

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO ELEMENTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JORGE RODOLFO OLGUIN RODRIGUEZ

ASESOR: C. D. EDMUNDO CRUZ VELAZQUEZ PEREZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO ELEMENTAL ".

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
CAPITULO I Area exobucal.....	2
CAPITULO II Area endobucal.....	12
Conclusiones	32
Bibliografía.	

INTRODUCCION.

Dentro de ésta tesis se ha preparado el tema de "Examen clínico estomatológico elemental", con la colaboración del Doctor Edmundo Velázquez P. Profesor de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Se ha desarrollado por el tema que ha sido escogido de acuerdo con las conclusiones emanadas, las cuales asignamos prioridad al área de patología y diagnóstico bucal para los fines de preparación.

Se llama elemental porque es el reconocimiento mínimo que se debe al paciente cuando se trata de una persona "aparentemente sana" y utilizarlo como material de repaso.

Este tema está diseñado para ayudar al examen clínico elemental de la región de la boca y áreas relacionadas.

Además de presentar el orden de procedimiento y la descripción de las características de normalidad con las cuales se debe familiarizar el C.D. se incluyen las variantes normales más frecuentes y se mencionan las lesiones comunes que alteran los tejidos de la región estomatológica.

C A P I T U L O I

AREA EXOBUCAL.

El objetivo es nombrar, distinguir y delimitar topográficamente las regiones y áreas anatómicas incluidas en el examen clínico estomatológico elemental. Reconociendo el estado de salud de las siguientes áreas y regiones del segmento oro-cervico-facial.

En el área exobucal se distinguen las siguientes regiones:

La región de la articulación temporo - mandibular.

La región submaxilar.

La región labial.

En otras palabras, el odontólogo deberá estar capacitado para diagnosticar, pronosticar y tratar cualquier tipo de trastornos patológicos. (4)

Esta deberá ser escrita. Generalmente se compone de la historia médica, y la historia dental. (5) Muchos de los datos pueden y deben ser tomados por un buen ayudante aún antes que el dentista, y acomodar el instrumental y disponer la mejor ubicación de paciente-operador y auxiliar. Para lograr mejor acceso y mayor visibilidad de las regiones por examinar.

En el examen clínico estomatológico elemental se utiliza el siguiente armamentario: sugerido para un examen bucal; de izquierda a derecha, espejo bucal, sonda, explorador, pinzas para algodón, depresor lingual, rollos de algodón para el aislamiento de los dientes, gasa y protectores digitales. (10) El examen el o los aspectos más importantes del sillón son las que permiten el acceso a la cavidad bucal del paciente mientras el equipo quirúrgico se encuentra sentado en posición cómoda. Adicionalmente conviene disponer de luz focal y una jeringa de aire u otro elemento para secar los tejidos. (3) Colocación del enfermo en el sillón dental: la capacidad del equipo-

quirúrgico para ver en todo los requisitos de la cavidad bucal y llegar a los mismos con comodidad, depende principalmente de la manera en que se coloquen el paciente y el personal que facilita la relación dentista paciente con palabras y gestos adecuados, dispone la mejor entrada de luz y alcanza los instrumentos de examen. (3)

El operador se ubica a las "8", informa al paciente. Le haremos primero un examen general de su boca y procede.

Se remarca la conveniencia de seguir siempre el orden indicado.

La inspección en un examen clínico estomatológico es una valoración visual sistemática de los tejidos del cuerpo, estructuras o sistemas para identificar situaciones normales y su funcionamiento, que se practica respecto a cierto objeto o fenómeno. (10)

Forma y función.- En nuestro caso se trata de determinar las características morfológicas (de forma) y funcionales (de función, actividad) de los órganos que conforman el campo de la estomatología.

Palpación selectiva.- Además de la inspección, se hace sistemáticamente la palpación de la articulación temporo-mandibular y de la región submaxilar.

En el examen, el operador recurrirá a un orden sistemático y eficaz en sus tiempos y movimientos tal como se sigue frente a un paciente de control de salud llamado "aparentemente sano" que acude sin afección compleja o solo para revisión periódica de su salud. (10)

La exploración clínica de la articulación temporo-maxilar se realiza sistemáticamente como primer paso de examen clínico estomatológico elemental. Pálpese las articulaciones temporo-maxilares con los dientes en oclusión, en reposo, con los maxilares abiertos y durante los movimientos del maxilar. (1)

Para hacer el estudio palpatorio de la articulación temporo-maxilar existen dos formas o técnicas más usadas que consisten en:

1.- Colocar los dedos índices de ambas manos sobre la zona preauricular correspondiente a la ubicación de la zona de los cóndilos, en esta posición se determina:

A).- Presencia de los cóndilos.

B).- Morfología de la zona.

C).- La existencia de dolor o no, sensibilidad aumentada a la palpación.

Los movimientos de chasquido o de brinco dentro de la articulación pueden ser sentidos aún cuando no se producen sonidos audibles. Las desviaciones del maxilar pueden estar relacionadas con interferencias articulares u oclusales, se ordena al paciente la realización de movimientos de apertura y cierre de la boca, para determinar: (1)

1).- Amplitud de los movimientos.

2).- Simetría de los movimientos.

3).- Dolor o sensibilidad aumentada durante los movimientos.

4).- Percepción subjetiva u objetiva de crepitaciones (Clic) articulares.

Técnica; algunos clínicos recomiendan el uso del estetoscopio para la mejor percepción de los ruidos articulares. En todo caso ésta técnica se reserva para cuando deba hacerse el examen especial de esta región.

Escúchese en busca de ruidos en las articulaciones, el choque y el chasquido articular, pueden ser audibles cuando son graves, pero si son ligeros únicamente serán percibidos con palpación, a menos que se utilice un estetoscopio. (1)

2.- La otra forma es introducir los pulpejos de los dedos índices en cada conducto auditivo externo, con el pulpejo dirigido hacia delante; hecho esto se determinan todas las características ya señaladas.

Las maniobras indicadas para el examen se amplian mediante el es

tudio de la articulación en otros movimientos. (no solo de apertura y cierre).

Para poder lograr un diagnóstico correcto es esencial que toda la información respecto al paciente y su padecimiento sea recabada y registrada en forma organizada y útil. Esto puede hacerse sin necesidad de acumular páginas de información sin importancia. (1)

Exploración clínica submaxilar: la palpación de la región submaxilar constituye el segundo paso clínico en el examen clínico estomatológico elemental. El objetivo es determinar principalmente la presencia y características de los ganglios palpables en la región submaxilar. Los ganglios palpables en esta zona tiene que ver con patología en la región submaxilar, de la lengua, del piso de la boca, y de la región orofaríngea. En otras palabras no se puede considerar adecuado un examen estomatológico que pase por alto la palpación de la región submaxilar.

Para efectuar adecuadamente la maniobra palpatoria de la región submaxilar, se debe reclinar la cabeza del paciente hacia el lado que palpa, de manera que los tejidos del cuello relajen y permitan percibir la presencia y características de los ganglios.

Las características a determinar son:

- A).- Presencia de ganglios palpables.
- B).- Ubicación.
- C).- Tamaño.
- D).- Forma.
- E).- Consistencia.
- F).- Movilidad. (es decir, si se desplazan sobre los tejidos profundos o si están fijos a ellos).
- G).- Relación con la piel que está sobre el ganglio palpable.
- H).- Dolor o sensibilidad a la palpación.

La maniobra debe realizarse a ambos lados y en la porción media; para obtener buenos resultados se deben colocar los dedos índice, me

dio y anular contra la parte más profunda y alta del cuello y traerlos tejidos hacia afuera (lateralmente) "como arrastrando" los tejidos blandos. Si hubiera uno o más gánglios palpables, éstos se deslizarán hacia afuera y se percibirán bien al momento de pasar por debajo del reborde del maxilar inferior, lugar donde se le siente "resbalar hacia adentro o hacia afuera; esto en el caso de pequeños gánglios móviles, en caso de ganglios grandes dolorosos o fijos, no es necesario extremar la maniobra en búsqueda de movilidad.

La palpación extrabucal. El higienista se encuentra ahora listo para continuar el examen extrabucal mediante la palpación de todas las estructuras extrabucales. Uno de los siguientes métodos de palpación estará indicado para cada una de las estructuras, o pueden combinarse varias técnicas: digital, bidigital, manual, bimanual, bilateral, compresión circular. (10)

La región labial. Dos pliegues musculomembranosos que cierran la boca. Todos los datos encontrados en el examen visual, ya sea normales o anormales deben registrarse en la historia clínica, (10) como todas las lesiones (neoplasias, chancro, queilitis angular, irritación por hábito de mordisqueo, indentaciones por la oclusión y quistes mucosos). Y ahora con la odontología moderna que se halla estrechamente ligada a la traumatología, muy especialmente en casos traumáticos de la cara, ya que la estética afecta generalmente y grandemente el hábito de una persona y de sus grupos sociables y raciales.

Características de la piel en su porción exterior cuando se examina el labio inferior se puede apreciar la existencia de unas pequeñas prominencias múltiples a modo de granulado.

Movimientos normales de los cóndilos. Normalmente, cuando se cierra el maxilar, la cabeza del cóndilo hace contacto con el menisco y este a su vez con la cavidad glenoidea. (1)

La movilidad de los cóndilos durante los diversos y complejos movimientos de la mandíbula puede ser reconocida mediante la inspec -

ción y palpación de la zona de la articulación temporo-maxilar.

Se considera como aspectos importantes en relación con la movilidad:

- 1.- Capacidad de los movimientos para mover la articulación.
- 2.- Amplitud de los movimientos.
- 3.- Dirección de los movimientos.
- 4.- Dolor durante los movimientos.
- 5.- Crujido o crepitación articular, que puede percibirse durante los movimientos de la mandíbula.

En este objetivo se contemplan tres aspectos de aprendizaje:

- 1.- Capacidad.
- 2.- Amplitud.
- 3.- Dirección.

1.- Con relación a la capacidad para realizar los movimientos y la amplitud de estos, puede existir incapacidad total, limitación o exceso en la excursión de los cóndilos, la incapacidad puede llegar a ser una total ausencia de movimientos, como se aprecia en la anquilosis ósea o puede ser una limitación parcial como ocurre en el trismus mandibular. Movimientos excesivos se observan en la subluxación recurrente (que tiende a presentarse nuevamente en repetidas oportunidades). En general se considera excesivo movimiento cuando la cabeza del cóndilo sobrepasa totalmente la raíz transversa del ci goma (cóndilo del temporal); en la clínica, sin embargo, se observarán pacientes con movimientos condilares muy amplios y que no presenten ninguna molestia.

2.- Con relación de amplitud normal de la apertura de la boca; en el adulto la amplitud normal de la apertura bucal es de aproximadamente de 3 a 5 centímetros. Sin embargo, más que el signo "amplitud normal" medido en centímetros, interesa en un primer momento la percepción subjetiva del paciente sobre si puede o no abrir la boca bien, causas de variada naturaleza, por ejemplo procesos infecciosos

en la zona de terceros molares inferiores, pueden producir limitación en los movimientos de apertura en este caso la expresión del paciente es el dolor cuando trata de abrir la boca.

Como hemos visto, anteriormente la apertura puede estar totalmente impedida como ocurre en casos de anquilosis temporomaxilar. Cualquier signo ó sintoma relacionado con limitación de los movimientos de apertura deberá ser anotado.

Junto con la normalidad de amplitud se tiene en cuenta la simetría del movimiento de apertura. En estrecha relación con lo visto anteriormente sobre simetría de los movimientos condilares, se detecta la dirección de la apertura de la boca a nivel de la porción incisiva.

En relación a la amplitud de los movimientos durante la apertura y movimientos laterales de la mandíbula, se observa restricción de tales movimientos en los cuadros de artritis traumática (artritis-proceso inflamatorio de una articulación), síndrome doloroso de la articulación temporomaxilar etc. La dirección y simetría durante los movimientos mandibulares se altera en la artritis traumática, fractura de los cóndilos, anquilosis unilaterales, tumores a nivel de la articulación temporomaxilar. Suelen acompañarse de otra sintomatología y pueden tener otros causales de origen sistémico.

3.- Con respecto a la dirección de los movimientos condilares, debe considerarse normal cuando ambos cóndilos se mueven simétricamente hacia adelante y hacia abajo durante el movimiento de apertura de la boca aquí debe recordarse las características singulares de la articulación temporomaxilar. Cuando se le compara con otras articulaciones del organismo; esta es la única articulación doble bilateral unida por un solo cuerpo óseo que se mueve coordinadamente en estrecha relación con sistema funcional poliarticular complejo (sistema dentario).

Varias causas pueden ocasionar cambios en la dirección del movi-

miento condilar. Es frecuente observar una desviación del mentón durante el movimiento de apertura de la boca, con la consiguiente asimetría en el movimiento condilar (uno de los cóndilos hará una excursión más amplia que el otro), cualquier asimetría en la dirección de los movimientos de los cóndilos durante la apertura de la boca debe anotarse como anormal.

El sistema estomatognático comprende todas las estructuras destinadas a la recepción, masticación y deglución de los alimentos y toma parte activa en otras funciones importantes como la salivación, la fonética, la respiración, el estado postural etc. (4) Es un sistema compuesto por dientes huesos (sistema osteodentario), por músculos y nervios (sistema neuromuscular), por ambas articulaciones y por todo un sistema de vasos, glándulas u anexos, imprescindibles para su funcionamiento. (4)

Desde el punto de vista morfofuncional, todos estos elementos conforman, por su relación, un verdadero órgano; el órgano bucal. (4)

De lo expuesto hasta el momento surge claramente la importancia de la oclusión como factor integrante del sistema estomatognático, y si consideramos que la oclusión es un terreno sobre el cual el profesional actúa diariamente, es superfluo insistir sobre su importancia. (4)

Ausencia de ganglios submaxilares palpables.- Se considera normal la ausencia de ganglios palpables. En forma estricta, el tamaño, consistencia y movilidad de un ganglio lo hace clínicamente impalpable. Cuando se palpa un ganglio, esto es un signo de algún tipo de alteración presente en el momento del examen o, alguna alteración pasada que ha dejado como consecuencia secuela (alteración que queda en forma permanente como consecuencia de una enfermedad). Un ganglio permanentemente palpable.

En nuestro medio, un alto porcentaje de pacientes presentan ganglios palpables en relación con procesos infecciosos crónicos o agu-

dos en la región orofaríngea o en la región de los maxilares. Por otra parte, un número apreciable de pacientes presentan ganglios palpables en relación con procesos ya curados, pero que han dejado como secuela un cambio en las características histológicas del ganglio, que se manifiestan clínicamente por aumento de consistencia, que precisamente lo hacen palpable.

Anormalmente los ganglios se pueden palpar como uno o más nódulos, dolorosos o no, móviles o fijos, y estar relacionados con procesos infecciosos de origen dentario o amigdalino sin embargo, ganglios palpables que tienden a comprometer a la piel, dolorosos y móviles, pueden estar vinculados a procesos infecciosos como la T.B.C. Ganglios de consistencia firme y fijos en los planos profundos pueden estar en relación con neoplasias malignas.

Otros signos clínicos.- Aumentos de volumen mayores, los limitados a la patología de los ganglios, que comprometen gran parte de la región submaxilar y son sintomáticos, pueden estar vinculados con procesos infecciosos agudos de origen dentario, sialolitiasis (sialos-litiasis y litos-piedra) formación de cálculos en las glándulas salivales y sus conductos o puede tratarse de tumores malignos o benignos.

Es importante para el operador siempre palpar las estructuras blandas contra una estructura más dura como hueso subyacente, otros dedos o las manos. (10) Cuando los tejidos blandos no están apoyados por algún medio, existe mayor posibilidad de que las masas anormales sean solo desplazadas de los dedos que realizan el examen y no sean detectadas. (10)

Orden de palpación.- El siguiente orden del procedimiento de palpación se ha diseñado para que todas las estructuras sean examinadas en una forma lógica y evitando brincar de una zona de la cabeza a otra. (10) Al seguir un patrón fijo en el examen tal como se recomienda, el operador siempre sabrá que estructuras se han examinado y

cuáles no en caso de que se interrumpa el procedimiento y a la vez, habrá empleado en forma eficaz su tiempo y sus movimientos. (10) Aunque el siguiente orden satisface estas normas, otros patrones de examen pueden ser igualmente eficaces y eficientes siempre y que se apliquen las normas mencionadas en anterioridad. (músculo mentoniano, mandíbula, ganglios linfáticos occipitales, ganglios linfáticos auriculares, articulación temporomandibular, glándula parótida, músculo masetero, músculo temporal, región submentoniana, región submandibular etc.

Deben examinarse labios, mejillas, piso de la boca y paladar. - Cualquier inflamación, infección o tumefacción debe ser diagnosticada y tratada antes de comenzar cualquier tratamiento definitivo. (8) Se debe apreciar el color de los tejidos y observar cualquier variación fuera de los límites normales. (8) La mucosa sana normal suele ser de color coral pálido, aunque puede variar desde rosa pálido hasta rosa coral. En algunos pacientes debido a influencias raciales. - (8)

En el diagnóstico diferencial de las lesiones de los labios es menester considerar neoplasias, chancro, queilitis angular, irritación por hábitos, indentaciones por oclusión y quistes mucosos. (5)

La cavidad bucal está cerrada por delante por la aposición de los labios superior e inferior. (7) El parénquima de cada labio está integrado por fibras musculares estriadas del músculo orbicular de los labios incluido en tejido fibroconectivo elástico. (7) Por fuera el labio está cubierto por piel que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas. (7) En el borde libre del labio, el epitelio está modificado por gran concentración de queratina, que lo hace más transparente, y la dermis subyacente muestra gran cantidad de papilas, con plexos abundantes el color rojo del borde libre del labio. En esta región no hay pelos, glándulas sudoríparas, o glándulas sebáceas, y el epitelio superficial puede conservarse húmedo solamente por contacto con la lengua húmeda. (7)

CAPITULO II

AREA ENDOBUICAL.

En el área endobucal.- Que comprende dos espacios; el vestibulo y la cavidad bucal propiamente dicha, se distinguen las siguientes regiones. (3)

A.- Región vestibular.

B).- Región palatina.

C).- Región orofaríngea.

D).- Lengua.

E).- Región del piso de la boca.

F).- Región de los rebordes alveolares, paradencio y arcos dentarios.

Vestibulo bucal está limitado en el suelo interno por encías y dientes. (9) En la mucosa vestibular están incluidos los epitelios y tejido conectivo que queda por debajo de ambos labios y de mejillas, ya que las diferencias estructurales entre ambas áreas son pocas.

Esta cavidad se hace real por la presencia de alimentos, objetos o aire, como ocurre al soplar o al silbar.

Este capítulo se ocupa de los tejidos y órganos asociados a vestibulo y cavidades bucales. Incluye labios, mucosa bucal, glándulas salivales, lengua, y amígdalas.(9)

Limitada hacia atrás con la faringe, de la cual está separada por el istmo de las fauces. La cavidad bucal propiamente dicha está limitada por delante y a los lados por encías y dientes, por arriba por paladares y en la base por surco sublingual y lengua. (9) La pared posterior se abre hacia la región de la orofaringe. Esta cavidad se hace real al abrir la boca y por la presencia de los alimentos u otros objetos. La cavidad vestibular y la cavidad bucal propiamente dicha se comunican entre sí a través de los espacios interdentarios-

y del espacio retromolar.

El instrumental, equipo y material necesarios para el examen clínico estomatológico elemental y disponer la mejor ubicación paciente-operador y auxiliar fue mencionado en el capítulo I.

Se considera que una de las características que hace que el examen clínico rinda los resultados deseados, proporcionando toda la información diagnóstica necesaria, es precisamente la ejecución sistemática y constante de un orden preciso para su realización. El orden indicado es el siguiente.

- 1.- Región vestibular.
- 2.- Paladar duro y blando.
- 3.- Istmo de las fauces.
- 4.- Orofaringe.
- 5.- Lengua.
- 6.- Piso de la boca.
- 7.- Oclusión.
- 8.- Paradencio.
- 9.- Dientes y rebordes alveolares.

Uno de los errores fundamentales consiste en introducir los dedos desaprensivamente en la boca del paciente, cuando se le examina por primera vez. Este procedimiento es incorrecto. El primer examen intraoral debe realizarse con los instrumentos.

Los siguientes factores ayudarán a asegurar una técnica óptima:

- 1.- Iluminación.
- 2.- Colocación.
- 3.- Retracción de tejidos.
- 4.- Secuencias.

Un examen intraoral realizado sin las consideraciones óptimas de cualquiera de estos factores no puede considerarse un examen completo y minucioso. (10)

La forma correcta consiste en tomar un instrumento en cada mano-

y ordenadamente y sistemáticamente, siguiendo siempre el mismo orden, colocar los instrumentos dentro del vestíbulo de la boca a la altura de la región labial, e ir examinando e ir desplazando los instrumentos.

Además se debe tener cuidado de no ocultar involuntariamente parte de los tejidos que se están examinando, precisamente con los mismos instrumentos. Algunas lesiones pequeñas pueden ser muy importantes para el diagnóstico y pasar inadvertidas al ser ocultadas por los instrumentos durante el procedimiento del examen. Inmediatamente al cambio de lugar del instrumento se debe observar con curiosidad el lugar o partes donde se colocó el instrumento anteriormente como si estuviera descubriendo o destapando a la inspección una zona que siempre ha estado oculta. Este procedimiento se seguirá para todas las partes donde se examina con ayuda de instrumentos.

Color, textura y humedad de la mucosa oral: la mucosa oral, por lo general, el color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral y producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos. (5) En realidad, existen importantes variaciones étnicas referidas al color. El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea. Es más clara en individuos rubios de tez blanca que en trigueños de tez morena. (5) La observación general del color y textura superficial de la mucosa bucal indicará si hay pigmentaciones patológicas, eritema difuso o coloración rojo azulada asociada con deficiencias del complejo de vitamina B, atrofia lisa y brillante con fisuras en la gingivostomatitis menopáusica o senil, zonas grisáceas y descamación asociadas con gingivitis descamativa crónica, y vesículas en el pénfigo, eritema multiforme o pénfigo benigno. (5) También existen variantes de tonalidades, entre las diversas partes de la cavidad bucal, por ejemplo: la mucosa laxa del vestíbulo es más rosa que la mucosa adhe

rida o fibromucosa gingival.

Se recomienda hacer observaciones minuciosas sobre las variantes del color en las distintas zonas de la cavidad oral y relacionarlas con las características histológicas y funcionales de cada una de ellas.

Los cambios circunscritos en el color, como enrojecimientos, manchas blancas, brunas o negras, deben ser anotadas. Así mismo, cambios difusos de color que abarquen porciones amplias de la mucosa también deben ser recogidas. A modo de ejemplo, citaremos a un enrojecimiento debido a inflamaciones, color azulado de toda la mucosa en pacientes con problemas cardíacos congénitos que producen cianosis (ciano-azul; matiz azulado por disminución de oxígeno en la sangre). Color amarillento en pacientes con problemas ictericos.

Un tenue color amarillento suele observarse a nivel de la mucosa del velo del paladar debido a la presencia normal de grasa. El enrojecimiento o eritema es una alteración de color muy frecuente en estomatología. Se puede presentar como pequeñas máculas únicas o múltiples de formas y tamaños variables. Si es única, suele estar asociada a un trauma o ser un hemangioma (defecto de desarrollo caracterizado por la presencia de excesivo número de vasos sanguíneos). Si son varias, pueden tener relación con modificaciones del desarrollo vascular, como la telangiectasia (dilatación permanente del vaso sanguíneo) o con alteraciones hematológicas. Si el cambio de coloración es difuso, comprometiendo diversas áreas de las mucosas orales, puede ser vinculado a uso de drogas, desnutrición y otros cuadros sistémicos.

El eritema difuso de labio inferior puede estar ocasionado por agentes físicos o químicos (clima, cosméticos, etc.) El color blanquecino constituye otro signo clínico anormal, que puede presentarse en forma aislada o en forma múltiple. Puede relacionarse con una quemadura química por ejemplo, con ácido acetilsalicílico) o térmico, o constituir una leucoplasia (lesión blanca hiperqueratósica) cuya etiología

estaría relacionada con trauma, agentes físicos o químicos como los -- productos de la combustión del tabaco.

El leucoedema (acumulación de líquido intracelular en el epitelio de la mucosa), que se observa en la mucosa de los carrillos se presenta de color blanquecino opalescente.

Las manchas de color blanquecino, pequeñas y múltiples que se presentan asociadas a cuadros sistémicos anergizantes, pueden ser una manifestación de moniliasis (infección a hongos), la lengua vellosa por incremento de queratina es otro signo clínico de color blanquecino - que se puede ver en el dorso de la lengua.

Un signo clínico anormal muy frecuente en nuestro medio es la palidez que se detecta especialmente en mucosas delgadas como el velo - del paladar. La palidez puede tener origen en anemias, desnutrición, - enfermedades renales, etc.

Otro cambio de color de interés en estomatología es debido a pigmentaciones, que van de un matiz parduzco hasta uno azulado o negruzco.

Estas pueden presentarse en forma única o múltiple de tamaño y - forma variables. Según estas características pueden estar vinculadas - a la raza, nevus, melanosis u otras lesiones inclusive malignas, o - pueden estar relacionadas a cuadros endocrinos (enfermedad de Addison - afección que altera las glándulas suprarrenales).

La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante y no rosada punteada. La comparación de las estructuras microscópicas de la encía insertada y la mucosa alveolar explica la diferencia del aspecto. (5)

La textura de la cara dorsal de la lengua por la presencia de las papilas linguales gustativas, y el paladar duro por cuanto presenta - rugosidades en su porción anterior.

Signos de descamación del epitelio se observa con frecuencia en - el bermellón de labio por inflamación (queilitis) debido a agentes fisicos, químicos, o constituir una etapa temprana en la evolución del-

cáncer labial.

En lengua suele observarse áreas depapiladas de carácter migratorio constituyendo una alteración banal (que tiene poca importancia)- conocida como "lengua geográfica" acompañada o no con grietas profundas que comprometen el dorso y bordes de lengua (lengua fisurada).

La leucoplasia, cuando exista, puede presentarse con una superficie agrietada o verrugosa. El cáncer oral suele mostrar una superficie papilomatosa o granular.

Anormalmente la mucosa oral puede mostrar: la gingivitis, inflamación de las encías, es la forma más común de enfermedad gingival, - la inflamación se halla casi siempre presente en todas las formas de la enfermedad gingival. (5)

La humedad de la cavidad oral; se mantiene húmeda en forma permanente debido a la secreción salival que produce en glándulas salivales mayores y menores, la misma que baña la superficie de las mucosas y dientes. La saliva por sus componentes orgánicos e inorgánicos cumple funciones de protección y defensa de las estructuras mencionadas frente a las agresiones del mismo medio bucal (capacidad buffer).

Determinadas proteínas como la inmunoglobulina "A" y la lisozima, desarrollan funciones específicas antibacterianas. Compuestos orgánicos como los fosfatos y otros componentes inorgánicos, permiten a la saliva cumplir una acción buffer. Estos compuestos orgánicos como - los fosfatos y otros componentes inorgánicos, permiten a la saliva cumplir una acción buffer. Estos compuestos inorgánicos y determinadas glicoproteínas participan en la organización y actividad de la - placa microbiana, compuestos minerales y otras glicoproteínas protegen la integridad de la superficie dentaria, constituyendo a la maduración del esmalte. La saliva participa activamente en las fases iniciales de la digestión de los carbohidratos y constituye a la formación de bolo alimenticio. En la fonación, como lubricante que facilita y actúa en los diversos movimientos de carrillos, labios y lengua.

se produce aumento del flujo salival frente a variados estímulos, como el pensar en una dieta agradable. Un incremento anormal de saliva (sialorrea) se presenta en diversos cuadros de estomatitis.

La disminución de la secreción salival se observa en las enfermedades febriles, enfermedades crónicas como nefritis crónica, uremia, diabetes sacarina, mixedema, trastornos neuropsiquiátricos, lesiones de las glándulas salivales, síndromes de Plummer Vinson y Sjögren y anemia perniciosa. (5) La xerostomía o boca seca es consecuencia de la disminución de la secreción salival y presenta diversas características clínicas, como sequedad generalizada y eritema con fisuras en casos extremos, diversos grados de malestar causado por una sensación quemante. (5)

Condiciones patológicas de origen local y sistémico pueden alterar el flujo salival. Se presenta sialorrea por injurias físicas provocadas por diversos tipos de restauraciones odontológicas o por alteraciones de origen sistémico que producen estomatitis como ocurre en los casos de estomatitis herpética provoca sialorrea abundante en niños. Condiciones como desnutrición, anemias, diabetes, provocan una severa disminución del flujo salival. Otras alteraciones sistémicas como el síndrome de Sjögren y la aplicación de radiaciones para el tratamiento del cáncer oral, ocasionan grave modificación de las glándulas, lo que produce xerostomía y alteraciones secundarias como eritemas, ulceraciones e incremento de caries dental.

Integridad de la mucosa oral.- Una mucosa oral normal debe ser continua, es decir, no debe encontrarse ninguna interrupción o solución de continuidad. Úlceras de diversas formas, tamaños y origen son soluciones de continuidad de la mucosa oral y deben anotarse como anomalías.

Las ulceraciones se presentan en tamaños y formas variables. Según su etiología, las úlceras tienen sus propias características. La úlcera más frecuente es por trauma (mordedura, prótesis, restauracio

nes, etc.) Una úlcera frecuente y dolorosa es el afta que se presenta como lesión única o múltiple, de tamaño variable (aproximadamente de 2 a 7 milímetros) y forma redondeada y ovalada. Es de ordinario - recurrente. El cáncer de la mucosa oral suele presentarse como lesión ulcerosa.

En los casos de desnutrición, las úlceras se localizan en las comisuras labiales, comprometiendo la mucosa. Se las debe diferenciar de otras de la misma localización (lues-herpes simplex etc.) variadas condiciones sistémicas entre ellas las reacciones de autoinmunidad pueden originar ulceraciones.

Glándulas mucosas del labio inferior.- En la mucosa labial, debe verificarse la existencia de una superficie roja húmeda y que no revele lesiones anormales como masas o cambios de coloración. Advertirá pequeñas protuberancias blancas o amarillentas localizadas justamente abajo de la cubierta de las mucosas. (10) Estas formaciones son normales y corresponden al relieve que hacen en la mucosa las glándulas salivales menores propias de ésta zona.

Mucosele: (quiste por retención de mucus; fenómeno de retención). El mucosele es un quiste que contiene mucus; aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal y comprende un 8% de las biopsias orales. (2)

Los mucoseles se forman como consecuencia de una ruptura traumática del conducto excretor de una glándula salival y la posterior acumulación de saliva en los tejidos. (2)

Características de la mucosa labial.- El área de los labios presenta las características de la piel en su porción exterior y las que corresponden a la mucosa oral en su parte interna o vestibular. Merecen especial mención la mucosa de transición en la denominada línea de humedad del labio y la textura dada por finos pliegues radiales que dan aspecto de su género al revestimiento labial. En las comisuras labiales suele observarse pequeñas depresiones llamadas fo

veas comisurales, posiblemente relacionadas con el proceso embriogénico de formación de la cara. En la cara la región labial se extiende más allá de la línea del bermellón y está delimitada por los surcos nasolabiales, nasogenianos y labio mentoniano. Forma parte de esta área, la columela o porción central superior, conformada embriogénicamente por el proceso frontonasal, de importancia en la generación del labio hendido o fisurado (labio leporino).

Características de la mucosa yugal.- Se llama así a la mucosa que cubre los flancos del vestíbulo de la boca; corresponde a la zona de los carrillos. Normalmente presenta una tonalidad rosada más clara que la mucosa de los surcos vestibulares. Es común observar una cierta opalescencia, que en caso de acentuarse, da lugar a la denominación de leucoedema. A la altura del plano oclusal, en pacientes dentados, puede verse cierto relieve de dirección anteroposte -- rior, que en algunos casos tiene una coloración blanquecina, a esta formación se le ha denominado lineal y puede ser considerado como variante normal. En la mucosa yugal, a la altura de la primera molar superior, se observa un relieve mucoso que corresponde a la desembocadura del conducto de Stenon, de la glándula parótida.

El tejido debe palparse entre las dos manos desde el frente de la boca hasta la zona retromolar posterior, percibiendo todos los aumentos de volumen anormales, masas o zonas dolorosas. Entre los -- hallazgos habituales están los gránulos de Fordyce, xerostomías, cicatrices, mordeduras de carrillos y línea alba. (10)

Tamaño y ubicación de la papila incisiva o palatina.- Esta papila constituye una protuberancia de tejido blando y firme localizada entre los dos incisivos centrales. Cubre el agujero incisal, que es la abertura por la cual penetra inervación y vascularización al paladar. (10) Ordinariamente su coloración es más intensa que el resto de la mucosa palatina. En pacientes edéntulos puede aparecer en una posición más anterior y sufrir irritaciones por la masticación o por

la acción de aparatos protésicos. En algunas ocasiones el paciente - consulta por considerar que este elemento normal puede ser un absceso o un tumor.

Distribución y forma de las rugosidades palatinas.- Las rugosidades o arrugas palatinas están ubicadas en la porción anterior del paladar a la altura de los incisivos, caninos, y premolares superiores. Son rebordes irregulares del tejido que se irradian a cada lado del rafe. (10)

La extrema variedad de configuración de estas arrugas ha permitido desarrollar un sistema de identificación individual semejante a las huellas digitales. Algunos pacientes pueden consultar creyendo que estas formaciones son anormales.

Rafe palatino medio: Es una línea blanca que se extiende desde la papila incisal hasta el paladar blando (anteroposterior). (10) En algunos casos en lugar de depresión puede verse un defecto de desarrollo conocido como "torus palatino" que es una formación ósea prominente ubicada en la línea de sutura de los dos procesos maxilares. La mucosa del paladar blando presenta una tonalidad diferente a la del paladar duro. Entre ambos se reconoce la línea del postdam marcada por la vibración del paladar al pronunciar la letra "A". A esta altura y a ambos lados de la línea media se observan dos pequeñas depresiones conocidas como foveas palatinas. (10)

En el tercio posterior del paladar duro y blando se aprecian con alguna frecuencia formaciones puntiformes de tonalidad algo más subida que el resto de la mucosa y que corresponden a la salida de los conductos excretores de las glándulas salivales menores ubicadas en esta zona. En fumadores crónicos estas formaciones son más notables, sobre todo si existe hiperqueratosis que da al resto de la mucosa una tonalidad blanquecina. A este cuadro se le conoce como "estomatitis nicotínica palatina".

Tamaño forma y posición de la úvula.- La úvula se encuentra en -

la porción posterior y media del paladar blando. Existen amplias variaciones en la forma como se presenta este órgano. Una variación relativamente frecuente en nuestro medio es la úvula bifida en la cual el extremo inferior presenta una muesca o una división completa. En otras ocasiones la úvula se observa dirigida hacia uno de los lados en vez de ocupar una posición estrictamente central. Por otra parte, puede haber grandes variaciones del tamaño; se dan úvulas pequeñas y otras grandes y alargadas. Las úvulas pequeñas aparecen como contraídas y tensas. Las grandes suelen aparecer flácidas. Al pronunciar la letra A la úvula se contrae y vibra junto con el resto del paladar blando. Obsérvese el movimiento de la úvula al decir "ah", cualquier desviación de movimiento a cada lado hacia la derecha o hacia la izquierda. (10)

Características del ítsmo de las fauces y de la orofaringe: en esta zona se debe distinguir las características del ítsmo de las fauces conformado por los pilares anteriores, los pilares posteriores, las amígdalas y la pared posterior de la faringe. Las amígdalas pueden verse prominentes o retraídas. La pared posterior de la faringe suele presentarse inflamada con formaciones granulomatosas y a veces cubiertas de secreciones.

En nuestro medio es frecuente la amigdalitis y la faringitis. Cambios anormales deben anotarse para considerar más tarde la conveniencia de interconsulta con el especialista de esa región.

Tamaño y forma de la lengua.- La lengua se examinará para detectar alteraciones de color, tamaño y naturaleza de las papilas. (5) - La lengua puede presentarse partida en forma longitudinal en su parte anterior lo cual da lugar a llamada lengua bifida que es un defecto de desarrollo. Otros cambios incluyen eritema migrans (lengua geográfica), moniliasis, y lengua fisurada congénita, (5) la cual presenta grietas irregulares y profundas pero que no constituyen solución de continuidad del epitelio; en realidad, esto acompaña a las -

grietas sin interrumpirse.

El examen de la lengua es específico para cada una de las cuatro caras: dorsal (superior), ventral (inferior) y los dos bordes laterales. Primero se examina la superficie dorsal en cuanto de color, lesiones simetría y forma. (10)

Distribución de las papilas linguales y aspecto del revestimiento del dorso de la lengua: en la superficie superior la mucosa muestra numerosas protuberancias pequeñas denominadas papilas que dan el aspecto rugoso o con surcos a la lengua. Las papilas son de tres tipos principales. (7)

Recordar que las papilas filiformes son las que dan el aspecto aterciopelado blanquecino al dorso de la lengua. Reconocen; también la distribución y ubicación de las papilas fungiformes, calciformes y foliaceas.

Variantes de dudoso significado patológico son las glositis rombica mediana y la glositis migratoria benigna. La primera se presenta como una zona depapilada de forma más o menos romboidal ubicada en la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior de la lengua. Por su ubicación se le ha asociado al tubérculo impar de la embriogénesis de la lengua. Últimamente se viene discutiendo su posible relación con moniliiasis, la glositis migratoria (lengua geográfica), es un fenómeno de depapilación que adopta formas irregulares y cambiantes (migratoria) y que parece tener carácter hereditario.

Al examinar los bordes laterales de la lengua, observamos el cambio del epitelio especializado del dorso por epitelio poliestratificado plano que recubre la superficie ventral. Mientras aún se tenga retraída la lengua fuera de la boca, se inspeccionan los bordes laterales volteándola de lado, para poder obtener una visión completa del borde lateral. Esta zona debe examinarse con cuidado para buscar enrojecimiento, manchas blancas, hinchazones, ulceraciones o masas -

ya que es común sitio de cáncer. (10)

La superficie ventral de la lengua muestra muchas características y variantes normales que debemos de conocer. Observar las placas linguales (finos pliegues mucosos ubicados en la porción ventral de la lengua y que corren paralelos a los bordes de esta. Pueden presentar pigmentación melánica) y también el relieve y grosor de las venas que corren paralelas a la línea media de la cara ventral de la lengua.

Movimientos normales de la lengua.- Para realizar convenientemente el examen de todas las áreas y porciones de la lengua, es necesario ordenar al paciente ejecuciones de una serie de movimientos. Los órdenes son: saque la lengua, ponga la punta de la lengua en este lado, ponga la punta de la lengua en este otro lado, toque el paladar con la punta de la lengua, los lados o bordes irlos señalando o tocando con el instrumento el lugar correspondiente, sirven para que el paciente muestre la superficie dorsal de la lengua, los lados de la lengua y bordes y la superficie ventral. Estas mismas órdenes nos permiten determinar simultáneamente si existe alguna dificultad o impedimento para realizar los movimientos mencionados. Cualquier dificultad o asimetría en los movimientos debe ser anotada. Normalmente la lengua tiene gran movilidad. No siendo fácil establecer medidas exactas interesa preguntar al paciente si tiene alguna dificultad o molestia al realizar los distintos movimientos. Afecciones inflamatorias, neurológicas y tumorales pueden limitar la movilidad, un frenillo lingual corto puede producir la llamada anquiloglosia, es decir una lengua con limitación en sus movimientos.

Características del piso de la boca.- Al levantar la lengua se examina la parte anterior del piso de la boca. En la porción media de este se observan relieves asimétricos que corresponden a las corrientes de los conductos escretorios de las glándulas submaxilares y sublinguales. En la línea media se ve un relieve delgado que correspon-

de al frenillo lingual. Separando con un instrumento la lengua hacia un lado se examinan las porciones posteriores del piso de la boca, - donde se observa relieves mucosos antero-posteriores, debajo de las cuales se encuentran ubicadas las glándulas sublinguales. En la porción más posterior, en el piso de la boca, existe una depresión que se denomina fosa retromolar de importancia en la construcción de dentaduras completas.

En el piso de la boca como elemento anormal se pueda observar un mucosale en forma de aumento de volumen de forma ovoídea orientada en sentido anteroposterior y de color azulado (conocido también con el nombre de ránula por su parecido con el vientre de la rana). Son frecuentes también los aumentos de volumen de formas y tamaños variables de etiología tumoral e infecciosa, o problemas relacionados con cálculos en los conductos salivares (sialolitiasis).

El examen con solo el o los instrumentos (bajalenguas) no permite ver completamente el tercio posterior de la lengua, para poder hacerlo, es indispensable tomar la lengua con una gasa y traccionarla hacia adelante. De ser posible usar un espejo bucal para observar la V lingual formada por unas eminencias redondeadas que son las papilas calciformes. Hacia atrás de la V lingual se aprecian unas granulaciones que corresponden a formaciones linfoides conocidas como amígdalas linguales. El examen del tercio posterior de la lengua, - con este procedimiento, ordinariamente no constituye parte de lo que hemos llamado examen clínico estomatológico elemental.

Ubicación de los frenillos: debemos estar familiarizados con las variaciones de posición (inserción) y relieve de los frenillos, que constituyen una de las características morfológicas, normales de la boca. En prótesis completa es muy importante el examen de las características de los frenillos y otras inserciones en el paciente edéntulo. Interesa reconocer el frenillo lingual y los frenillos labia -

les ubicados en la línea media, así como los frenillos laterales ubicados en la región de los premolares superiores e inferiores. Los frenillos se observan como formaciones que hacen relieve conectando dos superficies las menos planas.

Reconocimiento de las corúnculas.- Las glándulas salivales vierten sus secreciones hacia la boca mediante orificios que conocemos como carúnculas. Las carúnculas del conducto de Stenon, correspondiendo a la parótida, desembocan en la mucosa yugal a la altura de la primera molar. Comunemente el orificio de apertura se ubica en un relieve mucoso de aspecto papilar, que en algunos pacientes es bastante prominente y en otros casi no se observan.

Si hacemos la expresión (ordeñamiento) de la parótida se podrá observar el flujo salival. Esta maniobra no corresponde al examen clínico elemental.

Las corúnculas de Wharton y Rivinus se observan próximas a la línea media en el piso de la boca, sobre prominencias mucosas. Las corúnculas indicadas pueden aparecer de un color más acentuado en casos de inflamación, tal como pueden ocurrir en la sialoadentitis y en la sialolitiasis.

Volumen, textura y color de la encía.- La mucosa oral a nivel gingival posee ciertas características con las cuales debemos estar familiarizados para detectar signos de enfermedad. La encía papilar ocupa el espacio interdentario y es de consistencia firme, lo mismo que la encía marginal y adherida que presentan un marcado puntillado que recuerda el aspecto de una cáscara de naranja, la encía libre es una coloración más intensa, no posee el puntillado de la adherida y juega libremente cuando se mueven los tejidos vecinos como son los labios y carrillos, por ejemplo. Con la edad la encía suele dejar libre el espacio interdentario e insertarse en posición más apical.

Se encuentra aumento del volumen gingival de ordinario generalizado en la gingivitis aguda crónica, en la hiperplasia gingival con-

génita (fibromatosis-agrandamiento difuso de la mucosa del reborde alveolar). En la hiperplasia dilatínica (droga usada para el tratamiento de la epilepsia); un aumento de volumen localizado puede corresponder a una neoplasia (desarrollo tumoral benigno o maligno).

En el fascículo correspondiente al examen de los tejidos periorales se estudiará en detalle las características normales y patológicas de las encías.

Tuberosidades.- Detrás de la última molar superior existe una formación redondeada que corresponde a la terminación posterior del reborde alveolar superior y que se denomina tuberosidad. Al término de esta formación se observa una depresión conocida como surco hamular, estas formaciones son de interés en prótesis completa.

Papila o almohadilla retromolar.- Por detrás de las últimas molares inferiores se aprecia una ligera prominencia redondeada que puede estar a la altura del plano oclusal o incluso ligeramente más alta. Esta formación es de importancia especial en prótesis completa. Se sugiere revisar las características histológicas de esta formación.

Oclusión normal frente a oclusión ideal.- La descripción de la oclusión normal se centra por lo general alrededor de los contactos oclusales, el alineamiento de los dientes, sobremordida y superposición, la colocación y relaciones de los dientes en la arcada y la relación de los dientes con estructuras óseas. (1)

En la cual se observa un máximo contacto dentario entre las piezas mandibulares y maxilares y que es alcanzada por el paciente mediante actividad muscular. Para que el paciente nos muestre o produzca su oclusión habitual se le pide que: muerda o cierre. En algunos casos, los pacientes morderán en posiciones que no es la oclusión habitual y que se reconocerá fácilmente porque no existe el máximo contacto entre los dientes de ambos maxilares; en estos casos se le pide que degluta, pase o trague saliva o que muerda con las muelas.

La línea media entre los incisivos centrales superiores e inferiores debe coincidir normalmente. Por causas de variada índole se observará falta de coincidencia, lo cual debe ser anotado. La ideal es un concepto de oclusión óptima o ideal alude un ideal estético y fisiológico.

Paradencio.- El paradencio o parodonto está integrado por aquellas estructuras que intervienen en la unión del órgano dentario con los maxilares. Así forman parte del paradencio, el cemento dentario, las fibras y demás componentes del ligamento periodontal, la inserción epitelial, la mucosa vecina al diente, y el hueso alveolar. Con base en el patrón y la orientación direccional de las principales fibras periodontales de los dientes en función, se puede deducir que las fuerzas oclusales son transferidas en gran parte desde el cemento del diente al hueso alveolar que lo rodea en forma de tracción o tensión. (1) Se apreciará la movilidad pasiva de las piezas dentarias, utilizando para ellos los mangos de dos espejos bucales. La exploración detallada de la profundidad del surco gingival, otras características forman parte del examen particular del paradencio.

Sistema dentario.- Los dientes son las siguientes estructuras que deben observarse. Los dientes se encuentran en el hueso alveolar de las arcadas dentarias. La arcada superior es el maxilar y la arcada inferior es la mandíbula. (10)

El primer paso es comprobar el número de dientes existentes de acuerdo a la edad (dentición decidua, mixta o permanente) se producen alteraciones en el número de dientes, tamaño y forma, en diversos cuadros de alteraciones de desarrollo genético endocrino, metabólico y congénito.

El desgaste incisal fisiológico (atrición) da lugar a cambios de tamaño y forma de los dientes. En casos de bruxismos (rechinar los dientes), amelogenesis imperfecta (malformación del esmalte). Estos cambios son más acentuados y se pueden observar aún en pacientes jó-

venes.

En relación a la textura, color y brillantez del esmalte, puede observarse opacidad, superficie irregular y pigmentaciones. Estos signos clínicos pueden estar asociados a alteraciones de desarrollo, exceso de flúor en el agua de bebida, uso de drogas indebido.

La oclusión puede alterarse por pérdida prematura de dientes, trastornos de desarrollo, traumatismos y tumores de los maxilares pueden dar lugar a cambios de tamaño y forma de los maxilares provocando a su vez alteraciones de la oclusión.

Junto con los dientes se examinan el tamaño y forma de los rebordes alveolares. Estos procesos alijan a los alvéolos dentarios donde se implantan los dientes en su porción radicular y muelas. En la porción vestibular se aprecian relieves reticulares que replican la forma de las raíces subyacentes a modo de leves ondulaciones. El aspecto lingual del reborde alveolar inferior puede presentar prominencias óseas de aspecto redondeado a la altura de los premolares; a estas formaciones se les conoce como torus mandibularis. Con frecuencia a nivel de la cara lingual de la encía adherida de caninos inferiores se observa una excrecencia de mucosa, a veces umbilicada, denominada tubérculo canino.

Características en el recién nacido, en el lactante y en el niño.- El examen estomatológico del recién nacido revela algunas particularidades relacionadas con la ausencia de piezas dentarias, con el color y el aspecto de la mucosa bucal que se observa de una tonalidad más clara y translúcida y con la función de la boca en ese momento: la succión.

El examen puede revelar la presencia de alteraciones congénitas como son paladar fisurado y labio leporino, de especial importancia porque comprometen la función indispensable para que el bebe pueda mamar. Menos frecuente puede observarse perlas de Epstein, que por su aspecto semejan pequeños dientes. Aún más rara es la erupción den

taria en el recién nacido. Durante la erupción de los dientes temporales aparece una serie de molestias que pueden comprometer el aspecto general del bebé. Más adelante y con menor frecuencia puede verse la malformación de ulceraciones en la lengua por mordedura reiterada con los primeros dientes que aparecen en la boca (enfermedad de - - riga-fede). En el infante es común la infección conocida como parulis o postemilla que corresponde a la fistulización de un absceso dentario originado en una caries con compromiso de la pulpa. Otra lesión de mayor significación, pero más rara que la anterior es la osteomielitis osteogénica u osteomielitis de Garré, originada en una molar infectada. En esta edad comienza el cambio de dentición con la aparición de la primera molar permanente que hace erupción entre los 5 y 6 años. En el infante y en el niño los problemas más frecuentes se refieren a caries dental, enfermedad gingival y problemas relacionados con la oclusión dentaria.

Características en la mujer gestante. Las modificaciones fisiológicas y psicológicas que acompañan al proceso de gestación producen algunos cambios en la boca, que varían en intensidad de persona a persona. En general existe cierta tendencia a la inflamación gingival, la cual suele acentuarse por disminución de los cuidados higiénicos. Parejamente, las regurgitaciones ácidas, muy severas en algunas mujeres y los cambios en la dieta, pueden contribuir al mayor daño de los tejidos duros y blandos de la región.

Una lesión descrita como característica de la mujer embarazada, es el llamado epulis gravídico o tumor del embarazo. Se trata del agrandamiento gingival localizado, rojo y fácilmente sangrante. En realidad es una lesión inflamatoria en cuya génesis participa de modo crítico el estado de salud e higiene de la región, independientemente del estado de la gestación; sin esta condición previa es prácticamente imposible la aparición del epulis gravídico. Histológicamente tiene las mismas características del granuloma piogénico.

Características en el edéntulo.- El objeto de esta sección es señalar algunos hallazgos significativos que puedan ayudar a la profesión dental a cuidar del paciente anciano. La misma se ha organizado según los segmentos del tratamiento durante los cuales pueden ser necesarias las modificaciones. (10) En pacientes portadores de prótesis puede observarse lesiones ulcerativas o proliferativas. (10)

Son frecuentes en desdentados signos de eritema, ulceración de surcos vestibulares, piso de la boca y bordes de la lengua. Estas lesiones suelen estar en relación con las partes salientes de las prótesis. Cambios de volumen se observan en borde de la lengua, carrillos, labios, todos ellos en relación con ausencia de piezas dentarias. Un eritema ulcerativo o no ulcerativo sub-placa en el paladar puede deberse a moniliasis.

El examen de oclusión, en los portadores de prótesis, debe relacionarse con el examen de la articulación temporomaxilar.

Leucoplasias y crecimientos tumorales y no tumorales pueden observarse en un examen de rutina.

El examen particular del edéntulo será motivo de un fascículo cuando se estudie la atención de este tipo de pacientes.

Se considera capacitación suficiente cuando:

- 1.- Frente al paciente uno es capaz de señalar la ubicación de todos los elementos anatómicos normales.
- 2.- Frente al paciente uno es capaz de dar el nombre del componente anatómico que se le presente.
- 3.- Dado un componente anatómico clínico uno es capaz de explicar sus características de su función como parte integrante del aparato bucal.
- 4.- En una prueba es capaz de explicar el significado de sus términos.

C O N C L U S I O N E S .

Esta tesis presenta el conjunto de conocimientos básicos requeridos para practicar un examen clínico estomatológico elemental. Este tipo de examen es el reconocimiento mínimo que el odontólogo está obligado a realizar cuando enfrenta un paciente nuevo o cuando practica un control periódico de la salud bucal. El documento incluye la descripción de las regiones y áreas a examinar, el instrumental y condiciones de ubicación del paciente, describe el orden que se debe seguir para explorar partes involucradas, explica las maniobras manuales necesarias, la manipulación de los instrumentos y describe los distintos signos clínicos de normalidad y sus variantes.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Ash Ramfjord. Oclusión.
Segunda Edición. México, D. F. 1972
Editorial Interamericana. p. pág. 15, 90, 95, 362, 363.
- 2.- Bhaskar S.N. Patología Bucal.
Segunda Edición. Argentina. 1977.
Editorial El Ateneo. p. pág. 298, 299, 300.
- 3.- Chasreen Joseph E. Principios de Clínica Odontológica.
Primera Edición. México, D. F. 1981.
Editorial El Manual Moderno, S, A. p. pág. 76, 94
- 4.- Capuseeli H. O. Schwartz T. Tratamiento del Desdentado Total.
Segunda Edición. Argentina. 1980.
Editorial Mundi. p. pág. 105, 108.
- 5.- Carranza F. A. Periodontología Clínica de Glickman.
Quinta Edición. México, D. F. 1982.
Editorial Interamericana. p. pág. 18, 19, 78, 550, 551.
- 6.- Graber T. M. Ortodoncia Teoría y Práctica.
Tercera Edición. México, D. F. 1989.
Editorial Interamericana. p. pág. 377.
- 7.- Leeson Thomas S. Histología.
Segunda Edición, México, D. F. 1970.
Editorial Interamericana. p. pág. 245, 246, 248.

- 8.- Miller Ernest L. Prótesis Parcial Removible.
Primera Edición. México, D. F. 1982.
Editorial Interamericana. p. pág. 13

- 9.- Provenza D. Vincent. Histología y Embriología Odontológica.
Primera Edición. México, D. F. 1974.
Editorial Interamericana. p. pág. 202.

- 10.- Woodall I. R. Odontología Preventiva.
Primera Edición. México, D. F. 1983.
Editorial Interamericana. p. pág. 104, 110, 111, 112, 113, 117,
119, 120, 121, 122, 269, 445, 446.