

1Ej.
4/65

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MÉTODOS DE EXPLORACION
PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO

DONADO POR D. G. R. - B. C.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

SERGIO HOMERO HERNANDEZ HERAS

MEXICO, D. F.

14850

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LOS METODOS CLINICOS DE EXPLORACION.

INSPECCION

PALPACION

PERCUSION

AUSCULTACION

PERCUSION EXPLORADORA

MEDICION

PUNSION EXPLORADORA

EXAMENES DE LABORATORIO

CAPITULO II

EXPLORACION CLINICA DE LA CAVIDAD ORAL.

LABIOS

MUCOSA LABIAL Y DUCAL

PALADAR

OROFARINGE

PISO DE LA BOCA

LENGUA

ENCIAS

SISTEMA DENTARIO

OCLUSION

CAPITULO III

EXPLORACION CLINICA DE LOS ORGANOS ANEXOS.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

GLANDULAS SALIVALES

CAPITULO IV

SALIVA Y HALITOSIS.

CAPITULO V

EXAMEN RADIOGRAFICO.

CAPITULO VI

EXAMENES SUPLEMENTARIOS.

ESTUDIO BACTERIOLÓGICO

ANÁLISIS DE LABORATORIO

SANGRE

ORINA

BIOPSIA

PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR

SOLUCIONES REVELADORAS

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCION

Al haber realizado mi último año de la carrera en la Clínica Contreras, en la colonia "Héroes de Padriñero" tuve la oportunidad de darme cuenta, que un porcentaje muy alto de pacientes acuden diariamente a la consulta odontológica por un padecimiento de poca importancia en comparación con el que se encuentra al cirujano dentista, después de haber realizado una completa historia clínica; eso, demuestra precisamente la importancia social de nuestra profesión - que no es sólo curativa, sino preventiva en muchas ocasiones.

Todo ello, ha realizado en mí un deseo por mejorar mis conocimientos en la exploración de la cavidad oral que constituye una rama importantísima de la propeuéutica.

Un odontólogo consciente y responsable no debe emitir un diagnóstico superficial, sino que debe investigar con toda minuciosidad la verdadera causa y efecto de la enfermedad y no concretarse a tratar una serie de consecuencias que únicamente son síntomas de la existencia de una patología sobre la cual no se ha inquerido lo suficiente.

Por eso tanto, la odontología como la medicina en general, son ciencias difíciles. Cuando se ha curado verdaderamente a una persona que acude a nuestro consultorio y que inquiera de nuestros servicios profesionales, más que la remuneración en dinero que hemos recibido, nos produce la satisfacción de un ideal cumplido y de haber sido útiles a nuestros semejantes en la medida cabal de nuestra modesta profesión.

Agradezco a la facultad de Odontología y a los maestros las enseñanzas recibidas.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES

DE

LOS

METODOS

-CLINICOS

DE

- EXPLORACION

GENERALIDADES DE LOS METODOS CLINICOS DE EXPLORACION

PROPEDEUTICA MEDICA; Es el conocimiento de las manifestaciones de la enfermedad y la ejecución correcta de las maniobras necesarias para ponerlas en evidencia. Proporciona el conjunto de elementos o forman el material que ha de servir para la elaboración intelectual necesaria para conocer el estado en que se encuentre la salud de una persona; es decir, elaborar un diagnóstico, de otro modo, para conocer el estado patológico de un enfermo, nos valemos de una manifestación de la enfermedad; esta manifestación, es a lo que llamamos síntomas o signos los cuales recogemos por la exploración del enfermo.

Algunos autores llaman signo al dato que es patognomónico de la enfermedad y síntoma a cualquier manifestación de enfermedad.

Otros, llaman síntoma a la manifestación subjetiva y signos a los síntomas objetivos.

Síntoma, manifestación de orden funcional y signos a los de orden somático.

Signo: es todo indicio o inclina el intelecto hacia un diagnóstico y síntoma, manifestación de una enfermedad.

Se pasará a explorar al enfermo después de haber realizado un interrogatorio completo y que habrá consistido en la investigación de:

- 1o. ENFERMEDAD ACTUAL
- 2o. ESTADO ORGANICO ACTUAL DEL ENFERMO
- 3o. RECURSO TERAPEUTICO EMPLEADO Y RESULTADOS OBTENIDOS
- 4o. ANTECEDENTES PERSONALES Y COSTUMBRES
- 5o. ANTECEDENTES HEREDITARIOS

APEGANDONOS SIEMPRE A LAS REGLAS DE LA PROPEDEUTICA

INSPECCION: Llámase inspección o la exploración clínica - que se realice por medio de la vista.

La inspección puede ser simple, llamada también directa o instrumental. La primera es la que se realiza solamente con los ojos; la segunda se hace por medio de instrumentos.

Algunos clínicos hacen otras divisiones teniendo en cuenta las particularidades que observan; llaman inspección dinámica cuando se observan los movimientos, y estática cuando no son los movimientos los que se observan.

Por la inspección se obtienen datos relativos a:

- | | |
|-------------|------------------------------|
| a) sitio | d) volumen |
| b) posición | e) estado de la superficie y |
| c) forma | f) movimientos |

SITIO: Es el lugar que ocupa una cosa.

POSICION: Es la relación espacial de las diferentes partes de esa cosa.

FORMA Y VOLUMEN: Estos dos datos, por lo general se investigan juntos, pero evidentemente la idea de forma y volumen es distinta, ya que puede cambiar el volumen de un órgano sin cambiar de forma y viceversa.

ESTADO DE LA SUPERFICIE: Se observarán los cambios de coloración en comparación con las diferentes partes del organismo o la zona simétrica y otros cambios como: piel laxa tensa estrías atrofia etc.

MOVIMIENTOS: Se ordena al paciente ejecutar determinados movimientos.

PALPACION: Es la exploración por medio del sentido y del tacto.

La palpación puede hacerse manual o instrumental, la-

segunda es casi exclusiva del dominio quirúrgico.

Según se palpén los órganos profundos o tejidos superficiales. Se califica la palpación en: **SUPERFICIAL O PROFUNDA**

Si se realice con toda la mano o parte de ella, se le dé el nombre de palpación manual; si se únicamente con uno o dos dedos se le califica como palpación digital.

Llámesse tacto, a la palpación que se efectúa digitalmente en las cavidades naturales del organismo, dándose calificativo según la cavidad donde se haga, ya sea vaginal, rectal, bucal, gútural, etc.

La palpación nos suministra datos relativos a sitio, posición, forma, volumen, estado de la superficie, color, movimiento, consistencia, dolor y temperatura.

Puede decirse que la palpación rectifica o rectifica los datos suministrados por la inspección y agrega los relativos a consistencia, dolor y temperatura.

CONSISTENCIA.—Se estudia haciendo presión y notando la resistencia que oponen los tejidos.

DOLOR.—Para estudiar el dolor provocado por palpación, se comprime la región que se explora y se observa al enfermo, por si tal presión es dolorosa.

TEMPERATURA.—Al palpar se dá una cuenta aproximadamente de la temperatura de la región que se palpa, se prefiere para ésto, la cara dorsal de la mano por ser más sensible a la temperatura, pero hay que hacer notar que este dato tomado por palpación es sumamente indirecto y de escaso valor.

PERCUSION: Es el procedimiento de exploración que consiste en dar golpes con el objeto de producir ruidos des--

portar dolor o producir movimientos.

La percusión se divide en: DIRECTA O INMEDIATA
INDIRECTA Y MEDIATA

Se llama directa o inmediata cuando se percute sin interponer ningún objeto. Cuando al hacer la percusión se interponen un objeto, se le llama mediata o indirecta.

La percusión directa se emplea excepcional y únicamente para percudir sobre los huesos del tórax.

Percusión indirecta.-Si se percute con un dedo y se interponen otro, la percusión se llamada dígito-digital; si se interpone el plesímetro se llama dígito-plecímetro. Cuando se emplea el plecímetro y el martillo se llamada plecíométrica; si se interpone un dedo y se percute con el martillo se llama digital martillal y sea directa o indirecta la percusión puede ser suave o fuerte según la intensidad de los golpes. Los datos que nos proporciona la percusión son ruidos.

Se llama RUIDO a vibraciones acústicas erráticas e irregulares, y se califican de sonido cuando las vibraciones son rítmicas y regulares. En clínica nunca se producen verdaderos sonidos por percusión, por lo cual, siempre tendremos que habérnoslos con ruidos.

TRES, son las cualidades fundamentales de los fenómenos acústicos:

- 1) LA INTENSIDAD
- 2) LA ALTURA Y
- 3) EL TIMBRE

Tenemos que estudiar en los ruidos de percusión cuatro caracteres; que son; a) intensidad b) altura
c) semejanza a un tono d) consonancia.

INTENSIDAD: Esta, se determina por la distancia a que puede ser percibido. Esta cualidad depende de la amplitud de las vibraciones; a vibraciones más amplias corresponden sonidos más intensos.

Por demás está decir que la amplitud de las vibraciones depende a su vez, de la masa que vibra y de la energía que conmueve a esta masa.

ALTURA: En la imposibilidad de dar una definición cabal de lo que es la altura, trataré de explicar en qué consiste esta cualidad.

Los fenómenos acústicos, en general, (y en especial - en los sonidos musicales), pueden ser gruesos, rancos, bajos, o bien, finos y agudos. Entre el sonido más bajo y el más agudo que puede percibir el oído humano, hay toda una serie, una escala para llegar del uno al otro. En esta serie o escala los sonidos gruesos o rancos son los más bajos o graves y los más finos son los más altos y agudos.

LA INTENSIDAD Y LA ALTURA DE UN SONIDO están en razón inversa; un sonido es más intenso; mientras más grave, es tanto que su intensidad es menor, a medida que su altura es mayor.

TIMBRE: llámese timbre de un sonido a la cualidad que distingue dos sonidos que tienen la misma intensidad e igual altura.

SEMEJANZA A UN TUNO: En clínica nunca se obtiene percusión verdaderos sonidos, pero cuando existe una cavidad cuyas paredes son lisas de mayor de 5 centímetros y que contiene gas a determinada tensión. El ruido que se obtiene al percutir sobre ella, se asemeja a un verdadero tono y se llama sonido timpánico. Ejemplo: Al percutir la región gas--

trías ostende el estómago vacío.

CONSONANCIA: Cuando existe una cavidad de tamaño apreciable, de paredes lisas y conteniendo gases, el ruido de percusión adquiere una consonancia metálica. Se ha comprobado al percutir una ánfora de metal por lo que se le conoce de ruido o sonido anfórico.

AUSCULTACION: Es el procedimiento de exploración clínica que se realiza por medio del oído.

La auscultación puede realizarse a distancia o por contacto directo con la región que se trate de explorar. - En la auscultación a distancia se realiza cuando el padecimiento puede ser audible a distancia, tales como; tos, - respiración estertosa, etc.

La auscultación que se efectúa por contacto con la región por explorar, puede ser directa o inmediata e indirecta o mediata.

AUSCULTACION DIRECTA O INMEDIATA: Es aquella que se ejecuta aplicando directamente la oreja a la región por explorar ya esté ésta desnuda o con un lienzo delgado.

AUSCULTACION INDIRECTA O MEDIATA: Es la que se ejecuta interponiendo un instrumento llamado estetoscopio.

Como resultado de este método de exploración se obtienen fenómenos acústicos cuya interpretación es precisa, para determinar el estado físico de un órgano.

La auscultación en nuestra especialidad sirve para verificar las correctas relaciones de las estructuras oales en la pronunciación de las palabras.

PERCUSION AUSCULTATORIA: No es más que un variante en la percusión en general; la variación consiste en que el -

ruido producido por la percusión se analiza teniendo el oído en contacto directo o indirecto con la región que se explora.

Se practica con dos objetos: para conocer el estado físico de los órganos y para limitar sus áreas de proyección.

MEDICION: Es el método de exploración que permite comparar una magnitud desconocida con otra conocida que sirve de unidad. Ejemplo: medir la profundidad de una bolsa paradental.

PUNSIÓN EXPLORADORA: La punsi3n exploradora consiste, en la introducci3n a trav3s de los tejidos, de una aguja, seguida de aspiraci3n por medio de una jeringa con objeto de saber si en la regi3n de que se trata, existe alg3n l3quido.

EXAMENES DE LABORATORIO: Son llamados así todas aquellas maniobras de investigaci3n clínica que por su complicaci3n exige una destreza especial de parte del que le ejecuta. Ellos pueden ser: de orden químico,
de orden físico, o bien,
de orden bacteriol3gico.

CAPITULO II

EXPLORACION

CLINICA

DE

LA

CAVIDAD

ORAL

EXPLORACION CLINICA DE LA CAVIDAD ORAL

El examen clínico de la boca debe principiar con un -
avaldó general del estado de salud de la boca del paciente
el avaldó debe incluir un breve reconocimiento de la higie
ne oral del estado de los dientes, presencia de lesiones -
en los tejidos blandos, presencia de dolores agudos o crón
nicos, ausencia o presencia de piezas postizas, áreas des
dentadas, cálculos, manchas en los dientes o alitosis.

Para realizar este tipo de exploración, vemos e necesi
tizar un cierto número de instrumental, que es el siguien
te:

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| a) ESPEJO BUCAL | g) SEDA DENTAL |
| b) EXPLORADOR | h) JERINGA DE AIRE |
| c) EXCAVADOR DE DENTINA | i) JERINGA DE AGUA |
| d) PINZAS DE CURACION | j) PAPEL ARTICULAR |
| e) SONDA PERIODONTAL | k) SOL. REVELADORA |
| f) ALGODON | l) ABATELEGUAS |

LABIOS: Son dos repliegues musculomembranosos que cir
cunscriben el orificio bucal que da paso a la cavidad -
oral.

El examen de la boca principia con una inspección de
los labios con la boca cerrada ya que forma la entrada a -
la cavidad bucal.

Normalmente ellos son suaves de aspecto terco, color
rosa, y en los individuos jóvenes las fisuras son mínimas
ya que éstas aumentan con la edad. También estas fisuras
se acentúan con ciertos gestos de expresión y con la pérdi
da de dientes. El clínico deberá notar al hablar o reír -
del paciente, los dientes que expone; Esto puede ser una -
consideración importante en la restauración dental, desde-

el punto de vista estético.

Normalmente los movimientos de los labios y ángulos de la boca, al hablar o sonreír deben de ser simétricos. La postura del labio superior e inferior están relacionadas a los centros anatómicos de la mandíbula y los dientes, tonicidad de los músculos y tamaño de los mismos labios. Cuando la mandíbula está en una posición de reposo, los labios deben estar solamente en aproximación sin tensión excesiva de los músculos de los labios.

ALTERACION: Usualmente, el color de los labios inferior y superior es el mismo; excepto, en los individuos expuestos a la luz del sol y el viento, en estos casos el color del labio inferior está oscurecido por una descamación excesiva por dichos dientes, que causan inflamación debido a los rayos ultravioletas y a la deshidratación, como ocurre con los agricultores, ganaderos, marineros, leñeros, etc., en estos casos los vasos capilares se hacen prominentes y son vistos clínicamente como puntos rojos sobre los labios.

En los respiradores bucales, el labio inferior está agrietado y seco, esto, también alterará la coloración, siendo que la descamación del epitelio (epidermis) tiende a cubrir el color rojizo debajo de los labios, es por esto cuando el labio inferior y superior, son comperados, el labio superior parece ser de color más brillante.

Los niños y en algunas ocasiones también los adultos tienen por costumbre morderse o chuparse el labio inferior o superior. Esto causa excesiva descamación del epitelio, y aumenta la circulación en particular de este labio, y por lo tanto es más rojo que el otro.

El color de los labios es muy significativo debido a

su delgado epitelio y a sus abundantes capilares, algunas discrecias sanguíneas alteran su color natural.

La anomalía congénita que podemos encontrar, es el labio leporino que pueda ser unilateral y casi siempre es presente en el labio superior.

Los labios pueden aumentar de volumen por el edema de una nefritis o el edema angio-neurótico.

Los labios extremadamente secos se encuentran en la fiebre y en la diabetes sacarina.

Los labios muestran una cianosis notable en la neumonía, en la insuficiencia cardíaca, en las cardiopatías congénitas.

Una de las lesiones más comunes es el herpes labial, conocido vulgarmente como fuegos, y consiste en una serie de pequeñas vesículas dolorosas que progresa rápidamente, hasta formar una costra.

Toda lesión labial que persiste por más de dos semanas sobre todo si en la palpación se siente dura o con aspecto de botón y se presenta como encostramiento ligero, úlcera o grieta, debemos sospechar de un carcinoma, el sitio más frecuente es el borde mucostáneo entre la línea alba y la comisura labial; la historia clínica y los datos del laboratorio corroborarán del diagnóstico.

En la carencia de riboflavina son comunes las fisuras de los ángulos de la boca o queilosis, sin embargo, no es manifestación obligada ni patognomónica de erriboflavinosis, se observan lesiones idénticas en ancianos con mala dentadura que no sufre deficiencia vitamínica.

Las boqueras (perleche) son fisuras de origen moniliasico, y es causada por el cándida albicans; el diagnóstico

debe establecerse por medio de la obtención de cultivos positivos de *C. Albicans*.

ESTOMATITIS; (angular, alérgica o tóxica); puede ser debido a una acción alérgica o tóxica; los cosméticos, lápices de labios, cremas, etc., pueden ser antigénicos, ocasionando así reacciones alérgicas, o pueden actuar así como productos tóxicos que originan la inflamación y destrucción de tejido de la región.

El noma, es una enfermedad poco frecuente, de origen oscuro, que ocasiona lesiones gangrenosas de los tejidos duros y blandos de los labios, mejillas, cara o maxilar.

PALPACION: La palpación de los labios, debe efectuarse después de haber terminado la inspección.

Los labios deben de ser palpados entre el dedo índice y el pulgar, cuando los músculos de los labios estén relajados; a la palpación son suaves y resilientes por toda la superficie externa; las bandas del músculo orbicular pueden ser palpadas.

Algunas veces los labios están tensos, se palpa un segundo doblar de tejido blando y que frecuentemente es llamado segundo labio. En ocasiones debido a su tamaño presenta un serio problema estético.

Algunas veces se palpan glándulas sebáceas ectópicas, en el bermellón del labio superior que son considerados como una variación de lo normal.

MUCOSA LABIAL Y BUCAL.

La cavidad bucal está enteramente revestida por una mucosa. Este término designa el revestimiento de cualquier

cavidad corporal que comunique con el exterior.

INSPECCION: El examen de la mucosa empieza con la reflexión del labio superior e inferior y la inspección del color y aspecto de la superficie y la textura de la superficie labial. Se observará una superficie finamente granulosa que corresponde a las numerosas glándulas mucosas que están en la submucosa.

En la línea media encontraremos dos pliegues mucosogingivales que conectan el proceso alveolar con el labio superior e inferior.

En los niños antes de la erupción de los dientes, el frenillo labial superior, está adherido a la cresta del proceso alveolar y forma una rigosidad que puede alcanzar hasta la papila palatal. Con la erupción de los dientes y el crecimiento vertical del proceso alveolar la inserción migra hacia arriba y puede ser encontrada normalmente adherida a la encía y puede ser restringido a la mucosa alveolar, del vestíbulo, pero más frecuente se encuentra en el límite de la mucosa alveolar y la encía.

La posición de los frenillos se relaciona con el crecimiento vertical del proceso alveolar.

Los frenillos laterales se encuentran localizados en el área de los caninos y primeros premolares; y son más prominentes en el arco inferior que en el superior.

Para inspeccionar la mucosa bucal, las mejillas deben ser retraídas suficientemente para poder dar al clínico una vista clara de toda superficie de la mucosa bucal. El examen se hará desde la reflexión de la mucosa vestibular al proceso alveolar y posteriormente a la concavidad del vestíbulo, opuesto a la tuberosidad del maxilar.

La mucosa es de color rosa en individuos blancos y de

un tinte azulado o gris azulado en individuos negros, una pigmentación café se considera normal en individuos de tez oscura.

Es común encontrar glándulas sebáceas ectópicas que reciben el nombre de "glándulas de Frey", y que aparecen como puntos discretos amarillos. Confluyen algunos para formar irregulares manchas más grandes y del mismo color. Se observan con más frecuencia a lo largo y a nivel del pliegue oclusal; en la mucosa del carrillo también pueden invadir la mucosa y la superficie de los labios y ocasionalmente la encía y el paladar.

En la línea oclusal de la mucosa bucal de algunos individuos aparece una línea blanca o una ligera prominencia que es debido a la queratinización o a la presión de las mejillas por el trauma oclusal.

A la altura del segundo molar superior a veces se encuentra una papila prominente que se considera normal y que marca la entrada del conducto de Stenon. El color de la papila es el mismo que el de la mucosa, y se reconocen los conductos si se seca el área y se ve el flujo de la saliva por los orificios.

La mucosa alveolar es de color rojo oscuro; contrasta con el rosa pálido de la encía.

Atrás de la molar más distal, tanto en el arco superior como el inferior se encuentra una prominencia de tejido llamado "papila retromolar". En el maxilar superior esta papila se continúa con la encía que cubre la terminación de la tuberosidad del maxilar y tubérculo alveolar.

En la mandíbula la papila retromolar es como una continuación de la encía marginal y se continúa con el cojinete retromolar. La reflexión de la encía adherida y de la mucosa bucal en esta región es el sitio donde se encuentran-

algunas glándulas bucales. La prominencia causada por esta glándula da al tejido una apariencia de cojínate por lo que ha sido llamada "cojínate retromolar", pero por lo general este término se usa para designar colectivamente la prominencia causada por la papila retromolar y el cojínate - retromolar.

La forma y consistencia de la papila retromolar, varía de un individuo a otro y según la posición y grado de erupción de la última molar así como la forma del proceso alveolar, la consistencia es más firme en individuos jóvenes.

La pigmentación de melanina varía de un individuo a otro y se encuentra en personas de tez morena o negra, juntamente con la edad y es considerada normal siempre y cuando no sea de recién aparición o esté aumentada rápidamente, - sobre todo en individuos de tez blanca. La pigmentación de melanina varía desde el café claro hasta el negro azulado y puede estar localizada en áreas pequeñas o en grandes áreas.

ALTERACIONES: El color de la mucosa labial y bucal -- puede estar alterada por la queratinización, pigmentación, cicatrices, cambios inflamatorios y la cantidad de hemoglobina en la sangre. Las variaciones de color más comunes - son por liquen plano, hiperqueratosis folicular, traumatismo - por la masticación, quemaduras químicas y leucoplasia.

El liquen plano se caracteriza por estar formado por líneas estrechas, ligeramente elevadas de color blanco o gris, que se juntan a otros en distintas ángulos, formando una especie de maya o de red. A veces la unión de las líneas da lugar a la formación de anillos circulares (formanular).

La queratosis folicular, no es rara enfermedad here-

ditaria de la piel que también puede afectar a los tejidos de las mucosas incluyendo las de la boca, faringe, laringe; las lesiones cutáneas se presentan primero como papules y pequeñas duras y rojas, pero si evolucionan se ulceran.

La queratosis focal se presenta como una área irregular y elevada de aspecto lechoso y con un borde moderadamente definido, se presenta como una lesión única o múltiple; es indolora y frecuentemente se observa en un examen sistemático. Generalmente no hay ulceración, pero algunas veces se aprecian pequeñas áreas desnudas. Las queratosis constituye un mecanismo de defensa a la mucosa.

La leucoplasia puede también presentarse en la mucosa de la mejilla, piso de boca y encías.

La palidez de la mucosa sugiere el diagnóstico de anemia, pero no se pedirá el estudio sanguíneo a no ser que también existe palidez de labios y conjuntiva.

El diabetes también presenta eritema de la mucosa bucal.

Los cambios en la cavidad bucal con frecuencia son manifestaciones de un trastorno hematológico.

Anemia de la mucosa en los diferentes tipos de anemias.

La anemia perniciosa presenta en la mucosa palidez, ulceraciones por traumatismos insignificantes.

En la anemia por deficiencia de hierro hay un color gris muy notable y pequeñas ulceraciones.

En la anemia glóbulo falsiforme, presenta palidez y color amarillento de la mucosa bucal.

En la anemia oritoblástica; palidez y cianosis de la mucosa bucal.

Por lo general el ciclo menstrual no se acompaña de modificaciones notables en la mucosa bucal. Sin embargo, hay pacientes que presentan trastornos menarcas como encías sangrientas periódicas, vesículas herpéticas o úlceras en la cara interna de los labios, lengua o mucosa bucal.

Las placas mucosales son áreas bien delimitadas de 0.5 a 1 cm. de diámetro; constituye un signo característico de la sífilis secundaria y se observa en la mucosa de la base cerca de la base de las encías. Puede encontrarse en el paladar o en otro lugar de la mucosa de la cavidad bucal.

PALPACION: La palpación de la mucosa labial deberá empezar desde el borde más externo del labio y siguiendo hacia el vestibulo, y que debe hacerse en forma bilateral y bidigital.

A la palpación se corroborará el aspecto granular de la mucosa, como ya dijimos se debe a pequeñas glándulas mucosas.

Las mejillas deben de ser examinadas por palpación manual. Por este método pueden ser palpados los tejidos más profundos de la mejilla. El clínico debe de tener especial cuidado al palpar los tejidos profundos de la mejilla ya que muchas veces encuentra lesiones que no muestran síntomas a la inspección o que ni el paciente se había percatado de ellas.

La papila del conducto de Stenón debe ser palpada entre los dedos índices, uno dentro de la boca, y el otro -

por fuera. Su consistencia es suave a la palpación.

La consistencia de la papila retromolar varía según la edad; siendo más firme en los individuos jóvenes.

Cualquier lesión que se aprecie, se palpará para conocer la consistencia, movilidad, dolor, etc.

PALADAR: El techo de la cavidad bucal está constituido por la bóveda palatina (paladar) que se prolonga hacia atrás - hacia el velo del paladar, tabique membranosos que lo separa de las fosas nasales, y de la zínfaringe, y cuyo borde inferior, libre, presenta la óvula, prolongación vertical media de vértice redondeada de cara anterior lisa y cara - y cara posterior rugosa.

De dicho borde inferior también parten los pilares anteriores entre los cuales se encuentra la fosa amigdalina.

INSPECCION: La mucosa del paladar duro, está firmemente adherida al hueso maxilar y presenta algunos grados de queratinización; estos factores dan un color rosa pálido muy seguidos con un matiz gris azulado.

La parte que corresponde a la periferia, es firme, pero en algunas formas elástica y conecta los tejidos del propio paladar a los dientes; este tejido forma la ancla palatina y está firmemente adherida al hueso y a los dientes.

En la línea media hay una línea blanquesina angosta - que se le da en nombre de RAPE palatina, y se extiende desde una proyección pequeña; la papila incisiva a todo lo largo del paladar duro.

En la parte anterior se encuentran algunas arrugas, -

llamadas Arrugas Palatinas; que son distintas en cada individuo.

En la unión del paladar duro con el paladar blando - hay dos pequeñas depresiones llamadas Fovéolas Palatinas, - éstas, se encuentran una a cada lado del RAPE y corresponden a la terminación de los conductos de las glándulas palatinas.

El paladar blando está cubierto por una membrana mucosa que es delgada en comparación del paladar duro; el epitelio no está cornificado. Numerosas glándulas mucosas y vasos sanguíneos se encuentran allí, este arreglo estructural de el paladar blando un color rojo más obscuro que el paladar duro.

El límite entre el paladar blando y el duro puede - identificarse diciendo al paciente que diga (AAAH), el paladar blando se eleva.

ALTERACIONES: El color del paladar blando puede mostrar - grandes variantes, resultado del engrosamiento de los vasos sanguíneos que los atraviesa.

En el paladar blando se pueden encontrar petequias - equimosis, debido a episodios tóxicos o manifestaciones alérgicas.

Fumar en exceso puede producir hiper-queratinización de la mucosa del paladar y metaplasia de los conductos de las glándulas mucosas. La experiencia del paladar es caracterizado por un color plate-blancos de la hiperqueratinización y puntuaciones rojas en áreas esparcidas indicando - los orificios de los conductos de las glándulas mucosas.

Un manchado café de la superficie queratínica puede -

ocurrir especialmente en el área, en la cual una pipa descansa o un cigarro. Esto, se ha llamado el parche de los fumadores, la queratinización excesiva del paladar y que según afectadas los orificios de las glándulas mucosas se llama estomatitis nicotínica.

Es muy frecuente encontrar los torus palatinos, que son una proliferación ósea que se encuentran situadas en la parte media del paladar. El color de la mucosa en esta parte es usualmente de rosa pálido o blanca, a menos que una inflamación de trauma se presente. El tamaño y forma de el torus palatino varía desde una pequeña elevación plana de la parte media del RAPE Palatino (esto, está considerado como una variación normal) a una grande masa nodular que pueda alcanzar las porciones de una nuez. La masa es dura, firme y no es movable.

Ocasionalmente, una protesis total mal ajustada producirá una hiperplasia inflamatoria del paladar que es caracterizada por una elevación nodular roja pequeñas y difusas de la mucosa. Estas lesiones se encuentran en el límite o periferia de la dentadura. La elevación puede ser polipoidal o polimorfa.

El movimiento del paladar blando depende de la función del noveno y décimo nervio craneal.

En la parálisis del paladar blando caerá sobre el lado afectado y la úvula será jalada hacia el lado que no está afectado. No es raro que las personas que tienen parálisis unilateral del paladar tengan dificultades para tragar y en algunas ocasiones el agua y la comida pueden entrar a la nariz sobre la deglución.

PALPACION: A la palpación del paladar duro, las áreas

laterales comprendidas entre el RAPE palatino y la encía alveolar son más gruesas y resistentes que el resto del paladar.

Por la palpación se deben de determinar los cambios de densidad, textura, pérdida de tejidos.

La sensibilidad del paladar blando varía de un individuo a otro y en algunos basta tocarlo para producir vómito.

Cualquier lesión que se halle en el paladar se palpó en forma especial para oír las características de consistencia, dolor a la palpación, movilidad, etc.

OROFARINGE: Es la parte media o bucal de la faringe y está limitada hacia arriba por el velo del paladar en el acto de la deglución, hacia abajo por un plano horizontal que pase por el hueso hioides y por detrás corresponde al cuerpo del axis y de la tercera vértebra cervical.

INSPECCION: El área que corresponde a las amígdalas y la orofaringe debe de ser inspeccionada con la ayuda de un abateleque siendo que hay una tendencia de la lengua de retraerse y obstruir la visión del examinador. El abateleque debe aplicarse atrás de la unión de la porción horizontal y vertical de la lengua fuera de la línea de la visión, a menos de que esta técnica produzca náuseas al paciente.

Las amígdalas pueden variar gradualmente de tamaño. En los niños tienden a ser más grandes y proyectarse hasta la fosa de las amígdalas. Si no han sido extirpadas, ellas tienden a atrofiarse durante la última parte de la década tercera o cuarta.

El tamaño y forma de la orofaringe puede variar consi

derablemente relacionado al carácter del rostro. El niño de rostro ancho tiene más espesa y larga la orofaringe, mientras que el niño de rostro angosto tendrá una pequeña y angosta orofaringe.

ALTERACIONES: Se ha dicho que el agrandamiento de las amígdalas palatinas causen respiración bucal por el bloqueo de la faringe nasal dando el reflejo de una mala deglución; considerando un mal hábito de la lengua. Debe recordarse que la respiración bucal no está relacionada solamente a la obstrucción del paso del aire por la faringe por hipertrofia del tejido faringolinfoides, sino también puede ser debido a sinusitis, desviación del septum, rinos, etc.

Es obvio que al haber respiración bucal los tejidos gingivales se encuentran secos y existe más propensión a enfermedades gingivales.

- La característica de una infección crónica en las amígdalas es el cambio de color e inflamación de ellas y mucosa adyacente cuando existe un aumento de tamaño, no debe de ser una razón para diagnosticar una inflamación e infección debido a las características de la complejidad del individuo y de ellas mismas.

PISO DE LA BOCA: El piso de la boca está formado por la porción sublingual cuyo suelo está constituido por el músculo hialino la región sublingual es el espacio comprendido entre las encías y la base de la lengua.

INSPECCION: La forma de realizar la inspección del piso de la boca, es pedirle al paciente que eleve la lengua y elevarla hacia atrás con el espejo bucal.

El examinador debe empezar con la inspección del color de los tejidos, la observación y la posición de la estructura del piso de la boca durante los movimientos funcionales de la lengua.

En la línea media se encuentra el frenillo lingual - que se inserta en la parte superior en la cara inferior de la lengua y por delante llega hasta el proceso mandibular.

Cerca del frenillo lingual y al lado de él se encuentra un pequeño nódulo redondeado llamado carúncula sublingual esta papila contiene la entrada del conducto de la glándula submaxilar y a veces el de la sublingual.

Los pliegues sublinguales contienen las glándulas sublinguales que se extienden posterior y lateralmente en el piso de la boca desde la carúncula sublingual hasta la región molar. Las eminencias que se hayan sobre las glándulas sublinguales contienen las aberturas de los conductos sublinguales menores.

Los cambios inflamatorios cerca de las carúnculas o en las eminencias sublinguales pueden ser fácilmente notados.

La inserción del frenillo lingual sobre el proceso mandibular se observa mejor cuando el paciente pone la pun

te de la lengua en el paladar o cuando el paciente pone la punta de la lengua en la cara palatina de los incisivos superiores y hace presión sobre ellos. También en esta posición se observa la relación del piso de la boca con el proceso alveolar y se ve cualquier invasión del tejido del piso de la boca en las espacios edéntulos.

ALTERACIONES: Los cambios de color en el piso de la boca son muy poco frecuentes pero ellos pueden presentarse en asociación con los cambios inflamatorios, hiperqueratósicos, y quistes de retención.

Algunas ocasiones ocurrirán ulceraciones como resultado de traumatismo o asociado con herpes primarios o secundarios.

Una inflamación en el piso de la boca deberá palparse para determinar su consistencia y extensión.

Cuando se palpa una masa blanda de tejido fluctante - probablemente se trata de un quiste y cuando hay manifestaciones de tejido duro puede estar asociado a una celulitis del espacio sublingual.

Los cambios neoplásicos pueden estar presentes en la superficie de la mucosa y de las estructuras de las glándulas más profundas.

Las radiografías son útiles en algunos casos para determinar la presencia o ausencia de cálculos en el conducto de Warthen. Debe recordarse que los cálculos no están siempre asociados con la formación de quistes.

El aumento de tamaño del piso de la boca asociado con lesiones quísticas puede algunas veces estar asociado con períodos de remisión relacionados a un aumento de saliva, -

lo cual ocurre generalmente a la hora de los alimentos.

Las lesiones del piso de la boca que presentan inflamación, endurecimiento e infiltración, pero, que no involucren la mucosa, son difíciles de diagnosticar sin una biopsia y una buena historia clínica.

En general, las lesiones quísticas del piso de la boca presentan evidencias suficientes para poder diagnosticarlas. Sin embargo, es frecuente que las alteraciones neoplásicas del piso de la boca especialmente las que envuelven las glándulas salivales, muestre los mismos síntomas un quiste que un neoplasma.

En el caso de enfermedades neoplásicas, el clínico debe de ser capaz de darse cuenta de la pérdida del contorno normal de la glándula, su dureza, firmeza, consistencia regular y su inserción alrededor si ha ocurrido alguna invasión.

Cuando hay una hiperqueratosis, lesión ulcerativa persistente e agrandamiento del piso de la boca debe hacerse una biopsia.

PALPACION: La palpación del piso de la boca se mejor hacer bimanualmente el clínico se colocará enfrente del paciente el cual deberá estar en posición derecha con la cabeza y mandíbula ligeramente inclinada para el máximo de relajación muscular.

En lo posible se usará el dedo índice de la mano izquierda para la palpación intra-oral del lado izquierdo y el dedo índice derecho para el lado derecho extra-oralmente se hará la palpación con los otros dedos de la mano contraria.

El aspecto lingual de la mandíbula podrá ser palpado-

cuando el piso de la boca está siendo examinado.

La palpación del piso de la boca deberá comenzar en la línea media y seguir a través de los tejidos blandos tan lejos como el clínico pueda llegar sin causar molestias innecesarias al paciente. Al mismo tiempo, palpará la superficie lingual de la mandíbula para buscar la presencia de exostosis, áreas sensibles a la palpación e pérdida de la firmeza de los tejidos en una boca normal deberá palpar el suave tejido nodular de las glándulas sublinguales e los conductos submaxilares.

También palpará la firme masa de músculos que integran el piso de la boca.

El clínico deberá palpar la línea oblicua externa desde el área de premolares hasta la rama descendente.

Se deberá palpar la prominencia ósea en la cara lingual de la mandíbula debida a los ápices de los molares, así como la inserción del músculo milohioides.

LENGUA: La lengua (órgano del gusto) es una eminencia muscular móvil que ocupa la parte media de la cavidad bucal de forma irregularmente ovalada, con la extremidad gruesa posterior y cuya punta está inclinada hacia adelante.

INSPECCION: El examen clínico incluye toda la superficie de la lengua que sea posible ver. La lengua deberá observarse primero en su posición normal y después cuando está extendida.

Para aumentar la superficie de la inspección. La punta de la lengua se tomará con un pedazo de gasa entre los dedos índice y el pulgar y una vez así, se extenderá suavemente al exterior.

Las estructuras a considerar son las papilas (filiformes, fungiformes y calciformes); el foramen ciego, la amígdala lingual, las venas linguales, las glándulas y conductos linguales.

Las papilas más grandes son las calciformes y su número varía de seis a diecisiete y están situadas en frente y paralelas a la V que es el límite entre la parte anterior de la lengua y la posterior o base, formando también una V o Y. El foramen ciego es una depresión en el vértice de la V.

Las amígdalas tonsilares son acumulaciones de tejido linfático en la base de la lengua, y se puede extender posteriormente hasta la epiglotis y lateralmente hasta la amígdala palatina.

Comúnmente se ve tejido linfático en los bordes posterolaterales de la lengua asociada, con las papilas formadas. Los pacientes pueden quejarse de dolor en esta área.

Las glándulas linguales anteriores (glándulas de Blandin y Nuhn) se encuentran cerca de la superficie inferior y en la punta de la lengua. Sus conductos de los cuales hay de 5 a 7 se abren en pequeñas protuberancias de la membrana mucosa bajo la lengua. Estas glándulas ocasionalmente dan origen a mucoselas.

En la superficie inferior de la lengua en el plano medio y extendiéndose desde la superficie inferior de la lengua hasta la encía o el borde alveolar, hay un pliegue de tejido llamado frenillo lingual.

Una anchura anormal del frenillo lingual puede dar como resultado una anquiloglosia o limitación de los movimientos de la lengua.

Generalmente en el plano medio de la lengua puede ser visto en la superficie dorsal una ranura superficial llamada surco lingual medio. El tamaño y profundidad del surco es variable y generalmente una lengua con surco no es de importancia clínica.

La lengua escrotal o fisurada es una alteración congénita. Su frecuencia se ha estimado aproximadamente en un tanto de 5 a 60 por 100 (personas). Se cree que la gravedad de las fisuras aumenta con la edad. Generalmente se observa una fisura longitudinal en el dorso de la lengua con algunas laterales que parten de la primera.

En algunas ocasiones en los surcos profundos se acumulan restos de comida que pueden producir olores desagradables e inflamación.

Otras variaciones en la lengua que se consideran normales es la glositis romboidal media que es una formación congénita que aparece en la parte media del dorso de la lengua precisamente anterior al foramen ciego. Clínicamente el área está formada por nódulos ligeramente elevados, redondeados, que son adyacentes y tienden a fusionarse. La superficie es lisa y más oscura que la mucosa circundante; su mayor dimensión es en dirección anteroposterior. Ocasionalmente existe una fisura media con los nódulos agrupados a lo largo de sus paredes o bases.

Esta formación no progresa ni es regresiva, puede inflamarse debido a traumatismos o restos de alimentos que se acumulan.

El color de la lengua puede estar alterado por la presencia de papilas linguales hipertróficas y que generalmente son las filiformes. Las papilas hipertróficas se dife-

resión de las normales en que la queratina se localiza en la cresta de las micras porque el estímulo térmico, mecánico y químico es mayor. Este queratina es opaca y por lo tanto, enmascara un tejido conjuntivo sumamente vascularizado. Además la queratina es un medio húmedo absorbe agua y tiene un aspecto blanco. Las papilas hipertróficas dan origen a cambios de color en la lengua porque almacenan residuos, resinas del tabaco y microorganismos, que producen pigmentos.

Las venas de la lengua están situadas superficial y profundamente en los bordes de la lengua se puede apreciar venas prominentes que no requieren ningún tratamiento.

En raras ocasiones se aprecian en la parte posterior y lateral de la lengua en pequeña nódulo que asemeja una amígdala lingual. Estos nódulos son remanentes del conducto tirogloso.

La posición normal de la lengua en la boca es de especial significación clínica al ortodencista y al prestodencista.

En posición de descanso la punta de la lengua y sus bordes laterales se aproximan al borde de los dientes. Sin embargo, las indentaciones de los dientes pueden ser vistas en la lengua. Esto no significa que es a causa de una presión indebida y no es característica de ninguna alteración en particular.

Cuando la lengua ocupa más espacio del que es debido y se extiende sobre las superficies de los dientes; se dice que es macroglosia o es debido a un desplazamiento por factores como aumento de tamaño de las amígdalas.

La lengua debe ser examinada durante sus funciones p₂

re determinar si existen funciones anormales. El tamaño, forma y control de la lengua es especialmente importante - para la estabilidad de la prótesis, totales inferiores. - También debe ser examinada durante la deglución para ver - si hay o no hábitos anormales.

Cuando ha habido pérdida del proceso alveolar existe una tendencia de la lengua y del tejido sublingual, el - - cual se extiende desde el frenillo lingual al área glosopigilina, a extenderse sobre el proceso alveolar.

La posición normal de la lengua es tal que se encuentre relajada en el piso de la boca. El ápice de la lengua se encuentre ligeramente abajo del borde incisal de los incisivos mandibulares, y la superficie dorsal es visible - arriba de los dientes en todas partes de la boca. Muchas lenguas asumen una posición de retracción hacia arriba como respuesta a la invasión del espacio normal de la lengua por prótesis mal hechas. Una posición incorrecta de la - lengua es causa de que las prótesis no tengan buena estabilidad.

ALTERACIONES: Cualquier alteración de la lengua puede ser congénita, traumática, infecciosa, metabólica, hormonal, alérgica, hematólogica, neuro-muscular y neoplásica. El trauma es el más común.

Es importante recordar que para llegar a un diagnóstico acertado en cualquier parte de la boca, la historia clínica debe de ser hecha de una manera sistemática, para poder así descubrir todos los síntomas de una enfermedad. - La historia clínica nunca debe de ser limitada a un mero examen de la lengua. Durante el examen de la lengua, el - clínico recordará los datos más sobresalientes del interrogatorio para así poder orientar la exploración de la misma

La macroglosia cuando no se debe a cretinismo o a mi-xedemia infantil, pueda ser considerada como defecto congé-nito y no presenta cambios de resiliencia y textura como - cuando está asociada con cambios inflamatorios y neoplási-cos en que si hay cambios de resiliencia, textura, función, y sensación.

Los cambios en la superficie de la lengua son debidos - a reacciones a los drogas, deficiencias vitamínicas, ane-mia o enfermedades dermatológicas.

Infecciones crónicas, lesiones traumáticas y neoplas-mas generalmente producen grandes cambios en la consisten-cia función y sensación de la lengua.

Cuando hay manifestaciones de enfermedad dermatológi-cas que rara vez están confinadas a la lengua, el clínico, puede orientar mejor su diagnóstico si encuentra lesiones - en la boca y también en la piel. Esto no significa que - las lesiones de la boca y la piel tengan que estar relacio-nadas.

Las lesiones primarias crónicas tal como sífilis sen-de corta duración, producen pequeños cambios de sensación - en la lengua, a no ser que la lesión esté en un estado - - avanzado y el paciente tenga una historia de contacto con personas sífilíticas.

De especial significación son para el odontólogo los - manchas mucosas de sífilis secundaria. Las manchas pueden surgir como papule o vesicula la cual frecuentemente se ul - cerea.

Los cambios sensitivos en la lengua puede variar des-de una moderada sensación dolorosa a un dolor profundo. - El dolor puede ser localizado, difuso, profundo e superfi-

cial. Una sensación ardorosa es el dolor más comúnmente -
 oncentrado dicha sensación abarca generalmente los bordes-
 laterales e la punta y puede ser general e vago en su local-
 ización. La inhabilidad para localizar el dolor, es com-
 ún cuando el tacto es neurótico. El clínico deberá tener-
 cuidado cuando clasifica a estos pacientes que tienen dor-
 ler obscuro en la lengua como individuos psiconeuróticos.

La lengua ardorosa puede estar asociada con dentadu-
 ras, anemias, menopáusicas, y la sensación ardorosa es ge-
 neralmente intensificada por irritación.

Una disarmonía oclusal algunas veces como resultado,-
 per un mecanismo aún desconocido, una sensación ardorosa e
 hiperestesia en la lengua. El tratamiento es un ajuste de
 la oclusión.

En la anemia macrocítica la lengua está dolorosa y ro-
 ja. Puede estar afectada en su totalidad o solamente en -
 sus bordes laterales. Las papilas están atrofiadas o ausen-
 tes dando a la lengua una apariencia lisa y vidriosa. Es-
 tos cambios también aparecen cuando hay anemias en otras -
 enfermedades, ya que la anemia es una expresión secundaria
 de las mismas. Ciertamente que el diagnóstico de anemia -
 no se va a basar en los cambios ocurridos en la lengua, es-
 tos cambios ponen alerta al clínico para buscar otros sín-
 tomas de la enfermedad que le confirmen o cambien el diag-
 nóstico.

Las lesiones ulcerativas más comunes de la lengua son
 las úlceras traumáticas producidas por mordeduras o promi-
 nencias filosas en las piezas dentarias por caries, etc. y
 las lesiones superficiales dolorosas asociadas con estoma-
 titis herpética primaria y secundaria. Generalmente no -
 hay dificultad en hacer el diagnóstico diferencial de es-

tes lesiones. La historia clínica, las características de la lesión, y la multiplicidad de las lesiones herpéticas - tienden a hacer su reconocimiento relativamente fácil.

La lengua pilosa es consecuencia de una higiene bucal defectuosa, se debe a edema e hipertrofia de las papilas filiformes, de las cuales se extienden largos fundamentos de queratina retenida. La lengua pilosa es una reacción inofensiva que aparece en el dorso de la lengua, por lo general en la línea media y por delante de las papilas calciformes. Los pelos varían en longitud, diámetro y color, - de acuerdo con el agente causante. Las coloraciones pardas, negra, amarilla, verde o blanca puede ser ocasionada por la acción de bacterias, alimentos, drogas y diversos - tóxicos coloreados o por pigmentos de hierro de la sangre que escapan de la encía inflamada.

La lengua geográfica se conoce también con el nombre de glositis migratoria y clínicamente se observa formando áreas blancas y rojas alternadas. Las manifestaciones clínicas varían de un paciente a otro y de un día para otro - en un mismo paciente. El epitelio escamoso que recubre la lengua se vuelve queratósico e hiperplásico y presenta un aspecto blanquecino, al mismo tiempo, algunas de las papilas filiformes están descamadas y dejan una superficie roja.

Ya que las papilas fungiformes están aisladas como resultado de dichas alteraciones se observan como proyecciones rojas y brillantes. El dibujo en forma de mapa producido de esa forma cambia constantemente. Puede presentar ulceraciones una sensación de prurito y de quemadura, la cual puede aumentar intensidad, generalmente es el único - síntoma subjetivo.

En la fiebre tifoidea la lengua está a menudo sabu---

real y cubierta de dentritos parduzcos.

El fumar excesivamente puede causar una glositis ligera; la lengua de la angina de Ludwig puede estar agudamente dolorosa y tan inflamada que sobresale de la boca impidiendo al paciente, cerrarla.

En la leucoplasia, la lengua está cubierta de lesiones inmaduras, blancas que se asemejan a costuras firmemente adheridas.

Los carcinomas producen una induración importante de la lengua con destrucción y ulceración. Los hemangiomas - de la lengua se ven ocasionalmente y sólo producen algunas molestias locales.

En la miastenia grave de la lengua puede mostrar fatigabilidad anormal como la de los párpados y otros músculos voluntarios.

PALPACION: La palpación se hará estando el clínico - frente al paciente y se hará en forma bilateral y bidigital hasta donde las condiciones anatómicas propias de la - lengua lo permitan y siempre que no causen deseos de vomitar al paciente. Como la mayor parte de la lengua la forman los músculos deberá tener las características de resiliencia propia de los músculos, y, dependiendo sobre todo - el espesor del área particular de palpación deberá tener - una consistencia uniforme.

ENCÍA: Es aquella parte de la mucosa oral que cubre - los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

INSPECCION: Cuando vamos a realizar la inspección debemos fijarnos en su color, forma, densidad, nivel de in-

eración y profundidad del surco gingival.

Por lo general el color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral y es producido por el aporte sanguíneo. El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea. Es más claro en individuos de tez blanca que en trigueños de tez morena además de las variaciones en el tono rosado, la encía está sujeta a otro tipo de variación; que es la pigmentación afecta principalmente a individuos de tez morena.

La encía presenta una superficie finamente lobulada, como una cáscara de naranja y se dice que es punteada. El punteado se observa mejor al tocar la encía. La encía insertada es punteada, la encía marginal no lo es parte central de la papila interdental es, por lo común, punteada, pero los bordes marginales son lisos. La forma y la extensión del punteado varía de una persona a otra y en diferentes zonas de una misma boca. Es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y puede estar ausente en algunas personas pacientes. El punteado varía con la edad. No existe en la lactancia, aparece en algunos niños alrededor de los cinco años, aumenta hasta la edad adulta, y con frecuencia comienza a desaparecer en la vejez.

El tamaño de la encía representa la suma total de las células y elementos intercelulares y su aporte vascular.

La alteración en el tamaño de la encía es una característica común de la enfermedad gingival resultante de alteraciones de sus componentes microscópicas.

El contorno de la encía se encuentra íntimamente relacionado con su tamaño.

Normalmente la encía presenta un aspecto gusonado - con prominencia alargada correspondiente a las raíces de los dientes. Estas zonas prominentes están unidas por sus vas depresiones interdenciales que se angustan hacia el margen para unirse con las papilas interdenciales, crónicas o chatas. El contorno de las papilas interdenciales está sujeto a grandes variaciones. En casos de dientes muy juntos o apinados la papila interdental es alargada, con un contorno prominente. En dientes separados la papila interdental aparece con una eminencia redondeada o la mucosa puede unirse firmemente al hueso adyacente sin que aparezca un contorno capilar.

Según el concepto de erupción continúa (según Gottlieb) la erupción no cesa cuando el diente hace contacto con el antagonista sino que continúa toda la vida, la posición normal de la encía varía con la edad de modo que la adherencia tanto en la corona como en la raíz.

Los investigadores que sostienen que la unión amaloepenteria es la situación normal del margen gingival, consideran a la resección como patológica. Sin embargo, prevalecen las opiniones concordantes con el concepto de Gottlieb de la erupción continua, que consideran un cierto grado de resección como fisiológica. La diferencia entre resección fisiológica y patológica dependen de la extensión de la superficie radicular expuesta la resección gingival es llamada "atrofia gingival".

La profundidad del surco gingival, ideal, según Gottlieb, es cero, según las medidas de Urban y Kehler la profundidad promedio del surco gingival "normal" es: 1.8 mm con variaciones normales de 0 a 6, para medir la profundidad del surco gingival se usa la sonda periodontal.

SIGNOS CLINICOS DE LA ENCIA NORMAL

COLOR: Rosa pálido, excepto cuando hay pigmentación fisiológica.

FORMA: Deberá llenar el espacio interproximal y terminar en un borde como de filo de cuchillo o íntimamente adaptada a las superficies de los dientes.

DENSIDAD: La papila interdenteria y la encía libre y adherida deberán ser firmes y densas en todas las áreas

SURCO GINGIVAL: No deberá exceder de dos milímetros en los adultos.

INSERCIÓN: La inserción de la adherencia epitelial deberá estar en el esmalte o en la unión cemento esmalte en niños y adultos; puede estar en el cemento en individuos mayores.

ALTERACIONES: Cambios de color en la encía. Los cambios de color son signos clínicos muy importantes en las enfermedades gingivales y la gingivitis crónica es la más común. Comienza con un rubor muy leve y después el color pasa por una gama de diversos tonos: rojo, azul, rojizo y azul oscuro, a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios aparecen en las papilas interdenterias y se extienden hacia la encía insertada.

Los cambios de color varían con la gravedad de la inflamación aguda.

Los metales pesados absorbidos por vía general a raíz de su uso terapéutico o del medio ambiente ocupacional pueden producir la modificación del color de la encía y otras zonas de la mucosa bucal; como son: bismuto, arsénico, mercurio.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL

El aumento del tamaño de la encía es una característica clínica común de la enfermedad gingival.

1.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO

A).- CRONICO

1.- GENERALIDADES O LOCALIZADO.- El agrandamiento gingival inflamatorio crónico puede presentar en relación con un sólo diente o en el margen gingival de todos los dientes. Puede por lo tanto ser localizado o generalizado.

2.- CIRCUNSCRITO.- Aspecto tumoral de menos frecuencia, el agrandamiento gingival inflamatorio toma la forma de una masa circunscrita pediculada o sécil, que emerge de la papila interproximal o del margen gingival vestibular o lingual.

Cualquier factor capaz de irritar la encía puede producir un agrandamiento inflamatorio crónico.

B).- AGUDO

1.- ABESCED GINGIVAL.- Sus características clínicas son: una lesión de crecimiento rápido, localizada, dolorosa, que aparece casi repentinamente. Se limita generalmente a la encía marginal o la papila interdental.

2.- ABESCED PERIODONTAL.- Puede ser agudo o crónico. El absceso periodontal agudo aparece con una elevación ovoide de la encía vecina a la superficie lateral de la raíz. La encía de la zona atacada es edematosa, roja y con una superficie lisa y brillante.

El absceso periodontal crónico, se caracteriza corrientemente por la presencia de una fístula purulenta con un orificio en forma de cráter, en la mucosa gingival lateral

II.- AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL)

A).- MARGINAL.- Es el tipo de agrandamiento gingival que generalmente se presenta por el uso de la dentadura fija, aunque también puede haber, aunque menos frecuente, hiperplasia difusa.

B).- DIFUSO.- En este estado, toda la mucosa gingival está agrandada tanto por su cara labial como lingual, y - hasta el surco vestibular. El efecto general es una aparente distorsión del contorno maxilar y mandibular. Generalmente está atecida la encía de ambos maxilares. La encía es rosada de consistencia de cuero, y presenta una superficie característica finamente granulada.

III.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO

Este tipo de agrandamiento ocurre cuando el estado sistémico del paciente es tal que exagera o distorsiona la respuesta gingival corriente a las irritaciones locales.

A.- HORMONAL

1.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL EMBARAZO.- Puede aparecer con un aumento de tamaño bulboso y generalizado de la encía marginal o como masa circunscrita, simples o múltiples, de aspecto tumoral.

B.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL LEUCEMICO

Es necesario distinguir en los pacientes leucémicos - entre el agrandamiento gingival leucémico entre el agrandamiento gingival leucémico verdadero y el aumento del tamaño de la encía producido por inflamación, crónica no complicada. El agrandamiento gingival leucémico ocurre cuando, en respuesta a irritaciones locales, la encía se infiltra densamente con leucocitos inmaduros y proliferantes. -

En consecuencia del cuadro clínico se altera.

En contraste con el agrandamiento leucémico verdadero el aumento inflamatorio crónico no complicado es idéntico, el que se observe en individuos no leucémicos y puede ser difuso o marginal localizado o generalizado; es generalmen- te de color rojo azulado oscuro, con una superficie bri- llante irregular dentada.

C.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN RELACION CON DEFICIEN- CIAS DE VITAMINA C.

En las descripciones clásicas de la cavidad oral en el escorbuto, generalmente se incluye el agrandamiento gin- gival; es importante conocer que tal agrandamiento es esen- cialmente una respuesta condicionada a una irritación lo- cal. La deficiencia aguda de la Vitamina C, por sí sola - nunca causa inflamación gingival.

El agrandamiento gingival, relacionado con la defi- ciencia de vitamina C, es de distribución marginal, de co- lor rojo azulado, blando friable, hemorrágico y con una su- perficie lisa y brillante. Aparece en relación con irri- tantes locales.

D.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO NO ESPECIFICO

El granuloma piógeno es una forma de agrandamiento - gingival, que debe de ser considerado como una respuesta - condicionada exagerada a un trauma leve.

El aspecto clínico varía desde una masa clínica cir- cunscrita esférica pediculada de aspecto tumoral, hasta un agrandamiento achatado de aspecto de queloides de base an- cha; estas lesiones son de color rojo brillante o púrpura- friables o firmes según la duración.

V AGRANDAMIENTO GINGIVAL NEOPLASICO (TUMORES GINGIVALES)

Las neoplasias forman una proporción relativamente pequeña de los agrandamientos gingivales, y comprenden un pequeño porcentaje del número total de neoplasias orales.

Comprenden: fibroma,	nevus,	mioblastoma,
hemangioma,	papiloma de	granuloma re-
leucoplasia,	la encía,	parativo cen-
carcinoma,	melanoma me-	tral de células
	ligno,	las gigantes

y otras más...

VI AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO

Este tipo de agrandamiento aparece en la parte anterior de la boca durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Consiste en una deformación bulbosa del contorno labial y marginal de la encía del diente en diversas etapas de la erupción. Representa el espesor de la encía super-puesta sobre la prominencia normal del esmalte de la mitad gingival de los dientes.

ALTERACIONES DEL CONTORNO GINGIVAL

Entre estas tenemos las grietas de Stillman que son: indentaciones en forma de apóstrofe que se extiende desde el margen gingival hasta una distancia variable de la superficie radicular. Puede ser simple; en una sola dirección o compuesta en más de una dirección.

Feston de Mc Cell: Es un agrandamiento del margen gingival en forma de Salveidas rodeando el diente se considera el trauma de la oclusión responsable de la formación de festones de las grietas de Stillman.

Palpación: en la palpación de la encía adherida el -

clínico podrá sentir, principalmente, el contorno del hueso, al cual está unido, y solamente permitirá pequeños movimientos y se podrá apreciar su resiliencia.

La palpación de la encía libre deberá consentir suaves movimientos de presión y deberá dar una sensación de suaves movimientos.

La palpación de la superficie y una ligera torsión - revelará el grado de puntado y hasta la extensión del grado de queratinización.

La palpación de la encía libre y adherida será de especial ayuda para conocer el contorno del hueso que cubre; así como las estructuras dentales servirá para determinar el verdadero tamaño y forma de la encía y revelará la forma de las prominencias óseas.

SISTEMA DENTARIO

Los dientes son órganos duros, de color blanco amarillento, dispuestos en forma de arcos en ambos maxilares, - que componen en su conjunto el sistema dentario.

El uso de eyector de saliva facilitará la exploración. El paciente deberá recibir instrucciones para enjuagarse - la boca bastante bien antes de empezar la exploración.

INSPECCION: El color de los dientes muestra normalmente grandes variaciones; los dientes primarios son generalmente blanco-azulados, mientras que los dientes permanentes son más opacos y muestran variaciones de color gris y amarillo; a medida que el individuo envejezca.

Las curvaturas labial, lingual y bucal en los tercios cervical y medio de las coronas de los dientes están relacionadas con la protección de los tejidos periodontales, - ya que impiden que los alimentos penetren en el surco gingival y al mismo tiempo hacen que éstos, pasen sobre la encía para proporcionar estímulo y masaje a los tejidos gingivales. El clínico examinará con cuidado estas superficies ya que la saliva de los tejidos de soporte está relacionada con la forma y función de los dientes.

Al realizar la exploración del sistema dentario debemos estar preparados para encontrar un sinúmero de anomalías que se clasifican de la siguiente manera:

ANOMALIAS DE ERUPCION: Que puede ser precoz o tardía y puede presentarse en la primera o segunda dentición. Siempre que una pieza dentaria haga su aparición antes o después, pero apartándose del procedimiento normal se dice que hay una anomalía de erupción.

El conjunto de manifestaciones patológicas que se presenta durante la erupción dentaria constituye los accidentes de la dentición. Estos pueden presentarse durante la erupción de la primera dentición y de la segunda, aunque - en esta última por la frecuencia y la importancia que adquiere se limita a la erupción del tercer molar.

ANOMALIAS DE ARREGLO Y NUMERO: Siempre que la dirección, - el sitio o el número de las piezas dentarias de - un arco alveolar están perturbados se dice que la anomalía corresponde a este grupo.

DIRECCION: Siempre que un diente esté inclinado hacia cualquier de sus caras, modifica sus relaciones con los cercanos se dice que ya hay anomalía de dirección. Las anomalías de dirección se clasifican - en mesioverción, distoverción, linguoverción, labioverción, infraverción, supraverción, axiquerversión, torquiverción, etc..

SITIO: Llamada también heterotopia, puede ser por - trasportación o desalojamiento. En el primer caso un diente ocupa el lugar de otro cercano, pero siempre quedando - implantados en el mismo arco dentario (traverción).

Las heteropias por desalojamiento consisten en la - aparición de un diente en un lugar que además de no corresponderle está fuera del arco dentario.

NUMERO: Puede presentarse en dos formas:

Primera; por disminución en la anodoncia, término que se - usa para designar la falta de dientes ya sea parcial o total, pues cuando existe falta de formación de éstos, se dice que hay aplasia, cuando es total, y de hipoplasia cuando este defecto es par-

cial y por aumento cuando aparecen dientes adicionales.

Segunda: Constituyendo lo que se llama hiperplasia de la dentición que puede presentarse en sucesión como son los dientes pretemporales y pospermanentes - que son los dientes supernumerarios que realmente vienen a aumentar el número de piezas en una dentición caracterizándose éstos por tener el parecido completo a algún grupo dentario, pues cuando sus características no se parecen a ninguno de los grupos dentarios se les da el nombre de dientes accesorios.

ANOMALIAS DE LA CONSTITUCION: En éste corresponde malformaciones exteriores e interiores; de allí dos grupos:

Primero: que afecta sólo los caracteres exteriores del diente, son anomalías de forma;

Segunda: los que modifican o perturban las estructuras del tejido mismo, ya que en su disposición o en su composición forman las anomalías de estructura.

FORMA: Pueden ser parciales o totales, en este último caso pueden afectar solamente la corona o la raíz. Entre las anomalías de forma se encuentran también el gigantismo y enanismo que también puede ser parcial o total.

Las cúspides y raíces supernumerarias también corresponden a este grupo.

También aquí quedan comprendidos los dientes geminados, los fusionados, concrescentes, los incluidos en otros dientes o dens in dent.

ESTRUCTURA: Las anomalías interesan los elementos histológicos del diente cuando las lesiones son superficiales

y si se limitan a un sólo tejido se dice que son simples, pero si las relaciones y las proporciones de los tejidos son alterados se dicen que son complicados.

Entre las anomalías de estructuras simples, tenemos las erecciones y manchas cuando interesan sólo el esmalte y los espacios interglobulares de Czermak cuando interesan la dentina.

La atricción que se define como la destrucción y caída de las estructuras dentales por las fuerzas activas de la masticación.

Aunque la atricción puede considerarse como una destrucción fisiológica de las estructuras dentales, la "abración", al contrario, es patológica también una destrucción de la sustancia dental pero debido a procesos mecánicos anormales y no por medio de la masticación.

Las causas más frecuentes de abración son los dentífricos abrecivos, el uso inadecuado del cepillo de dientes, la masticación de la pipa, morder el hilo, abrir imperdibles y otras costumbres semejantes en la que los dientes estén expuestos a fuerzas abrecivas enormes.

LESIONES TRAUMATICAS: Las lesiones traumáticas de los dientes, por su gravedad, pueden ser:

- | | | |
|----------------|------------------|---------------|
| 1o. contusión | 2o. caeduras | 3o. fracturas |
| 4o. luxaciones | 5o. hundimientos | |

LESIONES CARIOSAS: Las caries se puede definir diciendo que es un proceso químico biológico caracterizado por la desintegración más o menos completa de los elementos constitutivos del diente.

Las caries se presenta generalmente en las zonas don-

de existe poca o casi nada de autoclisis.

Fosas y fisuras, ceras proximales de todos los dientes alrededor del punto o superficie de contacto e nivel - del suelo de los dientes, especialmente en las ceras vestibulares y lingual y en las hipoplasias del esmalte.

La iniciación del proceso se hace por un cambio de coloración en la superficie externa del esmalte, variable desde el blanco cetráceo en sus iniciaciones hasta el pardo negrozco. En las caries incipientes, es necesaria una observación detenida para descubrir estos cambios de color que pasan desapercibidos por la saliva.

Las lesiones cariosas incipientes presentan una superficie rugosa al explorar en las lesiones un poco más avanzadas, el explorador se detiene ya que la caries ha avanzado también en su profundidad.

Todas las restauraciones deben ser cuidadosamente exploradas ya que pueden presentar caries recurrente.

En la exploración hay que usar un explorador fino para poder percibir hasta las lesiones cariosas incipientes. Todas las superficies de un diente deben ser examinadas antes de pasar al diente siguiente. El examen debe empezar en las superficies oclusales, después en las ceras proximales y por último, las ceras labiales y linguales o viceversa.

Ningún examen puede considerarse completo sino se examinan surcos, fosas y fisuras que son las áreas de propensión en todos los dientes.

Durante nuestra exploración de ningún modo pasaremos por alto el observar la oclusión de nuestros pacientes.

OCCLUSION PRIMARIA: El arco dental mandibular se alinea dentro de los maxilares a lo largo de su circunferencia total. La mayoría de los arcos primarios son ovoides y parecen que sufren menos variaciones en forma que los permanentes. Suele haber espaciamiento generalizado de todos los dientes anteriores la falta de dicho espaciamiento puede deberse a dos razones: estrechez de los arcos, o dientes anchos.

La mayoría de los arcos tienen espacios algo más anchos, especialmente en relación a caninos maxilares y distalmente a caninos mandibulares.

Cuando se complete la primera dentición, las superficies distales de los segundos molares superior e inferior. Generalmente forman un plano terminal recto. Este plano terminal nivelado puede permanecer invariable hasta que se exfolien los segundos molares primarios.

Las caries interproximales, los hábitos de succión o una deformidad de la base ósea pueden dar origen a un escalón en el plano terminal. Esto es, la superficie distal del molar inferior es distal a la misma superficie del molar superior. En casos de hipertrofia mandibular se produce el fenómeno inverso y se desarrolla un escalón mesial.

Cuando el plano terminal es recto hasta que aparecen los primeros molares permanentes, éstos, tienen relación de extremo con extremo que se considera "normal" cuando menos en norteamérica.

Normalmente los incisivos primarios son casi perpendiculares al plano de oclusión con una ligera sobremordida excesiva, debe sospecharse alteraciones de la relación vertical del esqueleto facial.

OCLUSION DE LOS DIENTES PERMANENTES: En la oclusión - central o posición de descanso, hay encajamiento de los túbulos superiores e inferiores de los dientes posteriores y de los dientes anteriores inferiores y las caras palatinas de los anteriores superiores en esta oclusión en - los casos normales, los bordes incisales de los anteriores inferiores están en contacto con las caras linguales de los anteriores superiores poco más o menos en el punto de - - unión de los tercios incisal y medio.

Este contacto de los anteriores ha sido considerado - normal. Es probablemente, el más eficaz pero hay considerables variaciones que pueden, sin embargo, incluirse dentro de los límites de lo normal. En algunos casos, los bordes incisales, de los anteriores inferiores están en contacto con los bordes incisales de los anteriores superiores. Lo que se denomina oclusión "término terminal"o, vulgarmente "mordida de borde a borde".

En realidad es imposible dar un patrón de oclusión - normal para los adultos ya que una oclusión que se considere normal a los 18 años, no puede ser normal si se presenta en una persona de 40 a 50 años.

Sin embargo, podemos decir que el grado de atricción - aumenta con la edad.

Con respecto a la posición de los dientes, se conoce que estos tienen una posición especial. Con una cara distal tocando la mesial del diente contiguo más lejano a la línea media.

Examinaremos la primera molar superior que debe ocluir en el surco vestibular de la primera molar inferior. El - tubérculo palatino cae en la foseta central de la primera molar inferior tanto el lado derecho como el izquierdo de -

ben estar iguales.

El brazo mesial del canino inferior debe ocluir con la cara palatina del incisivo lateral superior en la unión del tercio incisal con el medio aproximadamente (pudiendo llegar hasta el tercio medio) y el brazo distal del canino inferior ocluye en la cara palatina del canino superior. - La mitad mesial del premolar inferior ocluye con la mitad distal del canino superior.

Para clasificar las maloclusiones tomaremos como patrón la clasificación de angle.

1a. clase: NEUTROCLUSION.

El tubérculo mesiovestibular de la primera molar ocluye en el surco vestibular de la 1a. molar inferior tanto - el lado derecho como el izquierdo debe estar así.

1er. tipo: Amontonados los dientes anteriores tanto - los superiores como los inferiores y están los caninos en infrroclusión y labioverción.

2o. tipo: Están los dientes anteriores en labioverción arco estrecho, bóveda palatina alta, labio superior corto, la mordida puede ser abierta o cerrada.

3er. tipo: La cara labial de los dientes superiores - ocluyen en la cara lingual de los inferiores.

4o. tipo: Molares y premolares pueden estar en labioverción e caer en la cara oclusal de los inferiores ya sea que el arco superior esté más ancho o más estrecho que el inferior.

5o. tipo: El arco está mutilado, se hizo una extracción, (realizado el ejemplo de la 2da. molar primaria) y - la primera molar superior o inferior se mesializó y nos da

una falsa clase 2 (si es superior y clase 3 (si es inferior).

2da. CLASE DISTOCLUCION:

El tubérculo mesiovestibular de la primera mola superior cae adelante del surco vestibular de la 1a. molar inferior pudiendo caer entre la 1a. molar y 2da. premolar.

SUBTIPOS: Cuando la distoclusión ocurre con un sólo lado del arco dental constituye un subtipo:

1er. tipo: Dientes anteriores con protusión arco estrecho bóveda alta, labio superior corto y hay mucha presión muscular, mandíbula reducida. (Ejemp: respiradores bucales).

2do. tipo: Los dos centradas están en retrusión, pero articulándose con la cera labial de los inferiores, los laterales están fuera del arco, el arco es amplio, mordida cerrada y la presión muscular es normal.

3ra. clase: (mesiooclusión); el tubérculo mesio bucal de la primera molar superior cae detrás del surco vestibular inferior pudiendo caer entre la 1a. y 2da. molar inferior.

SUBTIPOS: Pueden ser bilateral o unilateral.

1er. tipo: Los dientes no están amontonados, los arcos no están estrechos pero al ocluir la mordida es borde con borde.

2do. tipo: El arco superior es estrecho están amontonados los dientes anteriores superiores (quizás los inferiores) y al ocluir la cera labial de los incisivos superiores tocan la cera lingual de los inferiores.

3er. tipo: Es un verdadero prognatismo. Los dientes-

anteriores no hacen contacto dientes inferiores especializados el cuerpo de la mandíbula está deformado.

4a. clase; Combinación de la 2da. y 3a. clase. En un lado puede ser mesioclusal y en el otro distoclusal.

PALPACION; Por medio de ella observamos si hay movilidad y en qué grado se encuentre. La dirección de la movilidad puede ser vestibulo.lingual, mesiodistal o vertical. - Dividiéndose en;

GRADO I; La movilidad es semejante a la obtenida al colocar un separador entre dos piezas dentarias durante 24 horas.

GRADO II; Se observa una movilidad del diente en dirección vestibulo lingual.

GRADO III; Se observa la misma movilidad que en el grado anterior y además en sentido mesiodistal.

GRADO IV; En la que existe una movilidad tan acentuada que las piezas dentarias parecen que salen del alvéolo.

PERCUSION; La percusión tiene valor para diagnosticar afecciones de la membrana periodontal y alteraciones pulpares secundarias. En casos de sensibilidad de las piezas de una arcada sirve para precisar la pieza responsable de dicha sensibilidad. En estos casos se empleará la percusión indirecta valiéndose del mango de un instrumento.

Si al percutir sobre una pieza dentaria el paciente acusa un dolor marcado, puede tratarse de una alteración para endodencia aguda y si la molestia es leve puede tratarse de una alteración para endodencia crónica.

El efecto sonoro de la percusión puede ser un dato valioso.

C A P I T U L O I I I

ARTICULACION

TEMPORAL

MANDIBULAR

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: La articulación temporomandibular se localiza inmediatamente por delante del orificio auditivo externo. La articulación temporomandibular está rodeada de una delgada cápsula fibrosa tapizada por una membrana sinovial, que se origina en la circunferencia de la articulación temporal y se inserta en el cuello del cóndilo.

La articulación se establece mediante el cóndilo de la mandíbula y la cavidad glenoidea y eminencia articular de la superficie inferior de la escota del temporal, donde el cóndilo queda comprendido dentro de la cápsula articular. La porción más estrecha que une el cóndilo a la rama de la mandíbula es el cuello.

Para realizar un buen diagnóstico sobre las alteraciones que afectan a la articulación temporomandibular es esencial realizar primeramente una buena historia clínica.

Después de realizar la historia clínica se dirigirá la atención sobre la función mandibular. Se pide al paciente que abra su boca al máximo, de esta forma la magnitud de la apertura mandibular podrá observarse. Si esta magnitud es limitada y el dolor acompaña el movimiento se pide al paciente que señale el lugar donde se localiza el dolor. Lo cual puede corresponder a la zona de la articulación temporomandibular, o a una porción de determinado músculo, tal como es el caso del temporal o la porción superior del masetero. Durante la palpación muscular, la ubicación del dolor puede establecerse de una manera más exacta.

Una vez conocida la ubicación del dolor, se pide al paciente que abra la boca hasta el punto doloroso. Con la ayuda de un calibre interno, se mide la distancia en milímetros entre la línea media de ambas maxilares superior-

e inferior. Se anota luego la apertura máxima mandibular que el paciente presenta con o sin dolor.

Si la apertura está limitada se toma nota la dirección de la desviación de la mandíbula durante el movimiento.

Si existe una amplia apertura, se observará su carácter, en los movimientos de apertura y cierre. En los pacientes con chasquidos en las articulaciones temporomandibulares generalmente existe una incoordinación de los músculos mandibulares. Esto ocasiona movimientos asimétricos de las cabezas de los cóndilos, resultando trayectorias de apertura y cierre irregulares. Estas trayectorias pueden anotarse para futuras referencias.

Una vez que hayan sido estudiados los movimientos de apertura y cierre se pide al paciente que demuestre su habilidad para realizar movimientos de lateralidad derecha e izquierda, así como movimientos de protrucción y retrusión. Como ya ha sido descrito, la ubicación de los síntomas que acompañan a tales movimientos, así como su carácter y magnitud, debe ser anotada, si la mandíbula se desvía hacia un lado en el movimiento de protrucción, también hay que tomar cuenta de ello.

Una vez observados la magnitud y el carácter de los síntomas que acompañan los movimientos mandibulares, se concentra la atención sobre las articulaciones temporomandibulares propiamente dichas.

PALPACIÓN: Debe efectuarse sitando al clínico detrás del paciente y debe ser bilateral.

La palpación de la porción de los cóndilos, con los dientes en contacto, puede poner en evidencia una localización dolorosa. Parte de la porción distal podrá palparse

en las mandíbulas separadas. Si hay una limitación en los movimientos condilar, parte de la porción distal podrá palparse a través del meato auditivo externo. Los movimientos de las articulaciones deben ser suaves libres de ruidos o espasmos musculares.

Además la magnitud de los movimientos condilares también puede verificarse por medio de la palpación. Usada una posición frontal el paciente se apoya levemente el dedo índice sobre las cabezas de los cóndilos. Cuando el paciente abre su boca por completo, la magnitud de los movimientos y el carácter de los mismos mandibulares, se pondrá en evidencia.

Durante el estudio de los movimientos condilares, uno puede ver si los movimientos individuales son simétricos o bien, asimétricos entre sí. Observando la línea media de los dientes del maxilar inferior durante la palpación se podrá establecer mejor la relación de las cabezas de los cóndilos entre sí.

AUSCULTACION: La palpación de las articulaciones temporomandibulares durante los movimientos de la mandíbula puede también revelar la presencia de chasquidos o crepitaciones.

Tales sonidos sin embargo, pueden percibirse con mayor exactitud mediante el empleo de la auscultación mediante. Se pide al paciente que mueva la mandíbula en una forma determinada y se tome nota de los sonidos que acompañe cada movimiento o bien, determine fase de algún movimiento.

GLÁNDULAS SALIVALES

Es necesario el examen bianual de las glándulas sali

vales y puede recogerse mucha información con el dedo examinador. El examen manual se efectúa correctamente colocando un dedo dentro de la boca y la mano opuesta sobre la lesión. La manipulación cuidadosa de ambas manos puede proporcionar los siguientes datos.

LOCALIZACION DE LA LESION: Las lesiones de los conductos se palpan mejor por dentro de la boca dentro de la boca cuando la lesión se encuentre en el conducto submaxilar o en el tercio anterior del conducto parotideo. Las lesiones del hilio de la glándula submaxilar inmediatamente por delante del punto en que pasa por debajo del músculo milohioides también se palpan mejor por dentro de la boca. La mayoría de los cálculos salivales corresponden a esta categoría.

Las lesiones situadas por fuera de la musculatura de la boca pueden ser desplazadas hacia afuera de la musculatura de la boca por el dedo intraoral. Pueden desplazarse porciones de las glándulas mismas y su textura apreciarse más fácilmente. Los ganglios y tumores pueden sujetarse e identificarse. Las lesiones que no son palpables o movibles desde el interior de la boca se juzgan en relación con su localización. Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite estimar la naturaleza de la lesión y, por lo tanto, de la localización de la lesión. Las lesiones situadas fuera de los conductos raras veces producen púas dentro del sistema canicular a menos que estén tan avanzadas que los ocluyen por presión.

CONSISTENCIA DE LA LESION: Las lesiones circunscritas tales como los tumores mixtos, ganglios inflamatorios aumentados y schwannomas se mueven y pueden desplazarse fácilmente.

De este fenómeno se saca en conclusión que la lesión no ha invadido los tejidos vecinos y no está rodeada exúrg de inflamatorio difuso. Por lo tanto, no debe esperarse que áreas inflamadas agudas, abscesos, tumores malignos invasores o su diseminación linfática sean fáciles de movilizar. Una excepción es el ganglio linfático invadido por metastásicos tempranos y que todavía no ha perdido su integridad capsular.

Las lesiones duras tienen pobre pronóstico. En general, la induración del área en cuestión es un signo grave, especialmente si faltan los signos cardinales de infección o no se encuentran en proporción con la historia del tratamiento. La induración es típica de las lesiones invasoras-malignas y este signo debe considerarse como diagnóstico hasta que no se pruebe lo contrario.

La consistencia del resto de la glándula es muy importante. Las lesiones malignas rara vez abarcan la totalidad de la glándula o menos que están infectadas o muy eventuales. Por lo tanto, una porción de la glándula aparece normal a la mano examinadora. Las infecciones, por el contrario generalmente producen tensión en toda la glándula, lo mismo que la obstrucción de los conductos.

La separación de la glándula de las lesiones que en realidad no la afectan, es también muy importante. En muchas ocasiones la tumefacción corresponde aparentemente a la glándula, pero la palpación y sujeción digital de la glándula o de la lesión, demuestran que ésta sólo tiene una relación anatómica y no histológica con la glándula. Esto es particularmente cierto en el quiste branquial, en los quistes dermoides, en las hipertrofias ganglionares y en los aumentos de volumen inflamatorios primarios de los dientes. En estos casos la consistencia de la glándula no

afectada es normal.

Muchas lesiones tienen consistencia típica. Los abscesos son generalmente fluctuantes; los quistes dermoides y otros quistes de pared gruesa generalmente es firme y - tensa.

Es obvio que la consistencia de la lesión es un signo diferencial importante.

REACCION SUBJETIVA: La respuesta subjetiva del paciente al examen bimanual con frecuencia varía de acuerdo según la naturaleza de la enfermedad. Los estados inflamatorios generalmente se acompañan de dolor, que aumenta con la manipulación. Debe recordarse que los tumores que se han infectado o que han invadido estructuras sensoriales - pueden también ser dolorosas, pero ese dolor generalmente es un signo de malignidad tardía y no temprano.

Los tumores benignos, los de poca malignidad y los tumores malignos que comienzan rara vez son dolorosos. La manipulación puede llevarse a cabo sin quejas del paciente a menos que se prolongue lo suficiente para provocar molestias.

Por lo tanto, por otro lado, los tejidos que recubren un cálculo salival casi siempre son sensibles a la incompresibilidad del cálculo, a los procesos agudos algunas veces presentes y a la inflamación de los conductos vecinos.

CAPITULO IV

SALIVA

- - -

-

La saliva es un líquido incoloro, viscoso, inodoro e iridiscente, producto de la secreción de todas las glándulas salivales.

La cantidad de saliva secretada por el hombre en 24 - horas es de 1,000 a 1,500 c.c., pero la producción total - de la glándula en reposo es sólo de unos 0.25 c.c., por minuto.

Los trastornos salivales como la xerostomía (resequedad de la boca) pueden ocasionar alteraciones tisulares en la cavidad bucal. La xerostomía puede ser completa o incompleta; temporal o permanente; localizada o generalizada puede ocurrir temporalmente por estados emocionales, por deshidratación secundaria a diarrea o enfermedad febril.

La salivación excesiva o ptialismo no provoca ninguna alteración tisular. A menudo resulta particularmente molesto en el embarazo; se desconoce su causa en éste. La sialorrea puede ser producida por prótesis incorrectas, de dolor en la boca, intoxicación astélica, sustancias con sabores desagradable, etc., para encontrar las causas de estos síntomas. El clínico deberá valorar el grado y duración de ellos y después revisar la historia clínica.

Cuando las circunstancias obliguen al clínico a tomar muestras de saliva para análisis, las condiciones para recolección deben incluir:

- 1o. Un estado fisiológico definido, con el aparato digestivo en reposo (antes del desayuno).
- 2o. No limpiar los dientes ni la boca, ni fumar antes de recoger la muestra.
- 3o. Dejar transcurrir como un par de horas entre el momento de levantarse y el de la recolección, que in

ciuya 15 minutos de reposo inmediatamente antes de ésta.

HALITOSIS

La presencia o ausencia de halitosis se determina por parte del observador de preferencia empleando su propio sentido del olfato. No existen dispositivos mecánicos ni pruebas químicas sencillas que demuestren con precisión la presencia de halitosis. Se ha empleado el Osmoscopio, pero su función principal consiste en determinar la intensidad de un olor más que su presencia o ausencia; además, los resultados son subjetivos. El instrumento consiste en un largo tubo con diferentes agujeros que pueden abrirse o cerrarse a voluntad para diluir el olor con aire. Se va loro la intensidad diluyendo el olor hasta que desaparece, o disminuyendo la dilución con aire hasta que puede empezarse a percibir el olor.

Cuando un paciente se queja de halitosis se hacen necesarias exámenes completos no sólo de la cavidad bucal si no también de los aparatos respiratorio y digestivo.

Las causas bucales o «locales» comprenden:

- 1) Mala higiene dentaria (residuos de alimentos, penetración de alimentos, precipitaciones calcáreas), que permiten que los componentes orgánicos entren en fermentación o putrefacción;
- 2) poca limpieza de las prótesis;

- 3) Afecciones del periodontio, especialmente las que tienen un intenso componente infeccioso;
- 4) Las lesiones abiertas de caries rellenas de partículas de alimentos;
- 5) Las lesiones de los tejidos blandos con ulceraciones, hemorragias o necrosis;
- 6) Los puntos en que se han practicado intervenciones o extracciones;
- 7) El exceso de fumar o de otros usos del tabaco y la ingestión de alimentos o bebidas de olor intenso.

Con frecuencia existen causas generales responsables de la halitosis; comprenden:

- 1) Enfermedades del aparato respiratorio (tráquea, bronquios y pulmones);
- 2) Aire expirado que contiene sustancias odoríferas eliminadas a través de los tejidos pulmonares;
- 3) Acumulación anormal de componentes de la sangre, como el olor amoniacal que acompaña a la uremia o el aliento de acetona de la diabetes.

C A P I T U L O V

EXAMEN

RADIOGRAFICO

--

-

Las radiografías dentales, acompañadas de la historia clínica y del examen clínico constituyen el auxiliar más importante del diagnóstico oral.

Las radiografías bien tomadas y examinadas en condiciones apropiadas pueden revelar evidencias de enfermedades que no pueden ser descubiertas por ningún otro método.

Hay numerosas situaciones patológicas que no pueden ser determinadas clínicamente cuando están cubiertas por tejido normal, aún así la radiografía puede revelar dicha situación en su estado incipiente. Ejemplo: quistes, tumores, neoplasmas de huesos, etc...

El abuso de radiografías para detectar únicamente la caries dental aumenta la negligencia para otros problemas dentales mayores.

Si en C. Dentista se muestra negligente para tomar radiografías está ignorando la valiosa ayuda que proporcionan para el diagnóstico.

Los requisitos de cualquier buena radiografía prescindiendo de la técnica son:

- 1.- Una imagen clara bien marcada del área anatómica interesada.
- 2.- Inclusión de un área normal alrededor del área patológica que está siendo examinada.
- 3.- Contraste apropiado entre tejidos de diferente densidad.
- 4.- Mínimo de distorsión.

La interpretación, que es, por supuesto lo básico del arte roentgenológico, para ser correcta exige, primero, una noción de las sombras producidas por las formaciones -

dentarias, alveolares y adyacentes en estado normal; en -- segundo lugar, pericia para distinguir las desviaciones -- con respecto a lo normal, tal como quedan registradas en -- la película. El tercer paso y el más importante, es inter- preter en las variaciones del tono blanco al negro, la na- turalidad de la circunstancia que las ha producido.

El C. Dentista puede emplear películas intraorales y extraorales.

Un examen completo de la boca incluye 14 radiografías periapicales y 2 con alambres de sujeción.

- 1.- Como radiografía suplementaria se emplean las pelí- culas oclusales.
- 2.- Película extraoral para una vista lateral de la mandí- bula.
- 3.- Vista lateral del cóndilo.
- 4.- Radiografía de la articulación temporomandibular.

C A P I T U L O V I

EXAMENES

SUPLEMENTARIOS

--

-

Para completar el examen de un paciente es necesario efectuar los exámenes suplementarios.

ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS

En algunas ocasiones será necesario conocer qué antibiótico es más efectivo contra la bacteria causante de la enfermedad al paciente.

Los métodos de laboratorio para determinar la efectividad de los antibióticos son solamente sugestivos dado que hay muchas variables que están presentes in vivo y que no lo están in vitro.

Debido a que muy pocos consultorios odontológicos tienen el equipo necesario para cultivar el espécimen, éste tiene que ser tomado en el consultorio y ser mandado inmediatamente al laboratorio o referirse al paciente al laboratorio.

Pruebas de la actividad cariosa presente en individuos susceptibles a la caries.

Las pruebas se hacen efectuando varias diluciones de saliva en caldo de ácido glucósico. Los cultivos son incubados a la temperatura del cuerpo por 4 días y se estiman cuantitativamente el número de lactobacilos producidos.

De 1,000 a 10,000 lactobacilos por mililitro de saliva sugieren una actividad cariosa baja.

50,000 lactobacilos por mililitro de saliva generalmente indica una gran actividad cariosa.

El control microbiológico se efectúa antes de obturar un canal radicular. Dicho control se lleva a cabo haciendo una siembra de la secreción recogida en la unión CDC (cemento, dentina-conducto), por medio de una punta de pa-

pel estéril; previo lavado y secado del conducto.

ANÁLISIS DE LABORATORIO

El examen sistemático de la sangre y de la orina algunas veces nos revela estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico y se efectuarán en todos los pacientes que se vayan a internar en el hospital o en aquellos que sospechemos una alteración por los datos recogidos en la historia clínica.

El examen de la sangre debe incluir valor hematócrito y cuenta de leucocitos. Esto se pide comúnmente como examen completo de la sangre. El número de leucocitos está dentro de 4,000 y 6,000 células por mm^3 de sangre.

No sólo se encuentra el número de leucocitos en lo que respecta a aumento o disminución, sino también el porcentaje de los distintos tipos, normalmente hay 60 ó 70 por 100 de leucocitos, polimorfonucleares, 20 a 30 por 100 de linfocitos, 4 a 5 por 100 de monocitos, 1 por 100 de eosinófilos y 0.5 de basófilos.

El hematócrito nos presenta un índice excelente de la relación de los glóbulos rojos y plasma. El volumen de la sedimentación de los glóbulos rojos se expresa en porcentaje después de que la sangre ha sido centrifugada. La cifra normal para los hombres es de 50; para las mujeres es de 35 a 45. Un paciente con valor hematócrito bajo representa un estado de anemia y debe recibir atención médica inmediata, ya que puede necesitar transfusiones. El hematócrito se complementa con el examen de hemoglobina y determina fácilmente algunos tipos de anemia.

Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio según las necesidades del paciente; con tiempo-

de sangrado, de coagulación, de protrombina y número de plaquetas.

Las pruebas de sangrado y de coagulación pueden llevarse a cabo en el consultorio dental.

El método de Duke para el tiempo de sangrado no hace con una pequeña punción en el lóbulo de la oreja, con una aguja o punta de bisturí.

Cada 30 segundos se recoge el sangre en un pedazo de papel absorbente. El tiempo normal de sangrado es de 2 a 3 minutos.

El tiempo normal de coagulación es de 5 a 7 minutos. Y se efectúa colocando varias gotas de sangre en un portaobjetos y cada minuto se pasa una aguja. Cuando la fibrina se adhiere a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo.

El tiempo de protrombina (método de Quick) puede variar de 9 a 13 segundos y da magnífica información sobre los más comunes casos de trastornos de la coagulación. Es muy superior al tiempo de coagulación ya que éste último sólo detecta el 20% de los estados hemorráxicos, escapándose un 80% de causas patológicas.

ORINA:

Cantidad normal: de 800 a 1,600 mililitros en 24 horas.

Aspecto: ración emitida es clara y transparente.

Olor: Sin olor.

Color: Desde el paja claro al ámbar.

Reacción: ligeramente ácida.

Entre los elementos anormales que más nos interesa se encuentra el aumento de glucosa que cuando pase de 1.80 y por mil puede sospecharse la existencia de diabetes.

Biopsia: Es la extirpación y el examen del tejido de un individuo vivo. La biopsia en su significado más amplio, incluye cuantos exámenes pueden verificarse en un tejido para llegar a un diagnóstico definitivo.

La biopsia nos da el más alto grado de exactitud en la determinación de la naturaleza de la lesión.

La biopsia es usada para confirmar el diagnóstico de presunción hecho en los hallazgos clínicos o radiográficos.

Para extirpar tejidos hay diversos métodos que el profesional puede utilizar. Entre ellos se incluyen:

- 1.- La biopsia por escisión quirúrgica es aquella en la cual, la lesión es extirpada en su totalidad para su examen.

Esto se efectúa con mayor frecuencia en las lesiones pequeñas.

En este caso debe incluirse algo del tejido normal vecino.

- 2.- La biopsia por incisión quirúrgica es aquella en la cual, para el análisis del tejido, se extirpa solamente una parte de la lesión.

El tipo de procedimiento se adopte a las grandes lesiones, en las cuales es necesario obtener un diagnóstico definitivo antes del tratamiento total.

- 3.- La biopsia por punción puede efectuarse cuando la lesión se encuentra por debajo de la superficie -

del cuerpo, en una región inaccesible o en un hueso. La biopsia por punción debe utilizarse sólo cuando están definitivamente contraindicados otros tipos de biopsia.

4.- La biopsia por sacabocado implica la extirpación de tejido por medio de un instrumento que produce este tipo de corte. Se utiliza donde la incisión está contraindicada.

5.- El uso de la citología exfoliativa como método de diagnóstico en la cavidad bucal es una ayuda definitiva para el C. Dentista. Por tal método se toman las células superficiales de un área sospechosa y se tinen específicamente por el método de papanicolaou, para determinar la malignidad o benignidad.

6.- Los cortes por congelación consisten en el congelamiento rápido del tejido extirpado para poder seccionarlo, teñirlo y lograr en unos cuantos minutos la interpretación microscópica. Este método es útil cuando se está efectuando una intervención quirúrgica.

Pruebas de vitalidad pulpar: Estas pruebas se basan en que la excitabilidad de la pulpa dental está en relación con el estado fisiológico de ella.

Los procedimientos clínicos utilizan estímulos mecánicos, químicos, térmicos y eléctricos. Cada uno de ellos tienen sus limitaciones.

El estímulo mecánico se efectúa con un explorador o con una frasa. Es difícil de evaluar y es considerado de poco valor.

El estímulo químico tiene el gran inconveniente de

que nunca ha sido inteligentemente humano.

Los más usados son el térmico y el eléctrico, y son de considerable valor cuando sus limitaciones son conocidas.

El uso de la estimulación eléctrica se basa en el hecho de que el dolor es una experiencia sensitiva específica medida a través de las estructuras nerviosas, la cual está separada de otras sensaciones como presión, calor, etc...

La pulpa siempre responde con dolor a cualquier estímulo.

El probador eléctrico de pulpas conocido por nosotros es el Ritter que libera una corriente de cerca de 20,000 - ciclos por segundo de corta duración, a un diente que es el electrodo. La intensidad de la corriente puede ser regulada por un anillo circular unido al mango del instrumento.

Una escala arbitraria de 0 a 10 es proporcionada para indicar el grado de corriente tolerado por el paciente.

Una luz de neón está presente en el circuito para indicar si la corriente está siendo librada o no, en el diente.

El operador sostiene el probador de pulpas con una mano y completa el circuito tocando al paciente con la otra mano.

El fabricante recomienda aplicar un poco de pasta dental en lugar de agua, en la punta del diente electrodo para asegurar adecuado contacto eléctrico.

Poco a poco se aumenta la corriente hasta observar en el paciente alguna reacción.

Siempre se efectúa la prueba de vitalidad pulpar en la pieza homóloga en caso de que existe en la boca del paciente; y en el último caso la correspondiente de la arcada opuesta.

INTERPRETACION: Cuando la reacción de la pieza es negativa o distinta a la pieza homóloga que se considere normal, se pensará que hay una alteración pulpar, pero de ninguna manera servirá para hacer un diagnóstico con este dente aislado.

Pruebas térmicas.- Para la prueba de calor se puede usar:

- 1.- Agua a 40 grados centígrados.
- 2.- Aire caliente.
- 3.- Gutapercha calentada.
- 4.- Un brujidor caliente que es lo preferido.

Para la prueba que es lo preferido:

- 1.- Agua fría 14° C.
- 2.- Aire frío.
- 3.- Algodón empapado en cloruro de etilo.
- 4.- Hielo que es el medio mejor.

Con el sólo interrogatorio se puede a veces lograr (en un paciente inteligente) los datos para el diagnóstico diferencial de alguna de las tres especies de hiperemia: arterial, venosa y mixta.

Además, nos valemos de los siguientes medios de diagnóstico:

- 1.- El frío, el que la hiperemia activa responde en-
tas y más intensamente que la pieza homóloga con-
pulpas sana.
- 2.- El calor, que hace reaccionar más a la hiperemia-
pasiva.
- 3.- Una gote de agua mezclada con mucha azúcar, con -
lo que se obtendrá en la hiperemia mixta un dolor
igual que el provocado, por el frío o el calor.
- 4.- La prueba eléctrica (con un probador pulper) e -
le que las hiperemias reaccionan con menos corrien-
te que la pulpa normal.

El diagnóstico diferencial clínico de las hiperemias-
se establece con el hecho de la desaparición inmediata del
dolor al quitar la causa.

MODELOS DE ESTUDIO: Son de gran ayuda en el diagnósti-
co y plan de tratamiento cuando el paciente está fuera del
consultorio dental.

La articulación de los modelos de estudio será mate-
rial de ayuda al clínico en la evaluación de la función -
oclusal y permite que los ajustes sean hechos y su efecto-
notado antes de hacer el mismo procedimiento en la boca.

Esta información permite al clínico decidir que próte-
sis es más apropiada y qué cambios pueden ser hechos duran-
te la preparación de dicha prótesis.

También sirven como "ayudas visuales" para las expli-
caciones al paciente y son útiles para las comparaciones -
pre y post-tratamiento, así como para las visitas de con-
trol.

Solución reveladora: Es de gran ayuda en la localiza-

ción de películas mucinosas sobre los dientes, la demostración de las mismas al paciente, en determinar la eficiencia de los cuidados caseros y en localizar las superficies rugosas e irregulares de los dientes que generalmente aparecen manchados.

F_1_14

CONCLUSIONES

- I. La exploración y la anamnesis constituyen las armas más valiosas con que cuenta el clínico para emitir un diagnóstico acertado.
- II. Para efectuar una buena exploración es necesario tener un claro concepto de la apariencia de los tejidos normales.
- III. Durante la exploración, el clínico debe recordar los datos más sobresalientes del interrogatorio para así poder orientar la exploración misma.
- IV. Las radiografías dentales acompañadas de una buena historia clínica, constituyen el auxiliar más importante del diagnóstico oral.
- V. Los exámenes suplementarios únicamente nos deben confirmar o rectificar el diagnóstico de presunción, pero de ninguna manera lo formularán.
- VI. Los tejidos de la boca, son indicadores fidedignos del estado de salud general.
- VII. TRATAMIENTO: Puede haber muchos.
DIAGNOSTICO: Sólo hay uno.

BIBLIOGRAFIA

1.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Edward V. Zegarelli

Austin M. Kutscher

George A. Hyman

Edit. Selvat

2.- ORAL DIAGNOSIS.

Herr, Ash, Millard

Edit. Mosby Company

3.- CIRUGIA BUCAL.

Kruger Gustav

Edit. Interamericana

4.- ANATOMIA DENTAL.

Diemon M.

Edit. Hispano-Americano

5.- ORTODONCIA.

Moyer Robert

Edit. Interamericana

6.- PATOLOGIA BUCAL.

Quiroz Fernando

Edit. Porrúa

7.- PATOLOGIA ORAL.

Thoms

Edit. Hispano-Americano

8.- OPERATORIA DENTAL.

Rittaco

9.- PROPEDEUTICA MEDICA.

Nejor Ralph
Edit. Interamericana

10.- PROPEDEUTICA MEDICA.
Francisco Cuevas
Edit. Mández Cervantes

11.- PRACTICA ENDODONTICA
Louis I Grossman
Edit. Mundi