



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REVISIÓN INTRAORAL Y EXTRAORAL DIRIGIDO A
ALUMNOS DE PRIMER AÑO, FO UNAM 2013, GUÍA
PRÁCTICA (PROYECTO PAPIME PE207511).

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JIMÉNEZ CAZARES JOSÉ SALVADOR

TUTOR: Dr. MIGUEL ÁNGEL ARAIZA TELLEZ

ASESOR: Esp. RICARDO ORTÍZ SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional siendo para mí la mejor herencia:

A mi universidad por haberme brindado los medios necesarios para mi formación profesional, así como a los docentes que participaron durante mi estancia en la Universidad Nacional Autónoma de México.

De manera especial al Dr. Miguel Ángel Araiza Téllez por aceptarme para realizar esta tesina profesional, por su apoyo y confianza, por guiar mis ideas encaminadas en su orientación y rigurosidad para obtener este trabajo, sin olvidar al Esp. Ricardo Ortiz Sánchez quien nos hizo posible obtener un trabajo audiovisual complementario a este trabajo.

Dedicatorias:

A mi madre, que es el ser más maravillosos del mundo. Gracias por el apoyo moral, su cariño y comprensión que desde siempre me ha brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi padre porque ha sido para mí un hombre grande y maravilloso y que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía, esto es lo que ha hecho que sea lo que soy.

Con amor, respeto y admiración.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PROPÓSITO	2
OBJETIVO	2
1. Exploración Clínica	4
1.1 La Historia Clínica	5
2. Anatomía de Cabeza y Cuello	8
2.1 Cabeza y Cara	8
2.2 Vascularización e inervación	8
2.3 Musculatura	10
2.4 Cadenas Ganglionares	11
2.5 Glándula Tiroides	12
2.6 Articulación temporomandibular	13
3. Métodos Clínicos de Diagnóstico	14
3.1 Inspección	14
3.2 Palpación	15
3.3 Percusión	15
3.4 Auscultación	16
3.5 Olfato	16
4. Exploración Extrabucal	17
4.1 Cabeza	17
4.2 Cuero Cabelludo	19
4.3 Cara (Facies)	19
4.3.1 Ojos	22
4.3.2 Nariz	25

4.3.3	Oídos	27
4.4	Cuello.....	30
4.4.1	Cadenas Ganglionares	31
4.5	Glándula Tiroides.....	32
4.6	Exploración de la ATM.....	34
4.6.1	Músculo Masetero	36
4.6.2	Músculo Temporal	36
4.6.3	Músculo Pterigoideo Externo.....	37
4.6.4	Músculo Pterigoideo Interno.....	38
5.	Exploración de la Cavidad Bucal	39
5.1	Labios	40
5.2	Encía y mucosa bucal.....	43
5.3	Lengua.....	46
5.4	Piso de Boca.....	49
5.5	Paladar Duro y Blando.....	51
5.6	Exploración de Glándulas Salivales	52
5.6.1	Glándula Parótida	52
5.6.2	Glándula Submandibular	53
5.6.3	Glándula Sublingual	55
5.7	Dientes.....	55
5.7.1	Sistemas para identificar Dientes	57
5.7.2	Oclusión.....	60
5.7.2.1	Oclusión Ideal o Clase I.....	60
5.7.2.2	Maloclusión de Clase II	61
5.7.2.3	Maloclusión de Clase III	62
5.7.3	Forma de los Arcos Dentarios	63
5.7.4	Métodos para la exploración de los órganos dentarios.....	66
	CONCLUSIONES	70

Bibliografía71
Anexo 174
Anexo 276



INTRODUCCIÓN

La Odontología debe tener como objetivo integrarse a equipos interdisciplinarios de salud, debido a la falta actual de interacción entre Medicina y Odontología, que repercute en una atención integral del paciente. La atención odontológica integral ejercida con criterio y responsabilidad preventiva obliga a que el odontólogo adquiera un conocimiento general del paciente.

El primer paso que se deberá tomar para la exploración del paciente es la anamnesis cuyo propósito es obtener una historia médica y odontológica el problema principal del paciente. Es aquí donde se tendrá que aprovechar para establecer una relación de confianza con el paciente y educarlo en el interés de su salud bucal.

El cirujano dentista será responsable de identificar al tipo de paciente que represente un riesgo médico en potencia, cuando realiza el examen físico antes de revisar bucalmente. En algunos casos permitirá al dentista modificar el plan de tratamiento en función de la enfermedad sistémica o de los medicamentos que esté tomando el paciente. El cirujano dentista obtendrá información para darse cuenta si será necesario remitir a consulta a los pacientes con médicos especialistas en caso de padecer enfermedades sistémicas que podrían manifestar complicaciones en la terapéutica dental.

El examen clínico diagnóstico involucra métodos de exploración que los médicos de cualquier área deberán conocer para facilitar y tener un adecuado diagnóstico conjuntamente con el llenado correcto de una historia clínica.



PROPÓSITO

Proporcionar una herramienta de apoyo para los alumnos de primer año de licenciatura que puedan utilizar para el correcto diagnóstico y llenado de la historia clínica que se realiza diariamente a los pacientes de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Informar los métodos básicos que el alumno deberá conocer ante un paciente para realizar su correcta exploración y no dejar pasar por alto alguna alteración que repercuta en un futuro con el tratamiento que se realiza dentro de la Facultad de Odontología y posteriormente en la práctica privada.

Describir sistemáticamente la exploración de cabeza y cuello, de la articulación temporomandibular, así como de la cavidad oral, mostrando la situación normal de dichos componentes, y mostrar con imágenes algunas variaciones de normalidad importantes, para que en caso de encontrarlas, remitir al paciente con el médico oncólogo especializado.

Explicar con imágenes el tipo de oclusión “ideal” y maloclusiones, así como el método visual para la detección de caries dental propuesta por ICDAS.

OBJETIVO

Obtener un material de apoyo didáctico que los alumnos de primer ingreso y alumnos de la facultad de odontología puedan consultar como una guía de exploración en la historia clínica de forma escrita (tesina) y de forma visual (video exploratorio).

Que los alumnos tengan el conocimiento de una exploración extrabucal e intrabucal más dinámica y eviten hacerla de modo simple sin una ayuda de



los métodos de exploración clínicos. Así como conocer los métodos de exploración en órganos dentales que ayudarán a establecer un diagnóstico más concreto del padecimiento que presenten los pacientes.

Que el material obtenido de este trabajo se encuentre a la disposición de los alumnos cuando se requiera de algún diagnóstico completo en pacientes de la Facultad de Odontología de la UNAM, y se utilice como refuerzo de conocimientos en la asignatura de propedéutica médico odontológica.

Que este material sea del agrado del lector y se pueda involucrar minuciosamente en el deber del clínico.

1. Exploración Clínica

El estudio clínico completo exige la realización de una exploración clínica como un complemento indispensable. La exploración física del paciente se empieza anotando peso, estatura, temperatura, pulso, respiración, presión arterial y todos aquellos datos que consideremos de interés, en función de los antecedentes y enfermedades detectadas en la historia clínica. Deberán ser conocidos los signos vitales para detectar posibles anomalías, asociándolas con afecciones médicas que puedan influir en el tratamiento y tenerlas como punto de referencia en caso de cualquier situación de urgencia. Deberá efectuarse una exploración general adecuada a cada caso e insistir al máximo en la exploración regional de cabeza y cuello y exploración local de cavidad bucal. ¹

En el examen clínico se incluye una parte extrabucal que corresponde a la cabeza, cara y cuello, así como la articulación temporomandibular y otra parte será la intrabucal que corresponde a los labios, músculos masticatorios, glándulas salivales, y tejidos en cavidad bucal. En el examen físico, los sentidos de la vista, oído, tacto, olfato y gusto serán puestos a prueba en la inspección, palpación, percusión y auscultación. En el campo de la Odontología el clínico combinará muchos de estos sentidos en la exploración de cavidad bucal apoyándose con pruebas térmicas, químicas, eléctricas y de transiluminación. ²

La práctica de Odontología, debe incluirse en un programa de Salud Total, para esto será indispensable la interrelación entre medicina y odontología, ya que la cavidad bucal y las estructuras adyacentes no pueden considerarse como compartimientos anatómicos y fisiológicos independientes del resto del cuerpo humano. Además debemos considerar a la Odontología dentro de equipos interdisciplinarios de salud, ya que en muchas patologías la cavidad bucal es el reflejo de salud de nuestro organismo. ³



Siempre se explorarán estructuras bucales y faciales en reposo y en movimiento (por ejemplo la exploración de labios en reposo –sellado labial-, y en movimiento-sonrisa gingival-).¹

La exploración clínica seguirá un orden: inspección ocular, palpación manual y otras técnicas instrumentales, siguiendo un patrón de rutina sistemático para asegurarnos que nada nos pase por alto.¹

1.1 La Historia Clínica

El estudio del paciente debe iniciarse siempre con la Historia Clínica o anamnesis (del griego *anamnois*, que significa recuerdo o recapitulación) realizando un interrogatorio al paciente orientado a recordar a la memoria cosas y datos olvidados, debe incluir el máximo de información posible de datos personales y familiares referentes al paciente, previos a la enfermedad actual.¹

Es la primera fase del examen del paciente donde tenemos que investigar el estado general de salud. Es muy importante y deberá ser siempre considerada antes de iniciar cualquier tratamiento, ya que nos proporcionará cualquier cuidado especial exigido en cada paciente. Esta investigación se obtiene a través de una conversación con el paciente, en la que deberemos mantener postura y sigilo profesional.⁴

Se trata de una narración escrita, que deberá ser clara, precisa y ordenada de datos remotos y actuales, personales y familiares con base al paciente que nos servirán para conocer la enfermedad actual. Compuesta por dos partes: la anamnesis y el examen Físico.³

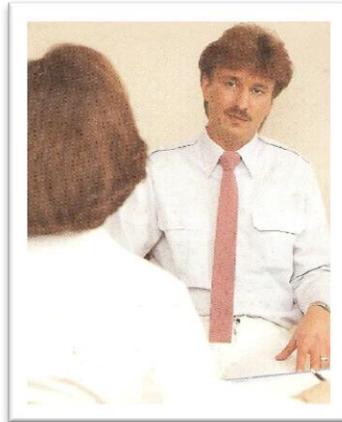


Figura 1. Se deberá tratar al paciente de manera cordial para que proporcione todos los datos relevantes posibles con respecto a su padecimiento actual que lo aqueja.⁵

Toda la información que se obtiene deberá ser anotada en una Historia Clínica, la cual deberá contener preguntas estandarizadas para auxiliar al médico durante el examen, con esto se asegura que puntos importantes no sean olvidados durante la anamnesis.⁴

La historia clínica se compone de:

- Datos de filiación del paciente: Nombre(s) y apellidos, edad, sexo, lugar de nacimiento, actividad profesional, dirección y teléfono, etc.
- Enfermedad actual: anotamos el padecimiento que nos refiere el paciente con sus propias palabras dejando que se extienda en ello, realizando enseguida un interrogatorio concreto que relacione los signos con los síntomas presentes. En el caso de pacientes pediátricos estos datos los obtendremos de los padres o de ambos.¹
- Antecedentes personales patológicos: tenemos que preguntar sobre enfermedades o cirugías realizadas con anterioridad. Debemos ser atentos a la posibilidad de encontrar antecedentes alérgicos ya que en la consulta utilizamos diversos fármacos como la anestesia. Obtener información de los hábitos (tabaco, alcohol, etc.) y parafunciones (bruxismo), lo que nos aportaría información acerca de su modelo de



vida. En el caso de las mujeres obtener datos propios de su fisiología como el ciclo menstrual, embarazos, partos, etc. ¹

- Antecedentes personales No patológicos: en este apartado se incluye el estado emocional y económico del paciente, como su ocupación (exposición a agentes tóxicos); estos datos son necesarios en algunos casos, ya que tendremos que saber la naturaleza de la enfermedad. ¹
- Antecedentes Heredofamiliares: obtendremos información de enfermedades padecidas en padres, hermanos y parientes, y las posibles causas de muerte. Esto con el fin de valorar tendencias de carácter hereditario en el paciente. ¹

Importante ser atentos a la *queja principal* del paciente, la que nos revelará el motivo que lo llevó a buscar tratamiento. Además de los aspectos relacionados a la salud es importante investigar hábitos parafuncionales de los pacientes. Como el bruxismo al que le llaman apretamiento de los dientes está asociado a problemas previos al tratamiento y que probablemente se repitan y tengan repercusiones una vez concluido el tratamiento. ⁴

Tenemos que dar prioridad al problema principal o autodiagnóstico del paciente, pues constituye su interés primordial, dando atención a la naturaleza y cronología los síntomas. Y si el paciente tiene un problema agudo, la historia clínica minuciosa y el examen clínico tendrán que ser pospuestos hasta una sesión posterior. ²

Se incluye Historia Clínica en el anexo 2.

2. Anatomía de Cabeza y Cuello

2.1 Cabeza y Cara

El cráneo se encuentra formado por siete huesos (dos frontales, dos parietales, dos temporales y un occipital) los cuales están fusionados entre sí y cubiertos por el cuero cabelludo. Estos huesos serán tomados como referencia para describir los hallazgos referidos a la cabeza. Mientras que la estructura ósea de la cara está formada por los huesos frontal, nasales, cigomáticos, etmoides, lacrimales, esfenoides y maxilares unidos entre sí, y por la mandíbula que es el único hueso móvil con respecto a los demás. ⁵

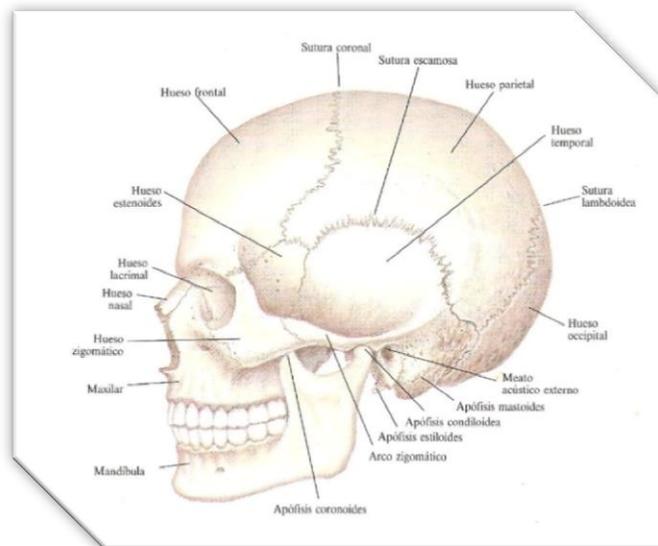


Figura 2. Es necesario conocer la ubicación de Huesos de Craneales y Faciales para ubicar la exploración de zonas. ⁵

2.2 Vascularización e inervación

La vascularización la proporciona la arteria temporal, la cual va delante del pabellón auricular y por encima del músculo temporal hacia la frente.

Mientras que La musculatura facial está inervada por los nervios craneales V

y VII. El cuello está formado por vértebras cervicales, ligamentos y los músculos trapecio y esternocleidomastoideo que le dan sostén y aportan movilidad.⁵

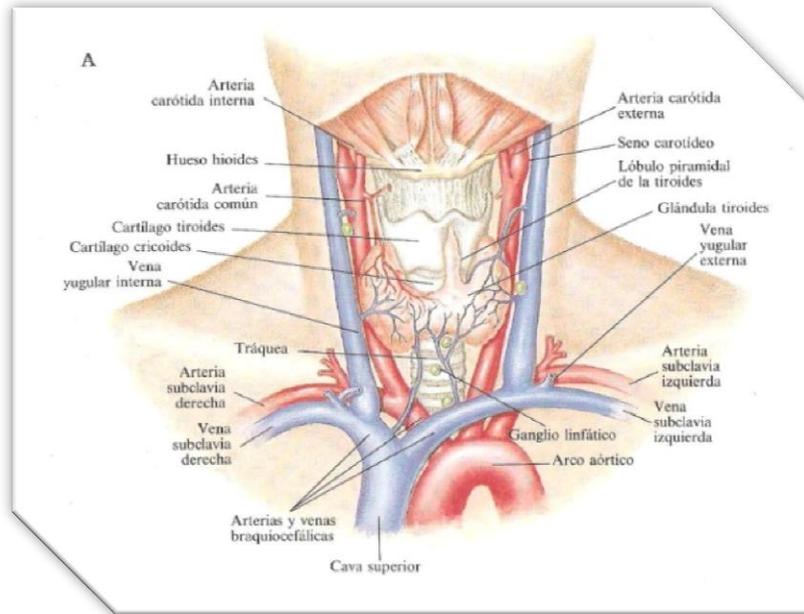


Figura 3 A. Vista anterior de la vascularización e inervación en cabeza y cuello.⁵

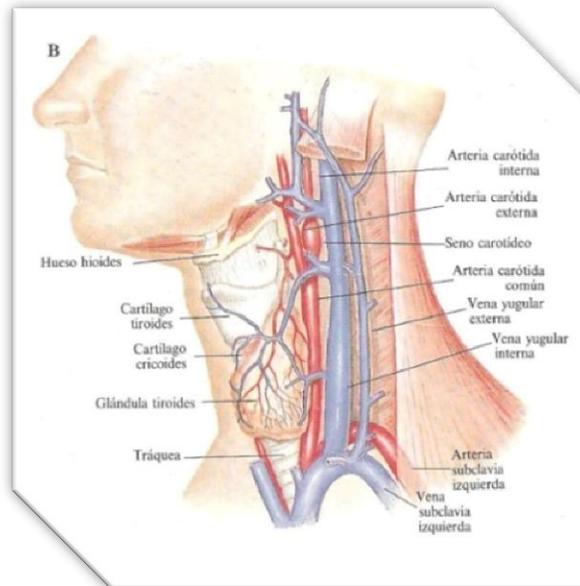


Figura 4 B. Vista lateral de la vascularización e inervación en cabeza y cuello.⁵

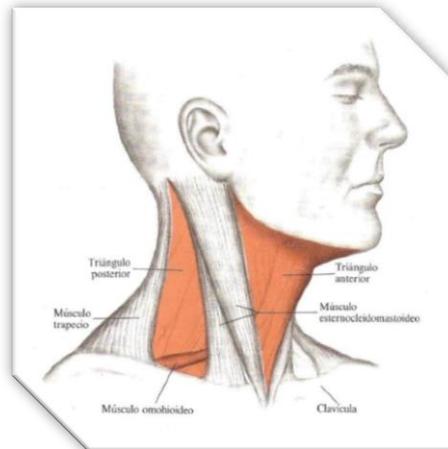


Figura 6. Triángulos usados como referencias anatómicas. ⁵

2.4 Cadenas Ganglionares

Los ganglios cervicofaciales se clasifican:

A. Circulo ganglionar pericervical

- Ganglios Occipitales.
- Ganglios mastoideos.
- Ganglios preauriculares.
- Ganglios parotídeos.
- El grupo geniano o facial.
- Ganglios submaxilares.
- Ganglios submentonianos.

B. Cadenas Ganglionares del Cuello

- Cadena Ganglionar del nervio espinal.
- Cadena Ganglionar yugulocarotídea.
- Cadena ganglionar de la arteria cervical transversa ³

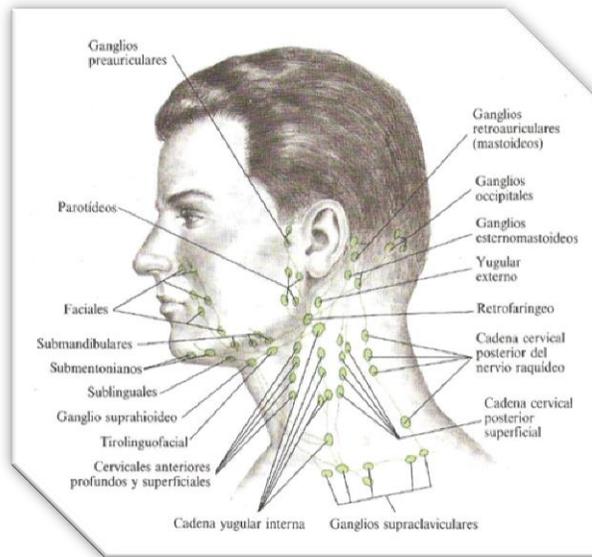


Figura 7. Cadenas Ganglionares distribuidas en la región cervicofacial.⁵

2.5 Glándula Tiroides

La Glándula Tiroides se encuentra localizada en la región anterior y lateral, por medio del laringotraqueal y por debajo del cartílago cricoides, está formada por dos lóbulos, derecho e izquierdo unidos, por un istmo.⁷

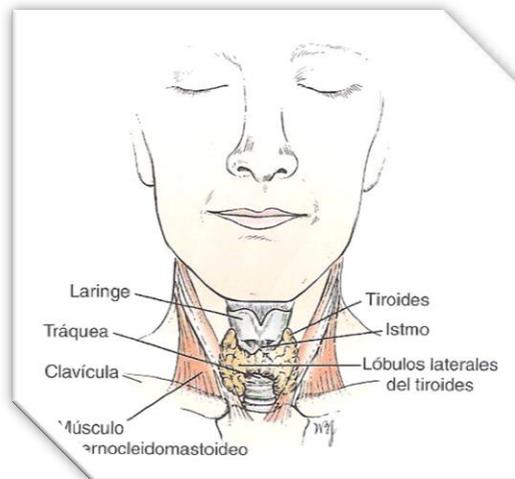


Figura 8. Ubicación de la Glándula Tiroides con respecto a otras estructuras anatómicas del cuello.⁸

2.6 Articulación temporomandibular

La ATM es una articulación que posee características únicas donde los cóndilos mandibulares se articulan en la fosa mandibular del hueso temporal. Estas áreas articulares no hacen contacto entre sí, lo hacen a través de un disco intercalar que crea dos espacios sinoviales que la hacen compleja, las cuales deberán actuar al unísono, permite movimientos conjugados de traslación, rotación, elevación y descenso.⁹

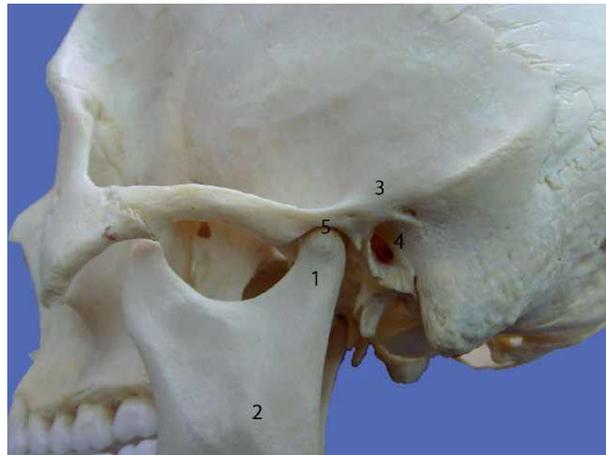


Figura 9. Vista lateral derecha de cráneo humano donde observamos los componentes óseos de la articulación temporomandibular. 1) Cóndilo de la mandíbula, 2) mandíbula, 3) hueso temporal, 4) orificio auditivo externo, 5) unión articular ósea.⁹

3. Métodos Clínicos de Diagnóstico

3.1 Inspección

Se trata de los datos que recopila el examinador de la observación directa del paciente, esta tiene un principio el cual es desde que llega el paciente y será estática si se realiza con el paciente en una posición determinada ó dinámica si esta se realiza en movimiento. ³

Es la observación de signos físicos de anomalías, es el menos mecánico de los métodos de exploración y nos brindará signos importantes de la enfermedad en cuestión, aunque es difícil de aprender. Primero se realiza una revisión global, donde se contempla a la persona en su totalidad, así como su conducta general y actividad motriz. ²

Podemos detectar múltiples alteraciones, podemos destacar:

- Simetría facial: podemos observar alteraciones de volumen y contorno de la cara. Presencia de tumefacciones faciales.
- Alteraciones de la coloración cutánea, de la distribución del sistema piloso en la cara y cuero cabelludo.
- Tumores localizados en las regiones cervicales (suprahioidea, región latero cervical, etc.), en las regiones faciales (orbitaria, mentoniana, etc.).
- Alteraciones de movilidad facial (párpados, labios, etc.) y de sensibilidad de distintas zonas bucofaciales.
- Presencia de desviaciones o anomalías de movimientos mandibulares.
- Observar presencias de depresiones, deformidades, abultamientos, limitaciones o alteraciones funcionales, etc. ¹

3.2 Palpación

Técnica de reconocimiento en la que el examinador utilizará las manos, empleándolas unimanual o bimanualmente. Ofrecerá distinguir diferencias de temperatura y tensión; localización, tamaño, sensibilidad o dolor de un sector del cuero o algún órgano en concreto. ³

Es el acto de sentir y tiene un significado importante para el examinador, con este podremos determinar la textura de la piel y cabello, estado de humedad en piel y mucosas, el volumen, forma, movilidad y consistencia de tejidos; así como crepitación en articulaciones y sensibilidad en los tejidos. ²

Se llevará a cabo con uno o varios dedos, con una o las dos manos, de forma superficial o profunda pero siempre usaremos guantes estériles, la existencia de dolor nos va a sugerir una palpación moderada y con precaución con el fin de no provocar más dolor del indispensable. ¹

-Palpación de Cavidad Bucal

Obtendremos información de la consistencia y otras características de afecciones bucales como limitaciones en todas las estructuras bucales. ¹

-Palpación Extrabucal

Podemos presenciar tumoraciones que tienen como características a considerar la consistencia, adherencia a planos profundos o superficiales, variaciones de tamaño, movilidad, etc. ¹

3.3 Percusión

En nuestro campo representará el método con el cual golpeamos el órgano dental para provocar sonido que tendrá una variación de calidad respecto a



su estado de inserción. Lo usaremos para determinar el nivel de dolor en casos de pulpa inflamada o infección periapical.²

También podemos ejecutar pequeños golpes con el dedo medio o índice semiflexionados de una mano sobre los dedos de la otra paoyada en la parte del cuerpo en estudio.³

Por ejemplo, podemos percudir un diente con el mango de un espejo dental para confirmar una necrosis pulpar.¹

3.4 Auscultación

Es otra de las técnicas de exploración clínica, basada en la audición como método. Puede realizarse de una forma directa con el oído o de manera indirecta con el recurso del estetoscopio. Los sonidos agudos se escucharán con el diafragma y los graves con la campana. Por ejemplo podemos auscultar con un fonendoscopio los ruidos de la articulación temporomandibular.^{3 1 10}

3.5 Olfato

Se han realizado muy pocos estudios sobre este método de exploración apoyado en el sentido del olfato, se usa de manera inconsciente, el cual en nuestra práctica odontológica será utilizado desde que se realiza la Historia Clínica donde se podrá notar aliento con olor a tabaco y se podrá sospechar de falta de higiene bucal, incluyendo caries dental y enfermedad periodontal, donde este olor de le conoce como halitosis.¹¹

4. Exploración Extrabucal

Se explorará el paciente sentado en una posición frente al examinador y con los ojos a la misma altura. Esta posición permitirá ver en forma adecuada, evitando molestias al paciente, así como inclinaciones innecesarias.¹²

El examen de la cabeza, cara y cuello incluye: observación de la piel de la cabeza, cuello y labios, palpación de la región de las glándulas salivales, de los ganglios cervicales y supraclaviculares, así como la palpación de glándulas tiroideas.²

Este tipo de examen se inicia con la anamnesis, mientras el paciente relata su historia, se debe observar el aspecto facial, buscando verificar características tales como dimensión vertical, el soporte del labio, línea de sonrisa y altura incisal. Importante evaluar también si el paciente presenta alguna limitación funcional consecuencia de alguna disfunción temporomandibular o dolor orofacial.⁴

Un desplazamiento exagerado hacia delante de la cabeza, podría ser indicio de anomalía en las vértebras cervicales. Mientras que movimientos de cabeza a menudo sugerirán determinadas enfermedades.¹²

4.1 Cabeza

Según su forma, los cráneos se clasifican en braquicráneos o cortos, en mesocráneos o medianos y doliocráneos o alargados. El tamaño va tener relación con la capacidad craneal y si este se encuentra normal, aumentado o disminuido se le denominará encefalo, aristencefalo u oligoencefalo, respectivamente. Podemos citar un ejemplo de anomalía en cuanto a tamaño

y forma de cráneo: la hidrocefalia (la cual presenta cráneo de tamaño gigante, dolicoforme y cara desproporcionadamente pequeña).³

Deberá explorarse con la cabeza del paciente erguida y quieta. Prestar atención a cambios en la forma de la cabeza o anomalías como edema, hinchazón, prominencia ocular, hirsutismo, falta de expresión, palidez o alteración en la pigmentación.⁵

Debe inspeccionarse la posición de la cabeza, con las siguientes cuestiones:

- ¿Se mantiene erguida?
- ¿Existe alguna asimetría en la estructura facial?
- ¿La cabeza está en proporción con el resto del cuerpo?
- ¿Se observa alguna masa?

De ser afirmativa alguna cuestión, deberá describirse tamaño, consistencia y simetría.⁸

Deberán palparse todas las áreas del cráneo para descartar alguna zona dolorosa presente. Esta palpación permitirá confirmar la información que se obtuvo a través de la inspección, deberá flexionar ligeramente la cabeza del paciente y acunarse entre las manos del examinador. Comenzando con las yemas de los dedos en la región occipital luego se desplazará a la región auricular posterior, la cual se encuentra superficial a la apófisis mastoideas, después se dirige la palpación hacia el triángulo posterior donde se encuentra la cadena cervical posterior; donde está el músculo esternocleidomastoideo se busca la cadena cervical profunda, que se encuentra profunda a este músculo, para terminar en la región del triángulo anterior. Podemos encontrar el grupo amigdalino, palpando por el margen de la mandíbula y siguiendo por esta se encuentra la cadena submandibular, además de encontrar los ganglios submentonianos en la punta de la

mandíbula, también podemos palpar la cadena auricular anterior por delante de la oreja.⁸

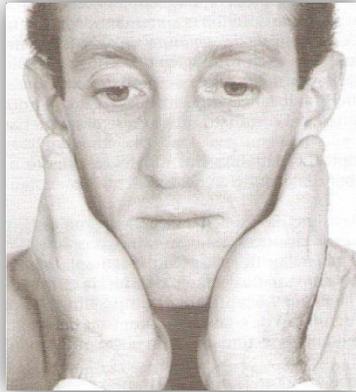


Figura 10. Forma de palpar cabeza y cuello acunando la cabeza del paciente entre las manos.⁸

Figura 11. Paciente que presenta enfermedad de Paget donde el rasgo clínico importante es que presenta una frente prominente y convexa.¹³

4.2 Cuero Cabelludo

Evaluar características como límites de implantación (abundancia o escasez, grosor, color). Deberá poder desplazarse libremente sobre la base del cráneo, y no tendrá que haber zonas sensibles al tacto o depresiones a la palpación. En caso de existir depresiones puede ser un indicativo de una fractura craneal.⁷⁵

4.3 Cara (Facies)

En la piel se deberá observar la turgencia, la textura (sea rugosa o suave), color, pigmentaciones, lesiones (configuración, distribución y morfología), cicatrices, distribución de bello. Se puede valorar la turgencia pellizcando

ligeramente una porción de la piel con el dedo pulgar e índice. Al soltar la piel, está deberá regresar rápidamente a su aspecto inicial.¹⁰

En la cara, cuya extremidad frontal tiene la importancia más noble, se reflejan reacciones provocadas por el mundo exterior (interés, miedo, repugnancia, etc.) así como excitaciones que tienen origen en el propio individuo como estado de ánimo (alegría, tristeza) o en trastornos funcionales de los órganos provocados por daños de cualquier índole, sean del interior o fuera del medio. En dichos casos y por vía nerviosa, se produce, a la par, la contractura de determinados músculos faciales y fenómenos en la irrigación de la piel (palidez, rubor y sudación), que dan a la cara un aspecto que permite al observador experto apreciar la causa que lo motiva. Pueden advertirse fácilmente palidez, cianosis e ictericia.^{14 12}

La facies es una de las alteraciones más frecuentes a la inspección, es un conjunto de alteraciones que una enfermedad imprime en un rostro. Produciendo cambios discretos o muy ostensibles, algunos serán inespecíficos, que son comunes al inicio de varias enfermedades o pueden cursar con situaciones de tipo emocional.⁷

Como el dolor constituye una reacción muy subjetiva, ningún paciente sabe la intensidad del dolor que otro paciente sufre, excepto por la descripción verbal que nos hace quien lo padece o por la angustia que refleja en su rostro.¹⁵

Se denomina constitución al conjunto de cualidades morfo funcionales a un conjunto de características que pueden ser heredadas o adquiridas. En el hombre se distinguen tres tipos de constitución que son fundamentales según la clasificación de *Kretschmer*.

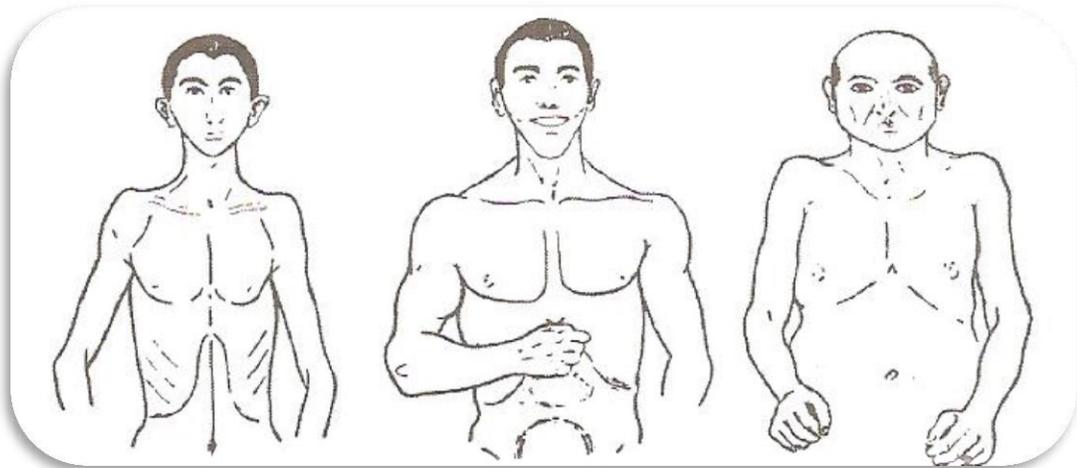


Figura 12. Tipos de facies que presenten los pacientes. ¹⁶

- Leptosómico: son sujetos alargados con tórax estrecho, y tienen el contorno frontal de la cara ovoide, con el eje corto.
- Atlético: es un sujeto mediano el cual presenta una musculatura proporcionada, el tórax aparece más ancho por arriba que abajo debido a la musculatura del cinturón escapular; el contorno de la cara es ovoide, alargado y no hay un perfil característico.
- Pícnico: son sujetos anchos con cuello corto, la cara presenta un contorno pentagonal o en forma de escudo ancho, con color fresco de la piel y sienes notablemente despejadas. ^{16 14}

Hay un cuarto tipo:

- Displásico o dismórfico: presentan falta de armonía en las dimensiones corporales. Ejemplo: infantilismo, obesos glandulares, gigantes eunucoides. ³

Actualmente se usa la clasificación de *Sheldon*:

- Mesomorfo: basado en los derivados de las hojas triblásticas del embrión; del mesodermo derivan músculos y articulaciones por lo que

corresponde a un tipo atlético, por poseer aspecto físico fuerte y resistente. (17)

- Endomorfo: en el endodermo se originan las vísceras, por lo que le corresponde el tipo pícnico. Con estructura ósea y muscular poco desarrollada y débil. ¹⁷
- Ectomorfo: el ectodermo da origen al Sistema Nervioso y la Epidermis, que ajusta al tipo leptosómico. Presenta músculos y huesos delgados, extremidades largas y delgadas. ^{17 16}

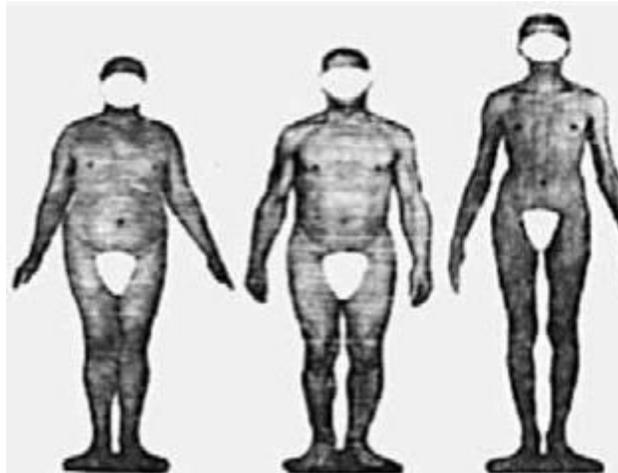


Figura 13. En la década de 1940 William Sheldon publicó su conceptualización morfológica que esta basada en el desarrollo de los folículos embrionales. ¹⁷

4.3.1 Ojos

Habrà de examinarse la posición, visión de colores y agudeza visual.

- Campos Visuales. Colocarse delante del paciente a una distancia de unos 50 cm. Y sostener la mirada del ojo derecho del paciente con nuestro ojo izquierdo. Para esto los dos tendrán que mantener el otro ojo cerrado. Se puede acercar un objeto desde la periferia y cuestionar al paciente en que momento entró el objeto en su campo visual. La visión lateral se evaluará trayendo un objeto desde detrás

del paciente y no de una distancia determinada, porque los objetos distantes también pueden ser detectados de forma lateral. 10

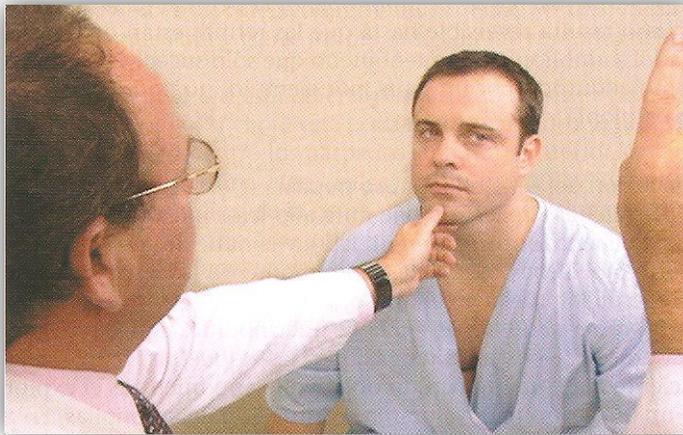


Figura 14. Técnica para demostrar la motilidad ocular. 8

- Párpados. Se explorará movimiento, inflamación y lesiones. 10
- Esclerótica y conjuntiva. Inspeccionar si existe hemorragia o ictericia alguna. 10 La esclerótica normal es blanca, pero en individuos de piel oscura puede ser algo más parda por emigración del pigmento. Mientras que la conjuntiva deberán descartarse signos de inflamación, pigmentaciones extrañas, edema y hemorragia. 8
- Córnea y cristalino. Inspeccionar en busca de arco senil (opacidad) y abrasiones. 10 Se inspeccionará el cristalino mediante iluminación oblicua. Para el cristalino se evaluará si está en su sitio normal o luxado, puede luxarse en sentido anterior cuando hay presión del iris con la córea posterior y bloque en la salida del flujo del humor acuoso. 8
- Iris. Se deberá evaluar la forma, color y vascularización. 8
- Pupilas. Se examinará su tamaño, igualdad, redondez, la reacción a la luz, y su acomodación. 10 Las pupilas deberán de tener el mismo tamaño, la forma redondeada y ser reactiva a la luz y acomodación.

Sólo en un 5% de los pacientes, el tamaño de pupilas no es igual y se llama *anisicoria* asociado a enfermedad neurológica. Y el aumento de tamaño se llamará midriasis asociada a ingesta de sustancias simpaticomiméticos. Por otro lado la constricción pupila o miosis se asocia a ingesta de fármacos parasimpaticomiméticas. Esto puede ser causado principalmente por utilizar gotas oculares.⁸

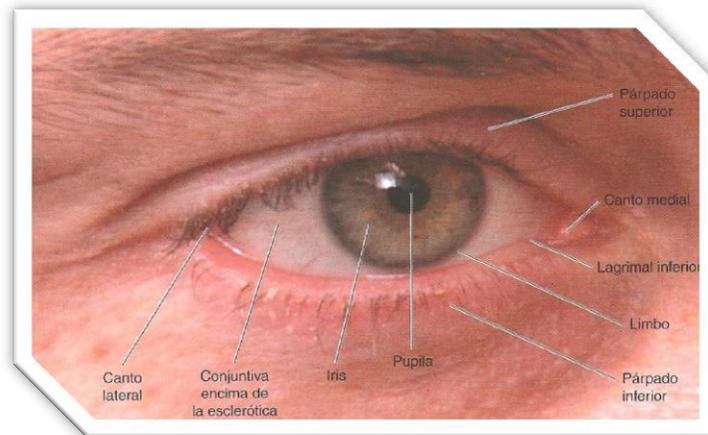


Figura 15. Referencias anatómicas externas del ojo.⁸



Figura 16. Exoftalmos severo asociado a oftalmopatía severa.¹⁸

- Movimientos extraoculares. Hacer que el paciente se fije en un dedo, con el que deberá trazar el examinador una “H” en el aire.¹⁰ Deberá inspeccionar el movimiento de ambos ojos, que deberán seguir el

dedo con suavidad, y buscaremos movimientos paralelos de los ojos en todas las direcciones. ⁸

- Examen Oftalmoscópico. Se examinará pupilas y cristalino (opacidades), retina y mácula (hemorragias y exudados). Con las lentes del oftalmoscopio a cero dioptrías, hay que poner a oscuras la habitación y hacer que el paciente mire en línea recta a distancia. Se debe examinar el ojo derecho del paciente con nuestro ojo derecho, y con nuestra mano derecha en el oftalmoscopio, invirtiendo el procedimiento para el ojo izquierdo. ¹⁰ La luz que emite el oftalmoscopio deberá brillar sobre la pupila, distinguiendo el reflejo rojo, en el caso de que no haya obstrucción por un cristalino opaco. Si se rota la dioptría con la mano que está libre se podrá visualizar la pupila y vasos así como la retina y el fondo de ojo. ⁸

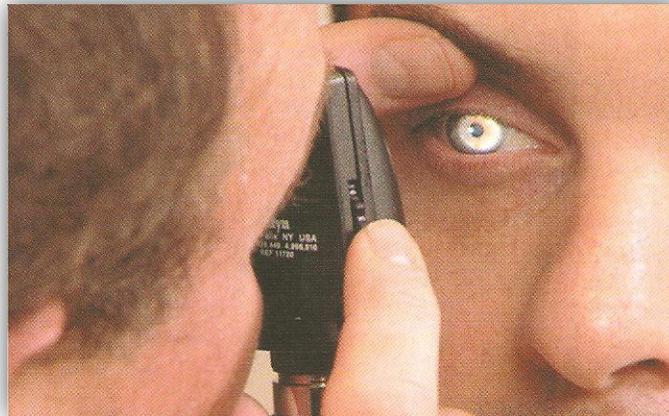


Figura 17. Uso correcto del Oftalmoscopio. ⁸

4.3.2 Nariz

En el dorso de la nariz, borde anterior o arista, se podrán encontrar de diversas formas, tendrá que ver con características raciales muy marcadas, evidenciando también el ancho de la pirámide nasal:

- Nariz afilada o estrecha: las narinas u orificios nasales en sentido anteroposterior (predomina en raza blanca).
- Nariz achatada o ancha: narinas muy amplias con diámetro mayor transversalmente (raza negra).
- Forma intermedia: orificios nasales circulares (indígenas americanos).

7

Para su exploración externa se inspeccionará sus deformidades y orificios nasales con la inspección y ayuda de la palpación. Examinar el color de la mucosa, o la existencia de inflamación, desviación septal o presencia de pólipos. Se comprimirá un orificio nasal y se hará que el paciente respire por el otro. La mejor manera de explorar la estructura interna de la nariz es con un espéculo nasal, pero también se puede emplear un otoscopio con accesorio nasal ancho y corto. ¹⁰

La clave para realizar esta exploración es colocar adecuadamente la cabeza del paciente, que se inclinará hacia atrás. Colocar firmemente la mano izquierda en la frente de paciente y con el dedo pulgar se levantará la punta de la nariz y así poder visualizar las estructuras internas de las fosas nasales con ayuda de un foco de luz. ⁸

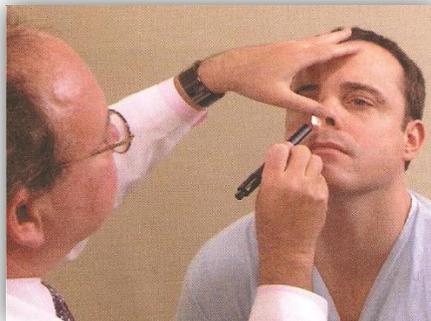


Figura 18. Exploración de estructuras internas de la nariz. ⁸

4.3.3 Oídos

- Oído externo. Deberá inspeccionarse en búsqueda de inflamación, enrojecimiento, úlceras, neoformaciones y cicatrices. Presionar el pabellón auricular en búsqueda de dolor que puede incrementar al presionar el trago, identificar la presencia de adenopatías en la región anterior. ^{19 20}

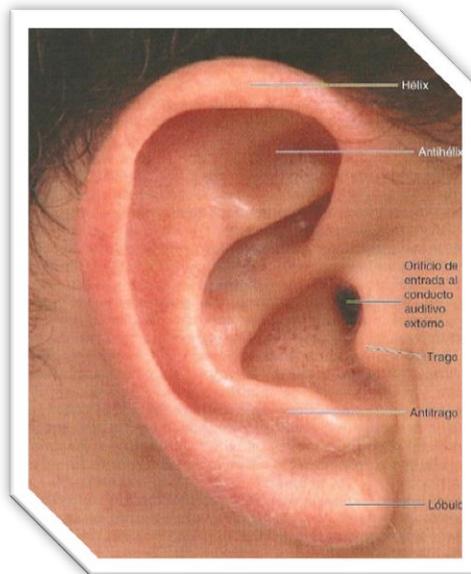


Figura 19. Estructuras anatómicas de la oreja. ⁸



Figura 20. Cicatrización de úlcera en región retro auricular, los estudios confirmaron en esta paciente padecer pioderma gangrenoso ulcerativo. ²¹

Examen otoscópico. Se examinará el conducto por si existe cera, supuración, inflamación, enrojecimiento, masas o cuerpos extraños. Se explorará la zona del oído medio, haciendo reflejar la luz, viendo si existe perforación, abombamiento o retracción del tímpano. Por ejemplo, para examinar el oído derecho del paciente, se sostendrá el otoscopio con la mano derecha, mientras con la mano izquierda se moverá suavemente el pabellón auricular hacia arriba y hacia atrás. En el caso de lactantes y de niños pequeños ha de desplazarse el pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás para poder introducir el otoscopio. ¹⁰

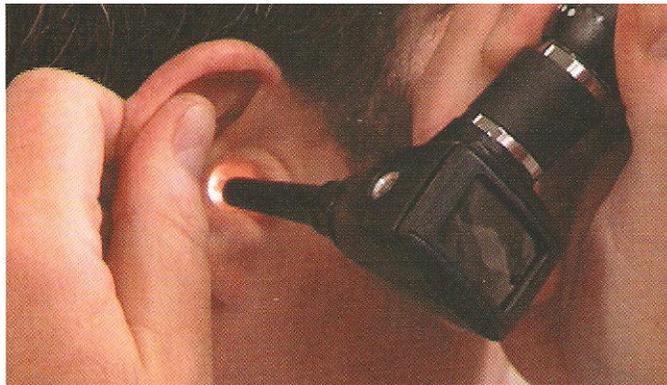


Figura 21. Manera de usar el Otoscopio. ⁸

- Prueba de audición. Voz hablada y susurro: se explorará cada oído de forma separada, ocluyendo el oído contrario con nuestra mano o con la del paciente. Se examinará la audición empleando tonos altos (susurro: diapason de 512 ciclos por segundo [cps]) y tonos bajos (voz hablada). ¹⁰

-Prueba de Weber: se tocará con el mango del diapason la frente del paciente. El sonido deberá escucharse con igual intensidad en ambos oídos. ¹⁰

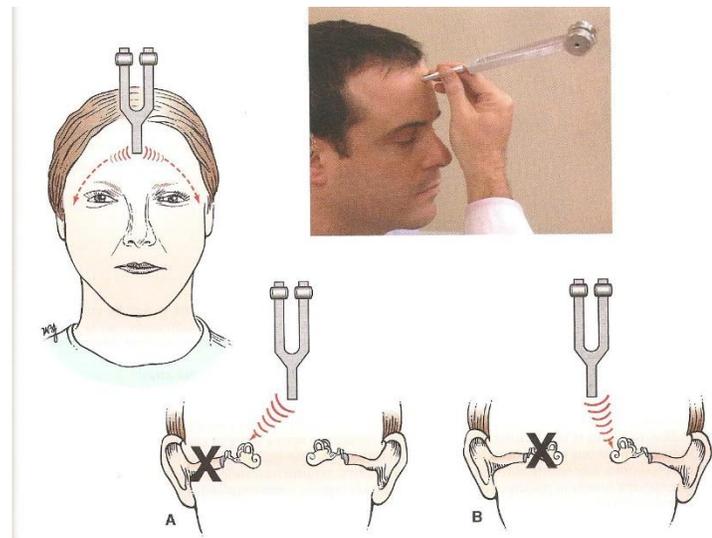


Figura 22. En la prueba de Weber lo normal es escuchar el sonido del diapasón en el centro sin lateralizaciones. A. En caso de hipoacusia de transmisión, el sonido se escucha en lado enfermo. B. En caso de hipoacusia neurosensorial, el sonido se lateraliza al lado sano.⁸

-Prueba de Rinne: se tocará con el mango del diapasón de vibración la apófisis mastoides del paciente. Cuando el paciente ya no pueda escuchar este sonido, se sostendrá el extremo vibrante cerca del oído. Este sonido tendrá que ser aún audible, mientras que el sonido conducido por el hueso ya no lo es.¹⁰

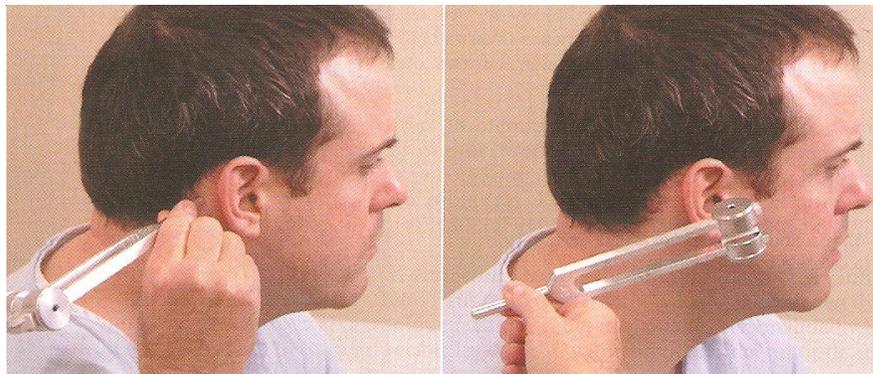


Figura 23. En la prueba de Rinne en la imagen derecha se coloca inicialmente en la apófisis mastoides. En la imagen de la izquierda se observa que al terminar el sonido se coloca junto al conducto auditivo externo.⁸

Estas pruebas acumétricas permitirán orientar el diagnóstico ante cualquier alteración presente en la audición por lo que se consideran de gran importancia en una exploración otológica especializada.¹⁹

4.4 Cuello

Para este examen, la posición ideal será con el paciente sentado en su posición anatómica habitual, en hiperextensión ligera y también cuando el paciente traga. Algunos autores sugieren que se realice en un banquillo giratorio, para que el explorador pueda cambiar fácilmente de incidencia. Al haber una desviación lateral de la cabeza, la tensión del músculo esternocleidomastoideo permite distinguir los triángulos anterior y posterior supraclaviculares del cuello.^{5 7 12}

Se observará posición, simetría y la presencia de masas, observar hipertrofias o atrofia y la consistencia de los músculos, examinar la posición de la tráquea.¹⁰



Figura 24. Posición de los pulgares para valorar la posición de la tráquea en la línea media.⁵



Figura 25. Posición de los dedos índice y pulgar para detectar tirones traqueales. ⁵

4.4.1 Cadenas Ganglionares

Comprobar el tamaño, consistencia y movilidad. El clínico se situará por delante del paciente, colocando los dedos en la parte superior de cada músculo esternocleidomastoideo de manera bilateral. Palpará el músculo por encima y detrás, de la parte superior hacia abajo, repetirá esta maniobra en la parte más posterior de este músculo, con atención en las zonas grupales de ganglios. Explorará áreas anterior y posterior de oídos, y examinar la base de la mandíbula. ²

Los ganglios cervicales y supraclaviculares del cuello serán examinados por palpación, con el examinador ubicado detrás del paciente que se encuentra sentado, el paciente tendrá que inclinar su cabeza hacia los lados y hacia adelante, para poder investigar las cadenas de ganglios accesorios parotídeos, submentonianos, submaxilares y espinales. El aumento asimétrico de ganglios cervicales puede ser indicio de malignidad. ²

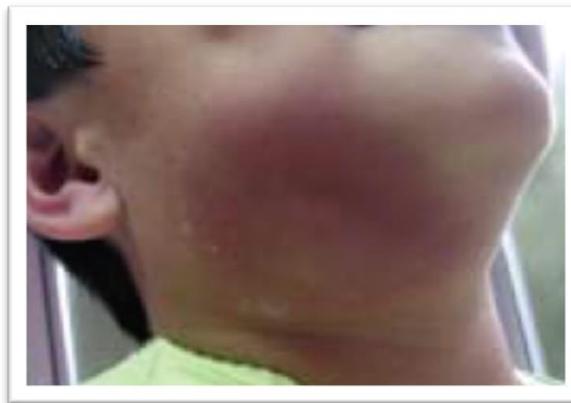


Figura 26. Adenopatía submandibular con características inflamatorias, donde pueden estar implicadas cadenas ganglionares. ²²

La palpación de distintas regiones cervicales deberá realizarse siempre, pero más cuando se sospecha de adenopatías tan frecuentes en esta zona

corporal. La presencia de ganglios cervicales puede deberse a distintas etiologías:

- Lesiones de mucosa bucal y huesos maxilares.
- Procesos infecciosos virales, o bacterianos, ya sea de origen local, regional o sistémicos.
- Metástasis de tumores malignos intraorales o de distintas localizaciones craneomaxilofaciales y de localizaciones distantes por vía hematógena (riñón, pulmón, mama, etc.).
- Enfermedades sistémicas como los Linfomas Hodking y No Hodking, etc.¹

Las adenopatías palpables pueden ser totalmente intrascendentes, como es el caso de la adenomegalia por una infección bucal, o ser indicativa de una grave lesión o afección sistémica, como son las adenopatías metastásicas de las lesiones neoplásicas oro faciales.¹

4.5 Glándula Tiroides

Deberá observarse al paciente de frente y de perfil para detectar probables abultamientos. Para poder explorar la Glándula Tiroides, se exigirá de un tacto delicado y suave, ya que es difícil detectarla si se aprieta con fuerza excesiva y en condiciones de normalidad su presencia no es evidente. Deberá ser examinada con el mentón del paciente hacia el lado derecho y luego hacia el lado izquierdo, se podrá desplazar laringe hacia un lado con el pulgar de una mano, y con el índice y pulgar de la otra, palpa el lóbulo de la tiroides mientras el paciente deglute. Se evaluará tamaño, consistencia y presencia de tumores.^{5 3 2}

Existen dos formas de palpar esta glándula, la técnica anterior se realizará de forma que el paciente y examinador se encuentren sentados uno frente al otro. El paciente puede girar suavemente la barbilla a un lado, produciendo relajación del músculo esternocleidomastoideo de ese lado, facilitando la exploración. La mano izquierda del explorador deberá desplazar la laringe hacia la izquierda, y durante la deglución, palpar el lóbulo izquierdo del tiroides desplazando entre el dedo pulgar derecho y el músculo esternocleidomastoideo izquierdo, como se observa en la imagen. Tras valorar el lóbulo izquierdo, se desplaza la laringe hacia la derecha y se valorará el lóbulo derecho, lo que conlleva modificar la posición de las manos.⁸

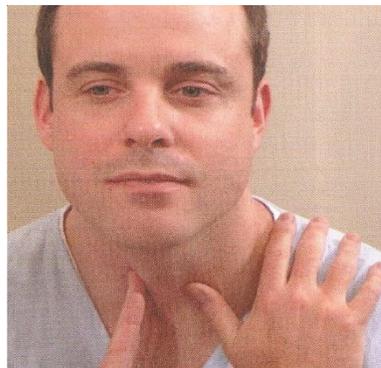
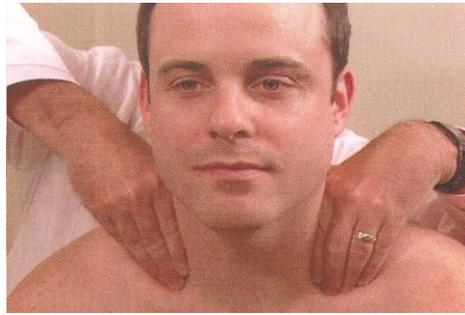


Figura 27. Palpación anterior de la Glándula Tiroides.⁸

Para realizar la técnica posterior el examinador se coloca de pie, detrás del paciente colocando las dos manos en el cuello del paciente que se encontrará ligeramente extendido. Utilizando su mano izquierda para desplazar la tráquea hacia la derecha y después solicitará al paciente que trague mientras gira su mano derecha sobre el cartílago tiroides, mientras el paciente traga, la mano derecha del examinador palpa la tiroides contra el músculo esternocleidomastoideo izquierdo. El examinador deberá proporcionar agua al paciente para facilitar la deglución.⁸



*Figura 28. Palpación posterior de la Glándula Tiroides.*⁸



*Figura 29. Manera de palpar el lóbulo derecho de la glándula tiroides y borde lateral desde delante del paciente.*⁵

4.6 Exploración de la ATM

Existen estadísticas internacionales donde sólo el 17% de la población está libre de problemas a nivel articular, el 43% presenta manifestaciones de leves de disfunción temporomandibular (DTM) y el 40% restante se considera con alteraciones entre moderadas y severas.²³

Los músculos de la Articulación temporomandibular deberán ser palpados, así como músculos cervicales y del rostro, donde se debe alertar al paciente de cualquier anomalía. La sensibilidad a la palpación tendrá que ser llevada a ser de consideración, cuando se pretenda ejecutar tratamientos restauradores extensos. Estos pueden ser reflejos de alteraciones de

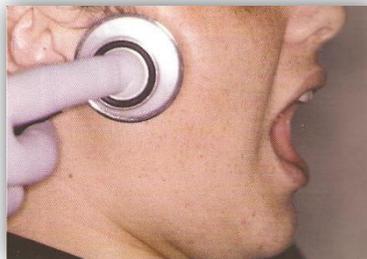
tonicidad muscular o de problemas intra-articulares, que por otro lado, pueden alterar la posición de reposo mandibular y/o su arco de cierre que dificulten la reproducción de movimientos mandibulares. ⁴

La exploración física seguirá un orden iniciando con la inspección facial en busca de asimetrías. Seguida de palpación bimanual de ambas articulaciones pidiendo al paciente que realice movimientos de apertura, cierre y lateralidad, apreciando el nivel de apertura que puede hacer. Conjuntamente se buscarán ruidos y de haberlos identificar el momento del ciclo donde se produce y localizar el dolor por medio de palpación en cápsula, músculos de masticación y oído. ²⁴

Signos y Síntomas

Cada componente del sistema articular tiene características propias en la manifestación de sus síntomas, por ejemplo:

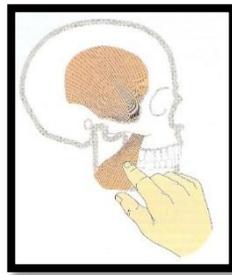
- A nivel de la ATM el dolor y los ruidos en la articulación serán características fundamentales y se tendrá que interpretar su significado.
- Puede presentar movilidad aumentada o disminuida a nivel de los ligamentos.
- La manifestación dental más clara será la aparición de fasetas parafuncionales.
- Bruxismo el cual es una hiperactividad neuromuscular relacionada con tensión psíquica de manera íntima. ²³



*Figura 30. Podemos auscultar la ATM en movimientos de apertura y cierre en busca de ruidos que sean indicativos de alguna patología articular preexistente.*⁴

4.6.1 Músculo Masetero

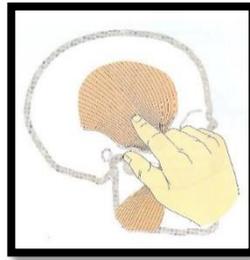
La palpación deberá hacerse desde la porción superior a la inferior, tomando el cuerpo del músculo en el caso del fascículo superficial; en el fascículo profundo la palpación debe efectuarse palpando con el pulgar por el lado externo de la boca y con el dedo medio en el vestíbulo bucal a la altura del carrillo.²³



*Figura 31. Manera de explorar el músculo Masetero.*²³

4.6.2 Músculo Temporal

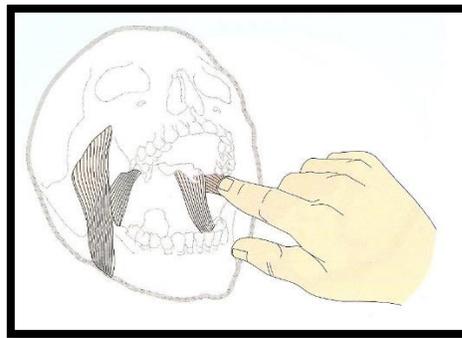
La palpación deberá ser cuidadosa ya que se encuentra sobre un tejido óseo y plano y puede ser doloroso si hay edema. Tendremos que distinguir en casos de apretamiento nocturno en el área céntrica estarán más afectados fascículos anteriores, mientras que en bruxismo excéntrico se afectarán más fascículos medios y posteriores.²³



*Figura 32. Manera de palpar el músculo Temporal.*²³

4.6.3 Músculo Pterigoideo Externo

Con facilidad entra en estado de espasmo o miositis, su palpación se hará por vía oral, colocando el dedo índice en la zona más alta y posterior de la tuberosidad o bien de manera externa su inserción posterior en la zona del cuello del cóndilo. Imposible distinguir entre los dos fascículos pero en general palpamos el fascículo inferior.²



*Figura 33. Modo de explorar el músculo Pterigoideo externo.*²³

4.6.4 Músculo Pterigoideo Interno

Se encuentra cercano al pterigoideo externo, a la palpación puede responder de manera dolorosa, se deberá tener especial cuidado para no confundir los dos pterigoideos y llegar a un diagnóstico erróneo.^{9 23}

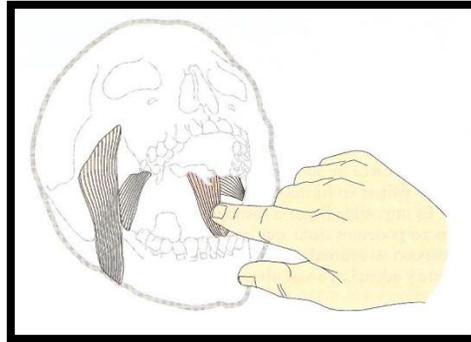


Figura 34. Modo de palpar el músculo Pterigoideo interno.²³

El odontólogo deberá ser capaz de identificar posibles manifestaciones clínicas como espasmos que limiten la apertura de la cavidad bucal. Además de realizar una buena anamnesis se tendrá que realizar una exploración minuciosa de los músculos implicados en la articulación temporomandibular.

25

5. Exploración de la Cavity Bucal

Necesitamos de una buena iluminación para observar estructuras orales con el fin de poder detectar posibles alteraciones o anomalías. La posibilidad de atender la queja principal del paciente debe ser evaluada nuevamente en este momento. ^{1 4}

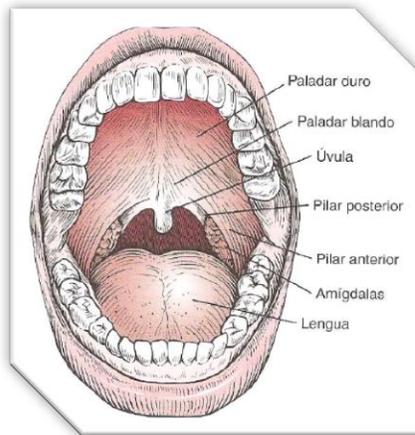


Figura 35. Estructuras anatómicas de la Cavity Bucal. ⁸

El diagnóstico bucal es la base de la sana planificación del tratamiento, a su vez el correcto plan de tratamiento será fundamental para que una restauración tenga éxito, cualquier paciente que se presente en busca de tratamiento odontológico requiere un enfoque sistemático para llegar al diagnóstico y a una formulación de plan de tratamiento. ^{26 7}

Esta evaluación deberá comenzar por los tejidos blandos. Las mucosas, lengua y tejidos de revestimiento del reborde deben ser inspeccionados y palpados, ya que la prioridad del tratamiento será drásticamente alterada por la presencia de algún tipo de lesión como, por ejemplo, un proceso neoplásico. ⁴

Deberá tomarse en cuenta que es primordial retraer tejidos blandos con ayuda un abatelenguas o un espejo dental, para la palpación deberá usarse

guantes de látex y en caso de que el paciente refiera que presenta reacción alérgica o no lo sepa, se recomienda usar guantes de vinil.²⁷

5.1 Labios

Revisar el tamaño, forma, simetría y presencia de lesiones mucosas.¹

Son repliegues mucocutáneos en los que se distinguen tres partes:

-Revestimiento Cutáneo (piel): se examinará primero y con la boca cerrada.



Figura 36. Inspección de los Labios: revestimiento cutáneo.³

-Borde libre: constituido por semimucosa, se evaluará por medio de inspección y palpación digital (con dedo índice y pulgar).

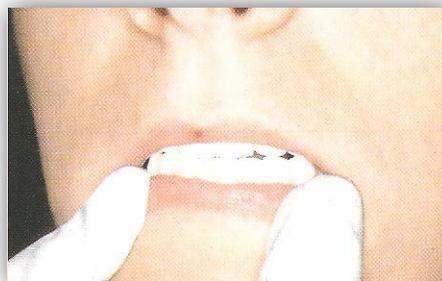
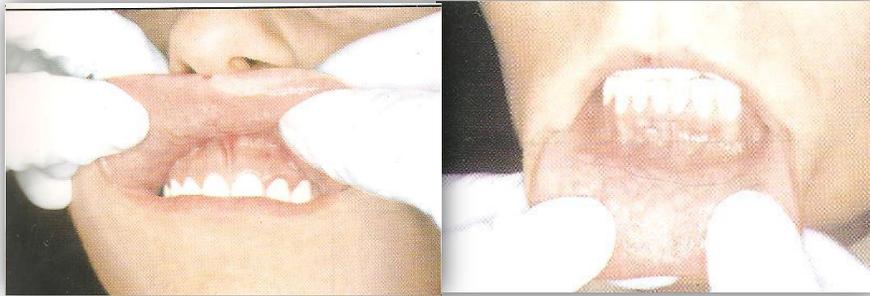


Figura 37. Inspección y palpación del Borde Libre.³

-Revestimiento mucoso interno (mucosa): se retraerá cada labio con el dedo pulgar por dentro y el dedo índice por fuera, de manera bimanual. Se realiza un secado utilizando una gasa para poder evaluar la secreción de las glándulas salivales accesorias.³



*Figura 38. Forma de explorar los revestimientos mucosos internos superior e inferior.*³

Puede haber labio leporino, el cual es una deformación de los labios desde el nacimiento, que ocurre cuando no existe unión de pliegues nasolabiales durante el desarrollo fetal.¹²



Figura 39. Estomatitis aftosa recurrente, como manifestación de enfermedad gastritis atrófica crónica.



Figura 40. Manifestación clínica de Herpes simple.²⁷



Figura 41. Lesión correspondiente a Mucocele.²⁷



Figura 42. Hiperplasia epitelial focal.²⁷

Entre las lesiones más comunes se encuentran la glándulas sebáceas ectópicas (gránulos de fordyce), xerostomía, úlceras traumáticas o aftas, herpes simple, queilitis actínica, queilitis angular y mácula melanótica. ²⁷

5.2 Encía y mucosa bucal

Inspeccionar el color, presencia lesiones exofíticas o de cualquier otro tipo. ¹

Es de un color rosado y un aspecto liso, se consideran dos áreas: una *mucosa yugal anterior* o retrocomisural, a la que se puede acceder evertiendo el carrillo con la ayuda de los dedos índice y pulgar de las dos manos, y una *mucosa yugal posterior*, que se examinará en forma indirecta, empleando el espejo bucal para separar carrillos. También se evalúan los orificios de salida de los conductos de Stenon que deberá sentirse como una saliente de tejido carnososo, y la interoclusal ó línea alba bucalis. ³²



Figura 43. Inspección y palpación de Mucosa Yugal Anterior. ³



*Figura 44. Inspección y palpación de Mucosa Yugal Posterior.*³

En la mucosa yugal se palpará el borde anterior del músculo masetero, la bola adiposa de Bichat (en borde anterior del masetero), arteria facial, y el trayecto del conducto de Stensen.³



*Figura 45. Gránulos de Fordyce presentes en mucosa yugal.*²⁷



*Figura 46. Ejemplo clínico de un Fibroma en la mucosa yugal.*²⁹

Se observará el ancho de la encía en dientes anteriores y posteriores, registrándolo como plano, moderado o acentuado, y el grado de festoneamiento gingival, además de poder anotar en la ficha modificaciones gingivales como recesión, hiperplasia y formación de cráteres en las papilas.



Figura 47. Encía con una marcada pigmentación de melanina que es normal en varios grupos étnicos.

30

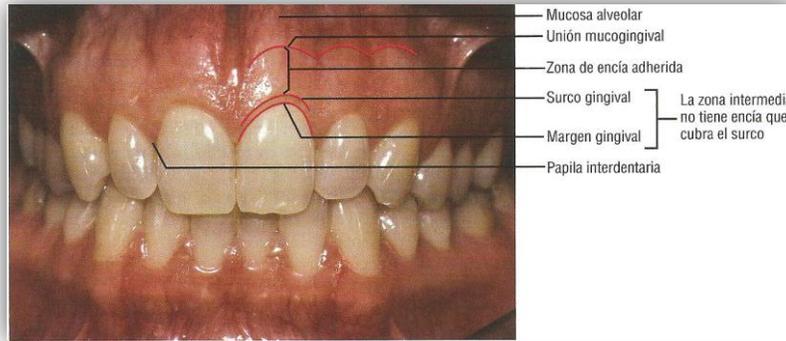


Figura 48. Zonas de la encía, donde se distingue claramente la encía adherida.³⁰



Figura 49. Acercamiento de una encía saludable del maxilar donde se puede notar la textura de cascara de naranja en la zona de la encía adherida lo que indicará una buena irrigación sanguínea y una adhesión saludable.³⁰

Se deberá hacer la palpación de los procesos alveolares y encía en pacientes edéntulos en búsqueda de exostosis bucales y torus que son las variaciones de normalidad más comunes. ²⁷



Figura 50. Presencia de absceso periodontal y de un granuloma de células gigantes. ²⁷

5.3 Lengua

Observar la forma, tamaño, color, presencia de las papilas, lesiones de la mucosa lingual, etc. ¹

Se le examinará en reposo y movimiento. Se evalúa en reposo mediante una inspección directa y extensión, sujetando la punta con una gasa para poder observar la cara dorsal, base y bordes. ³

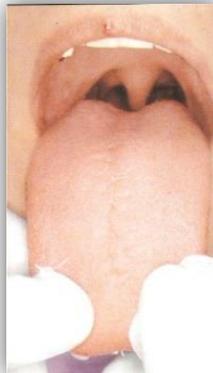


Figura 51. Inspección y palpación de la lengua, se podrá auxiliar con una gasa para sostenerla. ³

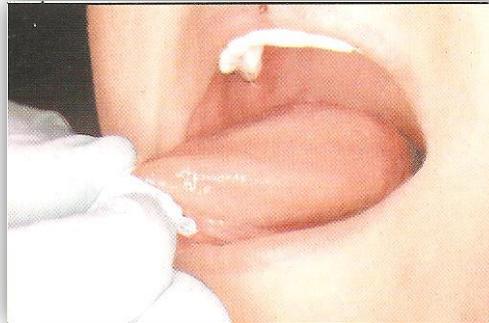


Figura 52. Inspección y palpación de la lengua, caras dorsales en estado normal. ³

En la cara dorsal se encuentran las papilas –filiformes, fungiformes, foliadas y calciformes- y el foramen caecum o agujero ciego-ubicado en el vértice de la V lingual-que es un vestigio del conducto tirogloso. ⁸

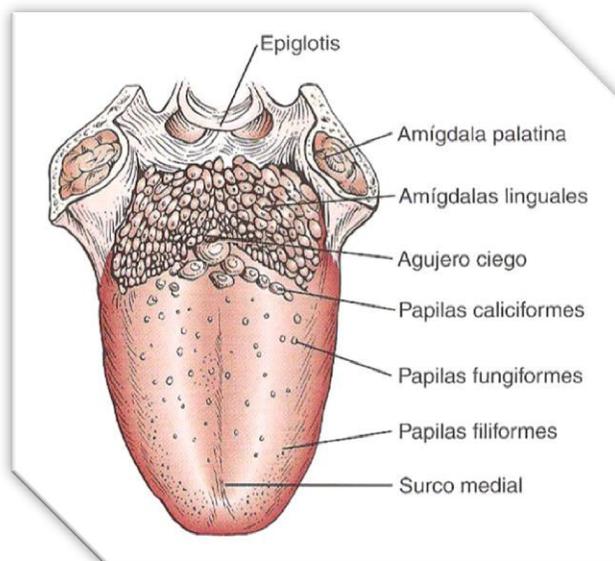


Figura 53. Estructuras anatómicas identificables de la lengua. ⁸



*Figura 54. Ejemplo de Lengua Saburral observable en pacientes con gastritis crónicas.*²⁸



*Figura 55. Ejemplo de Lengua Geográfica, de etiología desconocida, de carácter benigno y presente en pacientes con enfermedad hepatobiliar.*²⁸

En la cara ventral de la lengua se observan las venas raninas, el frenillo y cerca de la punta, las glándulas linguales anteriores (Nahun Blandin), cuyos conductos excretores se abren en pequeñas protuberancias en los pliegues fimbriados.³



*Figura 56. Inspección de la lengua por su cara ventral.*³

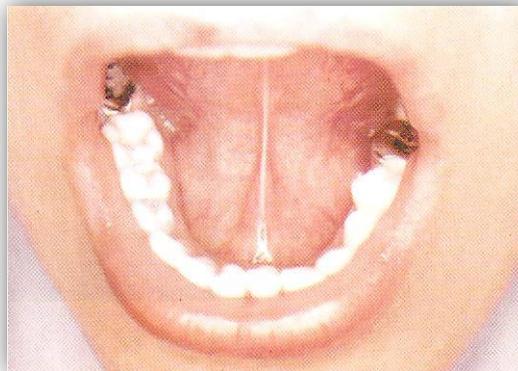


Figura 57. Presencia de Leucoplasia en dorso de la lengua.²⁷

5.4 Piso de Boca

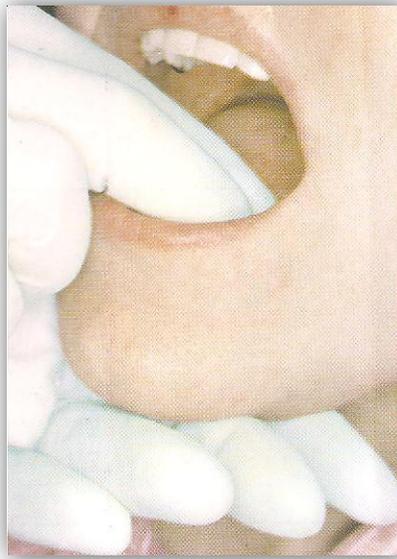
Se pedirá al paciente que mantenga la espalda recta y la mandíbula perpendicular al piso. Se puede inspeccionar mejor cuando la lengua toca el paladar.³²

Se observará la mucosa que lo recubre, que es fina y deslizante. Las carúnculas sublinguales, que son eminencias redondeadas que se ubican a ambos lados del frenillo, estas corresponden al relieve de las glándulas sublinguales. Además serán visibles las desembocaduras de conductos salivales en los pliegues sublinguales.³



*Figura 58. Inspección del Piso de Boca.*³

La palpación será bimanual, de manera intrabucal con el dedo índice de una mano dentro de la boca, para recorrer distintas estructuras y de manera extrabucal con la mano contraria haciendo plano submandibular.³



*Figura 59. Palpación de piso de boca.*³

Ránulas y quistes demoides son las variaciones más frecuentes en piso de boca.²⁷



Figura 60. Lesiones en piso de boca como Sialolito y ránula. ²⁷

5.5 Paladar Duro y Blando

Se puede evaluar la simetría, y serán palpados digitalmente evaluando la movilidad del paladar blando. ²

- a) Paladar Duro: formado por mucosa firme, fuertemente adherida al hueso subyacente y paraqueratinizado. Es de un color rosa más palido que el resto. Se delimitan dos sectores:
- Anterior. Se examinará en forma indirecta con espejo bucal, se observará la papila interincisiva, rugas palatinas y el rafe medio (torus palatino).

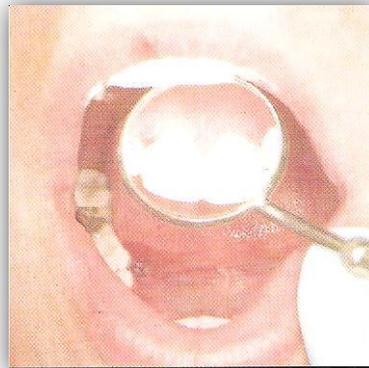
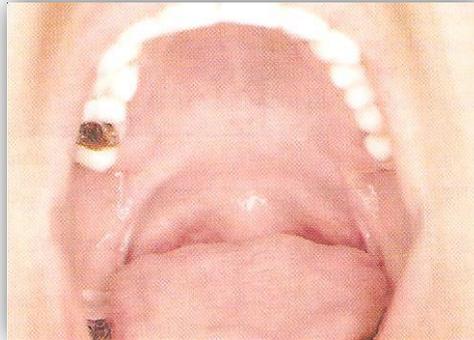


Figura 61. Inspección del Paladar Duro Anterior. ³

- Posterior. Se examinará por visión directa, se encontrarán las foveolas palatinas (son los orificios de los conductos excretores de glándulas palatinas).



*Figura 62. Inspección del Paladar Duro Posterior y Paladar Blando.*³

- b) Paladar Blando: posee mucosa delgada, lisa y rosada que no está queratinizada, conteniendo gran cantidad de glándulas salivales menores. En su inspección se pedirá al paciente que repita la palabra “ahhh”, o se inducirá el reflejo nauseoso. Como lesión podemos encontrar papiloma.^{3 27}



*Figura 63. Presencia de Torus Palatino.*²⁷

5.6 Exploración de Glándulas Salivales

5.6.1 Glándula Parótida

Ocupa la zona parotídea de la región anterolateral del cuello; que en condiciones normales no llena la depresión que hay debajo de esta zona y delante del lóbulo de la oreja. Se dice que en condiciones normales no se

palpa. La exploración se inicia con la inspección de la zona: simetría, presencia de abultamientos, coloración de piel y levantamiento de la oreja. Se completará con palpación, las manos estarán dispuestas a cada lado de la región, recorriendo su cara externa para comprobar, superficie, consistencia, límites y sensibilidad. ³

Deberá ser “ordeñada” para comprobar el flujo salival por cada conducto y se ha de registrar la consistencia salival. Podemos ubicar el conducto de Stenon a nivel del segundo molar superior. ^{2 3}



Figura 64. Comprobación del flujo salival de la Glándula Parótida. ³

5.6.2 Glándula Submandibular

Localizada en la celda submaxilar cuyos límites son: vientres anterior y posterior del digástrico y con el borde inferior del cuerpo mandibular. ³

Hay dos técnicas para la palpación de esta glándula: intrabucal-extrabucal, con una mano se hace plano por debajo del borde mandibular y con el dedo índice de la otra se localiza la glándula en el piso de la boca (intrabucal). ³



*Figura 65. Palpación Intraoral Glándula Submandibular.*³

En la otra técnica se pedirá al paciente que incline la cabeza hacia el lado que se palpará, y con los dedos anular y el índice de una mano se palpa la glándula (extrabucal).³



*Figura 66. Palpación Extrabucal de la Glándula Submandibular.*³

Deberá ser palpada con sus conductos correspondientes en el piso de boca, es decir el de Warthon.^{2 3}

5.6.3 Glándula Sublingual

Localizada en el espacio cuadrangular delimitado por una pared externa, fosita sublingual, una pared interna, la lengua; una inferior, musculo milohioideo, y una superior relacionada con mucosa del piso de boca. Está glándula es el resultado del agrupamiento de varias glándulas, cada una de los cuales tiene su propio conducto excretor (10 a 30), denominados conductos de Walter. Uno de ellos, el más voluminoso llamado conducto de Rivinus o de Bartolino desembocando fuera del conducto de Warton. En estado de normalidad, no es accesible a la palpación. ³



Figura 67. Ubicación del Conducto de Warton, de la Glándula Sublingual. ³

5.7 Dientes

Observar el estado de la erupción, ausencias dentarias, presencia de patología dentaria (caries, bruxismo, etc.), tamaño, forma y color de los dientes, tratamientos dentarios y protésicos realizados, etc. ¹

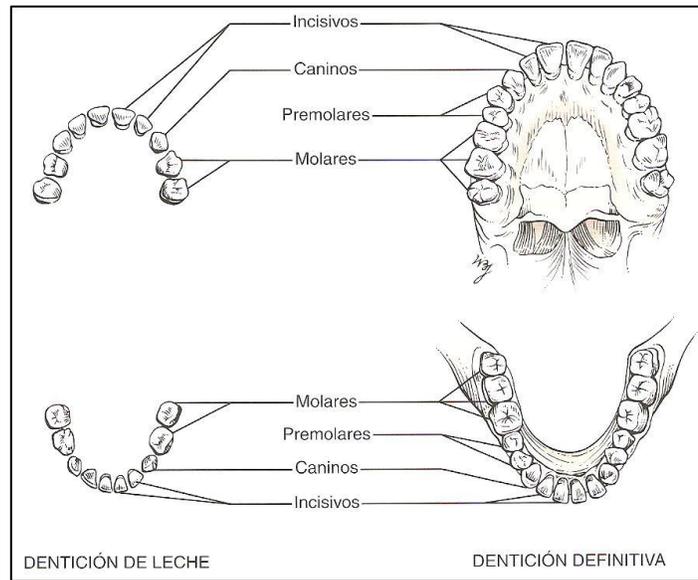


Figura 68. Deberá investigarse número, implantación, caries y otras anomalías. ⁸

La primera dentición deberá estar completa antes de los dos años y medio con 20 órganos dentarios: 8 son incisivos, 4 caninos y 8 son molares. La dentición definitiva constará de 32 órganos dentarios, y su aparición, aunque puede variar, es en el siguiente orden:

Órgano Dentario	Edad de Erupción
Incisivos Centrales	De los 6 a los 8 años
Incisivos Laterales	De los 7 a los 9 años
Canino	De los 9 a los 12 años
Primer Premolar	De los 10 a los 12 años
Segundo Premolar	De los 12 a los 13 años
Primer Molar	De los 6 a los 7 años
Segundo Molar	De los 12 a los 13 años
Tercer Molar	De los 17 a los 30 años

Cuadro 1. Edad de erupción de los órganos dentales permanentes. ⁷

5.7.1 Sistemas para identificar Dientes

Es importante registrar los órganos dentarios dentro de una historia clínica, adoptando un sistema o código de numeración para los dientes y evitar cada escribir cada diente detalladamente. Parreidt recomendó por primera vez el Sistema de Numeración Universal en 1882 y la American Dental Association la adaptó oficialmente en 1975. ⁶

En el Sistema de Numeración Universal se utilizan números del 1 al 32 para numerar a los 32 dientes en la dentición del adulto, designando con el número 1 al tercer molar maxilar izquierdo siguiendo el orden hasta el tercer molar maxilar derecho asignándole el número 16, descendiendo por el mismo lado al tercer molar mandibular izquierdo con el número 17 y se sigue a la derecha terminando en el tercer molar inferior derecho con el número 32. ⁶

El Sistema de notación dental de Palmer se utilizan símbolos angulares distintos para referirse a los cuatro diferentes cuadrantes viendo de frente a los pacientes (\lrcorner \llcorner \ulcorner \llcorner), dentro de estos símbolos se anota el número del órgano dental y se seguirá un orden de la línea media se em pieza con el 1 a distal con el número 8, mientras que en la dentición decidua se utilizaran letras siendo de mesial la letra A y distal con la letra E. ⁶

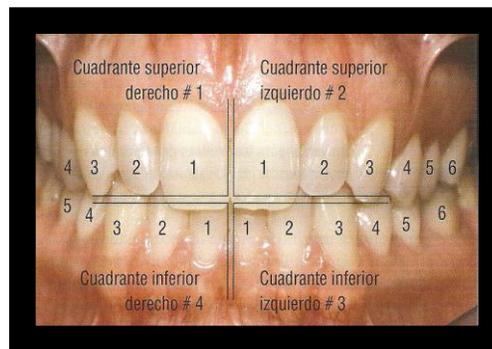


Figura 69. Se muestra un ejemplo del sistema de Palmer para identificar los cuadrantes en un paciente adulto.⁶

Y también existe el Sistema de numeración dental Internacional (FDI) donde se emplearán dos dígitos por cada diente ya sea de la primera o segunda dentición. El primer número es del cuadrante donde se encuentra el órgano dental comenzado con el cuadrante superior derecho siguiendo las manecillas de un reloj deberán ser 4, siendo numerados del 1 al 4 en la dentición permanente y del 5 al 8 en la dentición decidua, el segundo número corresponde al órgano dental en posición al cuadrante, se tomará como relación la línea media del más cercano al más lejano. Ejemplo: para nombrar al canino inferior derecho permanente se designará con el número 43.⁶

Tabla 1-1		PRINCIPALES SISTEMAS PARA IDENTIFICAR DIENTES						
	DIENTE	UNIVERSAL		NOTACIÓN DE PALMER		INTERNACIONAL (FDI)		
		Der.	Izq.	Der.	Izq.	Der.	Izq.	
PRIMERA DENTICIÓN	DIENTES SUPERIORES	Incisivo central	E	F	<u>A</u>	<u>A</u>	51	61
		Incisivo lateral	D	G	<u>B</u>	<u>B</u>	52	62
		Canino	C	H	<u>C</u>	<u>C</u>	53	63
		Primer molar	B	I	<u>D</u>	<u>D</u>	54	64
		Segundo molar	A	J	<u>E</u>	<u>E</u>	55	65
	DIENTES INFERIORES	Incisivo central	P	O	<u>A</u>	<u>A</u>	81	71
		Incisivo lateral	Q	N	<u>B</u>	<u>B</u>	82	72
		Canino	R	M	<u>C</u>	<u>C</u>	83	73
		Primer molar	S	L	<u>D</u>	<u>D</u>	84	74
		Segundo molar	T	K	<u>E</u>	<u>E</u>	85	75
DENTICIÓN DEL ADULTO	DIENTES SUPERIORES	Incisivo central	8	9	<u>1</u>	<u>1</u>	11	21
		Incisivo lateral	7	10	<u>2</u>	<u>2</u>	12	22
		Canino	6	11	<u>3</u>	<u>3</u>	13	23
		Primer premolar	5	12	<u>4</u>	<u>4</u>	14	24
		Segundo premolar	4	13	<u>5</u>	<u>5</u>	15	25
	DIENTES INFERIORES	Primer molar	3	14	<u>6</u>	<u>6</u>	16	26
		Segundo molar	2	15	<u>7</u>	<u>7</u>	17	27
		Tercer molar	1	16	<u>8</u>	<u>8</u>	18	28
		Incisivo central	25	24	<u>1</u>	<u>1</u>	41	31
		Incisivo lateral	26	23	<u>2</u>	<u>2</u>	42	32
DIENTES INFERIORES	Canino	27	22	<u>3</u>	<u>3</u>	43	33	
	Primer premolar	28	21	<u>4</u>	<u>4</u>	44	34	
	Segundo premolar	29	20	<u>5</u>	<u>5</u>	45	35	
	Primer molar	30	19	<u>6</u>	<u>6</u>	46	36	
	Segundo molar	31	18	<u>7</u>	<u>7</u>	47	37	
	Tercer molar	32	17	<u>8</u>	<u>8</u>	48	38	

Cuadro 2. Tabla de resumen con los principales Sistemas para identificar dientes.⁶

Podemos anotar el índice de C.P.O. que presente el paciente, donde corresponde C al número de órganos dentales cariados, la P las pérdidas dentales y la O al número de obturaciones en la arcada dental.³¹

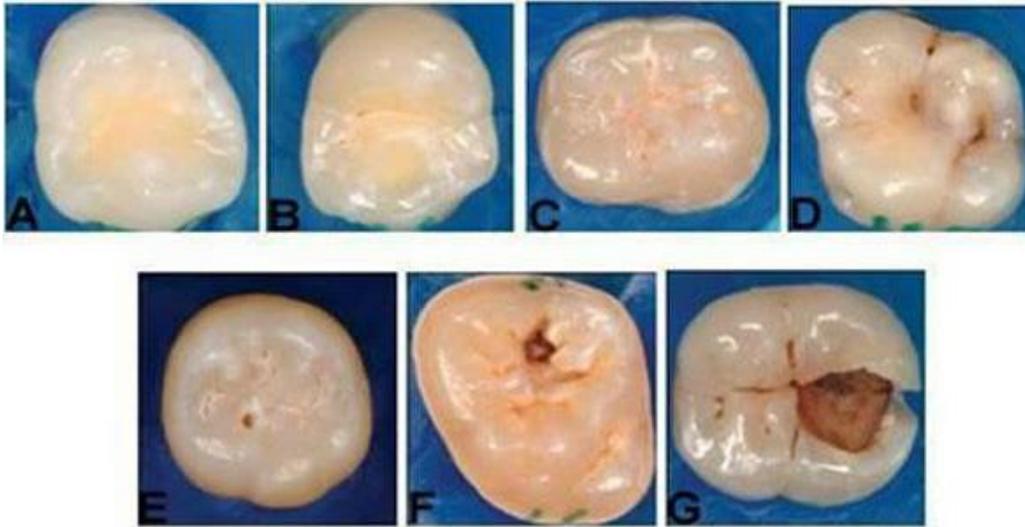


Figura 70. Sistema Internacional de Evaluación y Detección de Caries (ICDAS). A. 0: Superficie dental sana B. 1: Primer cambio visual C. 2: Cambio distintivo en el esmalte. D. 3: Microcavitación. E. 4: Sombra oscura subyacente bajo la dentina que puede o no tener cavitación. F. 5: Cavity distintiva con dentina visible. G. 6: Cavity distintiva con dentina visible.³²

Observaremos enfermedad periodontal y mala oclusión como problemas frecuentes debido a factores que propician el desarrollo de estas y con estrecha relación al estilo de vida (una pobre higiene dental, así como una dieta inadecuada y traumatismos), a esto se unen otros factores contribuyentes como el hábito de fumar, mascar tabaco, vómitos auto inducidos, etc. Los cuales tendrán consecuencias adversas a la integridad de los dientes y las encías.³¹

5.7.2 Oclusión

Existe una cantidad mínima de individuos con una relación morfofisiológica ideal entre los arcos dentarios y sus maxilares. Algunas características como las deseables en una oclusión normal:

- Plano de oclusión común para ambas arcadas.
- Una posición dental maxilar correcta.
- Relación normal de arcadas dentarias con sus formas coronarias entre sí.
- En una oclusión céntrica, existirá un resalte y sobremordida normales.
- Ausencia de rotaciones normales.
- Relaciones de cúspide fosa.²

La clasificación de Angle es la corriente para la mal oclusión estática. La cual está basada en la relación anteroposterior dentaria del órgano dental 36 sin otra referencia anatómica para comparación.²

5.7.2.1 Oclusión Ideal o Clase I

Una persona puede presentar una oclusión ideal cuando sus dientes están alineados dentro de cada arco, funcionando entre sí, de manera armoniosa, se le denominará relación de Clase I. Se le llama oclusión normal o neutroclusión y se encuentra definida como la relación existente entre los primeros molares permanentes donde la *cúspide mesiobucal del primer molar maxilar, está alineada con el surco mesiobucal del primer molar mandibular*, y el canino superior se ajusta en el espacio entre el canino inferior y el primer premolar.⁶

El perfil facial de una persona que presente una oclusión de Clase I tiende a mostrar una línea bastante recta desde a mitad superior de la cara hasta el límite anterior de la mandíbula y se llamará ortognático (*orto* significa recto y *gnático* significa mandíbula).⁶

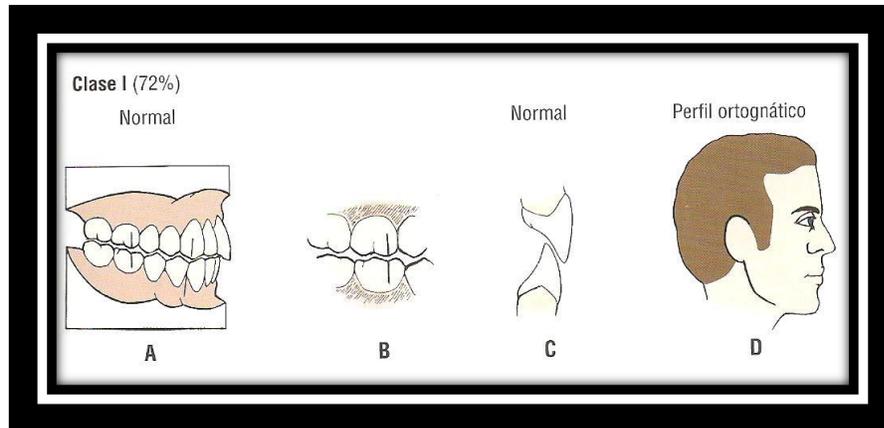


Figura 71. La clase I ocurre en un 72% de la población, se muestra: A. Vista lateral de modelos dentarios con los dientes alineados. B. Muestra la relación que existe entre los primeros molares. C. Relación anterior normal de incisivos. D. Perfil Ortognático.⁶

5.7.2.2 Maloclusión de Clase II

Es un tipo esquelético de maloclusión en el cual los dientes inferiores se encuentran en una relación distal con sus antagonistas superiores normales. Se le conoce también como distooclusión. En el paciente se puede presentar una mandíbula más pequeña que el maxilar, o el maxilar más grande que la mandíbula, incluso ambas combinaciones. El resultado será una mandíbula que aparece detrás (retruido) de donde debe localizarse normalmente. Se presentará un perfil convexo y se llamará retrógnata. En esta clase el surco mesiovestibular del primer molar inferior es distal con respecto a la cúspide

mesiobucal del primer molar maxilar, con una distancia de ancho de un premolar aproximadamente. ⁶

Existen dos subdivisiones conocidas como:

- Clase II, división I: la inclinación labial que presentan los incisivos superiores es similar a la clase I, pero hay un resalte horizontal grave con una supra erupción de los incisivos inferiores. ⁶
- Clase II, división II: los incisivos centrales superiores se encuentran en una posición palatina aguda, mientras que los incisivos laterales inclinados en sentido labial. Aquí hay poco resalte horizontal, pero sí hay un resalte vertical agudo. ⁶

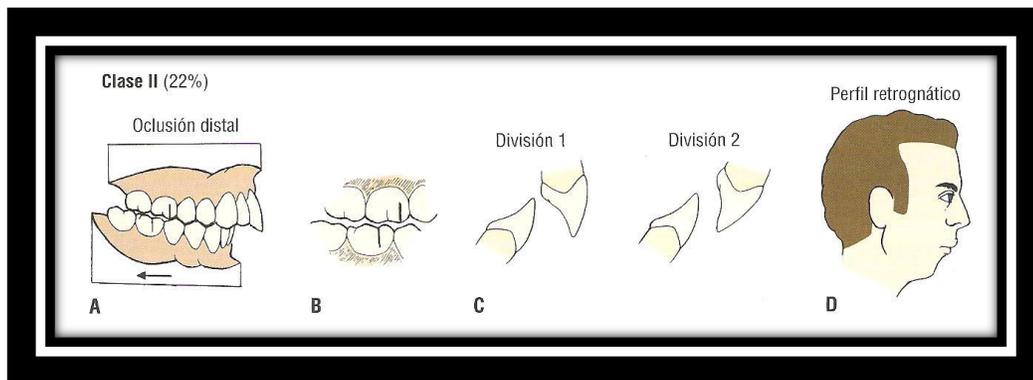


Figura 72. La clase II ocurre en un 22% de la población, se muestra: A. Vista lateral de modelos dentarios con los dientes en oclusión de clase II. B. Muestra la relación que existe entre los primeros molares. C. Relación anterior donde habrá 2 divisiones, en la primera existe una inclinación labial de incisivos; en la segunda hay una inclinación palatina de incisivos centrales superiores. D. Se presentará perfil retrognático. ⁶

5.7.2.3 Maloclusión de Clase III

También se le conoce como mesiooclusión porque en su tipo esquelético de maloclusión se presenta la mandíbula anterior al maxilar. El paciente que presenta esta relación muestra una mandíbula más grande con respecto al maxilar. Su perfil es cóncavo, con una barbilla que se notará prominente, se le llamará prógnata. ⁶

En esta relación de clase III, el surco mesiovestibular del primer molar de la mandíbula se encuentra mesial, con respecto a la cúspide mesiobucal del primer molar maxilar, por lo menos el ancho de un diente premolar. ⁶

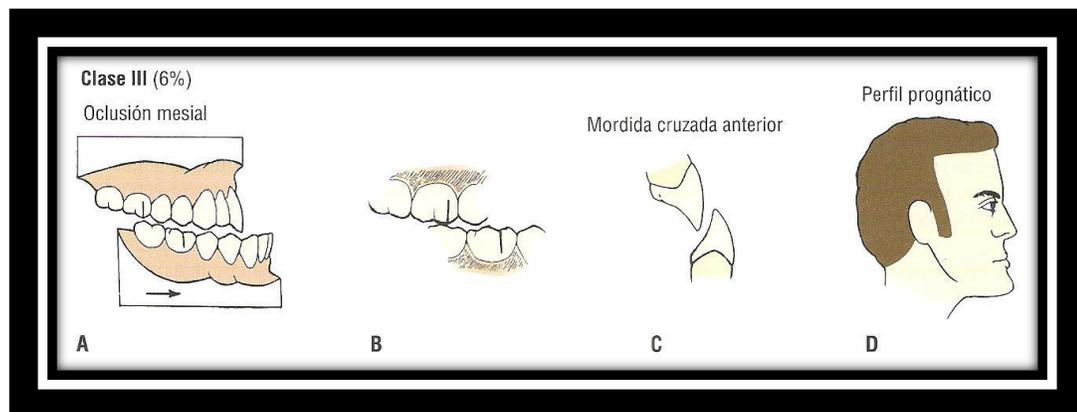


Figura 73. La clase III ocurre en un 6% de la población, se muestra: A. Vista lateral de modelos dentarios con los dientes en oclusión de clase III. B. Muestra la relación que existe entre los primeros molares. C. Relación anterior donde prevalece la mordida cruzada de incisivos. D. Perfil prognático. ⁶

5.7.3 Forma de los Arcos Dentarios

Debe existir una observación general sobre el tamaño de la cavidad bucal y la relación de ambos maxilares en comparación con la cabeza y los dientes. Consignar la forma y anatomía de las arcadas, puesto que un arco estrecho con dientes apiñados, tornará una higiene bucal ineficaz. ²

Se dice que existen tres tipos básicos de rebordes los cuales son el ovoide, cuadrado y triangular, en el caso de pacientes edéntulos se debe tener en



cuenta este aspecto para poder llevar a cabo la restauración dental adecuada al paciente, porque no todos presentarán la misma configuración de arcada. ⁴

- Ovoide: podemos observar una curva que es continua entre los dientes anteriores y posteriores, por lo que no habrá una división clara entre segmentos anterior y posterior de la arcada dental. Se le ve asociado con las personas de perfil recto y rostro ovoide. ⁴
- Cuadrado: en este tipo de arco hay una marcada división para el segmento anterior y el posterior dado por el canino, al que se le refiere como el que está en la “esquina” del conjunto dental. Con frecuencia puede tener características biotipológicas como el paladar en forma de U, rostro cuadrado y perfil cóncavo con la base de la nariz ancha. En su reborde residual de este tipo de arco es amplio en su porción anterior. ⁴
- Triangular: en este arco dental el canino ya está situado con los dientes posteriores y por lo tanto pertenece a esta región. Anatómicamente se ve influenciado por paladares profundos y estrechos, una nariz alta y estrecha con un rostro alargado cuyo perfil, por lo general tiende al convexo. Da un reborde residual en forma de arco estrecho. ⁴

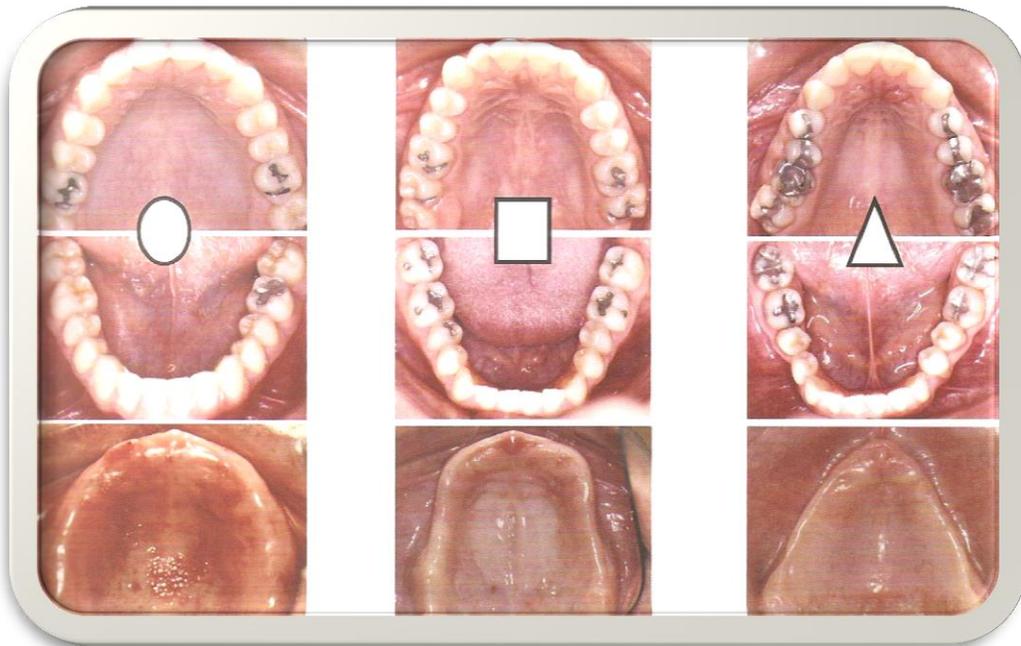


Figura 74. Esto es importante en *Prostodoncia Total*, ya que si posicionamos dientes artificiales en una curvatura diferente a la del reborde residual que presente nuestro paciente, va a aumentar la cantidad de cargas direccionadas hacia fuera del reborde, especialmente en el segmento posterior de la arcada.⁴

Andrews en una muestra de 120 casos en oclusión Clase I sin tratamiento ortodóntico, observó que el 27% correspondía a una arcada estrecha, el 20% a la arcada cuadrada y el 53% a la arcada ovoide. Felton demostró en una muestra de pacientes con Oclusión de Clase I de Angle el 60% presentó una forma de arco estrecha, el 3% forma de arco cuadrada, y el 37% una forma de arco ovoide. También realizó el estudio en pacientes con Oclusión Clase II de Angle siendo los resultados: 53% para la arcada estrecha, el 7% cuadrada y el 40% ovoide.³³

En el año de 1987, Felton y cols., publicaron una investigación para saber si se podía identificar una forma de arcada ideal en lo humanos, examinando modelos mandibulares de 30 casos normales sin extracciones, 30 casos sin extracciones de Clase I y 30 casos de Clase II, encontrando que en ninguna de las muestras predominaba alguna forma de arcada en particular.³³

5.7.4 Métodos para la exploración de los órganos dentarios

Son exámenes que se realizan por medio de la inspección, palpación y percusión, deberá de ocuparse una buena iluminación, cavidad bucal seca y contar con explorador y espejo dental con los que se podrá encontrar lesiones cariosas, además de auxiliarnos de las siguientes pruebas:

- **Palpación:** se realizará para diagnosticar alguna patología periapical en el órgano dental al saber de alguna zona sensible.²



Figura 75. Manera de retraer el labio superior con ayuda del espejo bucal y palpar en fondo de saco.³⁴

- **Percusión:** consiste en colocar el mango del espejo dental en posición vertical u horizontal con respecto a la corona dental y llevar a cabo pequeños golpes en búsqueda de dolor lo que nos indicaría problema pulpar o periodontal.

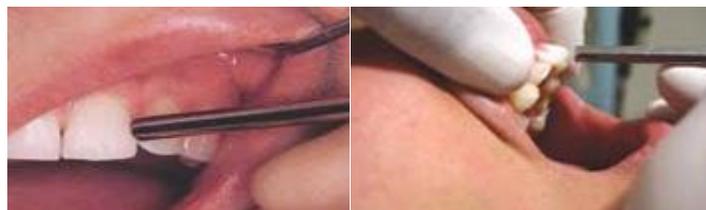


Figura 76. Manera de colocar el espejo dental en la percusión horizontal y vertical respectivamente.³⁴

- **Sondeo Periodontal:** esta prueba ayudará a determinar el grado de salud ó destrucción que presenten los tejidos periodontales con respecto al órgano dental. Arguello



*Figura 77. Forma de colocar una sonda periodontal en el surco gingival, esto se realizará tres veces en la zona vestibular/bucal y tres veces en la zona palatina/lingual.*³⁴

- **Pruebas de Sensibilidad Pulpar:**
 - Prueba al frío:* deberá aplicarse por un tiempo de 4 segundos, si existe una respuesta dolorosa persistente se sospechará de una pulpitis irreversible.



*Figura 78. Se coloca Cloruro de etilo en una torunda de algodón y se lleva a la cara vestibular del diente, sin previa anestesia.*³⁴

- Prueba al calor:* deberá correlacionarse con las otras pruebas para obtener un diagnóstico más confiable.
Cuando sean estimuladas las fibras nerviosas pulpares mediante el frío o calor, se producirá una sensación dolorosa.¹⁵



Figura 79. Aplicación de barra de gutapercha previamente calentada en la cara vestibular del diente.³⁴

- **Prueba de fresado:** se realizará en caso de no confiar en las pruebas térmicas, en la dentina sin anestesiar, la reacción denotará estímulo doloroso. En caso contrario se hablará de Necrosis Pulpar.³⁴



Figura 80. Esta prueba indicará vitalidad, más no inflamación.³⁴

- **Prueba eléctrica:** esta prueba denotará dolor en dientes vitales y por el contrario será negativa en dientes con necrosis pulpar, se utilizan aparatos con una frecuencia alta para poder controlar su graduación, su uso está contraindicado en pacientes con marcapasos y con traumatismos menores a 24 horas.³⁴



Figura 81. Colocación de dentífrico en la punta de electrodo.³⁴

- **Prueba Anestésica a dolor referido:** será la última prueba que se realice, ya que una vez anestesiado el diente no se tendrán efectos otras pruebas. Se usará cuando el paciente no pueda localizar el origen del dolor para ir descartando posibles zonas falsas dolorosas.



*Figura 82. Con esta prueba se facilita la identificación del origen del dolor en determinados dientes.*³⁴



CONCLUSIONES

Este trabajo ha servido para entender la manera de exploración de la cavidad bucal y de tejidos peri bucales en un estado de reposo y en movimiento, que podrá ofrecer la capacidad de denotar alteraciones presentes en el paciente.

Con la exploración extrabucal e intrabucal de rutina y siguiendo un orden en cada consulta odontológica podemos encontrar variaciones de lo normal, al conocer las estructuras normales de la cavidad bucal y peri bucales, podemos percatarnos de cambios por leves que sean, y dar un diagnóstico oportuno para atender a los pacientes o en su caso remitirlos con el clínico correspondiente.

El material visual que proporcionará este trabajo es de utilidad para mostrarlo a los alumnos de primer ingreso en la Facultad de Odontología (UNAM), y dará la importancia y método minucioso que no tenía la exploración clínica.

Importante recordar el apartado de métodos de diagnóstico dental, que pueda servir para corroborar un buen diagnóstico al atender o remitir al paciente a las diferentes clínicas que cuenta la facultad de Odontología.

Se encontró la manera de interactuar de una forma más marcada entre la Medicina y la Odontología al realizar la exploración física detalladamente.



Bibliografía

1. Gay-Escoda C, Berini-Aytés L, Sánchez-Gárces MA,. La Cirugía Bucal como especialidad. Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente. Información y consentimiento. Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. *Cirugía Bucal*. 1a. Madrid : Ergon, 1999, 1, pág. 15 a 19.
2. Tibbetts-S. L. Examen bucal clínico. Ammons-F. W., Prichard-F. J. *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica Odontología general*. 1a. Ed. Médica Panamericana, 1982, 4, pág. 36 a 56.
3. Nicolosi-L. N. Evaluación del paciente. Nicolosi-L. N, Giglio-M. J. *Semiología en la práctica de la Odontología*. 1a. Santiago de Chile : McGraw-Hill Interamericana, 2000, 1, pág. 1 a 18.
4. Tellez D., Holweg E.,. Examen del Paciente edéntulo. Borges-Coelho A., Tellez-D. *Prótesis Total, convencional y sobreimplantes*. 1a. Ed. Livraria Santos, 2011, 2, págs. 18,20, 246, y 247.
5. Seidel-M H, Ball-W J, Dains-E J,Benedict-G W. *Manual Mosby de exploración Física*. 1er. s.l. : Mosby, 1993. pág. 164 a 180.
6. Schied-R. C, Weiss G,. *Woelfel Anatomía Dental*. 8ava. Barcelona : Wolters Kluwer, 2012. págs. 5, 6, 10, y 250 a 256.
7. Rivera-Vieyra G. Exploración de Cabeza y Cuello. [aut. libro] Abreu-Martin L. *Fundamentos del Diagnóstico. Las bases fisiopatológicas para la interpretación de los fenómenos clínicos*. 9a. s.l. : Mendez Editores, 1996, 6, pág. 103 a 144.
8. Swarts-H. M. *Tratado de Semiología*. 6a. Barcelona : Elsevier Saunders, 2010. pág. 196 a 361.
9. Lescas-Méndez O, Hernández ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde-Iglesias C, Ubaldo-Reyes L. Trastornos Temporomandibulares. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2012, Vol. 55, 1, pág. 4 a 12.
10. Lush-T. D, Rose-F. L, Steinberg-J. B,. Aproximación a la Valoración del Paciente. Kaye D, Rose-F. L. *Medicina Interna en Odontología*. 2a. Barcelona : Salvat Editores, 1992, 1, pág. 3 a 15.
11. Montano-Díaz MA, Sánchez-Fuentes AL, Portal-Miranda JA,. La olfacción: otro componente importante del examen físico. 2006., Vol. 10, 3, págs. 21-30.



12. Delp-H. M, Manning-T R,. *La propedeútica Médica de Major*. 9a. Madrid : Interamericana, 1985. pág. 131 a 153.
13. Carrillo-Ñáñez L, Atencia-Matute F, Ortiz-Zegarra C, Hernández-López M,. Enfermedad de Paget ósea craneal con hidrocefalia obstructiva y tuberculosis miliar. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 2011, Vol. 24, 1, pág. 46 a 50.
14. Surús-Batlloó A., Surús-Batlloó J.,. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 8ava. Barcelona : Masson, 2001. págs. 28, 29 y 36.
15. Pérez-Ruiz AO, Martínez-Lima JM, Carmona-Betancourt J, Urgelles-Jiménez MA. Importancia de la semiología del dolor en el diagnóstico de proceso inflamatorio pulpar,. *Revista Cubana de Estomatología*,. 2011, Vol. 48, 3, pág. 277 a 286.
16. Eriksen-Persson ML. *Anatomía Humana, Unidad 1, Fascículo 1*,. 3ra. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, 2005. pág. 14 y 15.
17. Zerón A. Biotipos, Fenotipos y Genotipos ¿Qué biotipo tenemos? (segunda parte). *Revista Mexicana de Periodoncia*,. 2011, Vol. 2, 1, pág. 22 a 33.
18. Fernández-Hermida RV, Pinar S, Muruzábal N,. Manifestaciones clínicas de la oftalmopatía tiroidea. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2008, Vol. 31, 3, págs. 45-56.
19. Pérez-Hervada PA, Jadraque-Jiménez P. Exploración otorrinolaringológica en atención primaria. *Semergen*. 2003, Vol. 29, 6, pág. 318 a 325.
20. Echandia CA, Daza P,. Semiología en Otorrinolaringología. *Revista Gastrohnp*. 2011, Vol. 13, 1, pág. 38 a 48.
21. Rodríguez-Valdéz R, Simental-Lara F,. Pioderma gangrenoso con afectación de cabeza y cuello. Comuncación de un caso. *Revista Mexicana de Dermatología*,. 2010, Vol. 54, 1, págs. 36-40.
22. Álvarez-Caro F, Gómez-Farpón A, Blanco-Lago R, Arroyo-Hernández M, Jiménez-Treviño S, Suárez-Saavedra S. Adenopatías en pediatría. *Archivo argentino de pediatría*. 2007, Vol. 105, 4, págs. 342-350.
23. Alonso AA, Albertini JS, Bechelli Ah. *Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral*. 1a. s.l. : Medica Panamericana, 1999. pág. 547 a 574.
24. García-Roa RJ, Utsman-Abarca R,. Caso Clínico y Revisión de Literatura de subluxación y luxación temporomanibular. *Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT Costa Rica*. 2012, Vol. 4, 1, pág. 95 a 103.



25. Cunha-Ortigosa C, Pinto-Sales LM, Mendonca-Menezes L, Saldanha-Diógenes AD, Conti-Ferreira ACC, Conti-Rodríguez PC,. Bilateral Asymptomatic Fibrous-Ankylosis of the Temporomandibular Joint Associated with Rheumatoid Arthritis: A Case Report. *Braz Dent J*,. 2012, Vol. 23, 6, págs. 779-782.
26. Charbeneau-T. G, Cartwright-B. C.,. *Operatoria Dental, Principios y Práctica*. 2da. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1984. págs. 31-35.
27. Aldape-Barrios BC. Exploración de cavidad bucal y variaciones de lo normal. *Revista Mexicana de Odontología Clínica*. 2008, VIII, pág. 4 a 9.
28. Pachó-Saavedra JA, Piñol-Jiménez FN,. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas,. *Revista cubana estomatológica*. 2006, Vol. 43, 3.
29. Pérez-Salcedo L, Bascones-Martínez A. Tumores benignos de la mucosa oral. *Avances en Odontoestomatología*. 2010, Vol. 6, 1, pág. 11 a 18.
30. Leblebicioglu-B, Claman- L,. Anatomía periodontal. Weiss-G, Scheid-CR. *Woelfel. Anatomía Dental*. 8ava. Barcelona : Wolters Kluwer, 2012, pág. 197 a 201.
31. Silver-J. T, Munist-M. M, Maddaleno M, Suárez-Ojeda EN,. *Enfoque clínico de la atención de Salud del Adolescente*. 1a. s.l. : Organización Panamericana de la Salud, 1992. pág. 11.
32. Lizmar D, Veitía E, Acevedo AM, Rojas-Sánchez F,. Métodos convencionales y no convencionales para la detección de lesión inicial de caries. *Acta odontológica venezolana*. 2011, Vol. 49, 2, pág. 1 a 14.
33. Pérez-Covarrubias FS, Rojas-García AR, Gutierrez-Rivas R, Aguilar-Orozco SH,. Estudio comparativo de formas de arcos dental en población nayarita utilizando una plantilla convencional y una plantilla propuesta. *Oral*. 2011, 36, pág. 666 a 668.
34. Arguello-Regalado GF. Diagnóstico Pulpar. *Revista Mexicana de Odontología Clínica*. 2009, Vol. 2, 11, pág. 10 a 16.
35. Goic-G A, *Semiología Médica, Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo*, Santiago de Chile, 1987, 1ª. Ed., pág. 432 a 434.

Anexo 1

Glosario de Síntomas y Signos

<p><i>Aerofagia.</i> Deglución inconsciente de aire.</p> <p><i>Afasia.</i> Pérdida de producción y/o comprensión de la palabra hablada y/o escrita.</p> <p><i>Ageusia.</i> Pérdida del gusto.</p> <p><i>Alopecia.</i> Caída patológica de cabello.</p> <p><i>Alucinación.</i> Percepción de sensaciones inexistentes.</p> <p><i>Amaurosis.</i> Ceguera.</p> <p><i>Ambliopía.</i> Disminución transitoria de visión que no obedece a defecto de refracción.</p> <p><i>Amenorrea.</i> Falta de menstruaciones en época que debía presentarse.</p> <p><i>Amnesia.</i> Pérdida de la memoria.</p> <p><i>Angina pectoris.</i> Dolor retroesternal opresivo y no fluctuante que sobreviene con el esfuerzo y se alivia con el reposo.</p> <p><i>Anhidrosis.</i> Falta de sudor.</p> <p><i>Anisocoria.</i> Desigualdad de ambas pupilas.</p> <p><i>Anorexia.</i> Pérdida del apetito.</p> <p><i>Anosmia.</i> Pérdida del olfato.</p> <p><i>Apnea.</i> Detención transitoria de la respiración.</p> <p><i>Arcada.</i> Intenso esfuerzo involuntario por vomitar, sin expulsión de contenido gástrico.</p> <p><i>Artralgia.</i> Dolor de una articulación sin alteración objetiva.</p> <p><i>Artritis.</i> Dolor y signos de fluxión en una articulación.</p> <p><i>Ascitis.</i> Presencia anormal de líquido en la cavidad peritoneal.</p> <p><i>Asma cardíaca.</i> Disnea paroxística nocturna que simula asma bronquial.</p> <p><i>Bazuqueo.</i> Ruidos hidroaéreos generalmente gástricos o intestinales provocados por sacudidas manuales de la pared abdominal.</p> <p><i>Bochornos.</i> Llamoradas de calor facial, característico de época de climaterio.</p> <p><i>Borborigmos.</i> Ruidos hidroaéreos intestinales de aparición espontánea.</p> <p><i>Bradilalia.</i> Palabra lenta.</p> <p><i>Bromhidrosis.</i> Sudor de olor fétido.</p> <p><i>Broncorrea.</i> Expectoración abundante.</p> <p><i>Bulimia.</i> Exacerbación del apetito.</p> <p><i>Caquexia.</i> Estado avanzado de desnutrición y enflaquecimiento con pérdida de las fuerzas.</p> <p><i>Cefalea.</i> Dolor de cabeza.</p> <p><i>Cianosis.</i> Color azulado de piel y mucosas debido al aumento de la hemoglobina reducida en la sangre capilar.</p> <p><i>Cifosis.</i> Curvatura anormal de prominencia dorsal de la columna vertebral.</p> <p><i>Coma.</i> Pérdida de la consciencia, sensibilidad y motilidad, conservando las funciones vegetativas.</p> <p><i>Confusión.</i> Incapacidad para pensar con la rapidez y coherencia habituales.</p> <p><i>Coprolalia.</i> Empleo frecuente de palabras obscenas.</p> <p><i>Constipación.</i> Retardo en la evacuación de heces, las que aparecen aumentadas de consistencia.</p> <p><i>Delirio.</i> Estado de confusión al que se asocia excitación, hiperactividad y a veces alucinaciones.</p> <p><i>Demencia.</i> Deterior de todas las funciones intelectuales.</p> <p><i>Diarrea.</i> Deposición disminuida de consistencia y mitad derecha o izquierda del cuerpo.</p> <p><i>Hemicránea.</i> Dolor de la mitad derecha o izquierda de la</p>	<p>habitualmente de frecuencia aumentada.</p> <p><i>Diplopia.</i> Visión doble de los objetos.</p> <p><i>Disartria.</i> Defecto en la articulación de la palabra.</p> <p><i>Disentería.</i> Deposición mucosangulenta.</p> <p><i>Disfagia.</i> Dificultad al paso de los alimentos desde la boca hacia el estómago.</p> <p><i>Dismenorrea.</i> Reglas dolorosas y a menudo irregulares.</p> <p><i>Disnea.</i> Sensación de dificultad para respirar o falta de aire.</p> <p><i>Dispareunia.</i> Coito doloroso.</p> <p><i>Disuria.</i> Micción dolorosa.</p> <p><i>Dolor cólico.</i> Dolor abdominal recurrente de intensidad ondulante, retortijón.</p> <p><i>Dolor pleural.</i> Dolor torácico punzante que aumenta con la inspiración y la tos; puntada de costado.</p> <p><i>Ecolalia.</i> Repetición por el paciente de las últimas palabras que escucha. <i>Edema.</i> Aumento del componente intersticial del volumen extracelular.</p> <p><i>Edema pulmonar nocturno.</i> Disnea paroxística nocturna muy intensa, con gran sofocación y expectoración.</p> <p><i>Eférides.</i> Pecas.</p> <p><i>Enoftalmia.</i> Hundimiento del globo ocular que puede ser uni o bilateral.</p> <p><i>Enuresis.</i> Incontinencia urinaria nocturna en niños mayores de 3 años.</p> <p><i>Epifora.</i> Lagrimeo.</p> <p><i>Equimosis.</i> Mancha de tensión variable debida a extravasación sanguínea.</p> <p><i>Eritema.</i> Mancha congestiva difusa.</p> <p><i>Eructo.</i> Expulsión sonora por la boca del gas contenido.</p> <p><i>Escotoma.</i> Falta de visión en una zona del campo visual.</p> <p><i>Escoliosis.</i> Desviación lateral de la columna vertebral.</p> <p><i>Estrabismo.</i> Desviación de uno o ambos ojos.</p> <p><i>Estupor.</i> Estado en el cual la actividad mental y física están reducidas a un mínimo.</p> <p><i>Exoftalmia.</i> Protrusión del globo ocular, uni o bilateral.</p> <p><i>Expectoración.</i> Secreciones bronquiales eliminadas por medio de la tos.</p> <p><i>Fatiga cardíaca.</i> Debilidad o pesadez a las piernas que aparece al hacer actividad física.</p> <p><i>Flato.</i> Expulsión de gas por el ano.</p> <p><i>Fotobia.</i> Molestia ocasionada por la luz.</p> <p><i>Frigidez.</i> Ausencia del orgasmo en la mujer.</p> <p><i>Galactorrea.</i> Secreción láctea fuera del periodo postparto.</p> <p><i>Gatismo.</i> Falta de control de los esfínteres.</p> <p><i>Genovalgus.</i> Desviación de las rodillas hacia adentro.</p> <p><i>Genovarus.</i> Desviación de la rodilla hacia afuera.</p> <p><i>Ginecomastia.</i> Aumento de la mama en el hombre.</p> <p><i>Halitosis.</i> Aliento de mal olor.</p> <p><i>Hematemesis.</i> Vómito de sangre.</p> <p><i>Hematuria.</i> Presencia de sangre en orina micro o macroscópica.</p> <p><i>Hemeralopia.</i> Ceguera nocturna.</p> <p><i>Hemianopsia.</i> Falta de visión en la mitad del campo visual.</p> <p><i>Hemiplejia.</i> Parálisis de la mitad izquierda o derecha del cuerpo.</p> <p><i>Hemiparesia.</i> Disminución de la motilidad y fuerza de la</p> <p><i>Pie equino.</i> El que se apoya sobre la punta del pie.</p> <p><i>Pie plano.</i> El que se apoya en toda la planta por desaparición</p>
---	---

<p>cabeza.</p> <p><i>Hemoptisis</i>. Sangre roja y de carácter espumoso, que proviene del sistema respiratorio, expulsada en forma de tos.</p> <p><i>Hipermenorrea</i>. Regla abundante.</p> <p><i>Hiperpnea</i>. Exageración de la amplitud y profundidad de los movimientos respiratorios.</p> <p><i>Hipertonía</i>. Aumento del tono muscular.</p> <p><i>Hipo</i>. Expulsión brusca y sonora de aire a través de glotis semicerrada por una brusca contracción del diafragma.</p> <p><i>Hipomenorrea</i>. Regla escasa.</p> <p><i>Hipotonía</i>. Disminución de tono muscular.</p> <p><i>Hirsutismo</i>. Desarrollo piloso exagerado.</p> <p><i>Ictus</i>. Entrada brusca en coma.</p> <p><i>Ilusión</i>. Percepción sensorial errónea.</p> <p><i>Incontingencia</i>. Incapacidad para retener la orina.</p> <p><i>Lagoflismo</i>. Incapacidad para ocluir los párpados de un ojo.</p> <p><i>Lienteria</i>. Deposición desagregada que contiene restos alimenticios reconocibles.</p> <p><i>Lipotimia</i>. Desmayo común.</p> <p><i>Lordosis</i>. Desviación anormal de columna vertebral de convexidad anterior.</p> <p><i>Lumbago</i>. Dolor en región lumbar.</p> <p><i>Melena</i>. Deposición de aspecto alquitranado debido a hemorragia digestiva alta.</p> <p><i>Menarquia</i>. Primera menstruación.</p> <p><i>Metrorragia</i>. Hemorragia menstrual exagerada y prolongada.</p> <p><i>Meteorismo</i>. Acumulación de gases intestinales.</p> <p><i>Metrorragia</i>. Sangramiento genital fuera de los periodos menstruales.</p> <p><i>Midriasis</i>. Pupila grande o dilatada.</p> <p><i>Mioclónica</i>. Contracturas bruscas e involuntarias de un músculo o grupo de músculos, que no ocasiona movilidad del miembro afectado.</p> <p><i>Miosis</i>. Pupila pequeña y contraída.</p> <p><i>Monoplejía</i>. Parálisis de una extremidad.</p> <p><i>Náusea</i>. Sensación desagradable que precede al vómito.</p> <p><i>Neumaturia</i>. Expulsión de aire junto con la orina.</p> <p><i>Neumoperitoneo</i>. Presencia anormal de aire en la cavidad peritoneal.</p> <p><i>Neuralgia</i>. Dolor paroxístico recurrente y generalmente intenso que sigue el trayecto de un nervio periférico.</p> <p><i>Nicturia</i>. Aumento del volumen urinario durante el reposo nocturno.</p> <p><i>Nistagmus</i>. Movimiento involuntario de los globos oculares, generalmente en sentido horizontal.</p> <p><i>Odinofagia</i>. Deglución dolorosa.</p> <p><i>Oligomenorrea</i>. Ciclos menstruales distantes o esporádicos.</p> <p><i>Oliguria</i>. Diuresis diaria inferior a 500 ml.</p> <p><i>Ortopnea</i>. Disnea de decúbito que desaparece en posición erecta.</p> <p><i>Palpitaciones</i>. Percepción del latido cardíaco.</p> <p><i>Parálisis</i>. Pérdida de movimiento voluntario.</p> <p><i>Paraplejía</i>. Parálisis de las piernas y de la mitad inferior del cuerpo.</p> <p><i>Paresia</i>. Grado menor de la parálisis.</p> <p><i>Petequia</i>. Mancha puntiforme por extravasación sanguínea.</p>	<p>del arco o concavidad interna.</p> <p><i>Pie talus</i>. El que se apoya sobre el talón.</p> <p><i>Pie valgus</i>. El que se apoya sobre su borde interno.</p> <p><i>Pie varus</i>. El que se apoya sobre su borde externo.</p> <p><i>Pirosis</i>. Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe, a veces acompañado de regurgitación ácida.</p> <p><i>Pituíta</i>. Vómito acuoso acompañado de intensas náuseas presentadas al despertar, sucede en pacientes alcohólicos.</p> <p><i>Piuria</i>. Presencia de pus en la orina.</p> <p><i>Polaquiuria</i>. Micciones frecuentes, generalmente escasas.</p> <p><i>Polidipsia</i>. Aumento en la ingestión de agua.</p> <p><i>Polifagia</i>. Aumento en la ingestión de alimento.</p> <p><i>Polimenorrea</i>. Ciclos menstruales más próximos o frecuentes.</p> <p><i>Poliuria</i>. Diuresis diaria mayor a 2000 ml.</p> <p><i>Prurito</i>. Comezón que afecta piel y mucosas.</p> <p><i>Ptoxis palpebral</i>. Caída del párpado superior.</p> <p><i>Pubarquia</i>. Aparición en la adolescente de vello pubiano y axilar.</p> <p><i>Quemosis</i>. Edema de la conjuntiva bulbar.</p> <p><i>Rectorragia</i>. Eliminación de sangre por el recto.</p> <p><i>Regurgitación</i>. Reflujo del contenido gástrico hacia la boca, sin náuseas ni contracción del diafragma y musculatura abdominal.</p> <p><i>Roséola</i>. Mancha congestiva, rosada, de forma lenticular.</p> <p><i>Sialorrea</i>. Aumento de secreción salival.</p> <p><i>Sibilancias</i>. Ruidos bronquiales agudos como silbidos de predominio respiratorio.</p> <p><i>Sincope</i>. Brusca y transitoria pérdida de consciencia por insuficiente flujo sanguíneo cerebral.</p> <p><i>Sinusorragia</i>. Emisión vaginal de sangre postcoito.</p> <p><i>Taquipnea</i>. Respiración acelerada, superficial.</p> <p><i>Telangectasia</i>. Dilatación permanente de los capilares superficiales de la piel.</p> <p><i>Tic</i>. Movimiento involuntario que afecta siempre un mismo grupo muscular.</p> <p><i>Torticólis</i>. Cuello torcido por contracción dolorosa de un grupo muscular. E intensa de aire de los pulmones.</p> <p><i>Tos</i>. Expulsión súbita, ruidosa, más o menos repetida e intensa de aire de los pulmones.</p> <p><i>Vértigo</i>. Brusca sensación de rotación del cuerpo o ambiente que rodea a la persona.</p> <p><i>Vibice</i>. Mancha lineal debido a extravasación de sangre en la piel.</p> <p><i>Vómiva</i>. Expulsión brusca por medio de tos, de gran cantidad de líquido que se ha vaciado a los bronquios.</p> <p><i>Vómito</i>. Expulsión brusca por la garganta de materias contenidas en el estómago.</p>
--	---



Anexo 2 Historia Clínica general de la Facultad de Odontología (UNAM).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA GENERAL.

FECHA: ___/___/___
Día Mes Año

EXPEDIENTE N°: ___/___/___/___
Número Unidad Clínica Turno

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: _____	Edad: _____	Sexo: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (S)	Años	M o F
Domicilio: _____		
Calle	N°	Colonia
Código postal	Delegación o Estado	
Teléfono: _____	Estado civil: _____	Ocupación: _____
De domicilio	Soltero, casada, viudo, etc.	Arma de casa, empleado, obrero
Escolaridad: _____	Lugar de nacimiento: _____	Interrogatorio: _____
Especificar grado escolar	Entidad federativa o País	Directo o indirecto

2. PADECIMIENTO ACTUAL.

<p>Debe anotarse en este inciso la causa por la cual asiste el paciente. Señalar la fecha de inicio y después hacer la descripción de cada síntoma en orden cronológico; duración, intensidad, periodicidad, localización, radiación, relación con alimentos, movimientos, factores que lo calman y lo aumentan. Estudios realizados, diagnósticos anteriores, terapéutica empleada y respuesta a la misma.</p>	
---	--

3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Mencionar la sintomatología que puede tener el paciente en el MOMENTO ACTUAL, no la del pasado.	
<p>DIGESTIVO: Disfagia, odinofagia, hiporexia, polifagia, pirosis, regurgitación, eructos, náusea, vómito, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, otros.</p>	
<p>RESPIRATORIO: Rinorrea, epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estomudos, disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, otros.</p>	
<p>CARDIOVASCULAR: Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope o lipotimia, tolerancia al ejercicio, otros.</p>	
<p>ENDÓCRINO: Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación del peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acumulo anormal de grasa, acné, exoftalmos, libido, otros.</p>	



HEMOLINFÁTICO: Petequias, equimosis, hematomas, sangrado espontáneo de mucosas (epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena, hematuria), sangrado prolongado de heridas, edema, adenomegalias, palidez, cianosis, otros.	
GENITOURINARIO: Poliuria, polaquiuria, hematuria, disuria, nicturia, dolor lumbar, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, expulsión de cálculos, escurrimiento uretral, preferencia sexual, otros. ADEMÁS EN MUJERES: Leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal, fecha de última menstruación, menorragia, amenorrea, embarazo, otros.	
NERVIOSO: Paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopia, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, memoria, atención, afectividad, delirios, otros.	
MÚSCULO ESQUELÉTICO: Artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento articular, chasquidos articulares, fuerza muscular, atrofia muscular, otros.	
TEGUMENTARIO: Máculas, pápulas, vesículas, ampollas, ronchas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, descamación cutánea, deformidad de uñas, otras.	

4. SÍNTOMAS GENERALES.

Hiporexia o anorexia, fiebre, astenia, adinamia, diaforesis, calosfríos, pérdida de peso corporal.	
--	--

5. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Padres, hermanos, hijos, abuelos, colaterales, cónyuge, convivientes (edad y estado de salud, o edad al morir y causas). Diabetes, Tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, hipertensión, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, epilepsia, alcoholismo, adicción a drogas, malformaciones congénitas, otras.	
--	--

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (En orden cronológico)

NEONATALES Y DE LA INFANCIA: Duración del embarazo, radiaciones, fármacos e infecciones durante el embarazo, duración del parto, atención médica del parto, condiciones al nacimiento (llanto, cianosis), otros. Sarampión, rubéola, varicela, escarlatina, tuberculosis, fiebre reumática, cardiopatías, epilepsia, hepatitis, amigdalitis, hemorragias, otras.	
---	--

<p>JÓVENES Y ADULTOS: Enfermedades de transmisión sexual, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, nefropatías, úlcera péptica, endocrinopatías, otras.</p> <p>QUIRÚRGICOS: Cirugía bucal, apendicectomía, amigdalectomía, histerectomía, otras. Fecha, complicaciones, tipo de anestesia y complicaciones.</p> <p>TRAUMÁTICOS: Caídas, fracturas, heridas, quemaduras. Fecha, evolución.</p> <p>TRANSFUSIONALES: Fecha, causas, producto transfundido, reacciones, donante.</p> <p>ALÉRGICOS: Medicamentos, alimentos, pólenes, cosméticos, productos dentales, pelo de animales, antisueros, otros.</p> <p>ADICCIONES: Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, opioides, anfetaminas, otros.</p>	
<p>ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS: Menarca, ritmo, inicio de actividad sexual, embarazos, partos, abortos, cesáreas, toxemias, menopausia, otros.</p>	

7. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

<p>HABITACIÓN: Número de habitaciones, tipo de construcción, iluminación, ventilación, agua potable, drenaje, número de habitantes.</p> <p>ALIMENTACIÓN: Número de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos (tipo), frecuencia con que come: leche, carne, huevos, frutas, leguminosas, verduras, cereales, alimentos entre comidas (tipo).</p> <p>Niños: alimentación al pecho materno u otra leche (tiempo, tipo), ablactación.</p> <p>HIGIENE: Baño general, cambio de ropa, lavado de manos, aseo bucal, (técnica, cepillo, enjuagues, hilo dental).</p> <p>INMUNIZACIONES: Poliomielitis, tuberculosis, DPT, triple viral, sarampión, hepatitis B, otras.</p> <p>DEPORTES: Especificar la actividad deportiva, frecuencia, tiempo de práctica.</p>	
--	--

8. EXÁMENES, TERAPÉUTICA Y DIAGNÓSTICOS ANTERIORES.

<p>Anotaciones no relacionadas con padecimiento actual. Anotar todos los estudios realizados, con fecha y resultados. Anotar los fármacos que ha recibido o esté recibiendo el paciente (tiempo de administración, dosis, resultados), otras terapéuticas empleadas (acupuntura, psicoterapia, herbolaria, otras). Anotar los diagnósticos previos, investigar qué recursos auxiliares de diagnóstico se emplearon. Indagar si se realizaron en instituciones públicas o privadas.</p>	
--	--



9. EXPLORACIÓN FÍSICA.

SIGNOS VITALES: TA brazo derecho: ____ / ____ TA brazo izquierdo: ____ / ____ Pulso: ____ X' Frec. Resp.: ____ X' Temperatura: ____ °C Peso: ____ kg. Estatura: ____ cm	
INSPECCIÓN GENERAL: Sexo, edad aparente, marcha, facies, actitud, constitución, conformación, complexión, movimientos anormales, estado de la conciencia, actitud psicológica, cuidado personal, cooperación.	
CABEZA: Cráneo. Forma y volumen, pelo (brillo, fragilidad, color, alopecia), exostosis, hundimientos. Cara. Color de la piel (ictericia, palidez, cianosis, rubicundez), nevos, Petequias, efélides, irsutismo, acné, neoformaciones, otros. Ojos. Pelo de cejas y pestañas, aberturas palpebrales, epicanto, ptosis, exoftalmos, conjuntivas, tamaño de pupilas, reflejos a la luz, córnea. Nariz. Forma, volumen, tabique nasal, secreciones, mucosa. Oídos. Implantación, forma, volumen, conducto auditivo.	
CUELLO: Tamaño, forma, volumen, movilidad, contracturas, puntos dolorosos. Ingurgitación yugular, cadenas ganglionares, posición de la traquea, movimiento traqueal a la deglución, glándula tiroides.	
TRONCO: La exploración del tronco sólo será mediante inspección, en casos particulares se hará completa. Forma, volumen, observar la movilidad torácica y abdominal durante los ciclos respiratorios. Tratar de detectar ruidos respiratorios anormales, audibles sin estetoscopio. En abdomen observar el tamaño.	
EXTREMIDADES: De especial importancia son las extremidades superiores; observar sobretodo al momento de tomar la tensión arterial: color de la piel, tatuajes, cicatrices, deformidad de las manos, estado de hidratación de la piel, movimientos anormales, forma y tamaño de las manos, pliegues palmares. En uñas, observar engrosamientos, deformidad, estrias, color del lecho ungueal. Buscar signos de inflamación articular, dolor a la palpación, atrofia muscular. En extremidades inferiores (si están descubiertas en parte), observar color de la piel, úlceras, edema, deformidad articular, otros.	

10. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICO.

Anotar en este apartado el o los diagnósticos de presunción o en su caso, los juicios acerca del estado de salud del paciente.	
--	--



11. EXPLORACIÓN BUCAL.

Utilizar todos los métodos de exploración (inspección, palpación, percusión, auscultación, olfacción, armada)	
LABIOS: Color, forma, volumen, humedad, frenillos, textura, consistencia, movilidad, orificio bucal, saliva de glándulas menores.	
CARRILLOS: Color, humedad, textura, consistencia, conductos parotídeos, saliva, línea alba bucal.	
VESTÍBULOS: Color, humedad, textura, consistencia, frenillos.	
LENGUA: Color, forma, volumen, humedad, papilas, consistencia, movilidad, gusto, frenillo, vasos raninos.	
PISO DE BOCA: Color, textura, humedad, consistencia, conductos salivales.	
PALADAR: Color, textura, humedad, consistencia, movilidad, úvula, pilares anteriores.	

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN BUCAL	
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR