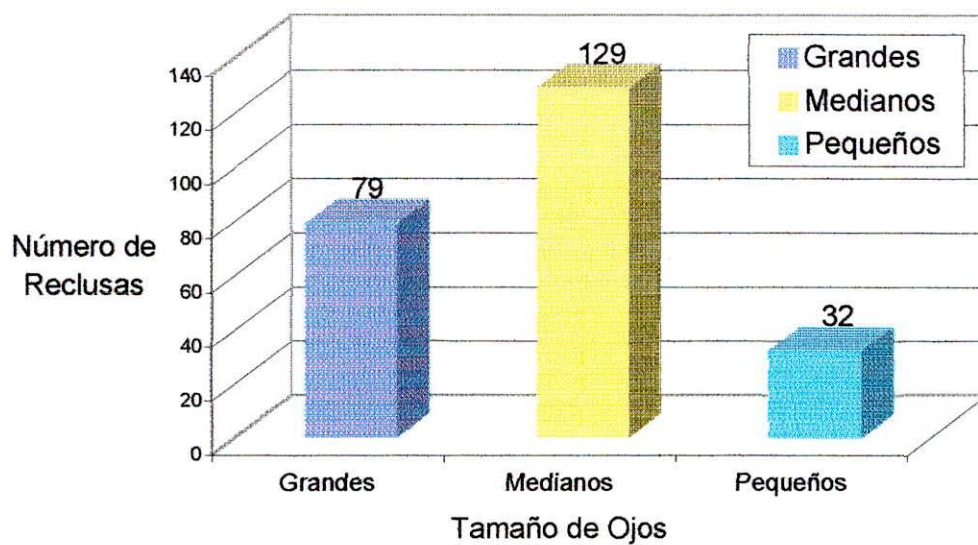


TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TAMAÑO DE OJOS

Tamaño de ojos	Grandes	Medianos	Pequeños
Número de reclusas	79	129	32
Porcentaje	33%	54%	13%

GRAFICA 11

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL SURCO
LABIOMENTONIANO**

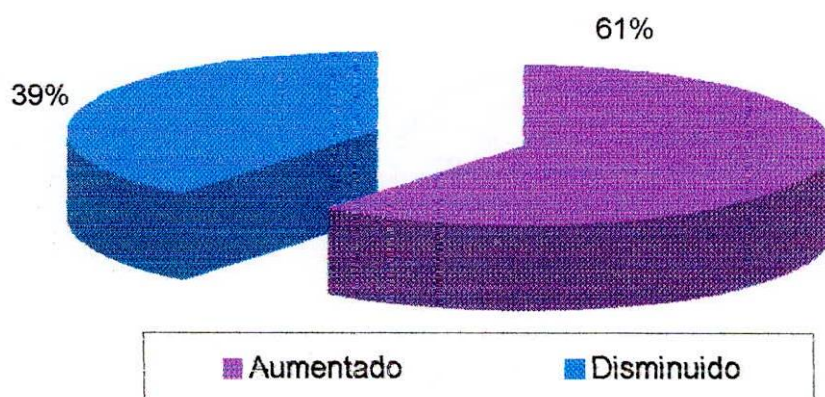
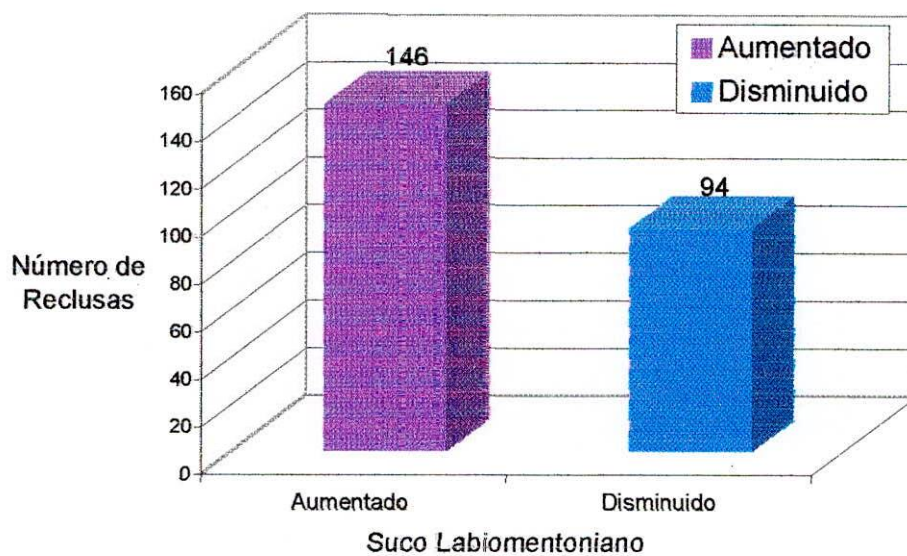


TABLA 11

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SURCO
LABIOMENTONIANO**

Surco Labiomentonia no	Aumentado	Disminuido
Numero de reclusas	146	94
Porcentaje	61%	39%

GRAFICA 12

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA SIMETRIA DE
LOS TERCIOS DE LA CARA**

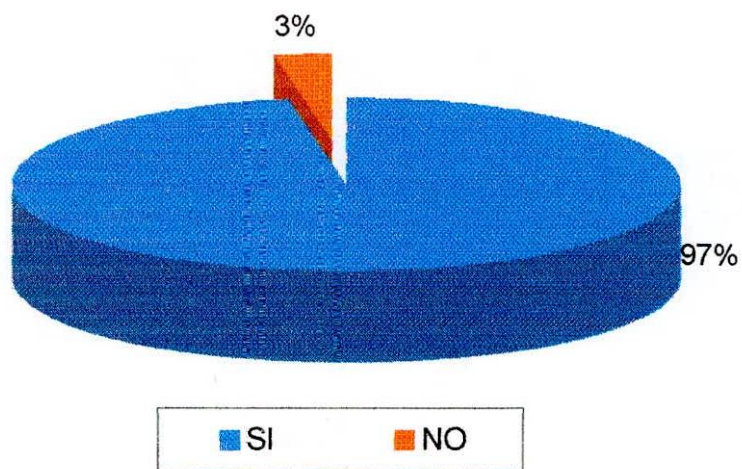
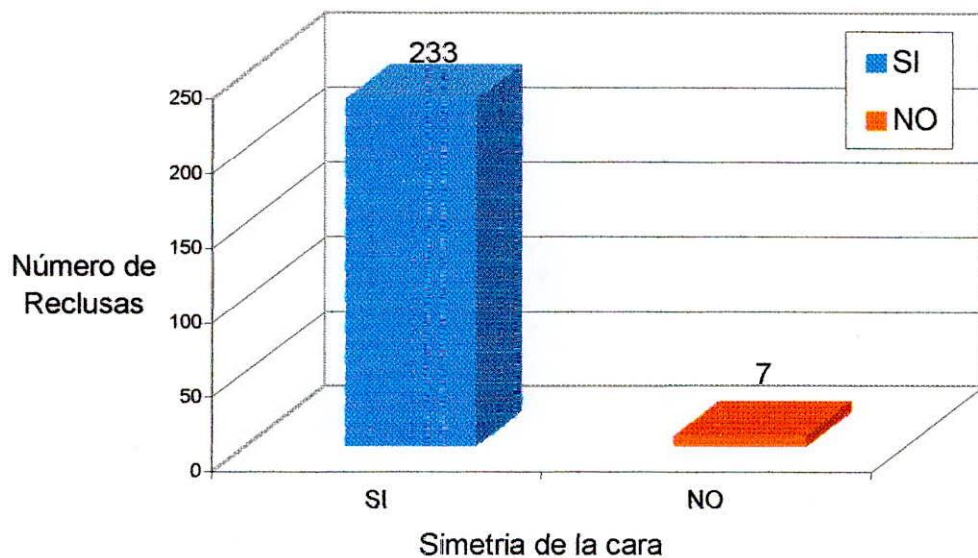


TABLA 12

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SIMETRÍA DE LOS
TERCIOS DE LA CARA**

Simetría de tercios	Si	No
Número de reclusas	233	7
Porcentaje	97%	3%

GRAFICA 13

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA COMPETENCIA LABIAL

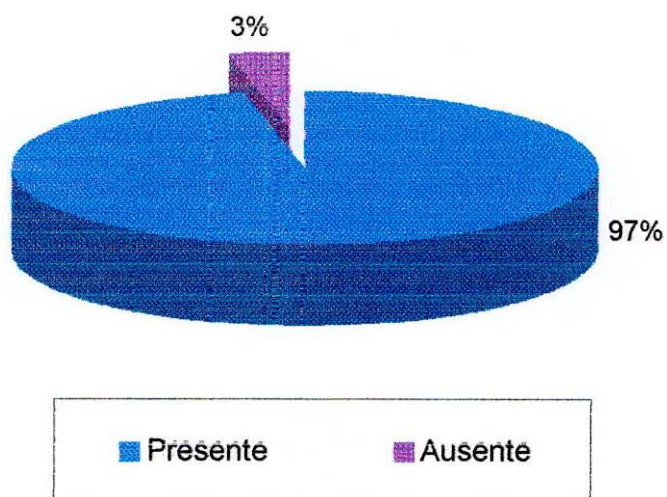
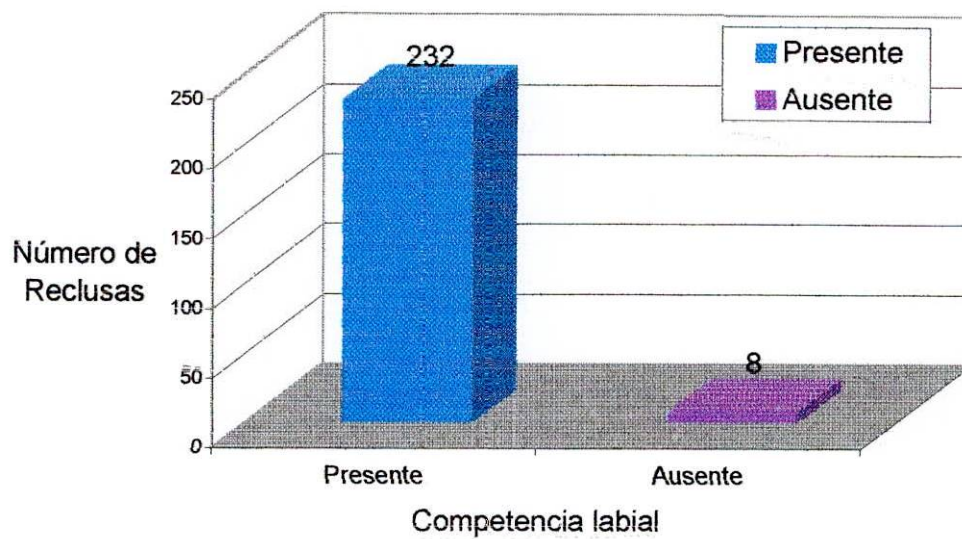


TABLA 13

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN COMPETENCIA
LABIAL**

Competencia Labial	Presente	Abundante
Número de reclusas	232	8
Porcentaje	97%	3%

GRAFICA 14

DISTRIBUCION DE LA FORMACION SEGUN LA FORMA DE LA CARA

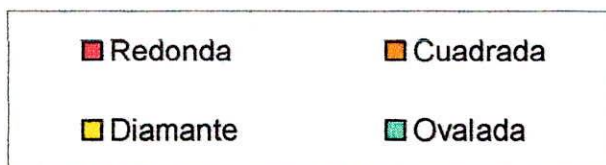
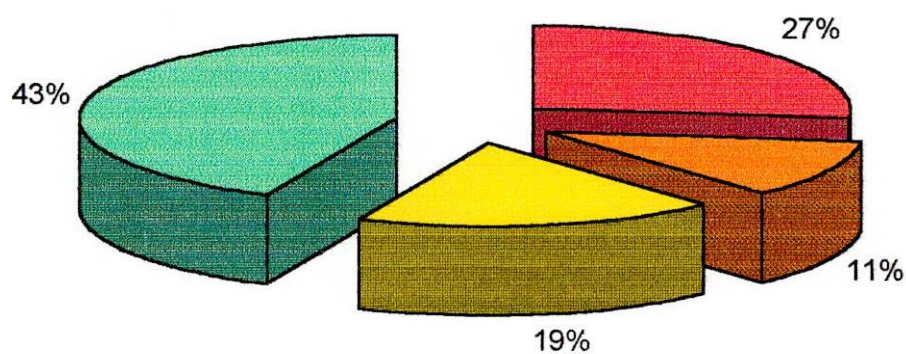
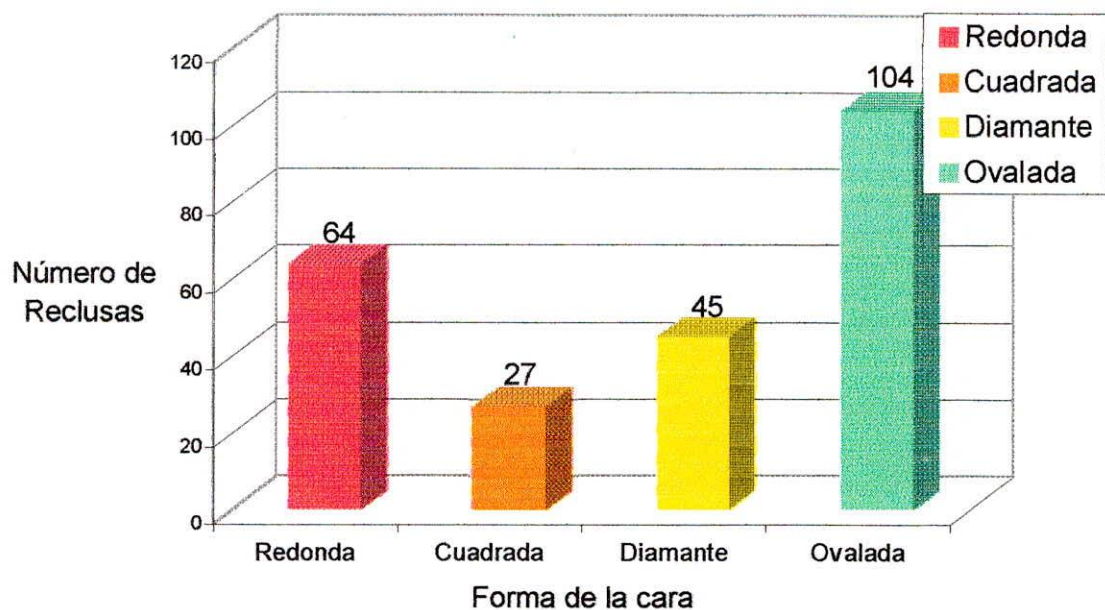


TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FORMA DE LA CARA

Forma de la cara	Redonda	Cuadrada	Diamante	Ovalada
Número de reclusas	64	27	45	104
Porcentaje	27%	11%	19%	43%

GRAFICA 15

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PAPACION DEL MUSCULO MASETERO

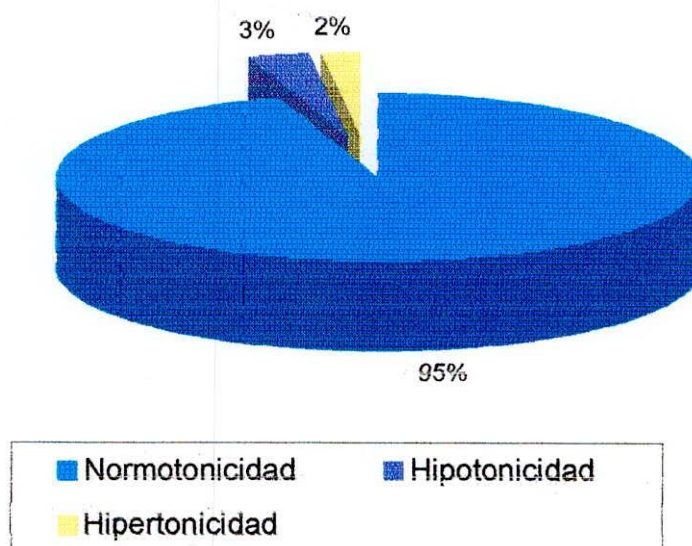
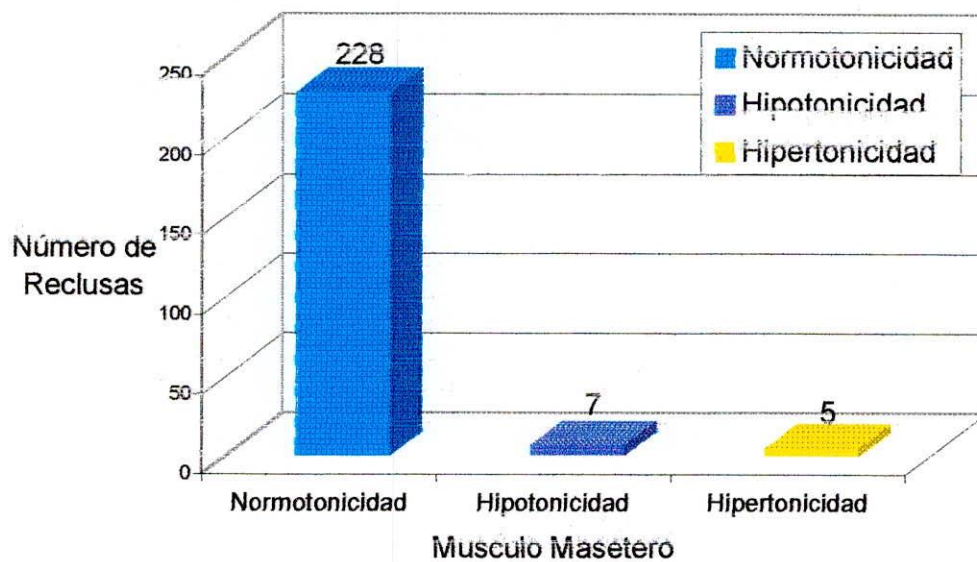


TABLA 15

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MÚSCULO
MASETERO**

Músculo Masetero	Normotonico	Hipotonico	Hipertonico
Número de reclusas	228	7	5
Porcentaje	95%	3%	2%

GRAFICA 16

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PALPACION DEL
MUSCULO TEMPORAL**

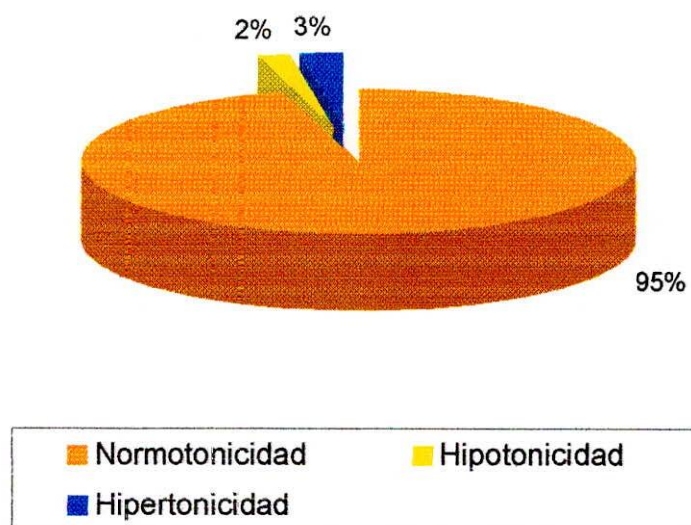
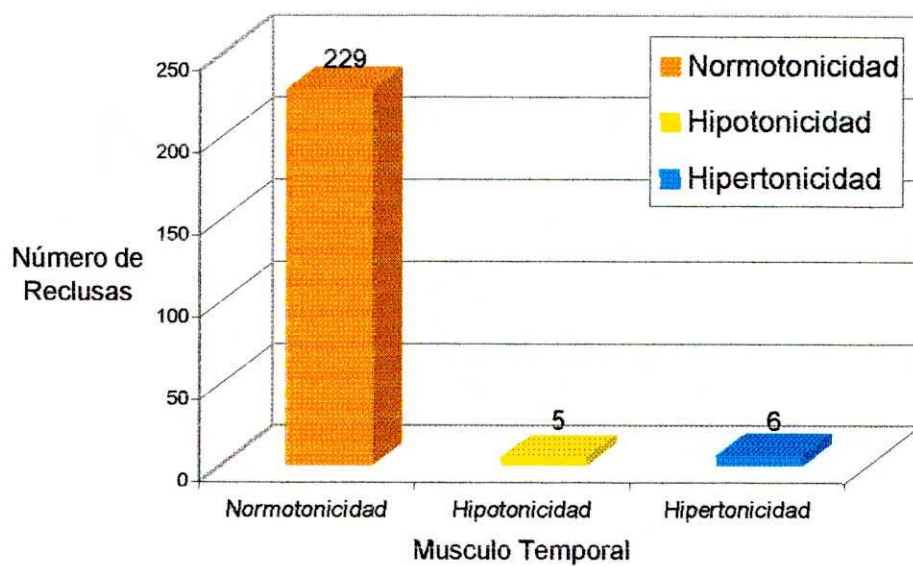


TABLA 16

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MÚSCULO TEMPORAL

Músculo Temporal	Normotonico	Hipotonico	Hipertonico
Número de reclusas	229	5	6
Porcentaje	95%	2%	3%

GRAFICA 17

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PALPACION DEL
MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO**

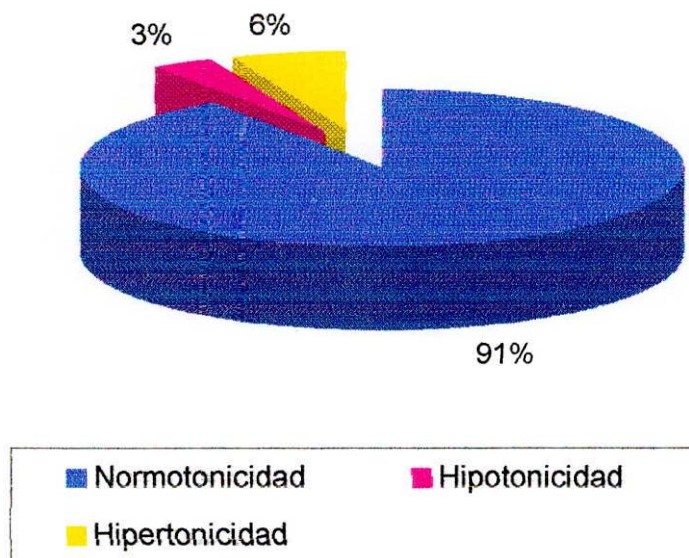
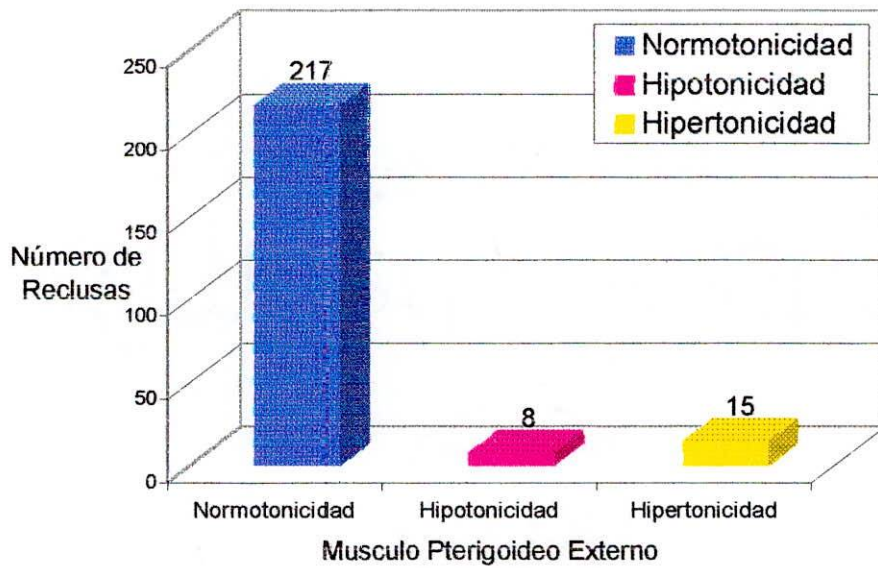


TABLA 17

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MÚSCULO
PTERIGOIDEO EXTERNO**

Músculo Pterigoideo externo	Normotonico	Hipotonico	Hipertonico
Número de reclusas	217	8	15
Porcentaje	91%	3%	6%

GRAFICA 18

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PALPACION DEL
MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO**

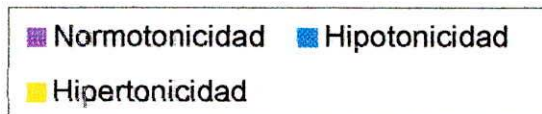
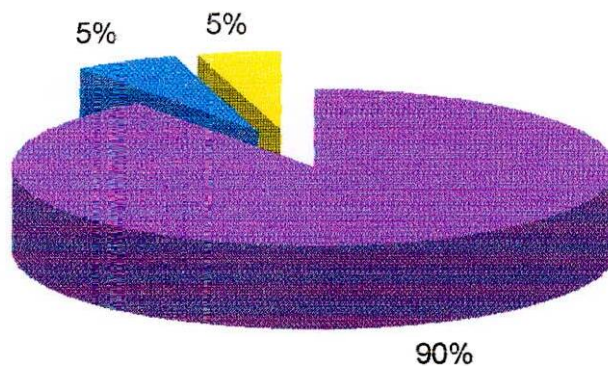
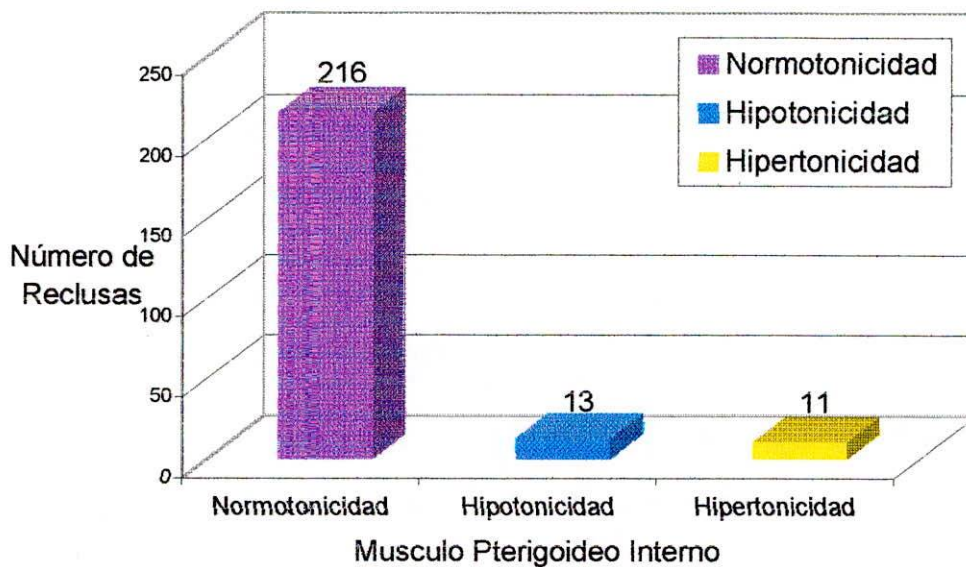


TABLA 18

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MÚSCULO
PTERIGOIDEO INTERNO**

Músculo Pterigoideo interno	Normotonico	Hipotonico	Hipertonico
Número de reclusas	216	13	11
Porcentaje	90%	5%	5%

GRAFICA 19

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PALPACION DEL
MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO**

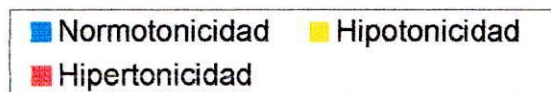
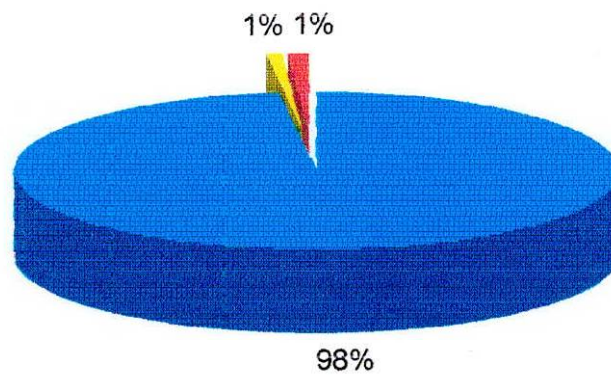
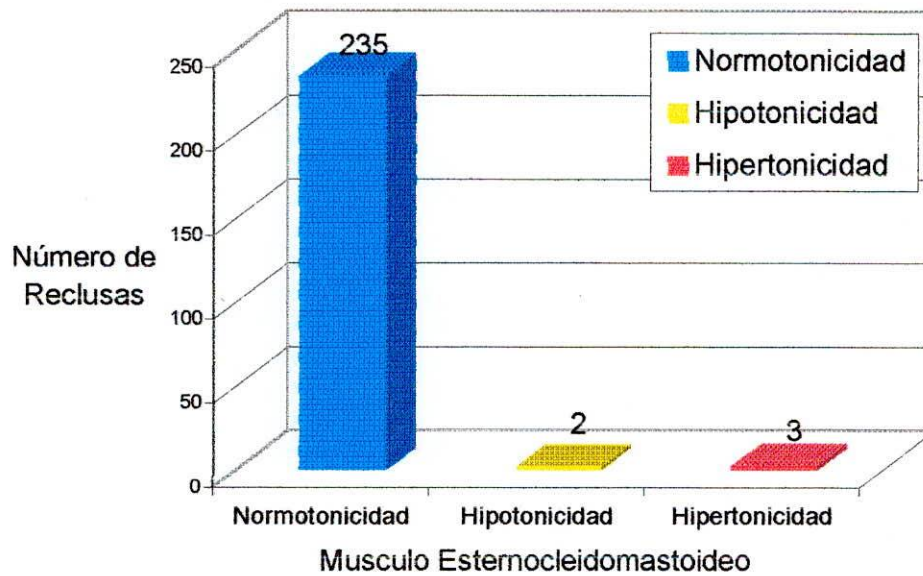


TABLA 19

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MÚSCULO
ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO**

Músculo Esternocleidomastoideo	Normotonico	Hipotonico	Hipertonico
Número de reclusas	235	2	3
Porcentaje	98%	1%	1%

GRAFICA 20

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PALPACION
GANGLIONAR DEL CUELLO**

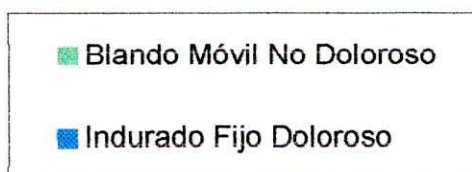
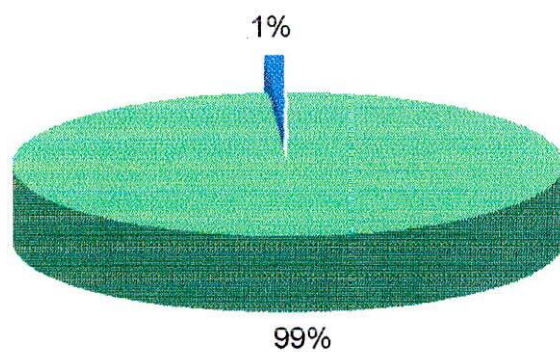
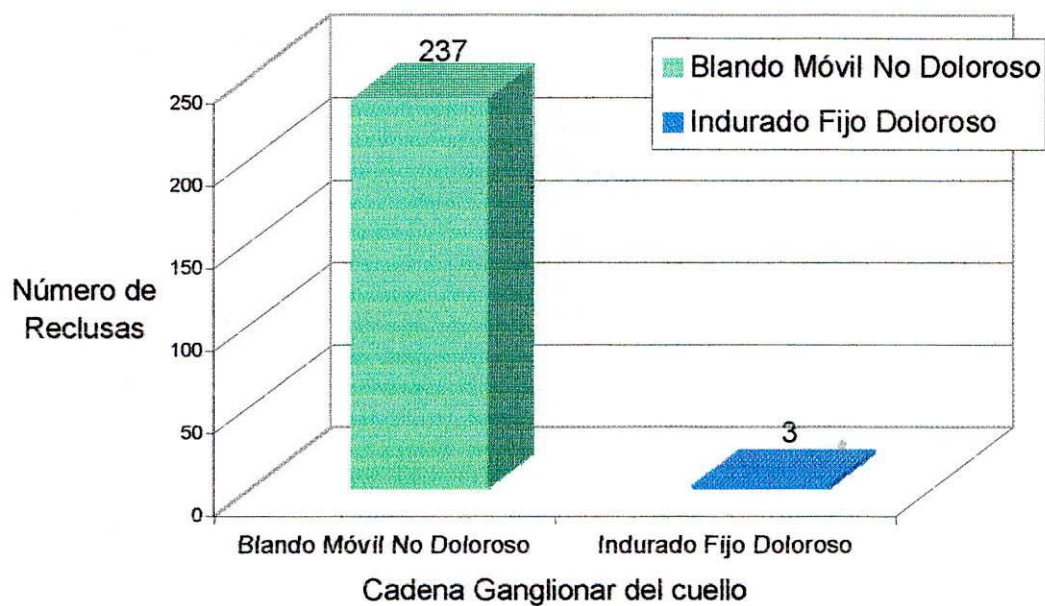


TABLA 20

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PALPACIÓN
GANGLIONAR DEL CUELLO**

Palpación ganglionar	Blando Movil No doloroso	Indurado Fijo Doloroso
Número de reclusas	237	3
Porcentaje	99%	1%

GRAFICA 21

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA AUSCULTACION
DEL RUIDO ARTICULAR**

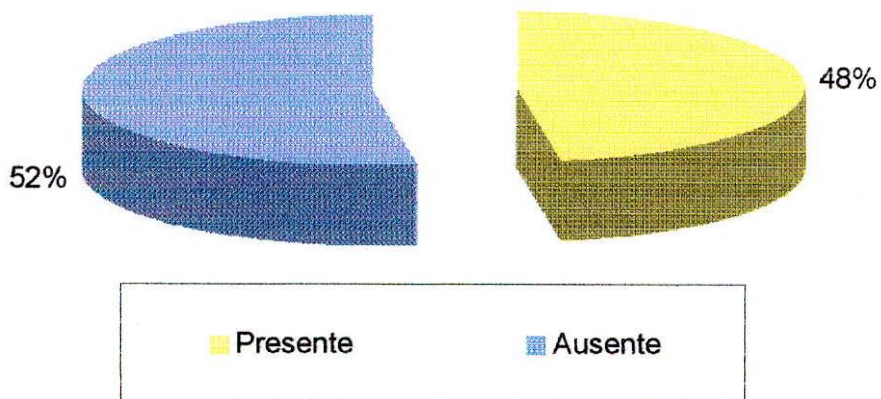
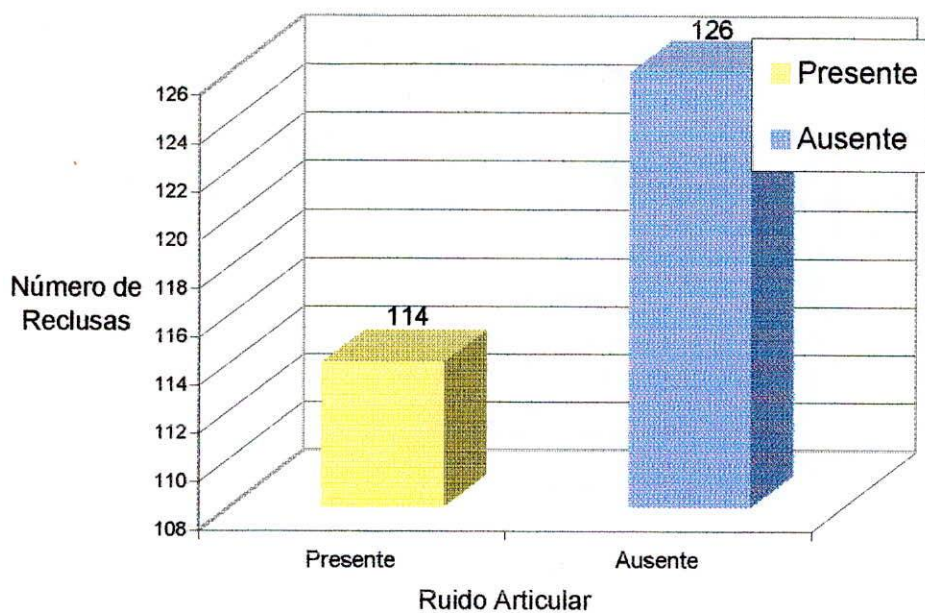


TABLA 21

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RUIDO AURICULAR

Ruido Auricular	Presente	Ausente
Número de reclusas	114	126
Porcentaje	48%	52%

GRAFICA 22

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA LOCALIZACION DEL RUIDO

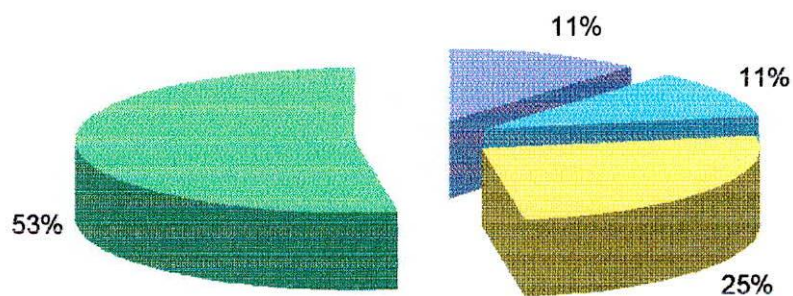
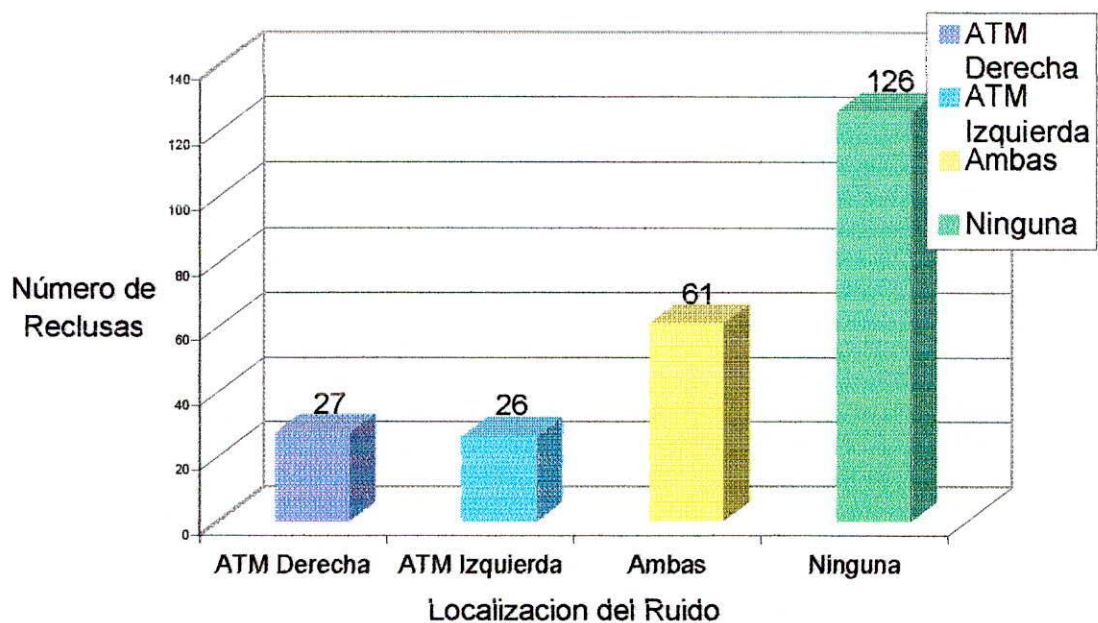


TABLA 22

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN
DEL RUIDO**

Localización del Dolor	ATM Derecha	ATM Izquierda	Ambas	Ninguna
Número de reclusas	27	26	61	126
Porcentaje	11%	11%	25%	53%

GRAFICA 23

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL TIPO DE RUIDO

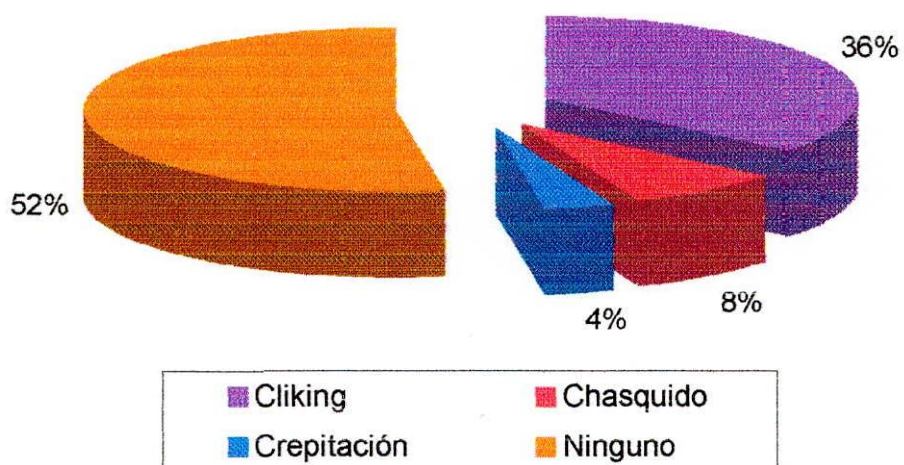
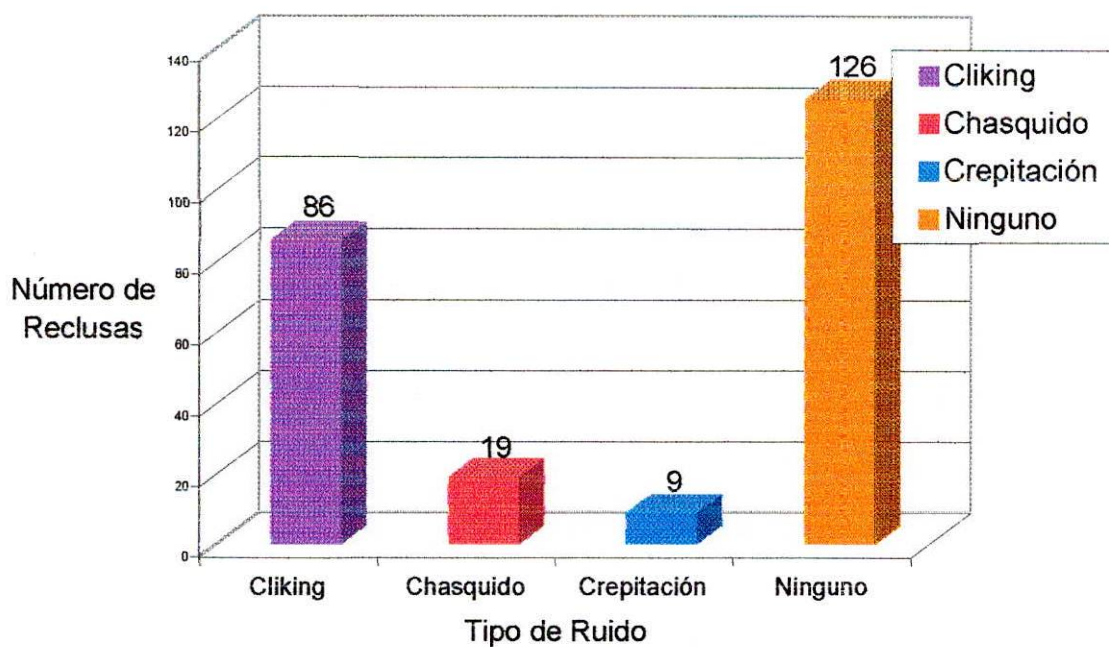


TABLA 23

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE RUIDO

Tipo de Ruido	Cliking	Chasquido	Crepitacion	Ninguno
Número de reclusas	86	19	9	126
Porcentaje	36%	8%	4%	52%

GRAFICA 24

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN DOLOR ARTICULAR

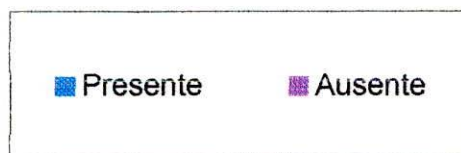
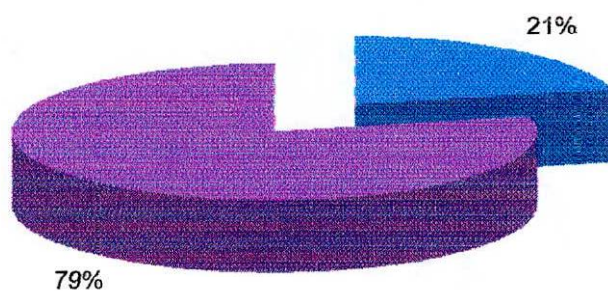
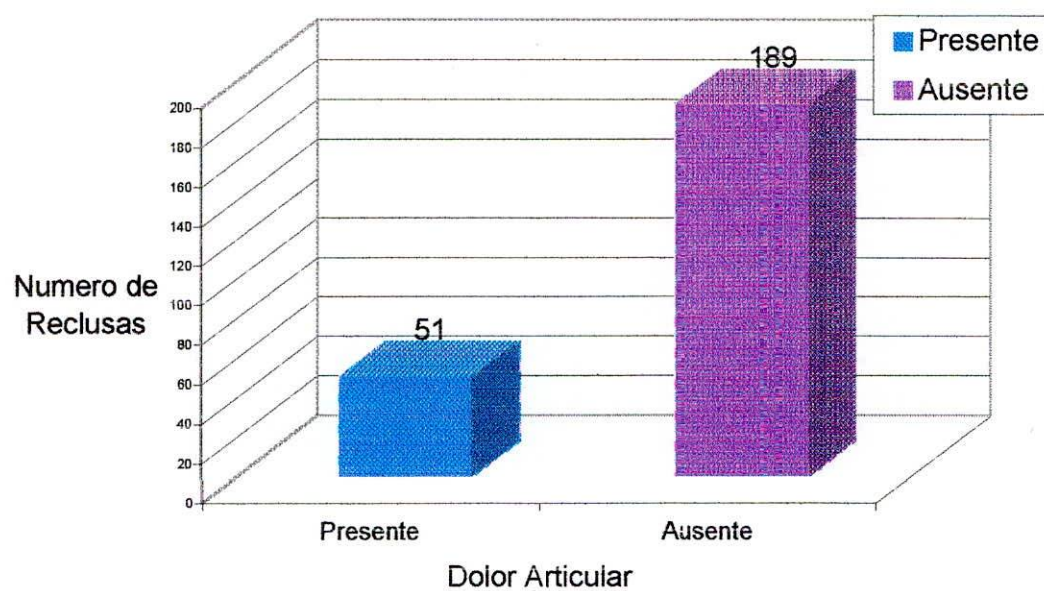


TABLA 24

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DOLOR
ARTICULAR**

Dolor Articular	Presente	Ausente
Número de reclusas	51	189
Porcentaje	21%	79%

GRAFICA 25

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TIPO DE DOLOR

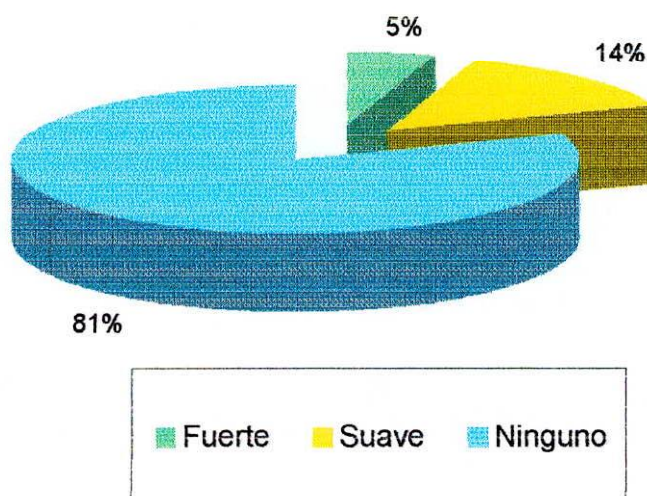
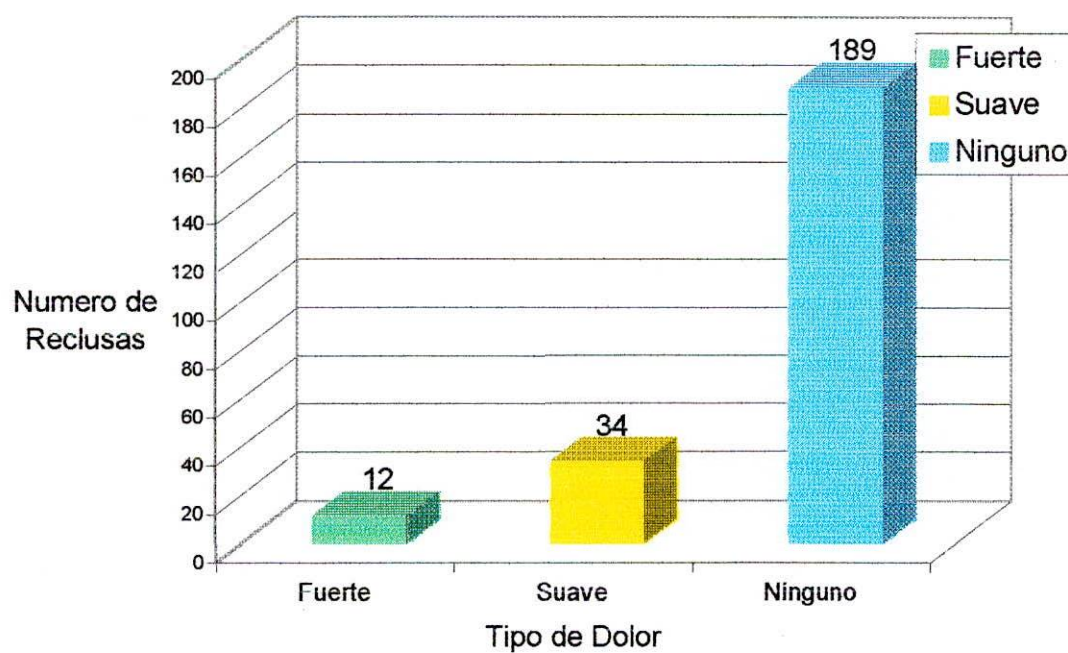


TABLA 25

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE DOLOR

Tipo de Dolor	Fuerte	Suave	Ninguno
Número de reclusas	12	34	189
Porcentaje	5%	14%	81%

GRAFICA 26

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LOCALIZACION DEL DOLOR

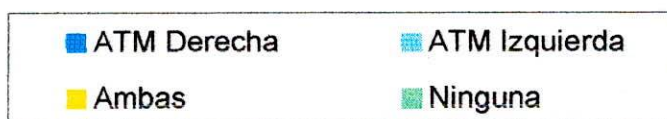
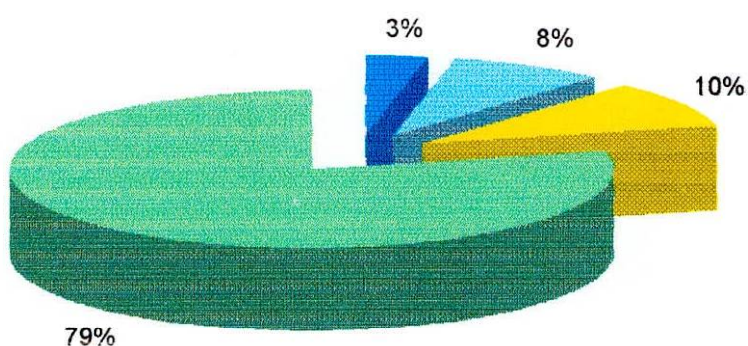
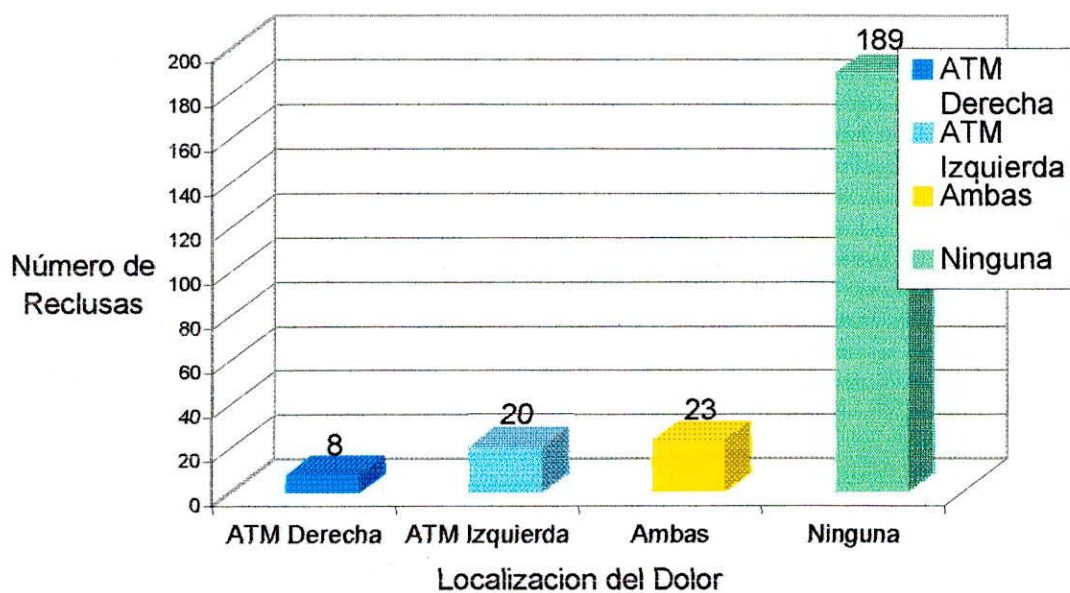


TABLA 26

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN
DEL DOLOR**

Localización del Dolor	ATM Derecha	ATM Izquierda	Ambas	Ninguna
Número de reclusas	8	20	23	189
Porcentaje	3%	8%	10%	79%

GRAFICA 27

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LAS ANOMALIAS DE TAMAÑO

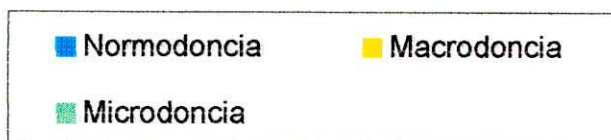
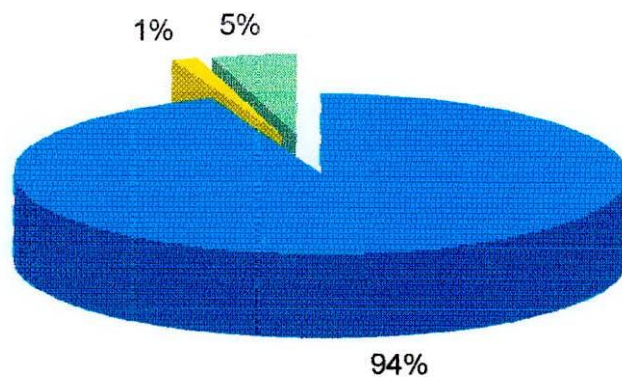
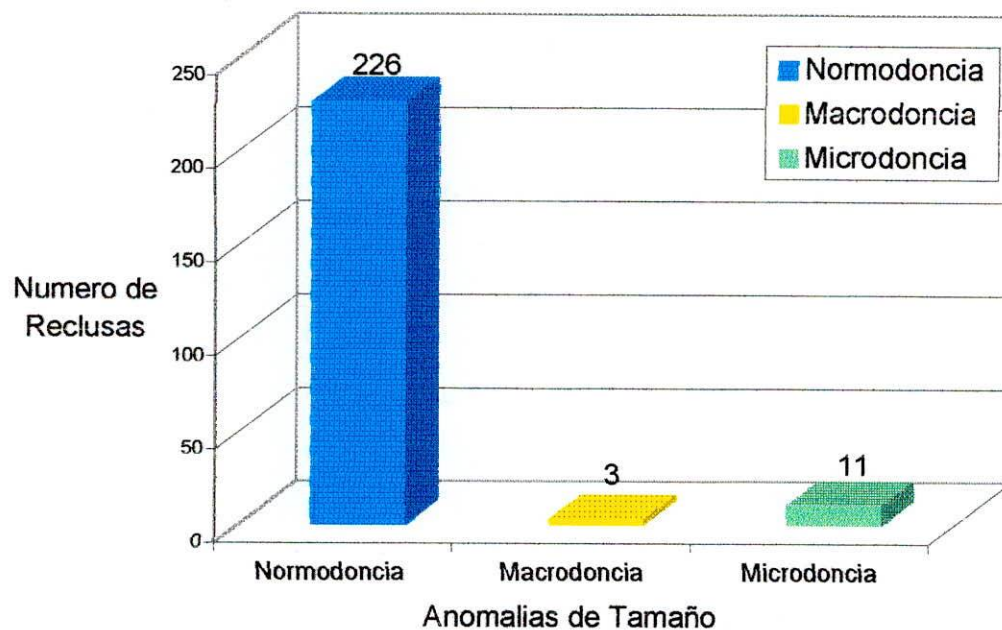


TABLA 27

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANOMALIAS DE
TAMAÑO**

Anomalias de Tamaño	Normodoncia	Macrodoncia	Microdoncia
Número de reclusas	226	3	11
Porcentaje	94%	1%	5%

GRAFICA 28

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ANOMALIAS DE FORMA

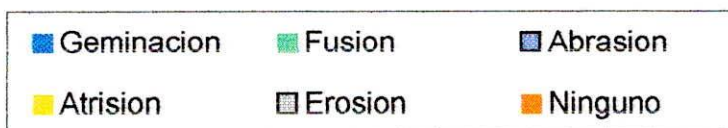
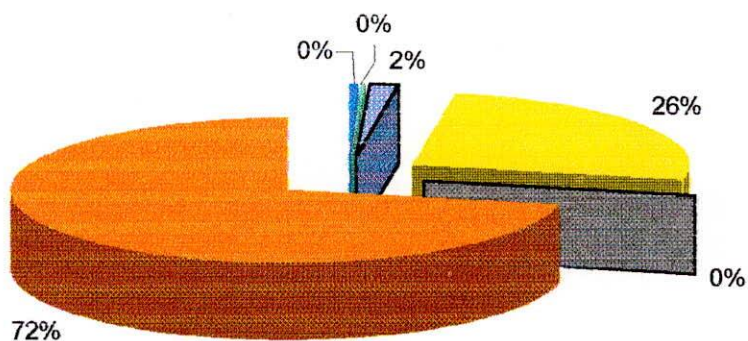
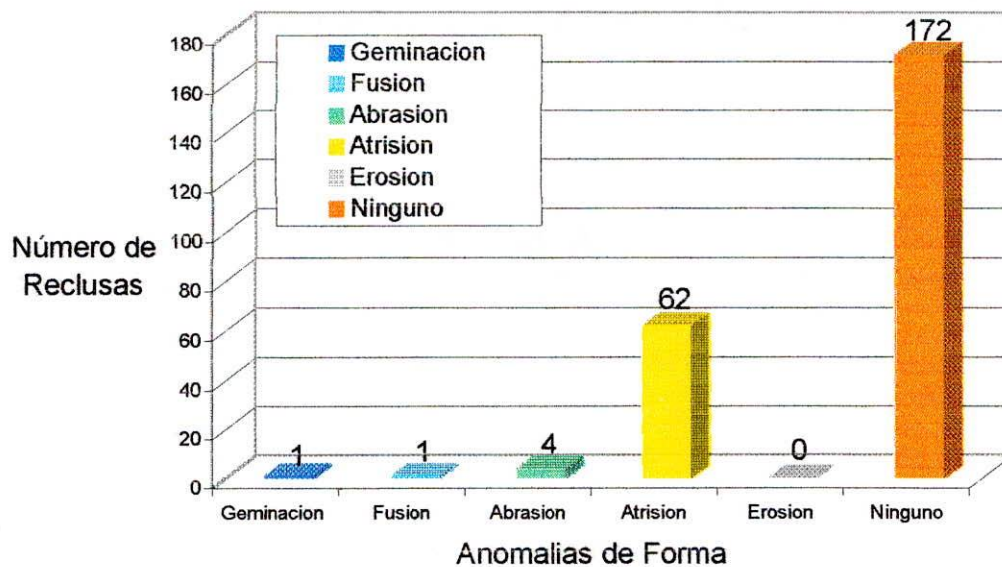


TABLA 28

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANOMALIAS DE FORMA

Anomalias de Forma	Geminacion	Fusion	Abrasion	Atrision	Erosion	Ninguno
Número de reclusas	1	1	4	62	0	172
Porcentaje	0%	0%	2%	26%	0%	72%

GRAFICA 29

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LAS ANOMALIAS DE NUMERO

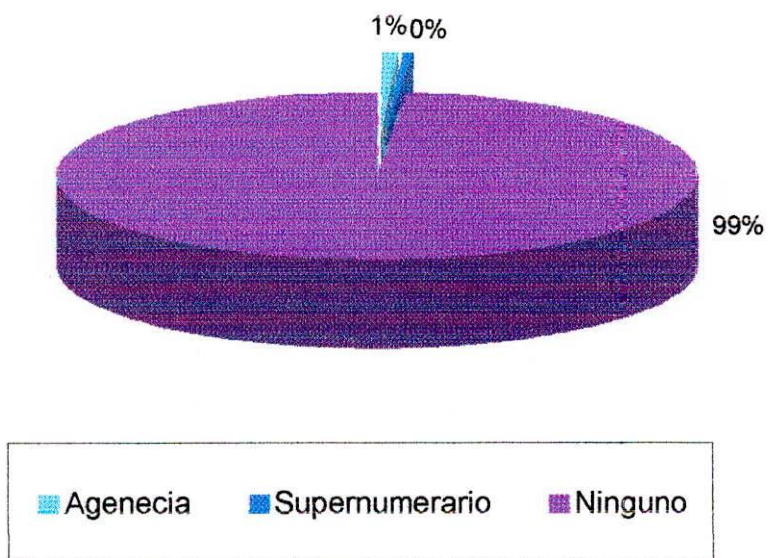
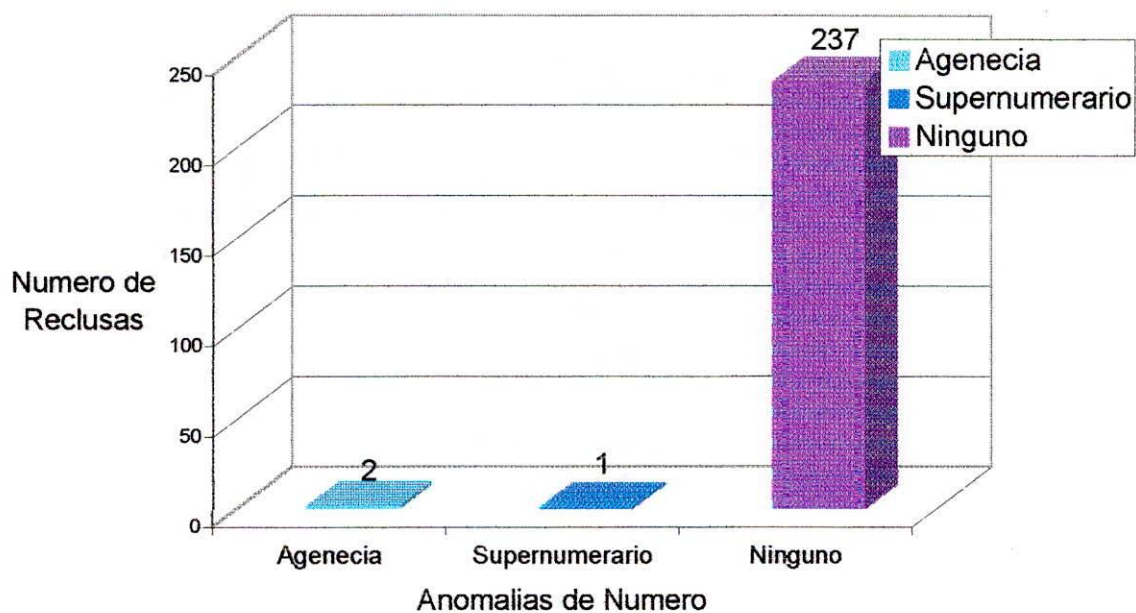


TABLA 29

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANOMALIAS DE
NÚMERO**

Anomalías de Número	Agencia	Supernumerario	Ninguno
Número de reclusas	2	1	237
Porcentaje	1%	0%	99%

GRAFICA 30

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LAS ANOMALIAS DE ESTRUCTURA

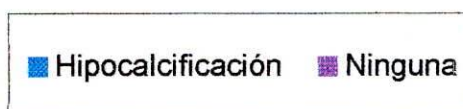
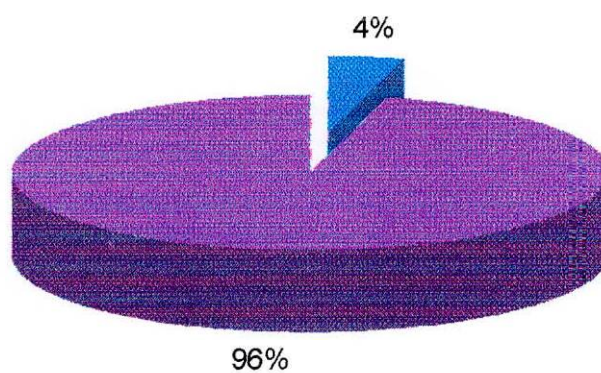
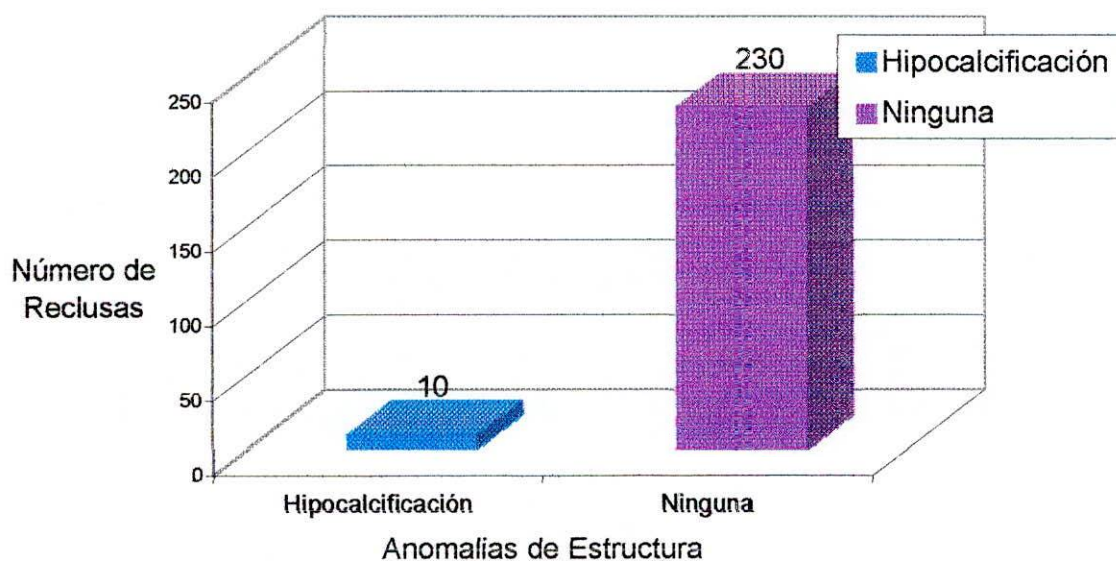


TABLA 30

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA

Anomalías de Estructura	Amelogenesis tipo Hipocalcificación	Ninguna
Número de reclusas	10	230
Porcentaje	96%	4%

LOCALIZACION DE LAS PATOLOGIAS

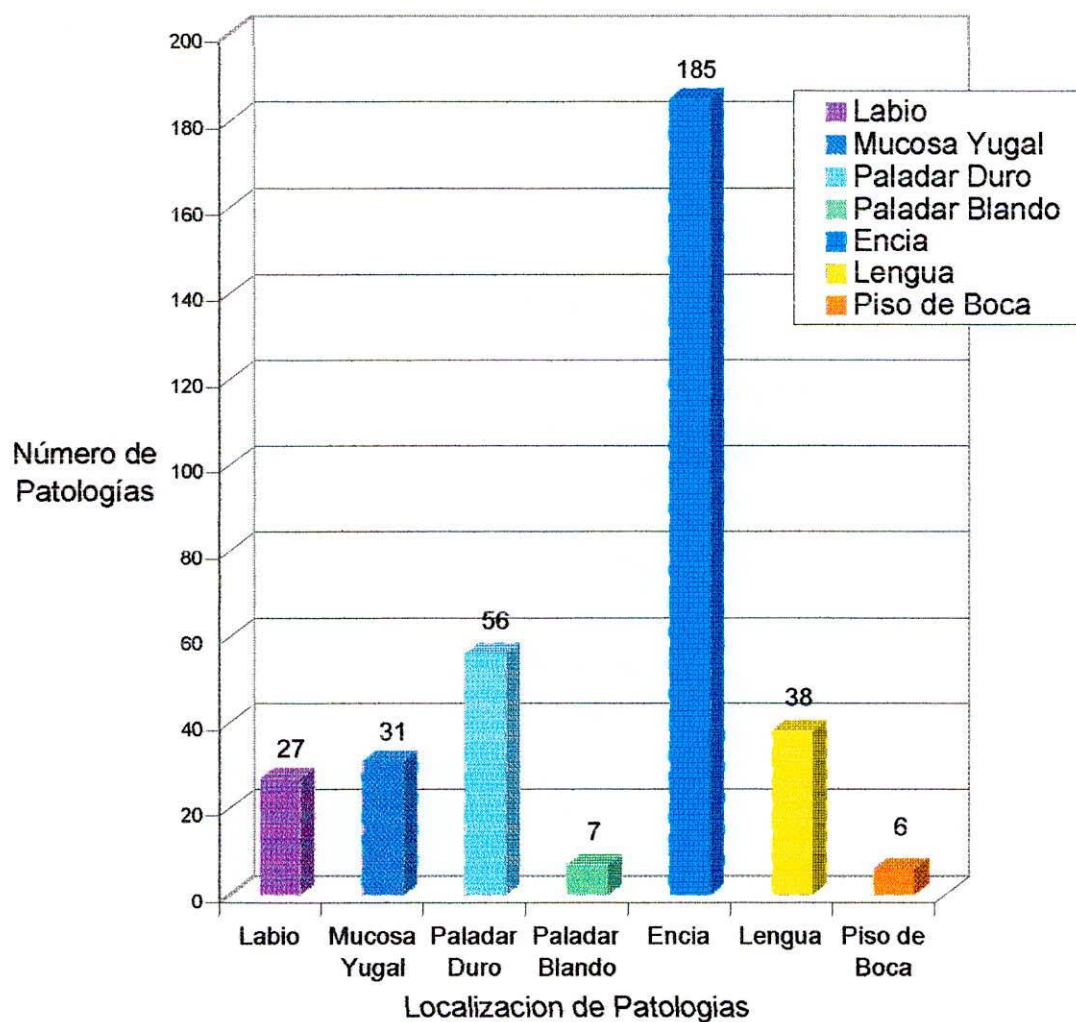


TABLA 31

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN
DE LA PATOLOGIA**

Localización de la Patologia	Labio	Mucosa Yugal	Paladar Duro	Paladar Blando	Encia	Lengua	Piso de boca
Número de reclusas	27	31	56	7	185	38	6

TIPO DE PATOLOGIAS

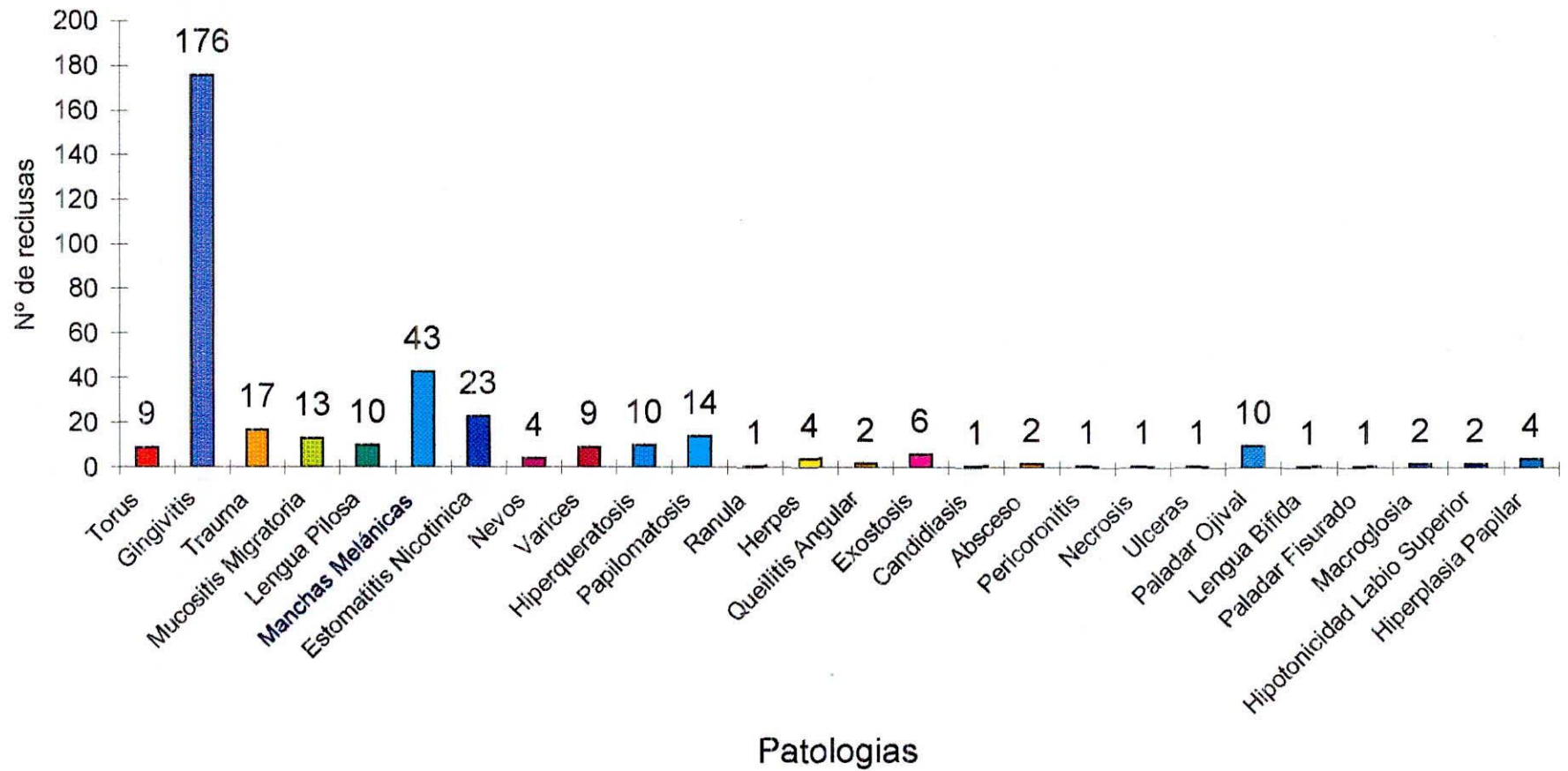


TABLA 32

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE
PATOLOGÍA**

Tipo de Patología	Número de Reclusas
Torus	9
Gingivitis	176
Trauma	17
Mucositis migratoria	13
Lengua pilosa	10
Manchas melánicas	43
Estomatitis nicotínica	23
Nevos	4
Varices	9
Hiperqueratosis	10
Papilomatosis	14
Ranula	1
Herpes	4
Queilitis Angular	2
Exostosis	6
Candidiasis	1
Absceso	2
Pericoronitis	1
Necrosis	1
Úlceras	1
Paladar ojival	10
Lengua Bífida	1
Paladar Fisurado	1
Macroglosia	2
Hipotonisidad Labio Superior	2
Hiperplasia Papilar	4

INDICE DE HIGIENE ORAL

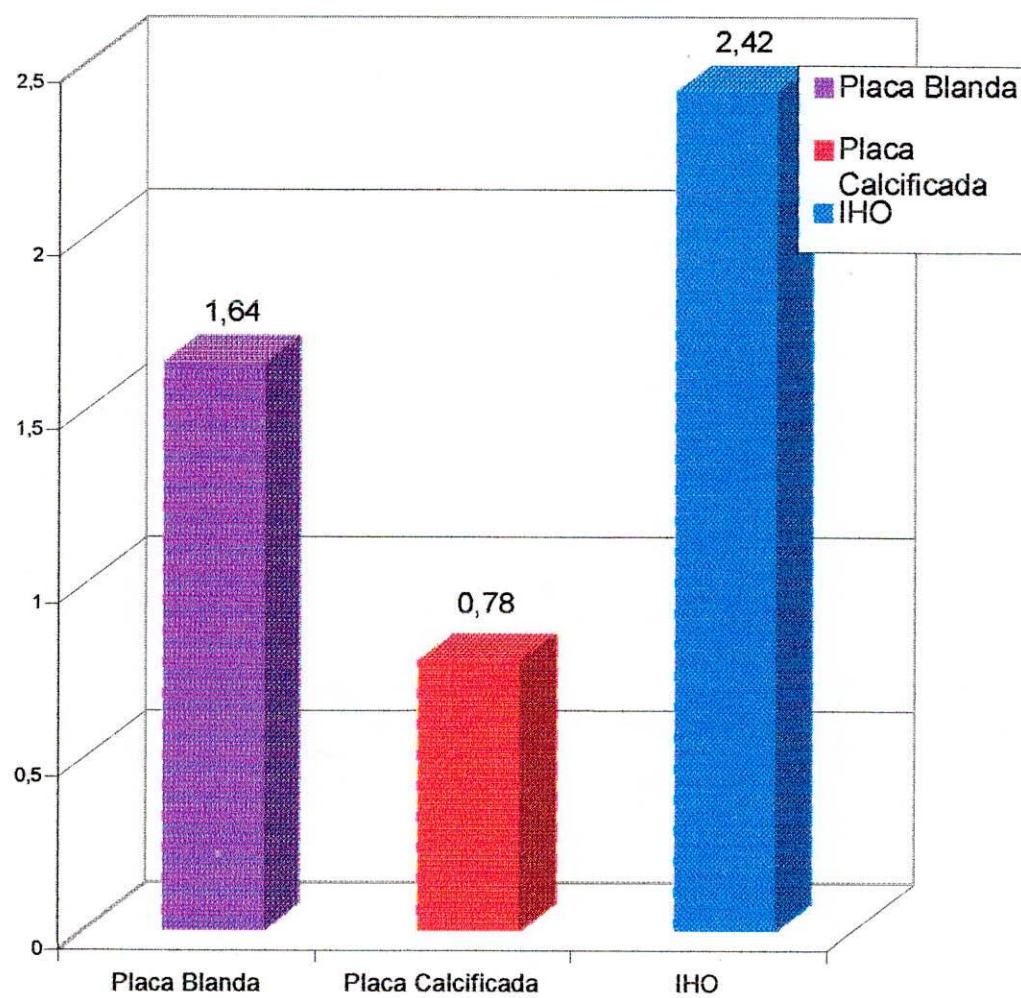


TABLA 33

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL INDICE DE
HIGIENE ORAL**

IHO	Placa blanda	Placa Calcificada	Total IHO
Clasificación	1,64 Regular	0,78 Bueno	2,42 Regular

GRAFICA 34

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN DIENTES AFECTADOS

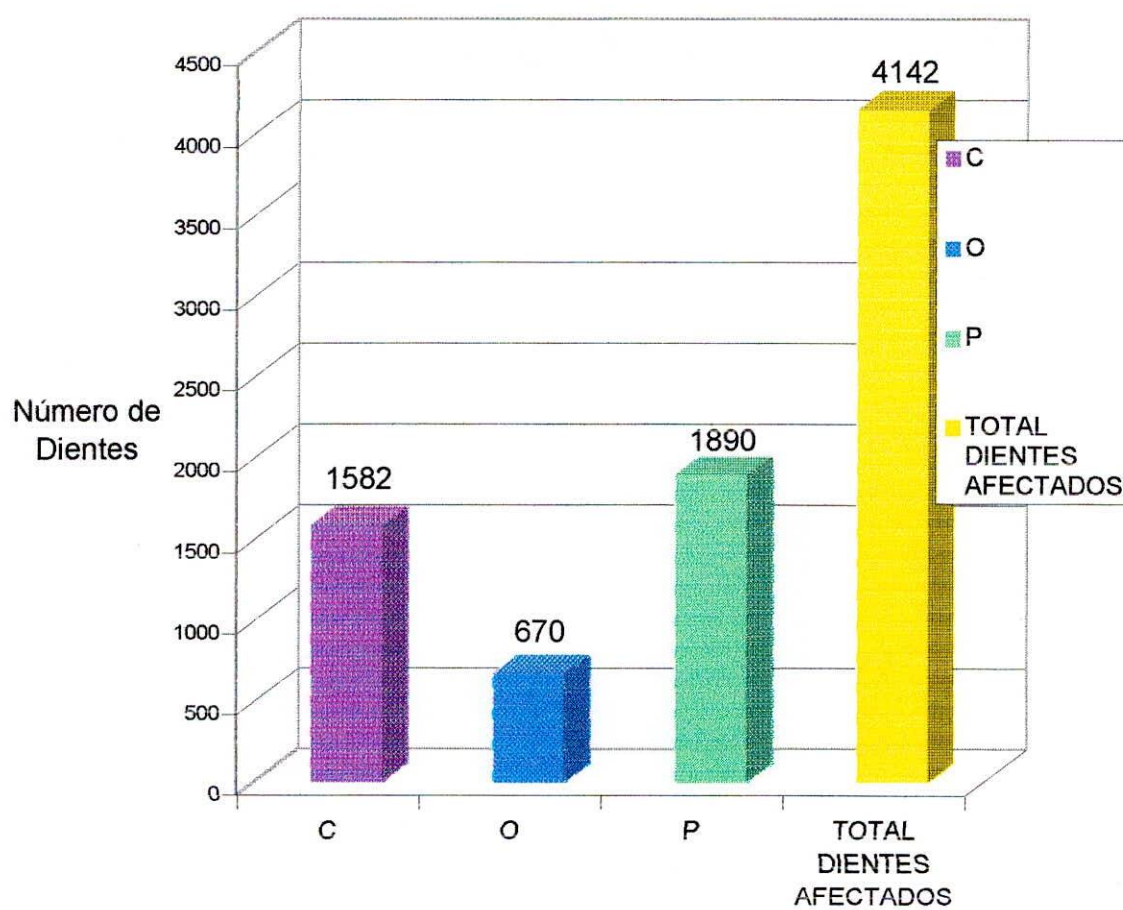


TABLA 34

POBLACIÓN SEGÚN DIENTES AFECTADOS

COP	C	O	P	Total dientes afectados	Total COP
Número de Dientes	1582	670	1890	4142	17.2 muy alto

GRAFICA 35

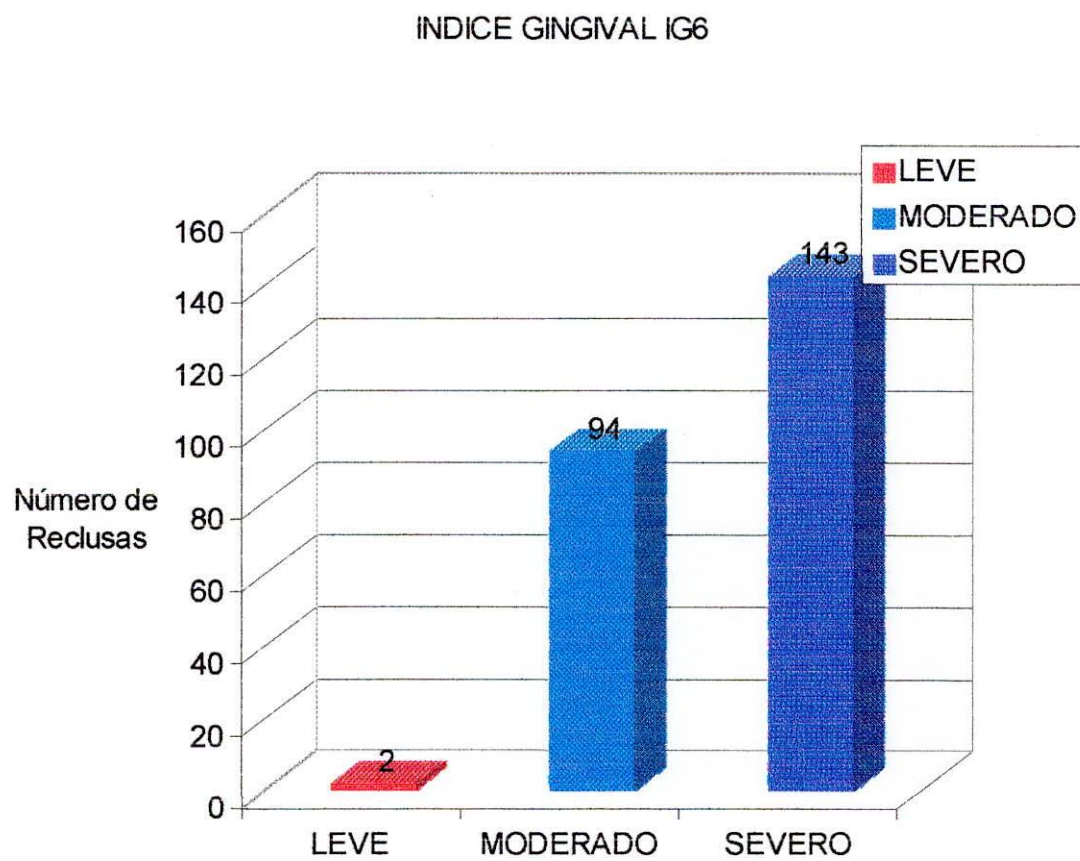


TABLA 35

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ÍNDICE IG6

IG6	Leve	Moderada	Severa
Número de reclusas	2	94	143

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN HABITOS

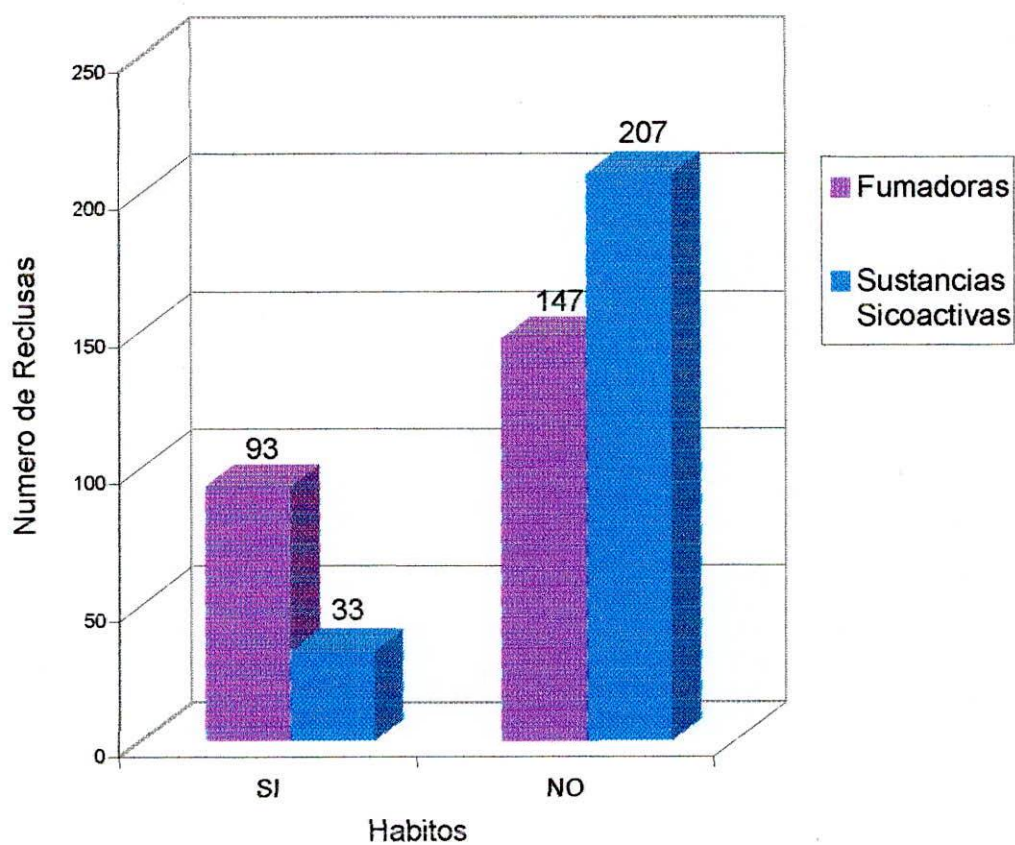


TABLA 36

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN HABITOS

Habito	Fumar	Sustancias sicoactivas
Número de reclusas SI	93	147
Número de reclusas NO	33	207

TABLA 37
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ÍNDICE C. O. P.

#	C	O	P	COP
1	6	2	4	12
2	10	6	6	22
3	6	1	1	8
4	12	0	3	15
5	4	3	5	12
6	7	3	6	16
7	4	0	26	30
8	21	0	1	22
9	3	2	4	9
10	2	7	4	13
11	15	1	5	21
12	4	5	13	22
13	7	0	15	22
14	8	0	9	17
15	20	0	1	21
16	8	2	7	17
17	6	1	7	14
18	17	0	1	18
19	7	0	5	12
20	5	1	26	32
21	11	1	0	12
22	1	0	12	13
23	5	0	21	26
24	3	11	5	19
25	6	7	3	16
26	5	5	2	12
27	5	3	8	16
28	5	3	0	8
29	8	0	5	13
30	6	0	2	8
31	11	6	2	19
32	12	0	2	14
33	6	10	6	22
34	3	0	9	12

35	12	5	3	20
36	6	4	4	14
37	14	0	6	20
38	11	0	14	25
39	10	6	8	24
40	11	0	16	27
41	18	0	2	20
42	7	0	5	12
43	10	0	12	22
44	6	3	4	13
45	9	6	8	23
46	4	0	1	5
47	7	0	15	22
48	8	6	5	19
49	6	0	20	26
50	3	0	29	32
51	9	1	3	13
52	10	0	10	20
53	6	1	22	29
54	6	7	1	14
55	10	1	9	20
56	6	0	2	8
57	11	0	3	14
58	4	0	0	4
59	0	0	32	32
60	14	4	5	23
61	11	6	2	19
62	10	2	9	21
63	4	7	2	13
64	9	0	9	18
65	17	1	5	23
66	8	2	9	19
67	15	2	6	23
68	5	4	9	18
69	2	0	24	26
70	4	0	0	4
71	5	7	3	15
72	3	0	5	8
73	2	0	10	12

74	1	2	4	7
75	4	0	1	5
76	6	2	6	14
77	9	0	11	20
78	4	0	27	31
79	2	7	6	15
80	1	5	3	9
81	0	5	19	24
82	4	1	16	21
83	5	0	0	5
84	2	0	23	25
85	0	11	3	14
86	7	0	11	18
87	5	6	7	18
88	6	6	4	16
89	12	0	4	16
90	10	2	10	22
91	0	0	24	24
92	0	12	6	18
93	6	4	9	19
94	1	6	15	22
95	4	0	28	32
96	1	2	6	9
97	3	10	0	13
98	8	1	2	11
99	3	0	12	15
100	1	0	8	9
101	2	0	9	11
102	2	14	4	20
103	2	10	7	19
104	16	0	5	21
105	10	0	0	10
106	8	0	8	16
107	5	6	9	20
108	3	3	2	8
109	9	0	0	9
110	1	0	21	22
111	14	0	1	15
112	8	3	5	16

113	6	1	3	10
114	9	0	1	10
115	2	1	2	5
116	6	0	14	20
117	2	2	3	7
118	2	8	12	22
119	12	3	0	15
120	13	0	6	19
121	3	0	23	26
122	16	1	11	28
123	14	10	1	25
124	12	0	1	13
125	11	0	2	13
126	14	1	2	17
127	4	7	5	16
128	15	0	5	20
129	3	4	3	10
130	15	0	7	22
131	5	0	6	11
132	17	0	4	21
133	19	0	5	24
134	20	0	4	24
135	4	7	14	25
136	8	2	12	22
137	4	0	23	27
138	12	0	1	13
139	4	0	7	11
140	6	0	21	27
141	11	2	5	18
142	4	3	12	19
143	11	2	7	20
144	7	2	4	13
145	1	0	4	5
146	4	2	21	27
147	3	0	6	9
148	4	3	5	12
149	2	4	9	15
150	6	0	2	8
151	5	3	4	12

152	4	8	7	19
153	5	4	2	11
154	7	2	5	14
155	11	1	18	30
156	6	2	6	14
157	2	8	8	18
158	8	4	4	16
159	1	1	25	27
160	4	1	19	24
161	1	5	7	13
162	7	8	0	15
163	2	12	11	25
164	9	6	9	24
165	4	9	9	22
166	1	8	3	12
167	6	7	1	14
168	11	5	7	23
169	7	7	4	18
170	10	6	3	19
171	3	6	5	14
172	11	3	4	18
173	8	3	0	11
174	5	0	0	5
175	1	0	0	1
176	3	0	1	4
177	15	0	10	25
178	9	1	7	17
179	0	4	2	6
180	8	1	6	15
181	10	4	4	18
182	19	0	6	25
183	0	1	31	32
184	13	0	4	17
185	4	12	2	18
186	1	3	1	5
187	0	6	6	12
188	3	9	6	18
189	5	0	25	30
190	0	9	1	10

191	15	3	1	19
192	9	5	1	15
193	21	0	1	22
194	5	1	0	6
195	7	5	4	16
196	1	2	12	15
197	4	0	28	32
198	9	0	11	20
199	7	2	2	11
200	8	0	10	18
201	14	0	9	23
202	7	0	7	14
203	3	3	13	19
204	12	3	0	15
205	3	4	0	7
206	6	0	3	9
207	7	1	3	11
208	5	6	4	15
209	4	1	2	7
210	20	0	4	24
211	12	0	3	15
212	12	1	6	19
213	2	4	2	8
214	5	6	9	20
215	6	6	0	12
216	4	1	2	7
217	1	13	4	18
218	2	6	4	12
219	5	3	12	20
220	11	3	2	16
221	1	12	4	17
222	5	6	3	14
223	2	0	22	24
224	2	6	4	12
225	0	13	11	24
226	4	1	25	30
227	6	6	9	21
228	8	5	6	19
229	2	5	12	19

230	6	10	5	21	
231	4	6	12	22	
232	2	0	28	30	
233	1	4	20	25	
234	4	1	19	24	
235	4	7	4	15	
236	0	1	6	7	
237	1	0	25	26	
238	4	1	22	27	
239	0	0	32	32	
240	2	0	22	24	
	1582	670	1890	4142	
Promedio				4142/240	17.2

FOTOS DE LAS PATOLOGÍAS ENCONTRADAS EN LA EVALUACIÓN DEL
ESTADO DE SALUD DE CABEZA Y CUELLO DE LAS RECLUSAS DE LA
CÁRCEL DE MUJERES EL BUEN PASTOR EN ELPRIMER SEMESTRE DEL
AÑO 2000

La numeración que aparece en los círculos



Corresponde al número de Historia Clínica de cada una de las reclusas

02- A . Manchas Melánicas

02- B . Torus Lingual

Placa y cálculos supra y subgingivales

16- A . Atrición, Recesión gingival anterior

16- B . Torus Palatino

27- A . Gingivitis

27- B. Frenillo vestibular sobreinsertado bajo que nos origina Diastema

39- A . Cálculos supragingivales abundantes en anteriores con pigmentaciones exógenas en posteriores

39- B . Lengua Fisurada en borde anterior

39- C . Recesión gingival por lingual marcada

Apiñamiento

Atrición

Gingivitis generalizada

Placa sub y supragingival

40- A . Prótesis Parcial desadaptada

Anodoncia verdadera del 32

Placa supragingival leve

40- B . Cicatriz que involucra piel, labio y borde bermellón

57- A . Estado gingival normal

Depósitos de placa supragingival leve

57- B . Manchas Melánicas en labio y zona peribucal, posiblemente consistente con nevus

57- C . Lengua Blanca relacionada con mala higiene oral (Saburral)

58- A . Gingivitis leve, estado periodontal normal

58- B . Placa subgingival y gingivitis en encía libre palatina superior posterior

60- A . Gingivitis marginal con bolsas y sangrado

60- B . Ránula Lingual lado derecho (fenómeno de retención mucosa)

67- A . Microdoncia lateral superior (diente en espiga)

67- B . Cúspide supernumeraria vestibular del 7 superior derecho

120- A . Atrición marcada en zona de anteriores

Pérdida de la dimensión vertical

120- B. Lengua Fisurada y blanca relacionada con mala higiene oral (Saburral)

120- C Labio inferior izquierdo posible mucocele (fenómeno de estrabazón mucosa)

Lado derecho posible hiperqueratosis

140- A. Posible hiperplasia labial inferior del lado izquierdo

140- B. Atrición marcada anterior

Placa Bacteriana

Restos radiculares

Recesión gingival

140- C. Atrición zona de anteriores

Exposición pulpár del 43

140- D. Vista oclusal del estado dental y periodontal del paciente

140- E. Lengua Blanca relacionada con mala hígine oral (saburral) y fisurada

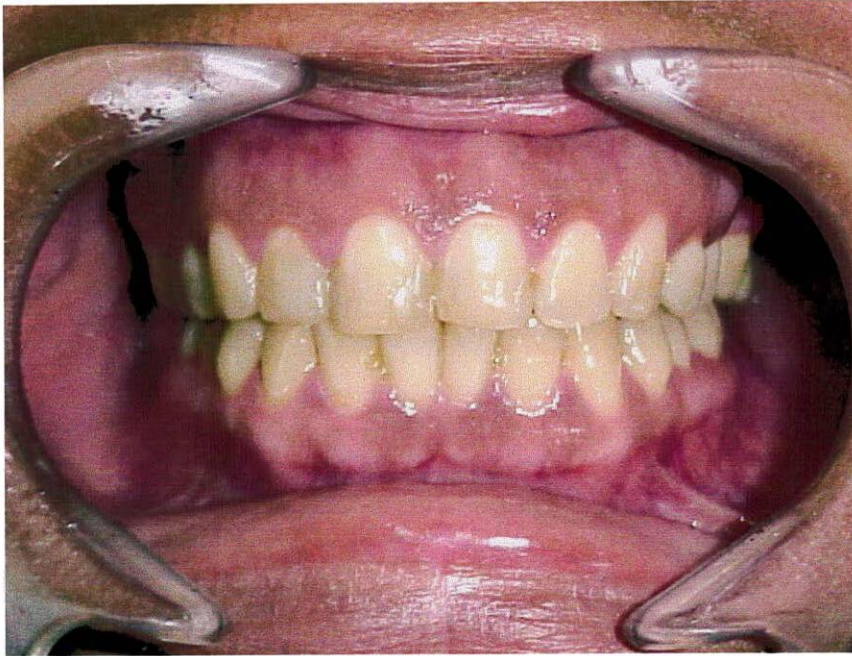
167- A .Estado periodontal saludable

167- B. Torus

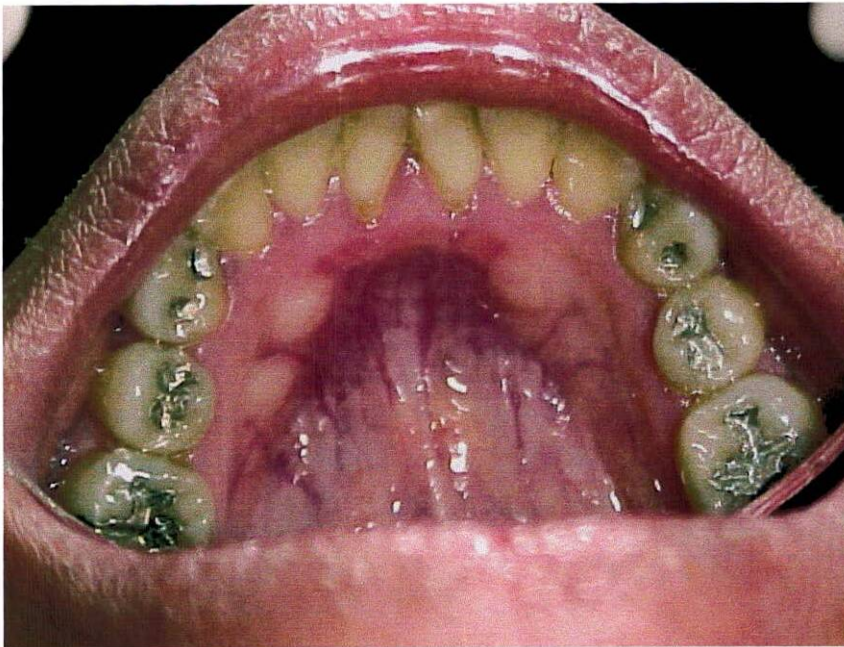
167- C. Lengua relacionada con avitaminosis B

174- A. Erosión zona de centrales superiores tercio gingival

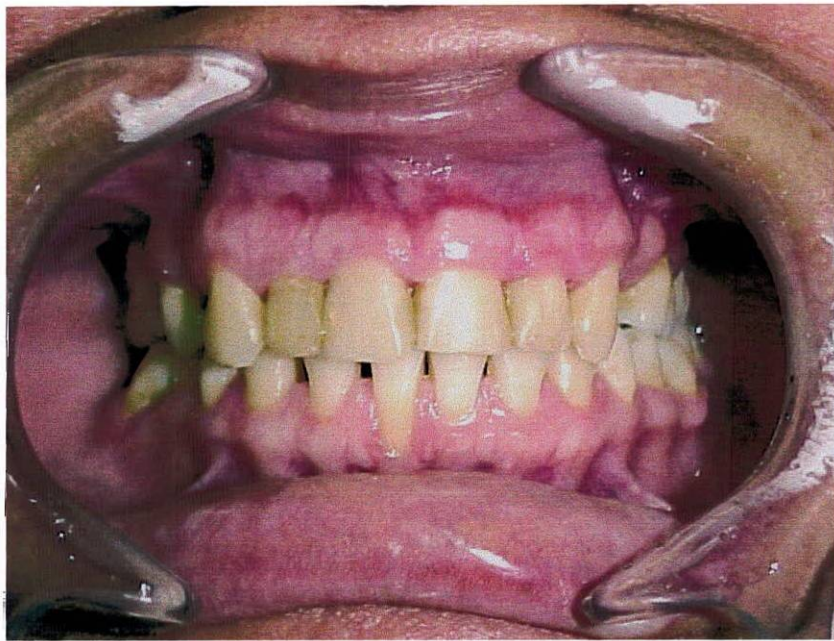
174- B. Amelogénesis Imperfecta del tipo hipocalcificación del esmalte



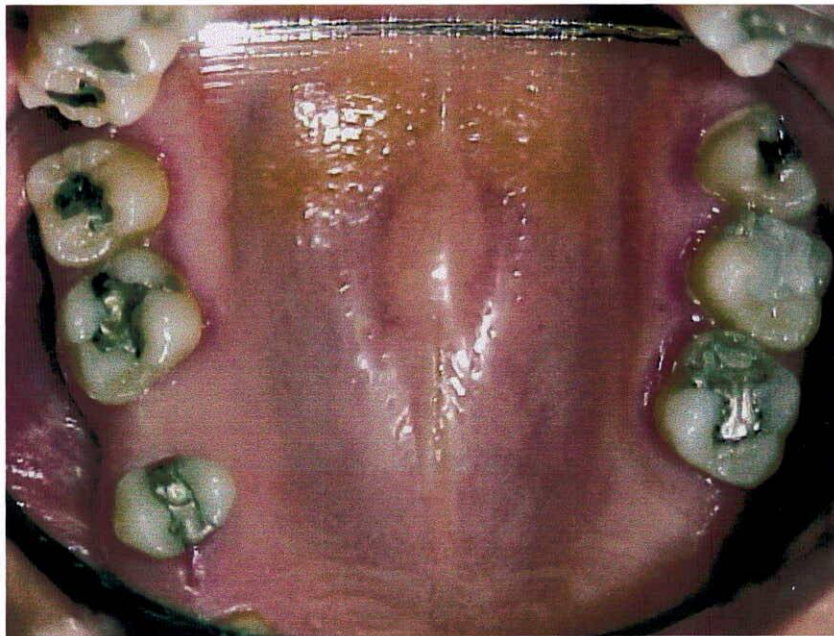
02



02



16



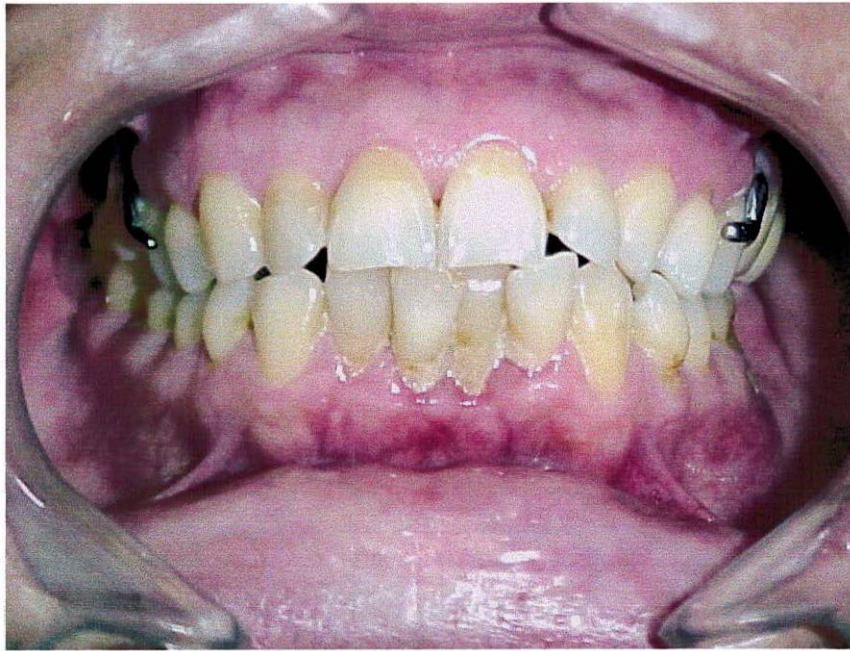
16



27



27



39

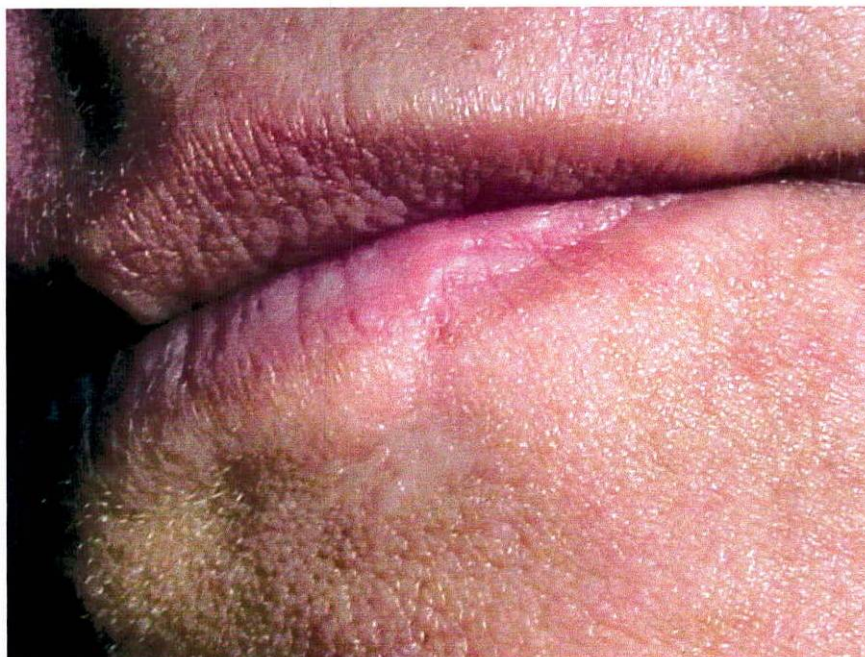


39

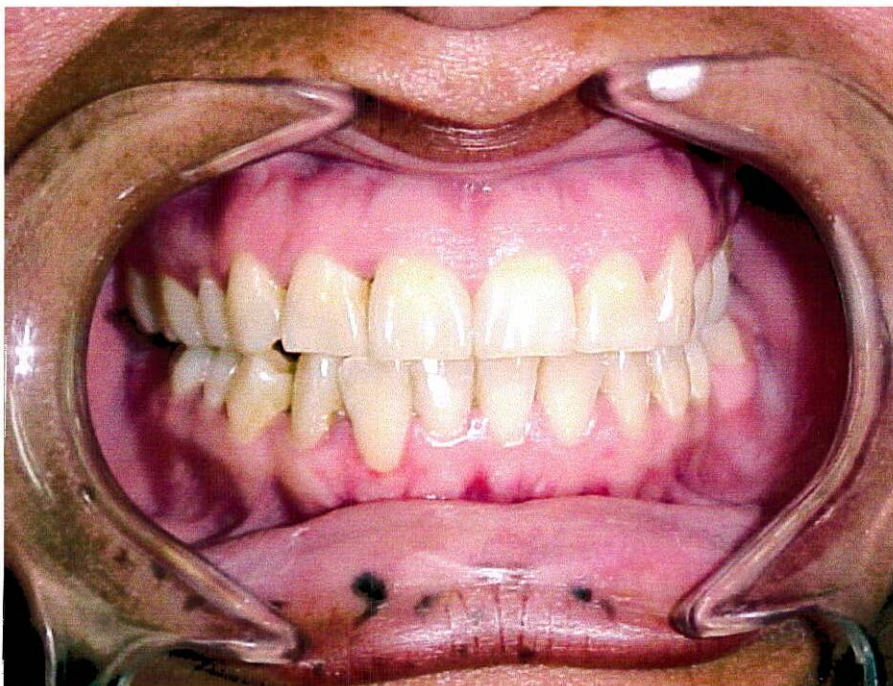




40



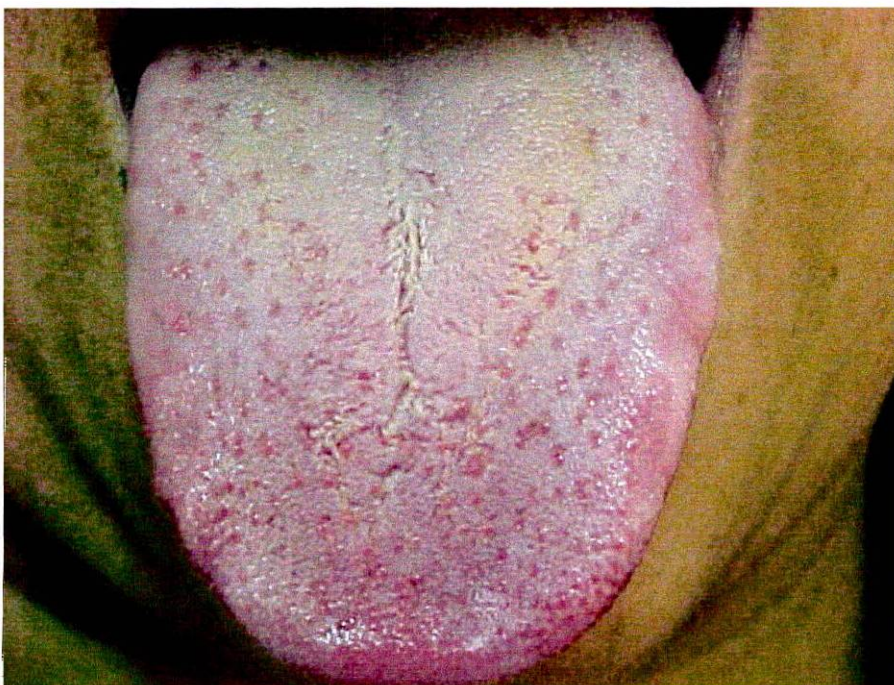
40

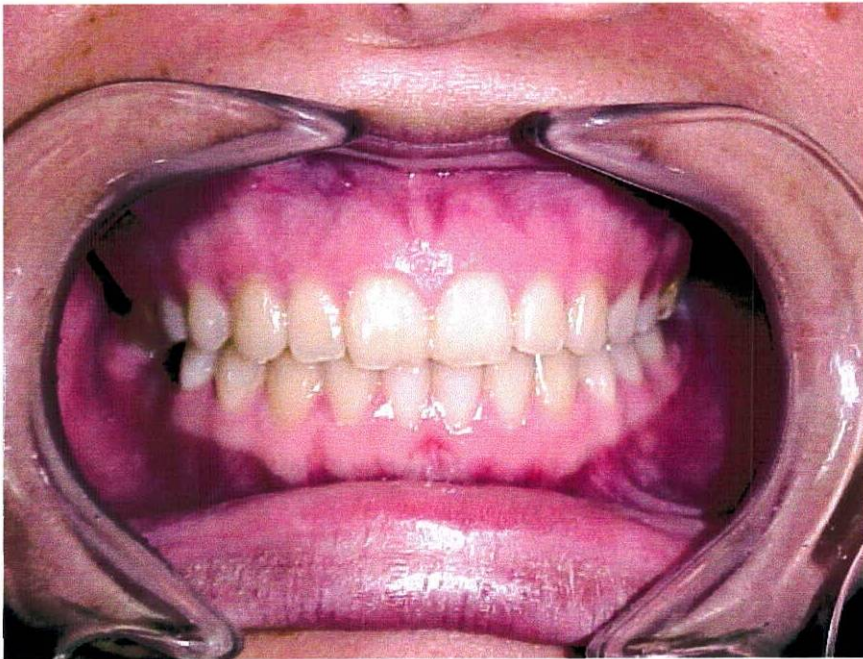


57

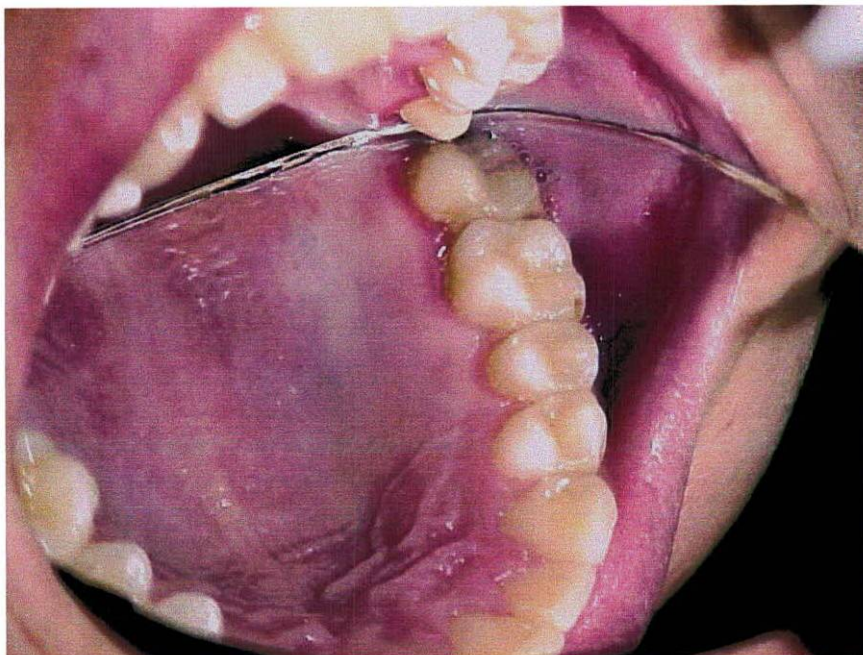


57

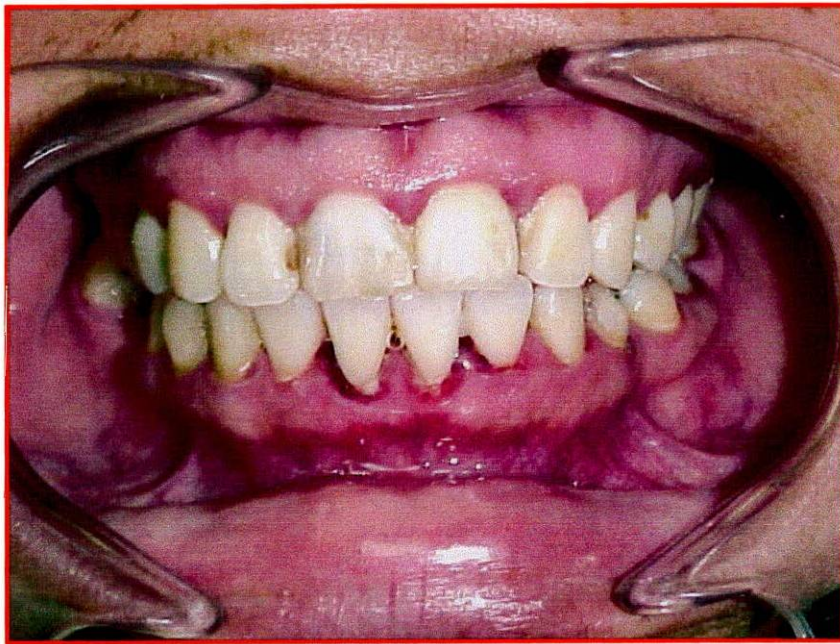




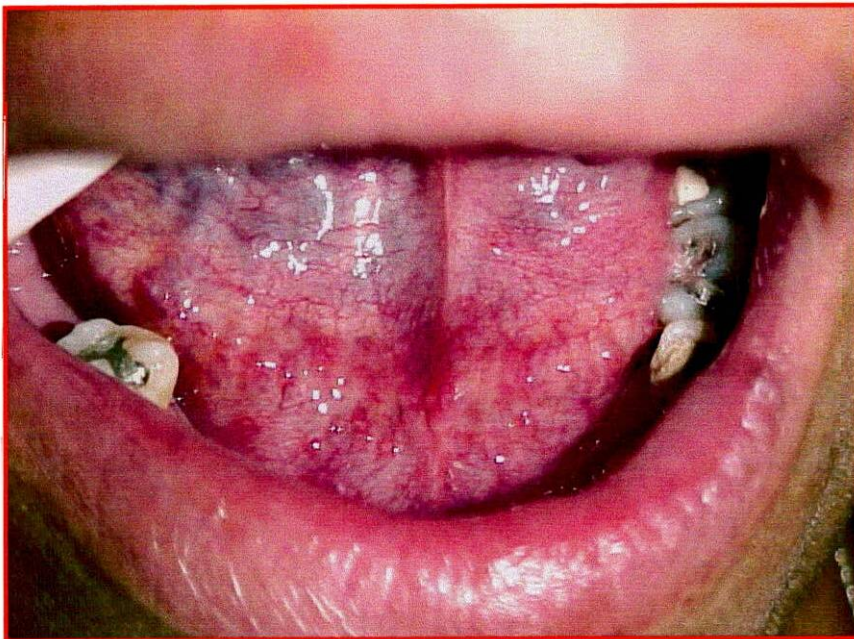
58



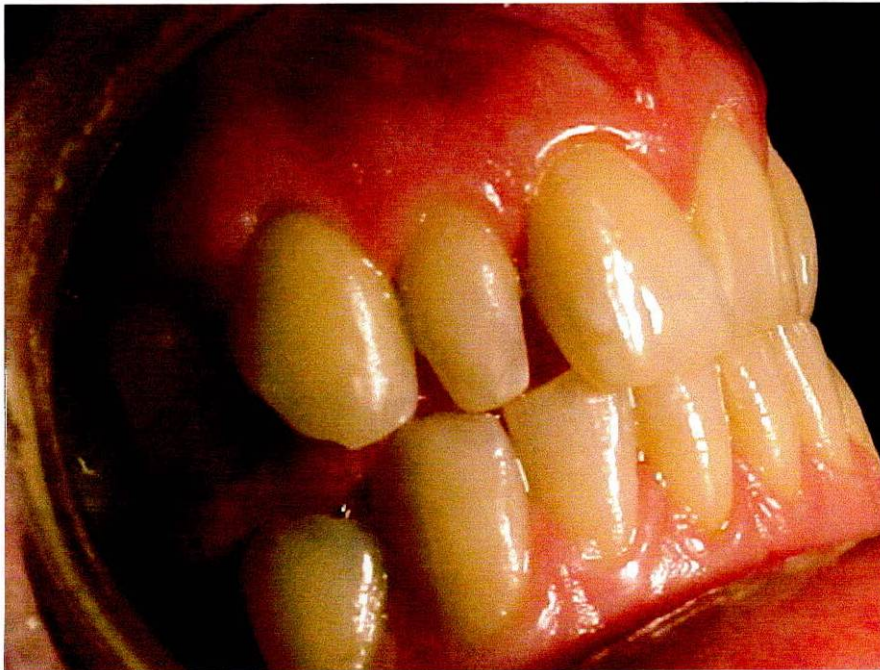
58



60



60



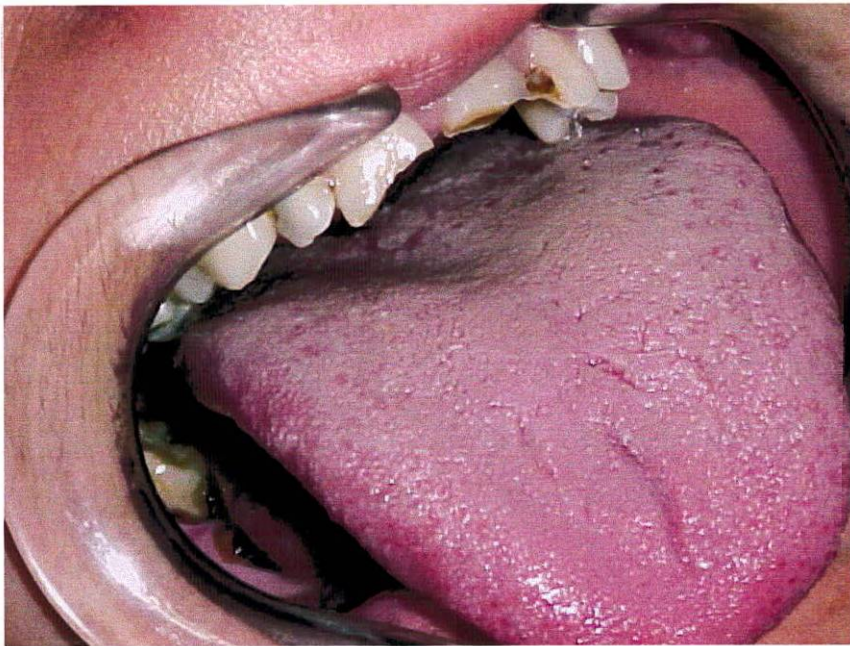
67



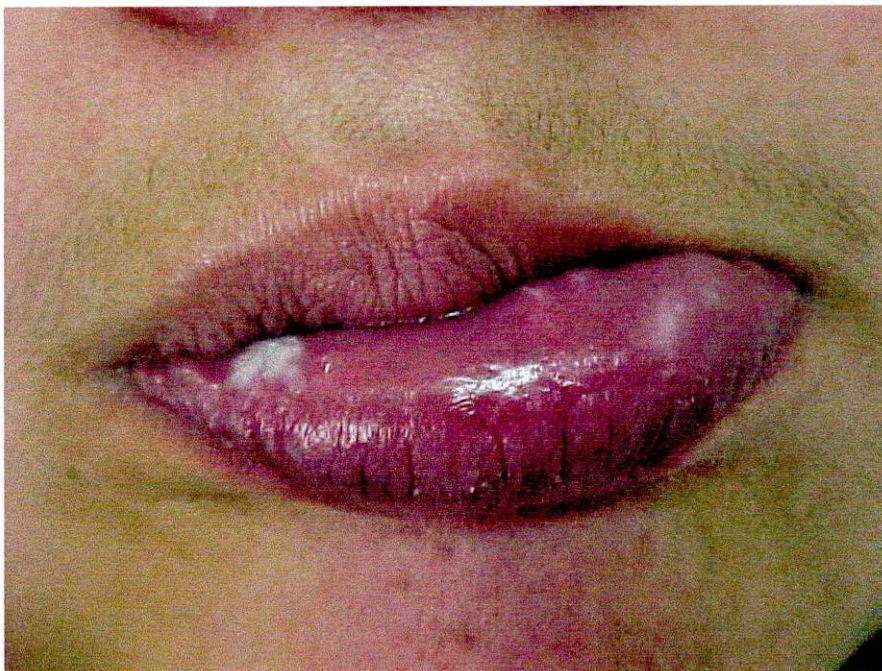
67



120

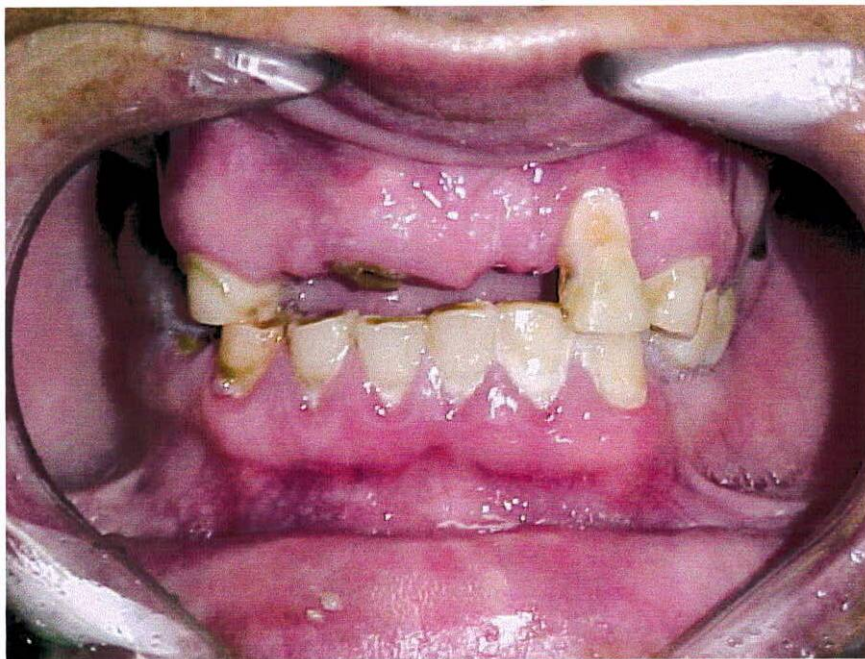


120

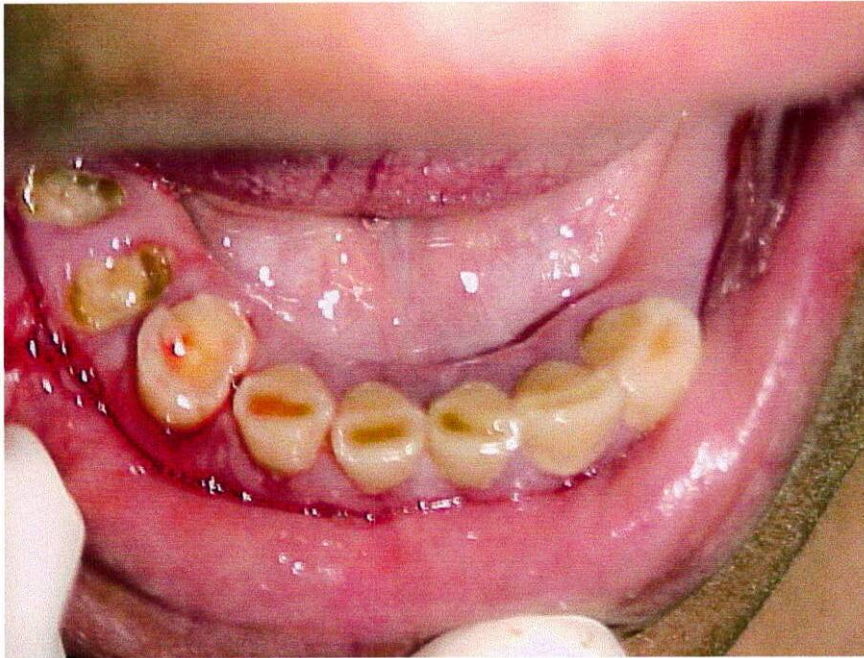




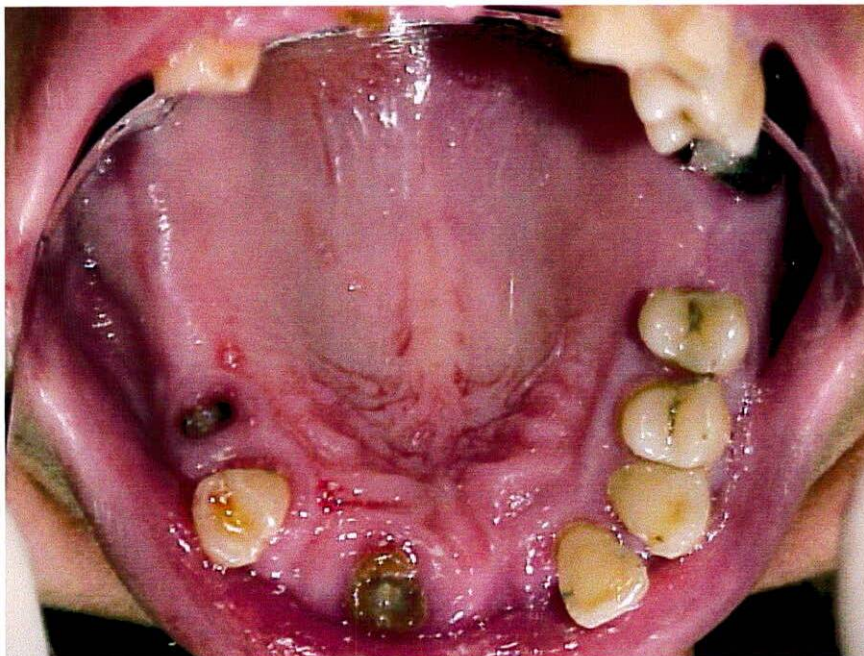
140



140



140

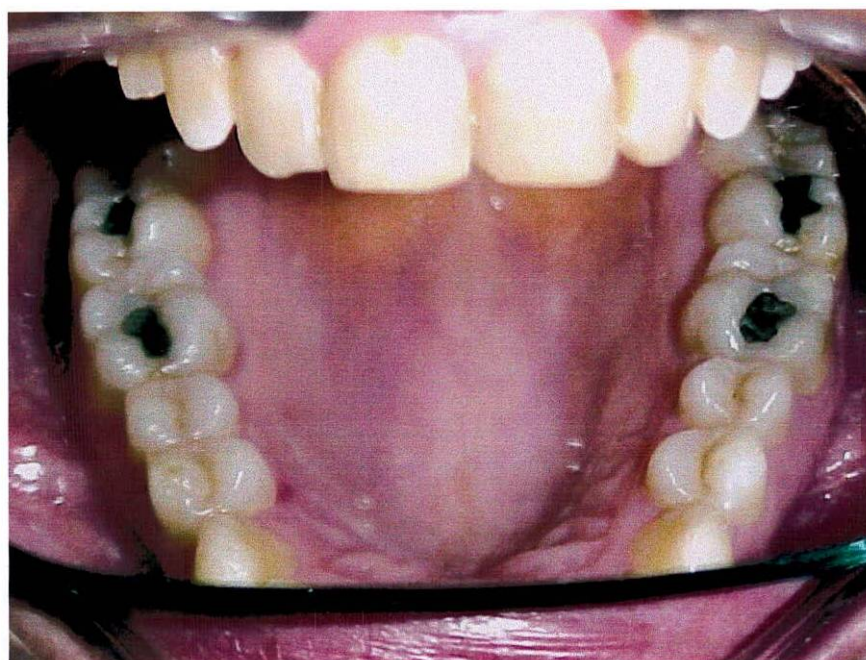


140





167



167





174



174

BIBLIOGRAFÍA

Alberto Folch; Manual Práctico de Medicina Bucal; Edición 4; Editorial Interamericana; México 1990.

Aristequieta E. Ricardo; Diagnostico Cefalométrico Simplificado Ortodoncia Ortopedia Cirugía Ortodòntica, Edición 1, Editorial Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericanas, C. A. 1994.

Enlow H. Donald, Crecimiento Maxilofacial, Edición 2, México D. F, Nueva Editorial Interamericana, 1984

Genco G. Cohen, Periodoncia, Edición, Editorial InterAmericana, 1993

Gispert Carlos; Enciclopedia de anatomía autodidáctica océano; Edición 1; Bogotá; Editorial Printer Colombiana Ltda; p.p. 1497-1499; 1983.

Donald H. Enlow; Crecimiento Maxilofacial, Editorial Interamericana pp 1-9; México 1984.

Malcolm A. Lynch; Manual Práctico de Medicina Bucal; Tomo I; 8 Edición; Editorial Interamericana pp 22-25; México 1990.

Piñeros C Jorge; Semiología Clínica; 3 Edición; Editorial Fedicor, pp 397-399.

Robbis Kumar; Patología Estructural y Funcional; 5 Edición; editorial Mc. Graw Hill; pp 1400-1470

Regezzi; Patología Bucal; 3 Edición; Patología Bucal; Editorial Interamericana; México 2000.

Sencherman S; Neurofisiología de la Oclusión; edición 2; Bogotá; Ediciones Monserrate Ltda 1995

Testut A Latarjet; Compendio de anatomía Descriptiva; Editorial Masson; pp 336-338.