

318322



**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA**

ESCUELA DE ODONTOLOGIA INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ POR  
DECRETO PRESIDENCIAL DEL 3 DE ABRIL DE 1981

2  
201

**"IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION BUCAL PARA  
UN BUEN DIAGNOSTICO EN ODONTOPIEDIATRIA"**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:  
CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

DIANA GABRIELA BERGES CARRASCO  
GABRIELA DEL ROCIO CASTILLO PEREDA.

Director de Tesis:  
DR. CARLOS GONZALEZ LUKASZEWICKZ

México, D.F.

Noviembre de 1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**A DIOS, TODOPODEROSO, PORQUE EL SIEMPRE NOS HA  
GUIADO POR EL CAMINO DE LA VERDAD Y NOS PERMITIO  
TERMINAR UNO DE LOS LOGROS MAS IMPORTANTES  
DE NUESTRAS VIDAS.**

**GRACIAS A TI, DIOS MIO, POR PERMITIRNOS VIVIR, SER Y  
SENTIR.**

A NUESTROS PADRES:

A MIS PADRES: DR. GUSTAVO CASTILLO DE LA TORRE Y GABRIELA PEREDA DE CASTILLO, POR TODO SU CARIÑO, SU APOYO, SU PACIENCIA, Y PORQUE SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO TANTO EN LOS MOMENTOS DUROS Y DIFICILES COMO EN LOS FELICES DE MI VIDA Y NUNCA HAN DEJADO DE TENER CONFIANZA EN MI. GRACIAS POR SUS SABIOS CONSEJOS.

LOS AMO

GABY C.

A MIS PADRES: LIC. JAVIER BERGES VASCONCELOS Y DIANA GABRIELA CARRASCO DE BERGES POR TODO EL AMOR, ESFUERZO, PACIENCIA, APOYO, CUIDADO Y DEDICACION EN TODOS LOS MOMENTOS DE MI VIDA, GRACIAS A LOS CUALES HE ALCANZADO UNA DE LAS METAS MAS ANHELADAS. NADA SERA SUFICIENTE PARA DEMOSTRAR MI AGRADECIMIENTO, NI LO FELIZ QUE SIEMPRE ME HAN HECHO.

LOS AMO

GABY B.

A NUESTROS HERMANOS:

A MIS HERMANOS: GERARDO Y GUSTAVO, GRACIAS, POR SU APOYO, POR SU AYUDA EN TODO MOMENTO Y QUIERO DECIRLES QUE SIEMPRE HAN ESTADO MUY CERCA DE MI CORAZON.

LOS ADORO  
GABY C.

A MIS HERMANOS: MONICA, JAVIER Y JORGE OCTAVIO GRACIAS, POR TODO SU CARIÑO, AYUDA Y APOYO QUE SIEMPRE ME HAN DADO. SIN USTEDES NADA HUBIERA SIDO IGUAL, NADA HUBIERA SIDO POSIBLE. EN VERDAD LOS TRES SON MUY IMPORTANTES PARA MI.

LOS ADORO  
GABY B.

ABUELO:

GRACIAS POR LOS AÑOS DE DEDICACION  
INCONDICIONAL, GRACIAS POR TU PACIENCIA, GRACIAS  
POR TUS CONSEJOS, GRACIAS POR TU COMPAÑIA,  
GRACIAS POR TU ESTIMULO PERMANENTE Y CONSTANTE  
EN CADA MOMENTO DE MI VIDA, Y LO MAS IMPORTANTE  
GRACIAS POR TANTO AMOR.

TE QUIERO, TE ADORO  
GABY

TITA: GRACIAS, TE EXTRAÑO Y TE QUIERO

GABY

A MI NOVIO: DR. JUAN ANTONIO SANCHEZ S. ( GUERITO )  
PORQUE ESTE TRIUNFO ES TANTO MIO COMO TUYO, YA  
QUE JUNTOS LO LOGRAMOS.

GRACIAS CARIÑO.

CON TODO MI AMOR  
GABY C.

A NUESTROS MAESTROS:

GRACIAS POR HABERNOS ENSEÑADO SUS  
CONOCIMIENTOS SIN RESERVA, Y CON GRAN DEDICACION.  
GRACIAS..., MUY ESPECIALMENTE A NUESTROS  
ASESORES DE TESIS:

DR. CARLOS GONZALEZ LUKASZEWICKZ.  
DR. DAVID RODRIGUEZ DEL ROSAL.

CON CARÍÑO  
LAS GABY'S.

GRACIAS A LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA POR  
HABERNOS PERMITIDO LLEVAR A CABO NUESTROS  
ESTUDIOS.



A NUESTROS AMIGOS, AMIGAS Y A TODOS AQUELLOS  
QUE DE ALGUNA MANERA SIEMPRE NOS APOYARON,  
AYUDARON Y ESTUVIERON CON NOSOTRAS EN TODO  
MOMENTO.

GRACIAS.

GRACIAS TE DOY GABY, POR TU COMPAÑERISMO,  
AMISTAD INCONDICIONAL, POR TUS CONSEJOS,  
PORQUE SIEMPRE ESTUVISTE A MI LADO ,POR ESOS  
MOMENTOS TAN INCREIBLES E INOLVIDABLES QUE  
PASAMOS JUNTAS.

GRACIAS POR SER MI AMIGA.

CON CARIÑO  
GABY C.

GABY, DURANTE ESTOS AÑOS HAS SIDO PARTE MUY  
IMPORTANTE EN TODOS LOS ASPECTOS DE MI VIDA.  
TU COMPAÑIA, TU APOYO, TUS CONSEJOS Y LA  
FORTALEZA QUE ME HAS TRANSMITIDO HAN SIDO  
DETERMINANTES EN ESTA ETAPA TAN IMPORTANTE  
PARA MI, PERO LO MEJOR DE TODO ESTO ES QUE  
ENCONTRE EN TI UN GRAN SER HUMANO Y SOBRE TODO  
UNA GRAN AMIGA.

GRACIAS  
TE QUIERO GABY B.

*IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION BUCAL PARA UN  
BUEN DIAGNOSTICO EN ODONTOPEDIATRIA*

**INDICE**

**INTRODUCCION.....**

**CAPITULO I.  
ALIENTO.....**

**CAPITULO II.  
LABIOS.....**

**CAPITULO III.  
MUCOSA LABIAL Y MUCOSA BUCAL.....**

**CAPITULO IV.  
SALIVA.....**

**CAPITULO V.  
TEJIDO GINGIVAL.....**

**CAPITULO VI.  
LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL.....**

**CAPITULO VII.  
PALADAR DURO Y PALADAR BLANDO.....**

**CAPITULO VIII.  
FARINGE Y AMIGDALAS.....**

**CAPITULO IX.**

**DIENTES.....**

- A) NUMERO DE PIEZAS.
- B) TAMAÑO DE LAS PIEZAS.
- C) COLOR DE LAS PIEZAS.
- D) OCLUSION DE LAS PIEZAS.
- E) MALFORMACIONES DENTALES.

**CONCLUSIONES.....**

**BIBLIOGRAFIA.....**

**ALUMNAS:**

**GABRIELA BERGES CARRASCO  
GABRIELA CASTILLO PEREDA.**

**ASESOR DE TESIS**

**CARLOS GONZALEZ LUKASZEWICZ**

## INTRODUCCION

EL OPERADOR DEBE DE TENER CONOCIMIENTO COMPLETO DE LA ANATOMIA DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE CABEZA Y CUELLO, EN ESPECIAL DE LA CAVIDAD BUCAL.

PARA REALIZAR UN EXAMEN COMPLETO, ES NECESARIO PODER DIFERENCIAR LOS ASPECTOS NORMALES DE LOS ANORMALES.

ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN INTRABUCAL, EL OPERADOR HABRA PREPARADO TODOS LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL DIAGNOSTICO, COMO SON: ESPEJO, EXPLORADOR, TORUNDAS DE GASA O ALGODON. PARA EVITAR UNA POSIBLE CONTAMINACION CRUZADA ENTRE EL Y EL PACIENTE SE DEBE DE UTILIZAR UNA MASCARILLA Y GANTES PARA IMPEDIR LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES.

PARA ASEGURAR UNA TECNICA OPTIMA NOS AYUDARAN ALGUNOS FACTORES, COMO SON : ILUMINACION, LA COLOCACION DEL PACIENTE, LA RETRACCION DE LOS TEJIDOS Y EL ESTABLECIMIENTO DE UN ORDEN EFICAZ PARA LA EXAMINACION.

EL EXAMEN CLINICO DE LA BOCA DEBE COMENZAR CON UNA APRECIACION GENERAL DEL ESTADO DE SALUD ORAL DEL PACIENTE. ESA APRECIACION INCLUIRA UNA BREVE INVESTIGACION DE LA HIGIENE BUCAL, ESTADO DE LAS PIEZAS DENTARIAS, PRESENCIA DE LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS, PRESENCIA DE

**MALESTARES AGUDOS O CRONICOS, PRESENCIA O AUSENCIA DE APARATOS PREVENTIVOS U ORTODONTICOS, EXISTENCIA DE ZONAS DESDENTADAS, PIGMENTACIONES DENTARIAS Y HALITOSIS.**

**LA EXISTENCIA DE SIGNOS EVIDENTES DE CARIES, ESPECIALMENTE EN NIÑOS , ALERTARA AL EXAMINADOR, SOBRE LA NECESIDAD, NO SOLO DE RESTAURACIONES DENTARIAS, SINO TAMBIEN DE PLANIFICAR EL CONTROL DE LAS CARIES.**

**PARA UN EXAMEN DETALLADO, ES NECESARIO UN EXAMEN FISICO INSPECCION, PALPACION, PERCUSION Y AUSCULTACION.**

## ALIENTO

EL ALIENTO DE UN NIÑO SANO ES GENERALMENTE AGRADABLE INCLUSO DULCE, Y NO ATRAE LA ATENCION DEL EXAMINADOR . EL "MAL ALIENTO" O HALITOSIS, PUEDE SER ATRIBUIBLE A CAUSAS LOCALES O GENERALES .

LOS FACTORES LOCALES INCLUYEN : HIGIENE BUCAL INADECUADA, ENFERMEDAD PARODONTAL, PRESENCIA DE SANGRE EN LA BOCA O ALIMENTOS VOLATILES DE FUERTE OLOR.

LOS FACTORES GENERALES PUEDEN INCLUIR DESHIDRATACION, SINUSITIS, RINITIS, HIPERTROFIA E INFECCION DEL TEJIDO ADENOIDEO, CRECIMIENTOS MALIGNOS, TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR, FIEBRE TIFOIDEA, Y OTRAS INFECCIONES ENTERICAS Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES. LA ACIDOSIS GENERAL PRODUCE OLOR DE ACETONA EN EL ALIENTO.

LOS PACIENTES QUE TIENEN LENGUA FISURADA PUEDEN TENER ACUMULACION DE RESTOS ALIMENTICIOS PROVOCANDO, OLOR DESAGRADABLE E INFLAMACION. FRECUENTEMENTE, LOS NIÑOS QUE SUFREN DE ELEVACIONES DE TEMPERATURA TIENEN UN ALIENTO FETIDO CARACTERISTICO.

## LABIOS

**EL EXAMEN COMIENZA CON LA INSPECCION DE LOS LABIOS CON LA BOCA CERRADA.**

**LOS LABIOS SON DOS REPLIEGUES MUSCULOMEMBRANOSOS UNO SUPERIOR Y OTRO INFERIOR ADAPTADOS A LA CONVEXIDAD DE LOS ARCOS ALVEOLODENTARIOS, PRESENTAN UNA COLORACION ROJA O ROSADA Y SUS EXTREMIDADES SE UNEN FORMANDO LAS COMISURAS LABIALES. DEBIDO A SU POSICION EXPUESTA TANTO AL MEDIO AMBIENTE EXTERNO COMO AL BUCAL ESTAN PARTICULARMENTE SUJETOS A TRAUMATISMOS Y CIERTAS LESIONES; SE LE ESTUDIA UNA PARTE MUCOSA Y OTRA CUTANEA.**

**SE INSPECCIONARA EL ASPECTO CLINICO DE LOS LABIOS ANTES DE RETRAERLOS. LA PIEL DEBE ESTAR INTACTA Y POSEER UNA TEXTURA FIRME , LISA , CON MINIMAS FISURAS, SEMIHUMEDA Y FLEXIBLE; TAMBIEN SE DEBE OBSERVAR TAMAÑO, FORMA, Y COLOR**

**PARA EXAMINARLOS UTILIZAREMOS LA PALPACION MEDIANTE EL DEDO PULGAR Y EL INDICE MIENTRAS LOS MUSCULOS ESTAN RELAJADOS Y DESPUES CUANDO ESTEN TENSOS; EN EL PRIMER CASO, SON BLANDOS, RESILENTES Y LA BANDA DE LOS MUSCULOS ORBICULARES PUEDE PERCIBIRSE DENTRO DEL CUERPO LABIAL. CUANDO ESTAN TENSOS, AVECES, PUEDE OBSERVARSE UN PLIEGUE SECUNDARIO DE TEJIDO BLANDO, EXACTAMENTE POR DENTRO DEL LABIO, QUE**

FRECUENTEMENTE SE DENOMINA DOBLE LABIO.

LOS LABIOS DEBEN DE ESTAR LIBRES DE TODA LESION, CAMBIO DE COLORACION, AUMENTO DE VOLUMEN O HINCHAZON , COSTRAS, ENGROSAMIENTO, ULCERACIONES, VESICULAS, FISURAS Y DEFORMIDADES.

EL PRIMER PASO EN EL DIAGNOSTICO DE UNA LESION DE LABIO ES DETERMINAR SI LA HISTORIA EN LOS SIGNOS PRESENTES SUGIEREN UN TRASTORNO DEL DESARROLLO, TRAUMATISMO, ACCION DE UN AGENTE ALERGICO O UNA ENFERMEDAD DERMATOLOGICA, METABOLICA O NEOPLASICA. EN GENERAL, LA HISTORIA Y LOCALIZACION DE LA LESION DARAN LAS PRIMERAS EVIDENCIAS EN UNA ANOMALIA DEL DESARROLLO. EN LAS LESIONES TRAUMATICAS SUELE LA HISTORIA SEÑALAR EL AGENTE, PERO, EN ALGUNOS CASOS TENDRA QUE RECURRIRSE A LA BIOPSIA PARA ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

LAS ZONAS SECAS Y AGRIETADAS DEBEN PROTEGERSE DE MAYOR TRAUMATISMO MEDIANTE LA APLICACION DE VASELINA PARA LUBRICAR LA ZONA DURANTE LA RETRACCION.

EL GRAN TAMAÑO DE LOS LABIOS PUEDE SER UNA VARIACION DE LO NORMAL O PUEDE SER CONSECUENCIA DE ANGIOEDEMA O NEOPLASIAS. SON CON FRECUENCIA GRUESOS EN EL CRETINISMO (INSUFICIENCIA EN EL DESARROLLO INTELLECTUAL) Y APARECEN PROTRUIDOS EN LA ACROMEGALIA ( AUMENTO DE VOLUMEN DE CABEZA, MANOS Y PIES CAUSADA POR HIPERTROFIA DE LA GLANDULA PITUITARIA). LA TUMEFACCION DE LOS LABIOS ES MAS FRECUENTEMENTE PROVOCADA POR EDEMA ASOCIADO A TRAUMATISMOS O EXPOSICION A UN ALERGENO. GENERALMENTE UN RAPIDO AUMENTO DE VOLUMEN DEL LABIO SUGIERE UNA ETIOLOGIA ALERGICA.

CON FRECUENCIA SE VEN GLANDULAS SEBACEAS ECTOPICAS SOBRE EL BORDE



**BERMELLON DEL LABIO SUPERIOR LO QUE SE CONSIDERA UNA VARIACION DE LO NORMAL.**

**LAS ANOMALIAS MAS COMUNES QUE PUEDEN DETECTARSE SON: LABIOS PARTIDOS, GRIETAS EN LAS COMISURAS, AMPULAS , ULCERAS O LESIONES AFTOSAS, LESIONES TRAUMATICAS DERIVADAS DE LA MORDEDURA DE LOS LABIOS ; DEBIDO A QUE LOS LABIOS PROTEGEN A LOS DIENTES DE TRAUMA, ES FRECUENTE ENCONTRAR CONTUSIONES.**

**LA EXISTENCIA DE FISURAS EN LAS COMISURAS DE LA BOCA PUEDEN SER CAUSADAS POR UNA AVITAMINOSIS, TAMBIEN LLAMADA QUEILOSI, LAS REACCIONES NUTRICIONALES ALERGICAS PUEDEN CAUSAR CAMBIOS DRAMATICOS EN LOS LABIOS , LAS COMISURAS LABIALES, AL DETERMINAR HUMEDAD Y SEQUEDAD DESACOSTUMBRADA EN LA PIEL , FACILITA LA PRODUCCION DE QUEILITIS ( SEQUEDAD, DESCAMACION Y AGRIETAMIENTO; COSTRA Y EXUDADO) . CON FRECUENCIA SE OBSERVAN LESIONES SECUNDARIAS DE HERPES SIMPLE ( VESICULAS TRANSPARENTES EN EL EPITELIO INFLAMADO) EN LAS COMISURAS. LAS FISURAS LONGITUDINALES DEL LABIO INFERIOR SUELEN ORIENTAR HACIA EL DIAGNOSTICO DE QUEILITIS ACTINICA, DESHIDRATACION O RESPIRACION BUCAL . CUANDO LAS FISURAS SE MANTIENEN MUCHO TIEMPO SUELEN TENER TENDENCIA A SANGRAR Y SI SE AGREGA INDURACION, DEBEN SER ESTUDIADAS COMO PROBABLES LESIONES NEOPLASICAS.**

**EL LABIO LEPORINO ES UNA PATOLOGIA DE DESARROLLO, SE PRESENTA DEBIDO A QUE LOS MAMELONES QUE FORMAN LOS MAXILARES Y LA CARA NO SE UNEN DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO ES MAS FRECUENTE QUE SE PRESENTE EN EL LABIO SUPERIOR Y EL LADO IZQUIERDO. EXISTE LABIO LEPORINO SIMPLE Y**

COMPLICADO; EL SIMPLE INVOLUCRA TEJIDO BLANDO, PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL; Y EL COMPLICADO INVOLUCRA TANTO TEJIDO BLANDO COMO TEJIDO DURO, HUESO.

TAMBIEN PUEDEN SER EVIDENTES CICATRICES, DEBIDAS A INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SE HICIERON PARA CORREGIR ANOMALIAS DE DESARROLLO O TRAUMAS PASADOS .

UN CORTE HISTOLOGICO DEL LABIO DE UN NIÑO EXPUESTO A LOS RAYOS ULTRAVIOLETA PUEDE MOSTRAR ESCAMAS E INFLAMACION CRONICA COMO CONSECUENCIA DE LA RADIACION Y DE LA DESHIDRATAACION. EN ESTOS CASOS LOS CAPILARES SE HACEN PROMINENTES Y APARECEN CLINICAMENTE COMO UN PUNTILLO ROJO BRILLANTE SOBRE EL LABIO, ESTOS CAMBIOS NO SON PATOLOGICOS.

LA POSTURA, COLOR , FORMA, TEXTURA, TONO Y ACTIVIDAD DE LOS LABIOS PUEDE INDUCIR A RESPIRACION BUCAL O A EJERCER PRESION INDEBIDA SOBRE LOS DIENTES; ESTO ES GENERALMENTE DE INTERES EN EL DIAGNOSTICO DE MALOCCLUSION Y GINGIVITIS. CUANDO, EL NIÑO ES UN RESPIRADOR BUCAL, EL LABIO INFERIOR PUEDE PRESENTARSE AGRIETADO Y SECO. ESTO TAMBIEN ALTERARA LA COLORACION YA QUE LA DESCAMACION DEL EPITELIO TIENDE A ENMASCARAR EL COLOR ROJO SUBYACENTE DEL LABIO. DE AHI , QUE CUANDO SE COMPARAN AMBOS LABIOS EL SUPERIOR APARECERA , POR CONTRASTE ROJO BRILLANTE .

LOS NIÑOS SUELEN TENER LA COSTUMBRE DE SUCCIONAR O CHUPARSE EL LABIO ESTO PROVOCA EXCESIVA DESCAMACION DEL EPITELIO Y AUMENTA LA

**CIRCULACION SANGUINEA . POR ELLO, EL LABIO SOMETIDO A SUCCION APARECERA MAS ROJO.**

**CUALQUIER ENFERMEDAD QUE AFECTE EL NUMERO DE ERITROCITOS, LA CANTIDAD DE HEMOGLOBINA REDUCIDA O LA CAPACIDAD DE TRANSPORTE DE OXIGENO DE LA SANGRE, PUEDE PROVOCAR CAMBIOS EN EL COLOR DE LOS LABIOS. EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA, LOS LABIOS PUEDEN ADQUIRIR UNA COLORACION AZULADA , Y EN CIERTAS CARDIOPATIAS CONGENITAS PUEDE SER CASI PURPURA. EN LA SIFILIS, SE PRESENTA CHANCRO BLANDO, ULCERA GRANDE, PERSISTENTE, INDURADA PERO RELATIVAMENTE INDOLORA.**

**LA INTEGRIDAD DEL SEPTIMO PAR CRANEAL PUEDE PROBARSE INSTRUYENDO AL PACIENTE PARA QUE MUESTRE SUS DIENTES O SONRIA. NORMALEMENTE ESTOS MOVIMIENTOS MOSTRARAN UNA POSICION SIMETRICA DE LOS LABIOS Y LAS COMISURAS.**

## MUCOSA LABIAL Y MUCOSA BUCAL

### MUCOSA LABIAL

LA MUCOSA LABIAL MANDIBULAR SE RETRAE HACIA ABAJO Y HACIA AFUERA. SE SUJETAN LOS TEJIDOS PARA QUE EL PULGAR SE COLOQUE DENTRO DE LA BOCA, Y LOS DEMAS DEDOS SE MANTENGAN FUERA DE LA BOCA.

EN LA MUCOSA LABIAL, DEBE VERIFICARSE LA EXISTENCIA DE UNA SUPERFICIE ROJA Y HUMEDA QUE NO REVELE LESIONES ANORMALES COMO MASAS O CAMBIOS DE COLORACION. ADVERTIRA PEQUEÑAS PROTUBERANCIAS BLANCAS O AMARILLENTAS LOCALIZADAS JUSTAMENTE ABAJO DE LA CUBIERTA DE LAS MUCOSAS. ESTAS SON QUIZA LAS GLANDULAS SEBACEAS LABIALES NORMALES PARA ESTOS TEJIDOS.

SE EXAMINA EL FRENILLO LABIAL EN BUSCA DE LESIONES O DESGARRADURAS. EN LOS NIÑOS , ANTES DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES, EL FRENILLO LABIAL SUPERIOR ESTA INSERTADO EN LA CRESTA DEL PROCESO ALVEOLAR Y FORMA UN RAPE QUE PUEDE ALCANZAR LA PAPILA PALATINA. CON LA ERUPCION DE LOS DIENTES Y EL CRECIMIENTO VERTICAL DEL PROCESO ALVEOLAR, LA INSERCIÓN MIGRA HACIA ARRIBA Y PUEDE HALLARSE NORMALMENTE INSERTADA EN LA ENCIA ADHERIDA O LIMITADA A LA MUCOSA ALVEOLAR DEL VESTIBULO . EN ALGUNOS CASOS EXISTE UN ESPACIO ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES

SUPERIORES COMO CONSECUENCIA DE LA PERSISTENCIA DEL FRENILLO LABIAL. EN ESOS CASOS EL FRENILLO NO ESTA REDUCIDO A UN VESTIGIO, SINO QUE FORMA UNA GRAN BANDA DE TEJIDO FIBROSO QUE PUEDE EXTENDERSE HASTA LA PAPILA INCISAL O PALATINA.

EL FRENILLO INFERIOR SE ENCUENTRA MAS CORRIENTEMENTE IMPLANTADO ENTRE LA MUCOSA ALVEOLAR Y LA GINGIVA. LA POSICION DE LA INSERCIION SE RELACIONA CON LA ERUPCION DENTARIA Y EL CRECIMIENTO DEL PROCESO ALVEOLAR. EL FRENILLO LATERAL ESTA LOCALIZADO EN LA ZONA DE LOS CANINOS Y PREMOLARES. SON HABITUALMENTE MAS PROMINENTES EN LA ARCADA INFERIOR QUE EN LA SUPERIOR; SE ENCUENTRAN UBICADOS YA SEA EN LA GINGIVA ADHERIDA COMO EN LA MUCOSA ALVEOLAR ; EL FRENILLO SE REvisa TAMBIEN PARA ASEGURARSE DE QUE LA INSERCIION MUSCULAR NO HAGA TRACCION SOBRE LOS TEJIDOS GINGIVALES QUE PROVOQUE RECESION.

LA POSICION DE LA INSERCIION DE LOS FRENILLOS LABIALES Y LATERALES PUEDE TENER SIGNIFICACION PATOLOGICA CUANDO ELLA INTERFIERA CON LA ERUPCION NORMAL DE LOS DIENTES O CUANDO LA POSICION RELATIVA DE LA INSERCIION CAMBIA A CAUSA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

SE CONTINUA ESTA INSPECCION Y RETRACCION ALREDEDOR DE LAS COMISURAS DE LA BOCA HASTA LA MUCOSA LABIAL MAXILAR . ESTE TEJIDO DEBE PALPARSE UTILIZANDO COMPRESION, BILATERAL Y BIDIGITAL, COLOCANDO LOS TEJIDOS ENTRE EL PULGAR Y ENTRE LOS DEDOS; SE NOTARA CUALQUIER AUMETO DE VOLUMEN , MASAS DURAS O DOLOR.

## MUCOSA BUCAL

LA MUCOSA BUCAL GENERALMENTE ES LISA Y PROVISTA DE GLANDULAS.

LA MUCOSA BUCAL SE RETRAE HACIA AFUERA ALEJANDOLA UN POCO DE LOS DIENTES, SE INSPECCIONA SU SUPERFICIE DESDE LA MUCOSA LABIAL HASTA LA ZONA RETROMOLAR, EN LA MEJILLA SE INSPECCIONARA LA MUCOSA YUGAL OBSERVANDO SU COLOR , TEXTURA, Y LA EXISTENCIA DE LESIONES.

AL IGUAL QUE CON LA MUCOSA LABIAL , LOS TEJIDOS ESTARAN HUMEDOS Y ROJOS.

LAS GLANDULAS SEBACEAS ECTOPICAS AISLADAS O CONFLUENTES APARECEN COMUNMENTE EN LA COMISURA EXTENDIENDOSE HACIA LA ZONA DE LOS MOLARES.

FRENTE AL BORDE ANTERIOR DEL MUSCULO MASETERO PUEDE RECONOCERSE UNA EMINENCIA REDONDEADA CONTENIENDO TEJIDO ADIPOSO, ES LA LLAMADA BOLA ADIPOSA DE BICHAT, LA EMINENCIA VARIA DE TAMAÑO Y SE VE MAS PROMINENTE EN LOS RECIEN NACIDOS.

LA ESTRUCTURA BLANDA VISIBLE , OPUESTA A LA ZONA MOLAR MAXILAR ES LA PAPILA PAROTIDEA; ESTA ALBERGA LA ABERTURA DEL CONDUCTO DE STENON DE LA GLANDULA SALIVAL PAROTIDEA ; DICHA PAPILA PUEDE ESTAR INFLAMADA O AGRANDADA, LA PALPACION BIMANUAL CUIDADOSA PERMITIRA RECONOCER DICHO CONDUCTO COMO UNA CUERDA FIRME Y DURA EXACTAMENTE FRENTE AL

**BORDE ANTERIOR DEL MASETERO. AL COMIENZO DEL SARAMPION PUEDE VERSE RODEADA DE PEQUEÑOS PUNTOS AZULADOS Y BLANQUECINOS RODEADOS DE ROJO, LLAMADOS MANCHAS DE KOPPLICK.**

**TODOS LOS TEJIDOS SE EXAMINARAN EN BUSCA DE AUMENTO DE VOLUMEN O LESIONES, CAMBIOS DE COLORACION COMO MANCHAS . NORMALMENTE LA MUCOSA LABIAL Y BUCAL SON DE COLOR ROSADO; SIN EMBARGO PUEDE HABER CANTIDADES VARIABLES DE PIGMENTACION MELANICA DE COLOR CAFE EN ESTOS TEJIDOS, SEGUN LA RAZA DEL PACIENTE O LA ENFERMEDAD DE ADDISON .**

**EL COLOR DE LA MUCOSA LABIAL Y YUGAL PUEDE ESTAR ALTERADO POR QUERATINIZACION, PIGMENTACION, DESCAMACION, CAMBIOS INFLAMATORIOS Y CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE HEMOGLOBINA REDUCIDA Y ERITROCITOS Y SU CONTENIDO EN HEMOGLOBINA.**

**LA DESVIACION MAS FRECUENTE DEL COLOR ROSADO DE LA MUCOSA ESTA VINCULADO A LESIONES BLANCAS, DE DISTINTO GRADO DE INTENSIDAD, CUYA SIGNIFICACION PUEDE SER LIQUEN PLANO, CARRILLO MORDISQUEADO CRONICO, HIPERQUERATOSIS FOCAL, QUEMADURAS QUIMICAS Y LEUCOPLASIA ( PLACAS BLANCAS NACARADAS, CON LIGERA INDURACION EN LAS MUCOSAS).**

**EN LAS MUCOSAS LABIAL Y YUGAL PUEDE NOTARSE LA PALIDEZ DE LA ANEMIA Y EL TINTE AMARILLO DE LA ICTERICIA.**

**LA MEMBRANA MUCOSA DEL SURCO VESTIBULAR ES DELGADA Y LAS NUMEROSAS PEQUEÑAS VENULAS QUE LA ATRAVIESAN SE VEN CON FACILIDAD.**

**LA UNION DE LA MUCOSA ALVEOLAR Y LA GINGIVA FORMA UN FESTON AGUDO VAGAMENTE PARALELO AL MARGEN GINGIVAL. LA MUCOSA ALVEOLAR PARECE MAS ROJO OSCURA CUANDO SE LE COMPARA CON EL ROSA PALIDO DE LA MUCOSA**

## **GINGIVAL.**

**LA MUCOSA BUCAL DEBE PALPARSE EN FORMA BIMANUAL COLOCANDO LOS DEDOS DE LA MANO DENTRO DE LA BOCA CONTRA LOS TEJIDOS, MIENTRAS QUE LA OTRA SOSTIENE LOS TEJIDOS FUERA DE LA BOCA. EL TEJIDO DEBE PALPARSE ENTRE LAS DOS MANOS DESDE EL FRENTE DE LA BOCA HASTA LA ZONA RETROMOLAR POSTERIOR, POR ESTE METODO PUEDEN PERCIBIRSE TANTO LAS ESTRUCTURAS SUPERFICIALES COMO LAS PROFUNDAS.**

**LAS LESIONES MAS COMUNES QUE SE OBSERVAN EN LA MUCOSA LABIAL O BUCAL DE LOS NIÑOS SON LAS QUE SE ASOCIAN CON EL VIRUS DE HERPES SIMPLE. ESTAS PUEDEN SER RELATIVAMENTE BENIGNAS CON PEQUEÑAS ULCERAS DOLOROSAS O PUEDEN SER MAS GENERALIZADAS, EXTENDIENDOSE AL TEJIDO GINGIVAL Y AL PALADAR , PRODUCIENDO TEJIDO GINGIVAL DEMASIADO SENSITIVO, DOLOROSO Y MULTIPLES ULCERAS POCO PROFUNDAS.**

**ENTRE LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS HABITUALES ESTAN LOS DE FORDYCE ( HIPERTROFIA DE LAS GLANDULAS DE LA MUCOSA BUCAL QUE HACEN PROMINENCIA EN LA CARA INTERNA DE LA MEJILLA BAJO LA FORMA DE PEQUEÑOS PUNTOS AMARILLENTOS AGLOMERADOS ), XEROSTOMIA (SUPRESION SALIVAL) , CICATRICES , MORDEDURA DE CARRILLOS Y LA LINEA ALBA.**



## SALIVA

LA PALPACION DE LA PAPILA PAROTIDEA Y EL CONDUCTO DE STENON SE HARA ENTRE EL DEDO INDICE DE UNA MANO, COLOCADO DENTRO DE LA BOCA, Y EL INDICE DE LA OTRA, COLOCADO POR FUERA DEL CARRILLO.

LOS PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL GENERALMENTE ESTIMULAN SALIVACION PROFUSA EN LOS NIÑOS. LA CANTIDAD DE LA SALIVA PUEDE SER MUY DELGADA, NORMAL, O EXTREMADAMENTE VISCOSA.

LA XEROSTOMIA O BOCA SECA PUEDE SER DE CAUSA LOCAL O GENERAL. LA EXCESIVA SALIVACION O SIALORREA PUEDE SER PSICOGENICA, SISTEMICA, O DE CAUSA LOCAL.

GENERALMENTE LA OBSTRUCCION DE SOLO UNO DE LOS CONDUCTOS DE LAS GLANDULAS NO ES SUFICIENTE PARA PROVOCAR SIGNOS EVIDENTES DE SEQUEDAD BUCAL; LA SEQUEDAD BUCAL PUEDE PRODUCIRSE POR EL TEMOR, DROGAS, DESHIDRATACION, APARATOLOGIA, ETC.

LA EXCESIVA SALIVACION PUEDE ESTAR ASOCIADA CON INTOXICACIONES, DOLOR EN LA BOCA, O SUSTANCIAS DE SABOR DESAGRADABLE.

LA PAROTIDITIS EPIDEMICA, O PAPERAS, SE CARACTERIZA POR UNA INFLAMACION MUY SENSIBLE Y ALGO DOLOROSA, UNILATERAL O BILATERAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

UNA SECRECION EXCESIVA O PURULENTO DEL CONDUCTO DE STENON PUEDE INDICAR OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA PAROTIDA. LA INFLAMACION DE LA PAPILA, LA SECRESION DE SALIVA PURULENTO O LA PRESENCIA DE UNA MASA DURA EN EL CONDUCTO, SUGIERE LA EXISTENCIA DE UN CALCULO O SIALOLITO EN EL CONDUCTO.

LAS GLANDULAS SALIVALES SUBLINGUALES Y SUBMAXILARES TAMBIEN PUEDEN VOLVERSE HIPERSENSIBLES, HINCHADAS Y PUEDEN TENER SECRESIONES ALTERADAS CUANDO EXISTEN INFECCIONES GENERALES. LAS ABERTURAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES SUBLINGUAL Y SUBMAXILAR Y LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES SE PUEDEN OBTURAR, CAUSANDO UN QUISTE DE RETENCION DE MUCOSA O RANULA.

EL AGRANDAMIENTO DE LAS GLANDULAS, CON O SIN OTROS SINTOMAS VISIBLES DE CAMBIOS EN LA PAPILA O LA SALIVA, ESPECIALMENTE EN LA AUSENCIA DE SINTOMAS GENERALES, SUGIERE LA POSIBILIDAD DE UN TUMOR O NEOPLASIA.

## TEJIDO GINGIVAL

SE DEBE DE EXAMINAR EL COLOR, TAMAÑO, FORMA, CONSISTENCIA, DENSIDAD, NIVEL DE ADHERENCIA , PROFUNDIDAD DEL SURCO Y LA FRAGILIDAD CAPILAR DE LA ENCIA. SE CONSIDERARA LA ENCIA LIBRE Y ADHERIDA. ES NECESARIO CONOCER LAS CARACTERISTICAS DE LA ENCIA NORMAL A DIFERENTES EDADES.

LA ENCIA LIBRE Y ADHERIDA EN ESTADO NORMAL SERA DE COLOR ROSA CORAL EN TODA LA BOCA. EL COLOR DEPENDE DE LA VASCULARIDAD DE LA MUCOSA, DEL CONTENIDO DE HEMOGLOBINA DE LA SANGRE, LA CANTIDAD DE HEMOGLOBINA REDUCIDA, LA DENSIDAD Y ADHERENCIA DEL TEJIDO CONECTIVO, EL ESPESOR DEL EPITELIO, EL GRADO DE QUERATIZACION Y PIGMENTACION DEL EPITELIO, Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE INFLAMACION.

EL COLOR ROJO E HINCHAZON PUEDEN DEBERSE A INFLAMACION PRODUCIDA POR HIGIENE BUCAL INADECUADA. SIN EMBARGO, EL ODONTOLOGO DEBE DE ESTAR CONSCIENTE DE QUE EL TEJIDO GINGIVAL REACCIONA CON MUCHA SENSIBILIDAD A CAMBIOS METABOLICOS Y NUTRICIONALES, A CIERTAS DROGAS Y A TRASTORNOS DEL DESARROLLO.

LA ENCIA EN EL PERIODO DE LA PRIMERA DENTICION ES HABITUALMENTE DE UN COLOR ROSA PALIDO UNIFORME EN TODA LA BOCA, PERO MUESTRA TENDENCIA A REVELAR MAS EL PATRON VASCULAR DEL PLEXO VENOSO SUBPAPILAR. ESTO ES

POSIBLEMENTE LA CONSECUENCIA DE LA FALTA DE QUERATINIZACION Y AUSENCIA DE INFLAMACION.

CUANDO HACE ERUPCION LA PIEZA, EL TEJIDO GINGIVAL QUE LA RODEA PUEDE INFLAMARSE Y VOLVERSE DOLOROSO E HINCHADO. ESTAS AREAS FRECUENTEMENTE SE VEN TRAUMATIZADAS POR LAS PIEZAS OPUESTAS. UN CIERTO GRADO DE REACCION INFLAMATORIA DEBE ESPERARSE DURANTE EL PROCESO DE ERUPCION Y ALINEAMIENTO DENTARIO, LA INFLAMACION CRONICA HIPERPLASICA CON ALTERACION DE LA FORMA Y CONTORNO GINGIVAL, PROLONGADA EN EL TIEMPO, PUEDE DERIVAR EN UNA DEFORMACION PERMANENTE DE ESOS TEJIDOS.

LA PIGMENTACION FISIOLÓGICA SEA DE CARACTER DIFUSO O LOCALIZADO PUEDE ALTERAR LA TONALIDAD Y UNIFORMIDAD DE COLOR TANTO EN LA DENTICION PRIMARIA COMO LA DEL ADULTO. LA PIGMENTACION LOCALIZADA PUEDE PROVOCAR UNA VARIACION DESDE MARRON CLARO HASTA AZUL OSCURO. LA PIGMENTACION GENERALIZADA O DIFUSA MODIFICA LA TONALIDAD DE LA ENCIA EN PROPORCION A LA COLORACION DE LA PIEL. EN GENERAL, LA ENCIA DE LAS DENTICIONES DE LOS PERIODOS PRIMARIO Y MIXTO MOSTRAN MENOS PIGMENTACION DIFUSA QUE LA DENTICION DEL ADULTO.

LA DENTICION PRIMARIA, PUEDE PRESENTAR ZONAS MAS BLANQUECINAS O ENROJECIDAS ( ERITEMA ) ASOCIADAS CON ERUPCION DE LOS DIENTES DURANTE EL PERIODO DE DENTICION MIXTA. EL COLOR ROSA PALIDOQUE SE VUELVE BLANCO BAJO LA PRESION DIGITAL DENOTA BUENA SALUD GINGIVAL.

LA FORMA O CONTORNO DE LA PAPILA INTERDENTAL, DEL MARGEN LIBRE GINGIVAL Y DE LA ENCIA ADHERIDA ESTAN CONDICIONADOS A LA MORFOLOGIA DE

LAS CORONAS DENTALES, LOS ESPACIOS ENTRE LOS DIENTES, EL CONTORNO DE LAS RAICES Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD. CUANDO HAY DIASTEMAS PRESENTES, LA PAPILA INTERDENTAL SEGUIRA EL CONTORNO DEL REBORDE ALVEOLAR.

LA SUPERFICIE DE LA ENCIA ADHERIDA, INCLUYENDO LA PAPILA INTERDENTAL, ESTA GENERALMENTE PUNTEADA, MIENTRAS QUE EL MARGEN LIBRE Y LOS BORDES DE LA PAPILA SON LISOS. LA TEXTURA PUEDE SER BIEN APRECIADA CUANDO LA ENCIA ESTA SECA.

EL PUNTEADO Y LA QUERATINIZACION DE LA ENCIA SON CONSIDERADOS GENERALMENTE COMO UNA ADAPTACION PROTECTORA FUNCIONAL. NO ESTA BIEN DESARROLLADA EN LA DENTADURA PRIMARIA Y MIXTA.

LA DENSIDAD O CONSISTENCIA DE LA ENCIA DEPENDE DE SU LOCALIZACION, SU ADHERENCIA Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD. NORMALMENTE ES FIRME Y RESILENTE, MENOS EN EL MARGEN LIBRE GINGIVAL Y LOS BORDES DE LA PAPILA INTERDENTAL.

LA POSICION DEL MARGEN GINGIVAL SOBRE EL DIENTE VARIA CON LA EDAD Y CON LA ERUPCION DENTARIA. LA PROFUNDIDAD DEL SURCO VARIA CONSIDERABLEMENTE DURANTE LA ERUPCION ACTIVA.

LA PROFUNDIDAD DEL SURCO DE LOS INCISIVOS SUPERIORES PERMANENTES ES MUY GRANDE CUANDO ESTAN ERUPCIONANDO, ESPECIALMENTE DONDE EL MARGEN GINGIVAL ESTA LOCALIZADO ALTO EN EL ESMALTE. ESTO REPRESENTA UNA ETAPA TRANSITORIA, Y AL COMPLETARSE LA ERUPCION Y EL CRECIMIENTO DEL ALVEOLO EL SURCO ADQUIERE SU PROFUNDIDAD NORMAL.

LOS SIGNOS CLINICOS DE NORMALIDAD GINGIVAL SON:

- COLOR.- ROSA PALIDO UNIFORME, EXCEPTO CUANDO ESTE PRESENTE LA PIGMENTACION FISIOLÓGICA.
- FORMA.- DEBERA LLENAR EL ESPACIO INTERPROXIMAL Y TERMINAR EN UN BORDE AFILADO ESTRECHAMENTE ADAPTADO A LA SUPERFICIE DENTARIA.
- DENSIDAD.- LA PAPILA INTERDENTAL Y LA ENCIA LIBRE Y ADHERIDA PODRA SER FIRME Y DENSA EN TODA SU EXTENSION.
- SURCO GINGIVAL.- EN NIÑOS LA PROFUNDIDAD ES MUY VARIABLE.
- ADHERENCIA.- LA ADHERENCIA EPITELIAL DEBE ESTAR SOBRE EL ESMALTE O A NIVEL DE LA UNION CEMENTO - DENTINA EN LOS NIÑOS Y ADULTOS; SIN EMBARGO NO DEBE ESTAR MAS DE 1 MILIMETRO POR DEBAJO DE ESTA UNION.

PARA DIAGNOSTICAR UNA ENFERMEDAD ES IMPORTANTE LA MAGNITUD DEL CAMBIO DE COLOR, UNA PALIDEZ DE LA ENCIA, MUCOSA, PALADAR, LABIOS, CONJUNTIVA; PUEDE ESTAR RELACIONADO CON ANEMIA.

CUANDO HAY UN ENROJECIMIENTO GENERALIZADO DE MUCOSA PALADAR Y LENGUA EXISTE UNA HIPERSENSIBILIDAD Y CUANDO ES DE CARA, MANOS Y CUELLO INDICA POLICITEMIA ( MUCHA SANGRE ); UNA MELANOSIS DE LA ENCIA, MUCOSA Y PALADAR INDICA ENFERMEDAD DE ADDISON (ALTERACIONES SUPRARENALES).

EL CAMBIO DE COLOR MAS FRECUENTE ES EL QUE ESTA ASOCIADO CON LA INFLAMACION CRONICA.

LA INFLAMACION ES UNA RESPUESTA FISIOLÓGICA A LA AGRESION Y ESTA ACOMPAÑADA DE MODIFICACIONES DEL LECHO VASCULAR, MADURACION DEL EPITELIO, PIGMENTACION DE LA ENCIA Y LA ALTERACION EN LA ACTIVIDAD DEL TEJIDO CONECTIVO SUBMUCOSO.

EN RAZAS DE TEZ OSCURA, LA MELANOSIS DE LA LENGUA PUEDE APARECER MAS

EVIDENTE QUE LA DE LA MUCOSA Y ENCIA. APARTE DE LA PIGMENTACION FISIOLÓGICA ASOCIADA CON LAS CARACTERÍSTICAS RACIALES.

DEBEN TOMARSE EN CUENTA LOS FACTORES LOCALES, GENERALES Y EXÓGENOS, CAPACES DE PRODUCIR CAMBIOS DE COLOR EN LA ENCIA.

HAY QUE INSPECCIONAR Y PALPAR LA DECOLORACION PARA DETERMINAR SU CONSISTENCIA, TEXTURA SUPERFICIAL, PRESENCIA Y AUSENCIA DEL AUMENTO DE VOLUMEN.

LA ENFERMEDAD MAS COMUN QUE AFECTAN A LOS NIÑOS ES LA GINGIVITIS SIMPLE, LA CUAL ES UNA INFLAMACION AGUDA O CRONICA CAUSADA POR MALA HIGIENE O IRRITANTES LOCALES. LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS A LA AGRESION ESTA CONSTITUIDA POR CAMBIOS DE COLOR, FORMA Y DENSIDAD DE LOS TEJIDOS. EXISTE UN LIGERO AUMENTO DE VOLUMEN. LAS MANIFESTACIONES PUEDEN INTERESAR SOLO A POCAS ZONAS DEL MARGEN LIBRE GINGIVAL.

OTRO TIPO DE GINGIVITIS QUE AFECTA ES LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA. ESTA ES CAUSADA POR EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE. LAS MANIFESTACIONES INICIALES INCLUYEN LINFOADENOPATIA REGIONAL, FIEBRE, MALESTAR , ANGINAS, HIPEREMIA GINGIVAL, DOLOR Y VESICULAS. LAS LESIONES GENERALMENTE SIGUEN A LA FASE INICIAL SISTEMICA, COMIENZAN COMO VESICULAS QUE RAPIDAMENTE SE ROMPEN PARA DEJAR EROSIONES RODEADAS DE UN HALO ERITEMATOSO. LAS LESIONES PUEDEN CIRCUNSCRIBIRSE A LA ENCIA, PERO GENERALMENTE INTERESAN TODA LA MUCOSA BUCAL. LA ENFERMEDAD ES AUTOLIMITADA TERMINANDO EN UNA SEMANA O 10 DIAS.

LAS FISTULAS DE DRENAJE EN TEJIDO GINGIVAL UNIDO, ACOMPAÑADAS DE SENSIBILIDAD , DOLOR Y MOVILIDAD DEL DIENTE, SON GENERALMENTE

**DIAGNOSTICO DE PIEZAS CON ABSCESO. LA COMBINACION DE HIGIENE BUCAL  
INADECUADA, DESNUTRICION Y MALESTAR GENERAL PUEDE CONTRIBUIR A LA  
INFLAMACION DE LAS PAPILAS GINGIVALES.**



# LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL

## LENGUA

PARA PODER EXAMINAR LA LENGUA SE LE PEDIRA AL NIÑO QUE LA EXTIENDA, DE MANERA QUE SE PUEDA OBSERVAR SU FORMA, TAMAÑO, COLOR Y MOVIMIENTO.

LA LENGUA SE TOMARA ENTRE UN TROZO DE GASA POR SU PUNTA , ENTRE LOS DEDOS INDICES Y PULGARES Y SE TRACCIONARA SUAVEMENTE HACIA ADELANTE. DE ESA FORMA SERA POSIBLE OBSERVAR TODAS SUS CARAS.

LOS ASPECTOS ANATOMICOS DE INTERES SON LAS PAPILAS ( FILIFORMES, FUNGIFORMES, FOLIADAS, CIRCUNVALADAS), EL FORAMEN CECUM, LA AMIGDALA LINGUAL, LAS VENAS LINGUALES , Y LAS GLANDULAS ANTERIORES LINGUALES Y SUS CONDUCTOS.

EL EXAMEN DE LA LENGUA ES ESPECIFICO PARA CADA UNA DE LAS CUATRO CARAS: LA DORSAL ( SUPERIOR ), LA VENTRAL ( INFERIOR ), Y DOS BORDES LATERALES. PRIMERO SE EXAMINA LA SUPERFICIE DORSAL EN CUANTO A COLOR, LESIONES, SIMETRIA Y FORMA. LA SUPERFICIE DE LA LENGUA ES RELATIVAMENTE SUAVE Y DESLIZANTE.

LA CARA DORSAL SE PALPA POR COMPRESION DIGITAL SOBRE LA SUPERFICIE TOTAL. SE USARA EL TACTO PARA DETERMINAR MASAS, ZONAS DE INDURACION O

**AUMENTO DE VOLUMEN.**

**LAS ESTRUCTURAS DE ESTA CARA COMPRENDEN:**

- PAPILAS FILIFORMES.- ESTAS PAPILAS ESTAN PRESENTES DESDE EL NACIMIENTO, SON RELATIVAMENTE CORTAS Y NO SE VUELVEN ALARGADAS HASTA EL PERIODO DE LA EDAD PREESCOLAR ; SON PAPILAS PILOSAS QUE CUBREN LA CARA DORSAL DE LA LENGUA. SON DE COLOR BLANQUECINAS, AUNQUE CON FRECUENCIA PRESENTAN MANCHAS EXTRINSECAS PROVOCADAS POR ALIMENTOS O MEDICAMENTOS.

- PAPILAS FUNGIFORMES.- SON PAPILAS AMPLIAS Y PLANAS CON ASPECTO DE ELEVACIONES ROJAS A MANERA DE HONGOS DISEMINADAS ENTRE LAS PAPILAS FILIFORMES. ESTAS PAPILAS GUSTATIVAS SON PARA LOS ESTIMULOS DULCES, ACIDOS Y SALADOS.

- PAPILAS FOLIADAS.- APARECEN COMO UN GRUPO DE CRESTAS VERTICALES SOBRE LOS BORDES POSTERIORES. ESTAS ALOJAN LAS PAPILAS GUSTATIVAS PARA LOS ESTIMULOS AGRIO Y ACIDOS.

-PAPILAS CALCIFORMES.- ESTAN LOCALIZADAS EN FORMACION A MANERA DE "V" EN LA CARA DORSAL POSTERIOR. CONTIENEN LAS PAPILAS GUSTATIVAS QUE REACCIONAN A LOS ESTIMULOS AMARGOS. SON LAS PAPILAS MAS GRANDES ; SU NUMERO ES DE SEIS A DIECISEIS Y ESTAN SITUADAS CASI PARALELAMENTE Y ENFRENTA DEL SULCUS TERMINALIS, FORMANDO UNA "V" O "Y". SU TAMAÑO Y NUMERO VARIA CONSIDERABLEMENTE DE UN INDIVIDUO A OTRO

EN EL PLIEGUE MEDIO DE LA LENGUA, SOBRE LA SUPERFICIE DORSAL PUEDE VERSE GENERALMENTE UN SURCO POCO PROFUNDO LLAMADO SURCO LINGUAL MEDIANO.

EL FORAMEN CECUM ES HABITUALMENTE UNA PEQUEÑA DEPRESION EN LA UNION DEL SULCUS TERMINALIS; ESTA COLOCADO EXACTAMENTE ATRAS DE LAS PAPILAS CALCIFORMES, EN EL VERTICE DE LA "V" FORMADA POR ESAS PAPILAS.

LAS AMIGDALAS LINGUALES SON ACUMULOS DE TEJIDO LINFOIDE LOCALIZADAS EN LA RAIZ DE LA LENGUA. PUEDEN EXTENDERSE HACIA ATRAS HASTA LA EPIGLOTIS Y HACIA LOS LADOS HASTA LAS AMIGDALAS PALATINAS. EL TEJIDO LINFOIDE SE VE COMUNMENTE EN LOS BORDES POSTEROLATERALES JUNTO A LAS PAPILAS FOLIADAS.

EN LA CARA VENTRAL DE LA LENGUA Y EXTENDIENDOSE EN EL PLANO HACIA LA ENCIA Y EL REBORDE ALVEOLAR , SE ENCUENTRA EL REPLIEGUE DE TEJIDO QUE CONSTITUYE EL FRENILLO LINGUAL.

LA GLANDULA LINGUAL ANTERIOR ( GLANDULA DE BLANDIN Y NUHN ) ESTAN SITUADAS CERCA DE LA SUPERFICIE INFERIOR Y LA PUNTA DE LA LENGUA. SUS CONDUCTOS, DE LOS CUALES HAY DE CINCO A SIETE, SE ABREN EN PEQUEÑAS PROTUBERANCIAS DE LA MUCOSA, BAJO LA LENGUA, EN LA FRANJA SUBLINGUAL O PLIEGUE FIMBRIADO.

MIENTRAS AUN SE TENGA RETRAIDA LA LENGUA FUERA DE LA BOCA, SE INSPECCIONAN LOS BORDES LATERALES VOLTEANDOLA DE LADO. ESTA ZONA DEBE EXAMINARSE CON CUIDADO PARA BUSCAR ENROJECIMIENTO, MANCHAS BLANCAS, HINCHAZONES, ULCERACIONES Y MASAS YA QUE ES EL SITIO COMUN DE CANCER BUCAL.

LOS BORDES LATERALES SE PALPAN POR COMPRESION BIDIGITAL DE LOS TEJIDOS ENTRE EL PULGAR Y LOS DEDOS, COMENZANDO EN LOS BORDES POSTERIORES Y DESPLAZANDOSE HASTA LOS ANTERIORES UNA VEZ QUE LA GASA

SE HAYA RETIRADO.

EN POSICION NORMAL, LA LENGUA YACE LAXA EN EL PISO DE LA BOCA. LA PUNTA SE UBICA SUAVEMENTE POR DETRAS DE LOS BORDES INCISALES DE LOS INCISIVOS INFERIORES Y LA SUPERFICIE DORSAL ES VISIBLE SOBRE LOS DIENTES EN TODAS LAS PARTES DE LA BOCA.

EN REPOSO, LA PUNTA DE LA LENGUA Y SUS BORDES LATERALES ALCANZAN LOS BORDES DENTARIOS. LA PRESENTACION EN LOS BORDES DE LA LENGUA DE LA IMPRESION DE LOS DIENTES ( INDENTACION ) NO SIGNIFICA SIEMPRE QUE EXISTA PRESION INDEBIDA NI NECESARIAMENTE ES CARACTERISTICA DE UNA ENFERMEDAD DETERMINADA.

LAS AFECCIONES PUEDEN SER CONGENITAS, TRAUMATICAS, INFECCIOSAS, METABOLICAS, HORMONALES, ALERGICAS, HEMATOLOGICAS, NEUROMUSCULARES Y NEOPLASICAS.

LAS ANOMALIAS COMUNES QUE PUEDEN ENCONTRARSE COMPRENDEN: LENGUA BIFIDA, LENGUA ATADA, GLOSITIS MEDIA ROMBOIDEA, QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO, LENGUA SABURRAL, LENGUA PILOSA NEGRA, LENGUA GEOGRAFICA, LENGUA FISURADA Y MACROGLOSIA.

MACROGLOSIA ES CUANDO LA LENGUA PARECE EXCEDER EL ESPACIO QUE LE CORRESPONDE Y SE EXTIENDE SOBRE LAS SUPERFICIES DENTARIAS. PUEDE CONSIDERARSE UNA ANOMALIA DEL DESARROLLO SI NO HAY CAMBIOS EN LA RESILENCIA Y TEXTURA DE LA LENGUA. CUANDO PRESENTA CAMBIOS EN LA RESILENCIA, TEXTURA, FUNCION Y SENSACIONES, GENERALMENTE ESTA ASOCIADA A PROCESOS NEOPLASICOS O, INFLAMATORIOS.

LA LENGUA FISURADA GENERALMENTE NO TIENE SIGNIFICACION CLINICA Y SE

**LE CONSIDERA ORIGINADA DURANTE EL DESARROLLO.**

**LA LENGUA GEOGRAFICA TAMBIEN LLAMADA GLOSITIS MIGRANS Y ERUPCION ERRATICA DE LA LENGUA. ES UNA ATROFIA CIRCINADA DE LA MUCOSA O DESCAMACION DE LA SUPERFICIE DEL EPITELIO DE LA LENGUA, CRONICA Y TRANSITORIA. LAS LESIONES SON ROJAS EN AQUELLAS ZONAS CORRESPONDIENTES A LA ATROFIA DE LAS PAPILAS Y BLANCA EN LAS ZONAS DONDE EXISTE HIPERPLASIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES ANTERIORES A SU ATROFIA Y PERDIDA.**

**EL AGRANDAMIENTO DE LA LENGUA PUEDE DEBERSE A CRETINISMO O MONGOLISMO, O EL AGRANDAMIENTO CON UN QUISTE O NEOPLASIA.**

**UNA LENGUA EXTREMADAMENTE GRANDE O DESPLAZADA HACIA ADELANTE DE SU POSICION NORMAL PARA COMPENSAR LA NECESIDAD DE PASAJE DE AIRE OBSTRUIDO POR AMIGDALAS HIPERTROFICAS, PUEDE GENERAR DIASTEMAS EN LOS DIENTES ANTERIORES U ORIGINA UNA PRESION LABIAL INDEBIDA SOBRE ELLOS.**

**UNA DESCAMACION DE LAS PAPILAS SUPERFICIALES PERO QUE NO SE ACOMPAÑAN DE LESIONES PROFUNDAS O DE INDURACION ESTAN ASOCIADOS CON CAMBIO DE COLOR Y SENSIBILIDAD, PUEDE DEBERSE A CIERTA AVITAMINOSIS, ANEMIA, TRANSTORNOS POR TENSION Y ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS.**

**UN CRECIMIENTO EXAGERADO DE LAS PAPILAS FILIFORMES EN PRESENCIA DE HONGOS O SUBSTANCIAS FORMADORAS DE PIGMENTO DA LA APARIENCIA DE UNA LENGUA PILOSA. ESTO GENERALMENTE ES PROVOCADO POR EL USO DE ANTIBIOTICOS.**

**LAS ANOMALIAS DEL DESARROLLO SON BASTANTES CARACTERISTICAS A CAUSA DE**

SU LOCALIZACION ( POR EJEMPLO LAS LINEAS DE FUSION ), FALTA DE ESTRUCTURAS EMBRIONARIAS PARA OBLITERAR, Y POCO COMPLICADAS ALTERACIONES DE TAMAÑO. LAS ULCERAS TRAUMATICAS CRONICAS PUEDEN SER UN PROBLEMA DE DIAGNOSTICO A CAUSA DE SU TENDENCIA A SEMEJAR UN CARCINOMA POR LO QUE LA BIOPSIA SE HACE NECESARIA.

LA SEQUEDAD DE LA LENGUA PUEDE DEBERSE A DESHIDRATACION O PUEDE OCURRIR EN LOS NIÑOS POR RESPIRAR POR LA BOCA. LA LENGUA PUEDE TENER UN COLOR BLANCO , GRISACEO O PARDUSCO EN ESTADO FEBRIL O ETAPAS TEMPRANAS DE ENFERMEDADES EXANTEMATOSAS. LA CAPA CONSTA DE CELULAS ESCAMADAS, DESECHOS DE COMIDA Y BACTERIAS. DEBEN OBSERVARSE LAS COSTUMBRES CON LA LENGUA PARA DESCRIBIR POSIBLES ASOCIACIONES DE MALOCLUSION.

LA SENSACION DE QUEMADURA ES EL TIPO DE DOLOR OBSERVADO EN LA LENGUA CON MAYOR FRECUENCIA. INTERESAN LOS BORDES Y LA PUNTA.

LA CAUSA MAS COMUN DE DOLOR ES LA ACCION TRAUMATICA POR MORDEDURA. LAS DOS LESIONES ULCEROSAS MAS COMUNES DE LA LENGUA SON LA ULCERA TRAUMATICA POR MORDEDURA Y LAS LESIONES SUPERFICIALES Y DOLOROSAS ASOCIADAS CON ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA O SECUNDARIA.

## ESPACIO SUBLINGUAL

LAS ESTRUCTURAS QUE FORMAN PARTE DEL PISO DE LA BOCA O ESPACIO SUBLINGUAL SON LAS GLANDULAS SUBLINGUALES Y SUS CONDUCTOS, LA PARTE SUPERIOR DE LA GLANDULA SUBMAXILAR Y SUS CONDUCTOS, LOS NERVIOS LINGUALES Y SUS RAMAS Y VARIOS GANGLIOS LINFATICOS SITUADOS A LO LARGO DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDIBULA .

EL EXAMEN DEL PISO DE LA BOCA SE HACE MEJOR POR INSPECCION Y PALPACION; SE EXAMINA PIDIENDOLE AL PACIENTE QUE LEVANTE LA LENGUA HASTA EL PALADAR, MIENTRAS EL EXAMINADOR SEPARA LOS TEJIDOS DE LA MANDIBULA CON UN ESPEJO BUCAL. EL EXAMEN COMENZARA CON UNA INSPECCION DEL COLOR DE LOS TEJIDOS Y LA OBSERVACION DE LA POSICION DE LAS ESTRUCTURAS DEL PISO DE BOCA DURANTE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES DE LA LENGUA. PODRA NOTARSE CUALQUIER ALTERACION INFLAMATORIA DE LA CARUNCULA O AUMENTO DE VOLUMEN DE LA EMINENCIA SUBLINGUAL . LA POSICION DEL FRENILLO LINGUAL , SE OBSERVA MEJOR CUANDO EL PACIENTE COLOCA LA PUNTA DE LA LENGUA SOBRE EL PALADAR O SOBRE LAS CARAS LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y EMPUJA CONTRA ELLOS. ESTA MISMA MANIOBRA PERMITE DETERMINAR LA RELACION DEL PISO DE BOCA CON LOS REBORDES ALVEOLARES Y OBSERVAR CUALQUIER EXTENSION DE LOS TEJIDOS DEL PISO DE BOCA.

LA PALPACION DEL PISO DE LA BOCA SE HACE MEJOR BIMANUALMENTE. EL EXAMINADOR DEBERA COLOCARSE FRENTE AL PACIENTE. ESTE SE UBICARA EN POSICION RECTA CON SU CABEZA Y MAXILARES VUELTOS LIGERAMENTE HACIA ABAJO, PARA OBTENER EL MAXIMO DE RELAJACION DE LOS MUSCULOS DEL PISO DE LA BOCA; EL EXAMINADOR UTILIZARA EL DEDO INDICE DE SU MANO IZQUIERDA PARA PALPAR POR DENTRO DE LA BOCA EL LADO IZQUIERDO Y EL INDICE DE LA MANO DERECHA PARA EL LADO DERECHO. LAS ESTRUCTURAS SE PALPARAN CONTRA LOS DEDOS DE LA OTRA MANO QUE ESTARAN COLOCADOS FUERA DE LA BOCA Y, CUANDO SEA NECESARIO, CONTRA LA MANDIBULA . EL LADO LINGUAL DE LA MANDIBULA PUEDE EXAMINARSE Y PALPARSE MEJOR CUANDO SE ESTA EXAMINANDO EL PISO DE LA BOCA. PARA QUE EL EXAMEN TENGA EXITO ES NECESARIO QUE EL PACIENTE ESTE RELAJADO.

LA PALPACION DEL PISO DE LA BOCA COMENZARA EN LA LINEA MEDIA Y RECORRERA LOS TEJIDOS BLANDOS HACIA ATRAS, TAN LEJOS COMO PUEDA IR EL EXAMINADOR SIN PROVOCAR EXCESIVAS MOLESTIAS AL PACIENTE. AL MISMO TIEMPO SE PALPARA LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA MANDIBULA EN BUSCA DE EXOSTOSIS ( DEFORMACION OSEA ) , ZONAS DE SENSIBILIDAD Y PERDIDAS DE CONSISTENCIA. EN UNA BOCA NORMAL PUEDEN PERCIBIRSE EL TEJIDO NODULAR BLANDO DE LAS GLANDULAS SUBLINGUALES Y EL CONDUCTO SUBMAXILAR. TAMBIEN SE PODRA PERCIBIR LA MASA FIRME DE LOS MUSCULOS DEL PISO DE LA BOCA Y, EN ALGUNOS CASOS, LA ESPINA MENTONIANA .

TODO EL TEJIDO SUBLINGUAL APARECERA HUMEDO Y MUY VASCULARIZADO. SE



**DEBE EXAMINAR:**

**-LA VENA LINGUAL.-** QUE CORRE A CADA LADO DE LA SUPERFICIE VENTRAL DE LA LENGUA.

**-PLIEGUE FIMBRIADO.-** SON PEQUEÑAS PROYECCIONES DE TEJIDO QUE ESTAN A LO LARGO DE LA VENA LINGUAL.

**-FRENILLO LINGUAL.-** INSERCIÓN MUSCULAR ENTRE LA LENGUA Y PISO DE BOCA. EL SURCO SUBLINGUALES ATRAVESADO POR DICHO FRENILLO, EL CUAL VA DESDE LA CARA VENTRAL DE LA LENGUA ALCANZANDO POR EL OTRO EXTREMO HACIA ADELANTE EL PROCESO ALVEOLAR MANDIBULAR.

UN FRENILLO DEMASIADO CORTO LIMITARA EL MOVIMIENTO DE LA LENGUA, IMPEDIRA QUE LA PUNTA DE LA LENGUA SE INCLINE HACIA ADELANTE ( ANQUILOGLOSIA O LENGUA ATADA ). ESTO SE DESCUBRE SOLO CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE TOCAR EL PALADAR CON SU LENGUA. TAMBIEN PUEDE MANIFESTARSE MEDIANTE PATRONES FONETICOS ANORMALES.

**-CARUNCULA SUBLINGUAL.-** SON DOS EMINENCIAS NODULARES Y SE ENCUENTRAN A CADA LADO DE LA BASE DEL FRENILLO Y PRESENTA EL ASPECTO DE UNA PEQUEÑA PROYECCIÓN REDONDEADA. ALOJA LA ABERTURA DEL CONDUCTO DE WHARTON DE LA GLANDULA SALIVAL SUBMANDIBULAR Y AVECES TAMBIEN LOS DE LA SUBLINGUAL. LA ACCIÓN DE ESTE CONDUCTO DEBE PROBARSE SECANDO EL PISO DE LA BOCA CON UNA TORUNDA DE GASA Y APLICANDO PRESIÓN INTERMITENTE AL TEJIDO SUBMANDIBULAR ENTRE EL CONDUCTO. SE OBSERVA EL PISO DE BOCA PARA DETERMINAR EL FLUJO Y CANTIDAD DE SALIVA QUE PENETRA A LA ZONA.

**-PLIEGUES SUBLINGUALES.-** SE PRESENTAN COMO DOS ELEVACIONES O REBORDES

QUE CORREN A LO LARGO DEL PISO DE BOCA A CADA LADO DE LA LENGUA. ESTOS TEJIDOS ALOJAN LOS CONDUCTOS QUE DAN SALIDA A LA GLANDULA SALIVAL SUBLINGUAL MENOR ( RIVINUS ) QUE SE ENCUENTRA EN EL PISO DE BOCA.

LOS CAMBIOS EN EL COLOR DEL PISO DE LA BOCA NO SON FRECUENTES, PERO PUEDEN OBSERVARSE POR PROCESOS INFLAMATORIOS, HIPERQUERATOSIS Y QUISTES DE RETENCION . ALGUNAS VECES APARECERAN EROSIONES O ULCERACIONES POR ACCION TRAUMATICA O LESIONES HERPETICAS, MASA BLANDAS FLUCTUANTES SUELEN SER DE NATURALEZA QUISTICA; UNA CONSISTENCIA LEÑOSA SE ASOCIA CON CELULITIS DEL ESPACIO SUBLINGUAL. AUMENTOS DE VOLUMEN DUROS, FIRME, Y ADHERIDOS, RELACIONADOS CON LAS GLANDULAS SALIVALES SUBLINGUALES PUEDEN SER DE ORIGEN INFLAMATORIO O NEOPLASICO.

LA HINCHAZON EN EL PISO DE BOCA PUEDE HACER QUE LA LENGUA SE ELEVE Y AFECTEA LA FONACION Y AL MOVIMIENTO LINGUAL DEL NIÑO.

LAS RADIOGRAFIAS OCLUSALES SON AVECES UTILES PARA LOCALIZAR CALCULOS EN EL CONDUCTO DE WHARTON.

## *PALADAR DURO Y PALADAR BLANDO*

LA CABEZA DEL NIÑO DEBERAS SER INCLINADA LIGERAMENTE HACIA ATRAS. LA FUENTE DE LUZ DEBERA PROYECTARSE HACIA ARRIBA SOBRE EL PALADAR, INSPECCIONANDOSE LA SUPERFICIES, BUSCANDO LESIONES , HINCHAZONES Y CAMBIOS DE COLORACION.

### **PALADAR DURO**

LA MUCOSA DEL PALADAR DURO ESTA FIRMEMENTE ADHERIDA AL HUESO SUBYACENTE Y PRESENTA CIERTO GRADO DE QUERATINIZACION, POR ESTO, LA SUPERFICIE PALATINA NORMAL APARECERA DE COLOR ROSA PALIDO, A MENUDO CON UN TINTE AZUL GRISACEO Y TENDRA LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS:

- PAPILA INCISAL.- LA PROTUBERANCIA DE TEJIDO FIRME Y BLANDO, LOCALIZADA ENTRE LOS DOS INCISIVOS CENTRALES. CUBRE AL AGUJERO INCISAL, QUE ES LA ABERTURA POR LA CUAL PENETRA LA INERVACION Y VASCULARIZACION A ESTA ZONA DEL PALADAR. ESTA PAPILA EN CONDICIONES NORMALES SUELE SER MAS

ROJA QUE EL TEJIDO PALATINO CIRCUNDANTE POR SU MAYOR IRRIGACION.

-RAFE PALATINO MEDIO.- EN LA LINEA MEDIA DEL PALADAR HAY UNA ESTRECHA BANDA BLANQUECINA QUE SE EXTIENDE DESDE UNA PEQUEÑA EMINENCIA , LA PAPILA INCISIVA, RECORRIENDO POSTERIORMENTE TODA LA EXTENSION DEL PALADAR. APARECE CON FRECUENCIA COMO UNA CRESTA EN LA PORCION ANTERIOR PARA TRANSFORMARSE EN UN SURCO EN SU PARTE POSTERIOR HASTA EL PALADAR BLANDO.

- ARRUGAS PALATINAS.- APARECEN COMO CRESTAS RAMIFICADAS O REBORDES IRREGULARES DE TEJIDO QUE SE IRRADIAN A CADA LADO DEL RAFE PALATINO, LOCALIZADAS DESDE LA PAPILA INCISIVA Y LA PORCION ANTERIOR DEL RAFE.

- FOVEAS PALATINAS .- SON DOS PEQUEÑAS DEPRESIONES UNA A CADA LADO DE LA LINEA MEDIA, EN UNION DEL PALADAR DURO Y BLANDO.

LA ZONA PERIFERICA DEL PALADAR DURO ES FIRME PERO ALGO RESILENTE Y CONECTA EL TEJIDO PROPIO DEL PALADAR CON LOS DIENTES. ESTE TEJIDO FORMA LA GINGIVA PALATINA Y ESTA FIRMEMENTE ADHERIDO AL HUESO SUBYACENTE Y A LOS DIENTES.

EN LAS PORCIONES LATERALES DEL TEJIDO, ENTRE EL RAFE Y LA GINGIVA ALVEOLAR , ESTAN LAS GLANDULAS PALATINAS , LOS VASOS SANGUINEOS Y LOS NERVIOS. ESTOS ELEMENTOS ESTAN BASTANTE EXTENDIDOS ENTRE EL PERIOSTIO Y LA SUBMUCOSA EN LA REGION DE LOS MOLARES, PERO MUCHO MENOS EN LA PARTE ANTERIOR.

LA INSPECCION DE ESTA ESTRUCTURA PUEDE REVELAR ANOMALIAS COMO: PAPILA INCISAL INFLAMADA, ULCERACIONES, TORUS PALATINO , LAS CICATRICES EN EL PALADAR PUEDEN SER EVIDENCIAS DE TRAUMAS PASADOS O DE

INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SE HICIERON PARA REPARAR ANOMALIAS DE DESARROLLO. EL COLOR DEL PALADAR PUEDE CAMBIAR DEBIDO A UN INCREMENTO LOCALIZADO O DIFUSO DE LA PIGMENTACION, UN CAMBIO DE INTEGRIDAD Y PERMEABILIDAD DE LOS VASOS SANGUINEOS, UN CAMBIO EN EL CONTENIDO DE HEMOGLOBINA DE LA SANGRE , UN CAMBIO EN EL EPITELIO DE LA MUCOSA Y CAMBIOS EN LA DENSIDAD Y ADHERENCIA DE ESTOS TEJIDOS. EL CAMBIO MAS COMUN EN EL COLOR SUELE ESTAR ASOCIADO A UN PROCESO INFLAMATORIO POR AGENTES TRAUMATICOS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y AGENTES QUIMICOS.

EL PALADAR SE PALPA POR COMPRESION DIGITAL CON UNO O DOS DEDOS CONTRA LA SUPERFICIE PALATINA; DICHA PRESION DEBE DE SER FIRME Y DISCONTINUA, PARA NO CAUSAR COSQUILLEO.

CON BASTANTE FRECUENCIA PUEDE PRESENTARSE EN LA PORCION MEDIANA DEL RAPE PALATINO UNA EMINENCIA OSEA ALARGADA O UNA GRAN MASA NODULAR QUE A LA PALPACION ES FIRME E INMOVIL, DENOMINADO TORUS PALATINO.

EN ALGUNOS CASOS DE MALOCCLUSION DE LOS DIENTES ANTERIORES LOS ALIMENTOS O LOS INCISIVOS INFERIORES CHOCAN CONTRA LA PAPILA . ESA IRRITACION CRONICA PUEDE DETERMINAR UNA HIPERPLASIA DEL TEJIDO.

## **PALADAR BLANDO**

EL PALADAR BLANDO ESTA CUBIERTO POR UNA MUCOSA DELGADA EN COMPARACION A LA DEL PALADAR DURO. NORMALMENTE NO PRESENTA QUERATINIZADO EL EPITELIO. TIENE NUMEROSAS GLANDULAS MUCOSAS Y VASOS SANGUINEOS, LO QUE LE CONFIERE UN COLOR ROJO MAS OSCURO QUE EL PALADAR DURO. EL LIMITE ENTRE AMBOS PUEDE VERSE CLARAMENTE CUANDO EL PALADAR BLANDO MODIFICA SU POSICION AL DECIR EL PACIENTE "AHHH", O BIEN CUANDO SE EXCITA EL REFLEJO NAUCEOSO; YA QUE EL PALADAR BLANDO SE ELEVA BILATERALMENTE .

EL PALADAR DEBERA SER INSPECCIONADO EN BUSCA DE CAMBIO DE COLOR, DENSIDAD Y VARIACIONES.

EL COLOR DEL PALADAR BLANDO PUEDE MOSTRAR VARIOS GRADOS DE ROJO OCASIONADO POR LA INGURGITACION DE LOS VASOS QUE LO RECORREN. ESTA HIPEREMIA ACTIVA GENERALMENTE SE ACOMPAÑA DE PETEQUIAS Y EQUIMOSIS; TAMBIEN SE VE ASOCIADO CON RESFRIOS, TOS Y MANIFESTACIONES ALERGICAS.

EL PALADAR BLANDO TAMBIEN ES ASIENTO CON FRECUENCIA DE LESIONES TRAUMATICAS, EROSIONES HERPETICAS Y MANIFESTACIONES PUERPERICAS ( INMEDIATAS AL PARTO). PUEDE LOCALIZARSE AHI UNA EXTENSA ULCERA EN LA ANGINA DE VINCENT (ULCERACIONES CAUSADAS POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS).

EL MOVIMIENTO DEL PALADAR DEPENDE DE LA ACCION DEL NOVENO Y DECIMO PAR DE LOS NERVIOS CRANEANOS. EN CASO DE PARALISIS EL PALADAR BLANDO CUELGA DEL LADO AFECTADO Y LA UVULA ES ATRAIDA HACIA EL LADO SANO. EL PACIENTE QUE PRESENTA PARALISIS UNILATERAL DEL PALADAR BLANDO, TIENE DIFICULTADES PARA DEGLUTIR.

LA UVULA PALATINA DEBE OBSERVARSE PARA BUSCAR DESVIACIONES EN FORMA O COLOR; PUEDE VARIAR DE TAMAÑO CONSIDERABLEMENTE DE UN INDIVIDUO A OTRO . PUEDE ESTAR APENAS PRESENTE O EXTENDERSE CASI HASTA LA LENGUA. PUEDE HABER AUSENCIA CONGENITA O PERDIDA POR REMOCION QUIRURGICA ; EN CASOS RAROS SE PRESENTA BIFIDA, LO QUE CONSTITUYE UNA FORMA LEVE DE PALADAR FISURADO.

## FARINGE Y AMIGDALAS

### FARINGE

PARA EXAMINAR LA FARINGE, ES NECESARIO UTILIZAR UN DEPRESOR LINGUAL, EL CUAL SE COLOCA EN EL TERCIO MEDIO DEL DORSO DE LA LENGUA POR DETRAS DE LA UNION DE LAS PORCIONES VERTICAL Y HORIZONTAL DE LA LENGUA, USANDO ESTE PUNTO COMO APOYO PARA MANTENER UNA PRESION CONSTANTE HACIA AFUERA Y ABAJO , LO QUE PERMITIRA AL EXAMINADOR SOSTENER LA LENGUA FUERA DE LA LINEA DE VISION Y SE LE PIDE AL PACIENTE QUE DIGA "AH" . AL HACER ESTO EL PACIENTE , EL TERCIO POSTERIOR DE LA LENGUA DEBE DESCENDER, OFRECIENDO AL OPERADOR UNA VISION COMPLETA DE LA ZONA.

UN NIÑO DE CARA ANCHA HABITUALMENTE TIENE UNA FARINGE ANCHA O MAS BIEN GRANDE; POR EL CONTRARIO, UN NIÑO DE CARA ESTRECHA GENERALMENTE TIENE UNA FARINGE ESTRECHA Y PEQUEÑA. AUNQUE LA APARIENCIA NORMAL DE LA FARINGE ES DIFICIL DE DEFINIR, PUEDE DECIRSE QUE ES HUMEDA, DE COLOR ROSA BRILLANTE, Y SE OBSERVAN UNAS POCAS VENAS DILATADAS Y ALGUNAS PROMINENCIAS NODULARES.

CON LA FARINGE POSITIVAMENTE OBSERVABLE DEBEN LOCALIZARSE: LA PARED



POSTERIOR DE LA FARINGE, PILARES POSTERIORES, AMIGDALAS PALATINAS Y PILARES ANTERIORES; Y DEBEMOS EXAMINAR ENROJECIMIENTOS, SIGNOS DE EXUDADO, LESIONES Y DOLOR.

## AMIGDALAS

PARA LA EXAMINACION DE LAS AMIGDALAS, SE REALIZARA EL MISMO PROCEDIMIENTO DE INSPECCION QUE CON EL DE LA FARINGE. SE COLOCARA UN BAJALENGUAS O BIEN LLAMADO DEPRESOR LINGUAL EN EL TERCIO MEDIO DEL DORSO DE LA LENGUA Y SE REALIZARA UNA PRESION HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE, SE LE PEDIRA A EL PACIENTE QUE MENCIONE EL SONIDO "AHH" CONSTANTE PARA QUE SE ABRA LA REGION AMIGDALINA Y NUESTRA VISION SEA MAYOR.

LA AMIGDALAS PUEDEN SER DE GRAN TAMAÑO; EN LOS NIÑOS SUELEN SER VOLUMINOSAS CON TENDENCIA A PROYECTARSE HACIA LA LINEA MEDIA.

LA PROLIFERACION DEL TEJIDO DE LA AMIGDALA LARINGEA PUEDE SER TAN EXTENSA QUE EXISTA MUY POCO ESPACIO EN LA GARGANTA PARA QUE PASEN EL AIRE Y LOS ALIMENTOS.

EL AUMENTO DEL VOLUMEN DE LAS AMIGDALAS PALATINAS Y FARINGEAS PROVOCA RESPIRACION BUCAL POR BLOQUEO DE LA FARINGE NASAL DANDO LUGAR A UN REFLEJO DEGLUTORIO ADQUIRIDO QUE OCASIONA UN EMPUJE

LINGUAL NOCIVO Y UN DESPLAZAMIENTO DE LA MANDIBULA HACIA ADELANTE, AUMENTANDO EL ESPACIO QUE RODEA A LAS AMIGDALAS Y ALIVIANDO ASI LA PRESION EN LA ZONA . ESTE EMPUJE LINGUAL CRONICO DERIVADO DE LA INFLAMACION TONSILAR O DEL REFLEJO MUSCULAR PUEDE PRODUCIR MALOCLUSIONES EN ALGUNOS NIÑOS.

EN NIÑOS SANOS, LAS AMIGDALAS PUEDEN AUMENTAR DE VOLUMEN CONSIDERABLEMENTE SIN QUE SE CONOZCA EL ESTIMULO QUE LO DETERMINA.

ALGUNAS VECES ES ACONSEJABLE QUE EL ODONTOLOGO SUGIERA QUE EL NIÑO SEA EXAMINADO POR UN MEDICO O PEDIATRA, SI CONSIDERA QUE SUS AMIGDALAS ESTAN GRAVEMENTE INFECTADAS.

LA PRINCIPAL CARACTERISTICA DE UNA INFECCION CRONICA DE LA AMIGDALA ES EL ENROJECIMIENTO PERSISTENTE Y EL DE LOS TEJIDOS VECINOS CON EPISODIOS REPETIDOS DE TONSILITIS Y PRESENCIA DE LINFOADENOPATIAS. EL DIAGNOSTICO DE LAS AMIGDALAS INFLAMADAS O INFECTADAS Y LA INDICACION DE SU EXTIRPACION Y DEL TEJIDO ADENOIDEO CON EL FIN DE PREVENIR O TRATAR LA MALOCLUSION REQUIERE UN ESTRECHO ENTENDIMIENTO ENTRE EL ODONTOLOGO Y EL MEDICO.

## *DIENTES*

SE REALIZARAN OBSERVACIONES BASICAS DE LA DENTADURA EN GENERAL ANTES DE FORMULAR DIAGNOSTICO SOBRE LAS PIEZAS INDIVIDUALES.

SE EXAMINARAN LOS DIENTES EN BUSCA DE PLACA, MANCHAS , CARIES, TAMAÑO, FORMA, ESTRUCTURA, Y NUMERO; TANTO LAS ALTERACIONES HEREDITARIAS COMO LAS DEL DESARROLLO PRODUCEN TRASTORNOS DE LA ESTRUCTURA.

LAS ALTERACIONES EXTRINSECAS O AMBIENTALES RESPONSABLES POR VARIACIONES DE FORMA DESPUES QUE EL DIENTE ESTA COMPLETAMENTE FORMADO PUEDE MANIFESTARSE COMO EROSION, ABRASION, CARIES, ATRICCION EXCESIVA, FRACTURAS, NO VITALIDAD, CONTORNOS FUNCIONALES Y RELACIONES DE CONTACTO.

## **NUMERO DE PIEZAS**

**ES IMPORTANTE DETERMINAR EL NUMERO DE DIENTES PRESENTES PARA EL DIAGNOSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO; EXISTEN DIENTES SUPERNUMERARIOS Y AUSENCIAS CONGENITAS. LA AUSENCIA CLINICA DE UN DIENTE DEBERA SER VERIFICADA SIEMPRE RADIOGRAFICAMENTE.**

**EN ALGUNOS TRASTORNOS DE DESARROLLO, LA ANODONCIA PARCIAL O LA OLIGODONCIA ES UN FACTOR DE DIAGNOSTICO; AUNQUE ES RARO QUE UN NIÑO SUFRA DE ANODONCIA. EN ALGUNOS TRASTORNOS DE DESARROLLO, LA ANODONCIA PARCIAL O LA OLIGODONCIA ES UN FACTOR DIAGNOSTICO. LA ANODONCIA PUEDE ESTAR ASOCIADA CON OTRAS ALTERACIONES ECTODERMICAS COMO ANHIDROSIS ( FALTA O DISMINUCION DE SECRECION SUDORAL ), ESTEATOSIS (DEGENERACION GRASOSA DE UN ORGANO) Y ALTERACIONES DE GLANDULAS SALIVALES.**

**LA AUSENCIA CONGENITA DE UNA PIEZA DENTARIA GENERALMENTE ES BILATERAL. LA AUSENCIA DE PIEZAS UNICAS ES MUCHO MAS IMPORTANTE EN DENTADURAS PERMANENTES QUE EN PRIMARIAS. A EXCEPCION DE LOS TERCEROS MOLARES , EL SEGUNDO PREMOLAR MANDIBULAR Y LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES SON LA PIEZAS QUE FALTAN MAS A MENUDO. ESTA AFECCION ES HEREDITARIA.**

**LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS REPRESENTAN UN INCREMENTO EN EL**

NUMERO NORMAL DE DIENTES PRESENTES EN LA DENTICION.

LA PRESENCIA DE DIENTES EXTRAS, SEAN DE FORMA NORMAL O ANORMAL, ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LOS TRASTORNOS DE LA OCLUSION.

LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS PUEDEN INTERFERIR CON LA ERUPCION DE LOS NORMALES, PUEDEN ERUPCIONAR FUERA DEL ALINEAMIENTO NORMAL Y PUEDEN, EN CIERTOS CASOS, ORIGINAR QUISTES DENTIGEROS.

LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS SE OBSERVAN, EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, EN LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR SUPERIOR, PERO PUEDEN APARECER EN CUALQUIER PARTE Y EN CUALQUIER ARCO.

UN ODONTOLOGO PUEDE SER INFORMADO SOBRE LA POSIBLE PRESENCIA DE UN MESIODENS POR UN DIASTEMA EXTREMADAMENTE ANCHO ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES PERMANENTES.

CIERTOS TRASTORNOS HORMONALES Y DEL DESARROLLO PUEDEN CAUSAR UNA DESORGANIZACION DE LOS PATRONES NORMALES DE ERUPCION DE LA DENTADURA.

## TAMAÑO DE LAS PIEZAS

EL TAMAÑO DE LAS CORONAS, LA LONGITUD Y LA CONFIGURACION DE LAS RAICES Y LOS ESPACIOS PROVOCADOS POR LA AUSENCIA DE DIENTES DURANTE LA ERUPCION , SON TODOS IMPORTANTES PARA LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. LAS ZONAS DESDENTADAS DEBEN EVALUARSE CON RELACION A

**LA PRESENCIA DE DIENTES NO ERUPCIONADOS O RETENIDOS.**

**LAS ANOMALIAS DE TAMAÑO CORRESPONDEN A MACRODONCIA Y MICRODONCIA. ES RARO ENCONTRAR MACRODONCIA O MICRODONCIA AUTENTICA. SIN EMBRAGO, PUEDEN ENCONTRARSE PIEZAS MUY SEPARADAS O MUY PEQUEÑAS, POR EJEMPLO, LATERALES EN FORMA DE CLAVOS. ASI MISIMO, LOS DIENTES SEPARADOS TIENDEN A PARECER GRANDES. LA HERENCIA DESEMPEÑA GENERALMENTE EL PAPEL PRINCIPAL EN LA PREDETERMINACION DEL TAMAÑO DE LAS PIEZAS. ANOMALIAS HORMONALES Y DEL DESARROLLO SERAN OTROS FACTORES.**

## **COLOR DE LAS PIEZAS**

**EL COLOR DE LOS DIENTES PUEDE PRESENTAR UNA GRAN CANTIDAD DE VARIACIONES NORMALES; LOS DIENTES PRIMARIOS SON GENERALMENTE BLANCO AZULADOS, EL COLOR ESTA DETERMINADO POR LA TRANSLUCIDEZ Y GROSOR DEL ESMALTE Y EL COLOR Y GROSOR DE LA DENTINA SUBYACENTE.**

**LA TINCION ANORMAL DE LAS PIEZAS DE LOS NIÑOS PUEDE DIVIDIRSE EN DOS TIPOS: EXTRINSECA E INTRINSECA.**

**LA TINCION EXTRINSECA PUEDE CAUSARSE POR BACTERIAS CROMOGENICAS, QUE PUEDEN INVADIR DEPOSITOS DE MATERIA ALBA Y CALCULO, FLUOROSIS,**

DENTAL CAUSANDO UNA GAMA DE COLORES EN LAS PIEZAS DE LOS NIÑOS.

LA LOCALIZACION CARACTERISTICA Y EL COLOR VERDOSO, NEGRO LINEAL O ROJO NARANJA SON LAS MANCHAS ASOCIADAS A BACTERIAS CROMOGENAS.

LA FLUOROSIS DENTAL ENDEMICA ( ESMALTE BETEADO ) ES UNA FORMA DE HIPOPLASIA DEL ESMALTE ADQUIRIDA COMO CONSECUENCIA DE LA INGESTION DE AGUA CONTENIENDO UN EXCESO DE FLUOR O TAMBIEN POR LA INGESTION INADECUADA DE FLUOR POR LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO .

EL CAMBIO DE COLOR GENERALIZADO DEL ESMALTE Y LA DENTINA, SE DEBE PROBABLEMENTE A FACTORES INTRINSECOS FORMADOS DURANTE EL DESARROLLO DEL DIENTE O DESPUES QUE ESTE HA COMPLETADO SU FORMACION; TALES COMO:

ANOMALIAS DE DESARROLLO EN LOS QUE SE HAYAN PERTURBADOS LOS PATRONES NORMALES DE LOS PRISMAS DE ESMALTE Y TUBULOS DENTINARIOS, DISCRASIA SANGUINEA, AMELOGENESIS IMPERFECTA, DENTINOGENESIS IMPERFECTA, HIPOPLASIA MARRON HEREDITARIA, RESORCION INTERNA Y DROGAS TALES COMO LA SERIE DE TETRACICLINAS. PIGMENTOS INTRINSECOS, DERIVADOS DE LA HEMOLISIS DE LOS ERITROCITOS Y LOS RELACIONADOS CON LA ICTERICIA. LOS DERIVADOS DE PIGMENTOS ENDOGENOS, HEMATOGENOS SUELEN DESAPARECER UNA VEZ TERMINADA LA ENFERMEDAD QUE LES DIO ORIGEN. EN ESOS ESTADOS EL COLOR DE LOS DIENTES SUELE SER CONSIDERABLEMENTE VERDE MARRON -AMARILLENTO O AMARILLO- NARANJA.

CON LA MUERTE PULPAR LOS PRODUCTOS DE LA DESCOMPOSICION DE PROTEINAS Y HIERRO PUEDEN DIFUNDIRSE EN LA DENTINA MANCHANDO EL DIENTE

**DE GRIS, AMARILLO-MARRON O NEGRO.**

**LA REABSORCION INTERNA DE LA DENTINA PUEDE PRODUCIR UNA DECOLORACION ROSADA O NEGRA DEL DIENTE.**

**LAS ANOMALIAS DE DESARRROLLO ASOCIADAS CON DEFECTOS DE LA DENTINA O EL ESMALTE; ENFERMEDADES SERIAS COMO LA HEPATITIS O LA ERITROBLASTOSIS FETAL; PROCEDIMIENTOS DE ENDODONCIA , USO DE DENTRIFICOS COLOREADOS SON OTROS FACTORES DE PIGMENTACION.**

## **OCLUSION DE LAS PIEZAS**

**EN ESTA ETAPA DEL EXAMEN, PUEDE COMPROBARSE LA OCLUSION DEL NIÑO PIDIENDOLE QUE CIERRE SU BOCA Y QUE MUERDA CON SUS DIENTES POSTERIORES. CUANDO EL NIÑO CIERRA, EL DENTISTA GUIA SU MANDIBULA SUAVE, PERO FIRMEMENTE, A LA POSICION MAS RETRAIDA, PERO COMODA DE LOS CONDILOS. LA INTERDIGITACION DEL MOLAR Y DEL CANINO DEBERA SER COMPROBADA CUIDADOSAMENTE DE MANERA BILATERAL. AL DETECTAR MAL OCLUSION EN UNA ETAPA MUY TEMPRANA EL ODONTOLOGO DEBERA INFORMAR A LOS PADRES QUE MAS ADELANTE SERA NECESARIO CONSULTAR AL ORTODONCISTA.**



## **MALFORMACIONES DENTALES**

**LESIONES FISICAS E HIPOPLASIA DEL ESMALTE SON LAS CAUSAS MAS COMUNES DE DIENTES MALFORMADOS. ADICIONALMENTE, LAS PIEZAS PUEDEN ESTAR DILACERADAS, EMPEQUEÑECIDAS, GERMINADAS, FUSIONADAS, CON ENTALLADURAS , EN FORMA DE CLAVO, CONCRESENCIA, PERLAS DE ESMALTE, DENS IN DENT , DIENTE DE TURNER, ODONTOMA, DIENTE DE HUTCHINSON, MOLARES EN PANAL DE MIEL, CUSPIDES Y RAICES ACCESORIAS ; CAUSADAS POR TRASTORNOS HEREDITARIOS, SISTEMATICOS O DEL DESARROLLO.**

**LA HIPOPLASIA DEL ESMALTE ES UN DEFECTO QUE OCURRE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER DISTURBIO EN LA FORMACION DE LA MATRIZ DEL ESMALTE . LA DISPLASIA DEL ESMALTE SE DEBE A LA HIPOPLASIA E HIPOMADURACION DEL TEJIDO. LA HIPOCALCIFICACION DEL ESMALTE OCURRE COMO RESULTADO DE CUALQUIER DISTURBIO QUE INTERFIERA CON LA DEPOSICION NORMAL DE CALCIO, MIENTRAS QUE LA HIPOMADURACION OCURRE POR INCOMPLETA CRISTALIZACION DEL ESMALTE. ESTOS TIPOS DE DISPLASIA PUEDEN DERIVAR DE ENFERMEDADES LOCALES, GENERALES O HEREDITARIAS.**

**LA INFLAMACION PERIAPICAL DE LOS DIENTES PRIMARIOS PUEDE PRODUCIR HIPOPLASIA E HIPOMADURACION DEL DIENTE DE REEMPLAZO SI EL PROCESO INFLAMATORIO OCURRE EN EL MOMENTO DE SU AMELOGENESIS Y MADURACION.**

**LAS CARENCIAS NUTRITIVAS, ALTERACIONES ENDOCRINAS Y OTRAS**

ENFERMEDADES GENERALES, SE ENCUENTRAN ENTRE LAS POSIBLES CAUSAS DE DEFECTOS HIPOPLASICOS DEL ESMALTE. LA HIPOMADURACION DEL ESMALTE PUEDE PRODUCIRSE POR INGESTION DE DOSIS EXCESIVAS DE FLUOR. ENTRE LAS ANOMALIAS HEREDITARIAS DEL ESMALTE SE ENCUENTRA LA AMELOGENESIS IMPERFECTA.

LA HIPOPLASIA DEL ESMALTE PUEDE PRESENTARSE COMO UNA ALTERACION LOCALIZADA DE UNO O VARIOS DIENTES O COMPROMETER A TODOS. PUEDE CONSTITUIR UNA FALTA DE ESMALTE Y DENTINA, O SOLO DE ESMALTE.

LA APARIENCIA QUIMICA DEPENDERA DE LA ETAPA DE AMELOGENESIS EN QUE OCURRA EL TRASTORNO Y DE LOS FACTORES EXTRINSECOS O AMBIENTALES QUE HAN ALTERADO EL ESMALTE.

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL DIENTE DE HUTCHINSON , LOS MOLARES EN PANAL DE MIEL Y LA HIPOPLASIA ES EL MAS DIFICULTOSO. LA DIFICULTAD PARA HACER UN DIAGNOSTICO ENTRE INCISIVOS DE HUTCHINSON Y MOLARES EN PANAL DE MIEL ESTRIBA EN EL DESCONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS E HISTOLOGICAS DE ESAS MANIFESTACIONES DE LA SIFILIS CONGENITA, LOS MOLARES EN PANAL DE MIEL TAMBIEN SUGIEREN LA POSIBILIDAD DE SIFILIS CONGENITA.

EN LA AMELOGENESIS IMPERFECTA PUEDE HABER, DESDE UNA FALTA TOTAL DE ESMALTE A UNA MATRIZ INMADURA. EL ESMALTE, SI ESTA PRESENTE, ES BLANDO, PROBABLEMENTE CALCIFICADO Y FACILMENTE ABRASIONABLE. EL ESMALTE ES MENOS DURO QUE EL NORMAL Y TIENDE A ASTILLARSE Y QUEBRARSE EN LOS

BORDES INCISALES Y CARAS OCLUSALES. ES BASTANTE CARACTERISTICA LA EXISTENCIA DEL COLOR MARRON DE TODO EL ESMALTE ABARCANDO TODO EL DIENTE.

LA DENTINOGENESIS IMPERFECTA ESTA CARACTERIZADA POR UNA COLORACION ANORMAL, OPALESCENTE , AUSENCIA DE CONDUCTOS , DENTINA POBREMENTE CALCIFICADA Y RAICES ESTRECHAS.

LA DISPLASIA DENTINARIA ESTA CARACTERIZADA CLINICAMENTE POR LA PRESENCIA DE DIENTES ABERRANTES Y MAL POSICION. FRECUENTEMENTE SE OBSERVAN ZONAS RADIOLUCIDAS EN LA REGION PERIAPICAL.