



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

120
2FD

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"HISTORIA CLINICA"

T E S I S

QUE PRESENTA :

MIRZA *Guillermina* GARCIA HELGUERA

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

ASESOR: C.D. MARCELO YOLLI SATO SATO

COORDINADOR DEL SEMINARIO: GASTON ROMERO G.



MEXICO, D.F.

1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

AGRADECIMIENTOS :

- * Gracias Dios mío por haberme permitido revivir hace 19 años, por guiar cada paso que doy, por darme los padres tan maravillosos que me tocaron; y sobretodo, por dejarme alcanzar éste gran sueño. Te Amo.
- * Manita: gracias por tus consejos, dedicación, esfuerzo, sacrificios y todo tu amor. Nunca te fallaré.
- * Papito: todo tu gran esfuerzo e inmenzo amor pronto estarán coronados. Gracias porque sin tí, éste sueño no hubiera sido posible ; lo logramos !.
- * Agradezco a mis tíos y tías por sus consejos y cariño.
- * Tíos Chatita y Raúl, muchas gracias por su cariño, consejos, palabras gratas de ánimo y regaños, nunca olvidaré sus consejos.
- * Armando: por haber llegado a mi vida y darme tu comprensión, cariño y paciencia. T.Q.M.
- * A mis abuelos Josefina Villa y Carlos Helguera, por haberme dado tanto amor, sé que ustedes también lo hubiesen gozado. Siempre estarán en mi corazón.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL.

Al Dr. Marcelo Yolli Sato Sato, por su colaboración y consejos dentro de la elaboración de ésta tesina.

ÍNDICE.

Págs.

- INTRODUCCIÓN.

- HISTORIA CLÍNICA.:

- * Definición 3
- * Generalidades 4.

- EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL :

- * Generalidades 5.
- * Examen extrabucal 9.
- * Examen intrabucal 11.

- MÉTODOS PROPEDEÚTICOS :

- A) Interrogatorio12.
- * Directo e Indirecto12.
- * Por Aparatos y Sistemas16.
- B) Inspección18.
- * Actitud18.
- * Facies20.
- * Hábitos corporales21.
- * Estado de nutrición21.
- * Piel y Faneras22.
- * Inspección de la cavidad oral24

	Págs.
1) Inspección de tejidos blandos	30.
2) Inspección de tejidos duros.....	32.
C) PALPACIÓN	36.
* Palpación extrabucal	38.
D) PERCUSIÓN	43.
* Percusión odontológica	45.
E) MEDICIÓN	46.
- CONCLUSIÓN .	
- BIBLIOGRAFÍA.	

INTRODUCCIÓN.

La primera entrevista con el paciente que viene a solicitar nuestros servicios odontológicos es de fundamental importancia. En ella se comienza con una charla a fin de recabar datos acerca de qué expectativas trae a su atención odontológica y que espera de ella. Esto permite también saber con qué tipo de ser humano se está tratando. Todo esto debe ser encarado en forma de conversación y de ninguna manera darle sentido de interrogatorio.

La entrevista es un proceso de interacción social, por medio del cual dos personas entran en contacto y se comunican.

Este proceso de la entrevista que a primera vista parece sencillo, no lo es tanto, por cuanto hay un conjunto de factores a tener en cuenta :

- 1) Se trata de dos personas diferentes, odontólogo-paciente, cada cual con su historia personal.
- 2) Las reacciones del entrevistado son imprevisibles, por más que se organiza y planea como proceder.
- 3) No siempre el entrevistado (paciente) dirá la verdad o bien omitirá determinadas cosas, dándolas por sabidas por el entrevistador (odontólogo).
- 4) Las condiciones internas del paciente influyen en la entrevista y, por qué no, también en el odontólogo.

Por lo tanto, la habilidad del profesional para manejar la entrevista es un factor de importancia, a efectos de que de éste primer contacto se derive hacia conclusiones satisfactorias desde el punto de vista de la concreción del tratamiento dental.

No existen reglas fijas, y debe de saberse que el éxito de la primera entrevista depende fundamentalmente del entendimiento que se pueda establecer entre el paciente y el odontólogo.

HISTORIA CLINICA.

DEFINICION :

Es la recopilación sistemática de información que orienta a un diagnóstico para establecer el plan de tratamiento.

De la historia clínica obtenida se determinará presuntivamente la magnitud de la enfermedad y en función de ello, se tomarán decisiones encaminadas a devolver al paciente el estado de salud y preservación.

GENERALIDADES :

La elaboración de una historia clínica, a pesar de ser un hecho rutinario en la práctica odontológica, debe ser realizada con la máxima dedicación y conocimientos ya que es el instrumento guía de todo tratamiento y, por lo tanto, debe reunir características muy específicas :

- * Debe ser secuencialmente rutinaria.
- * Debe ser organizada.
- * Debe ser precisa.
- * Debe ser sin datos negativos.
- * Debe ser sencilla.
- * Debe ser sin omisiones.

El objetivo de la historia clínica es recopilar la información que revela el paciente, en relación con la enfermedad hasta la fecha y evitará pasar cualquier factor importante en el desarrollo y en la evolución posterior del padecimiento.

Al utilizar un sistema completo de evaluación física para todos los pacientes aproximadamente el 90% de las situaciones que ponen en peligro la vida pueden ser prevenidas.

La meta de ésta evaluación, es determinar el estado físico y la habilidad psicológica del paciente para tolerar un tratamiento dental con una confiabilidad relativa de manera que el Odontólogo podrá identificar enfermedades contagiosas que requieran precauciones o procedimientos especiales, que pudieran contraindicar el uso de ciertos medicamentos.

También podrá identificar una necesidad de derivación o consulta médica antes de iniciar la atención odontológica.

La Historia Clínica se puede dividir en:

Historia Médica y

Historia Odontológica.

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL.

Se realiza el estudio del estado general de la boca si el paciente aprieta o frota los dientes durante la noche (bruxismo) , si los dientes son muy sensibles o no a los cambios térmicos, si sus encías sangran con facilidad, si le hay realizado extracciones y qué consecuencias postoperatorias tuvo (dolor. Hemorragias) .

Deberá observarse la calidad de los trabajos dentales realizados y juzgar su eficiencia funcional, y protección pulpoperiodontal y estética.

Se examinan a continuación las piezas dentarias en cada uno de los cuales se fijará para posteriormente anotarlos con lo que se encuentre en cada uno de los dientes o áreas vecinas de acuerdo con la codificación preestablecida.

Se comienza con el cuadrante 1 o diente 18 osea el tercer molar superior derecho; se examina secando previamente con un chorro de aire todas las superficies del diente por oclusal, distal, vestibular y palatino, siguiendo hacia adelante diente por diente hasta llegar a la línea media. Luego se pasa al cuadrante 2 o 21 osea superior izquierdo, al número 3 diente 38, inferior izquierdo y al 4 o 41, inferior derecho.

A continuación se examinan los tejidos blandos, en las mejores condiciones posibles, es decir, con una buena luz y secando la zona a examinar. Se mira la mucosa de los carrillos y el piso de la boca, se hace elevar la lengua y se observa si hay alguna anomalía en la cara interna del maxilar inferior o piso de la boca.

Por último, se examina la lengua, se pide al paciente que nos muestre la punta de la lengua y luego se la toma y traceiona con una gasa.

Se toma la sonda parodontal y se examinan los surcos gingivales de la misma manera que se hizo con los tejidos duros comenzando por el 1.8 y terminando con el 4.8 verificando la profundidad del surco por vestibular, mesial, palatino o lingual y por distal.

EXAMEN EXTRABUCAL E INTRABUCAL.

Un examen completo de la cabeza y el cuello es un componente vital en el suministro de la salud general. El procedimiento total combina una valoración subjetiva y objetiva de la salud del paciente, un examen de las estructuras extrabucales de la cabeza y el cuello y un examen clínico minucioso de todas las estructuras intrabucales.

Los principales objetivos para realizar un examen completo de cabeza y cuello para todo paciente son los siguientes :

1) Examinar completamente las estructuras de la cabeza y el cuello haciendo un esfuerzo para obtener datos minuciosos y precisos para la valoración, el diagnóstico y la elaboración del plan de tratamiento.

A) Para determinar los objetivos y prioridades del tratamiento.

B) Para determinar la necesidad de consultas complementarias con otros especialistas.

C) Ayudar a la planeación del programa preventivo diseñado para todas las necesidades del paciente.

2) Permitir la detección oportuna de las enfermedades bucales, mejorando así el pronóstico para la recuperación

3) Detectar trastornos generales que presentan manifestaciones bucales.

4) Detectar contraindicaciones para el tratamiento dental.

5) Proporcionar datos básicos y continuos del estado de salud del paciente para ayudar a valorar el éxito del tratamiento y la práctica preventiva.

6) Proporcionar descripciones del estado de salud del paciente en los registros para su posible empleo como documentos legales.

El plan de tratamiento diseñado para el paciente debe basarse en una identificación minuciosa y una descripción de todos los problemas de salud considerados sospechosos.

El examen clínico debe ayudar al dentista a identificar las necesidades dentales específicas del paciente para que éstas necesidades puedan ser analizadas con el paciente y elaborarse un plan de tratamiento adecuado.

Las necesidades de consultas complementarias, con otros especialistas, médicos o dentales, también se determina mediante los datos recabados en el examen de la cabeza y el cuello.

EXAMEN EXTRABUCAL :

Para ésta parte del examen de cabeza y cuello, el paciente debe sentarse en posición erguida semisupina.

Es difícil examinar las estructuras profundas de cuello y región submandibular cuando el paciente está en decúbito supino, pues muchos de los tejidos blandos tienden a decaer hacia las estructuras más profundas de cabeza y cuello, volviéndose menos accesibles para su examen y palpación. El Odontólogo trabajará en frente o detrás del paciente, según las estructuras que explore. En todo momento, el paciente debe colocarse bajo máxima visibilidad.

Las siguientes normas deben considerarse al realizar el examen:

- 1) El operador debe saber localizar cada una de las estructuras de cabeza y cuello por explorar.
- 2) Todas las estructuras que examinaan deben ser accesibles para su observación o palpación.
- 3) El operador empleará una técnica exhaustiva y minuciosa para examinar cualquier estructura en particular.
- 4) En su examen, el operador recurrirá a un orden sistemático y eficaz en sus tiempos y movimientos.

El examen extrabucal tiene dos componentes: el examen visual de toda estructura; y la palpación y auscultación.

El paciente debe sentarse en posición erguida o semisupina, con el operador sentado frente a él. Comenzando por la parte superior de cabeza y cuello, se avanza hacia abajo.

Al examinar los ojos obsérvese las siguientes estructuras:

- Escleróticas: obsérvese el color, signos de irritación.
- Pupilas: obsérvese tamaño, reacción a estímulos como la luz.
- Párpados: textura, forma, color (hábitos como parpadeo).
- Conjuntivas: obsérvese color, grado de humedad, presencia de cuerpos extraños; examínese retrayendo el párpado inferior hacia abajo con la punta del dedo índice.

La nariz debe examinarse en cuanto a forma, simetría y obstrucciones. El flujo de aire puede colocarse situando el espejo dental bajo las narinas del paciente durante la respiración normal.

Los labios deben examinarse en lo referente a simetría, forma, textura, color y hábitos. Obsérvese signos de irritación, sequedad o grietas en la piel, en especial en las conúsuras. La función de los labios puede examinarse pidiendo al paciente que abra y cierre la boca. Nótese la falta de cierre o tendencia a la respiración bucal.

Los oídos deben examinarse con respecto a forma, textura, vello, simetría y color. No olvidarse de examinar detrás de las orejas, en busca de posibles lesiones que escapen a la mirada.

Se revisará la región del cuello para examinar la simetría de las estructuras, así como la piel, observando la pigmentación, textura, cicatrices o lesiones.

(7)

EXAMEN INTRABUCAL:

Los siguientes factores ayudarán a asegurar una técnica óptima:

1) iluminación, 2) colocación, 3) retracción de los tejidos, 4) secuencia.

Un examen intrabucal realizado sin las consideraciones óptimas de cualquiera de éstos factores no pueden considerarse un examen completo y minucioso.

La iluminación directa se proporciona al dirigir el rayo central de la lámpara dental hacia el sitio por examinar. Debe procederse con cuidado para no dirigir la luz hacia los ojos del paciente. Es necesario ajustar el rayo de luz al examinarse diferentes los sitios de la boca.

La iluminación indirecta adicional también se proporciona por el espejo bucal, esto es muy útil para las porciones posteriores de la boca, esto es muy útil para las porciones posteriores de la boca donde es difícil emplear el rayo directo de la lámpara dental.

La colocación del paciente y el operador será tal que ambas partes estén cómodas y todos los sitios sean accesibles al operador para el examen completo. Cuando resulte necesario, deben darse instrucciones al paciente de voltear la cabeza o colocar la lengua para que todas las partes sean visibles.

El tercer factor para una buena técnica de examen es realizar una retracción completa, aunque suave de los tejidos blandos para que pueda observarse el sitio en su totalidad. No hay garantía de que no se presenten lesiones bajo pliegues de tejido o en rincones ocultos de la boca. El no examinar completamente los tejidos sin importar su grado de acceso puede considerarse como negligencia.

Otro factor al realizar el examen intrabucal es, el establecimiento de un orden eficaz. Manejo óptimo de tiempo y movimiento, utilización de un orden lógico, y asepsia son factores que deben considerarse al determinar la secuencia o el orden del examen.

(7

MÉTODOS PROPEDÉUTICOS

INTERROGATORIO.

Generalmente es el inicio de nuestra exploración hacia el paciente.

Se empieza por obtener datos de su padecimiento, desde el principio del mismo, la evolución y el estado actual.

El interrogatorio requiere de una habilidad especial del profesional que lo ejecuta, será ordenado, bien orientado, capaz de obtener de las preguntas que formulemos los datos de mayor significado del padecimiento.

Debemos escuchar al paciente, esto ofrece confianza, y su cooperación será de gran valor al ir armando las piezas del diagnóstico; sin embargo debemos ser cautelosos y prácticos, muchas veces el paciente hablará todo el tiempo que nosotros le permitamos, y no todo lo que dice es importante para el diagnóstico por el cual nos visita.

En ocasiones el interrogatorio será definitivo para llegar al diagnóstico, así sucede con los padecimientos cuya sintomatología es subjetiva, carece de síntomas objetivos.

El interrogatorio se divide en: **DIRECTO E INDIRECTO.**

DIRECTO

Interrogar al enfermo sin intermediario.

INDIRECTO.

Como su nombre lo indica, necesita de los familiares o personas que le rodean para informarnos de lo sucedido.

Así se llevará a cabo indirectamente cuando el enfermo está imposibilitado por su edad o estado de gravedad para contestar a nuestras preguntas. También sucede con los pacientes inconcientes, enajenados, rebeldes o niños.

A pesar de que la Historia Clínica en su parte del interrogatorio, se inicia con los datos personales del paciente y sus antecedentes; el paciente desea que el profesional se entere ante todo del motivo de su consulta, por lo que debe permitirse al paciente, por lo menos explicar su enfermedad actual sobre lo que luego se insistirá con detalle.

1) DATOS GENERALES :

Nombre, dirección, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, quien lo recomienda.

2) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS .

Obtener datos sobre hábitos y costumbres del paciente (aspectos de condición en que vive)

Hábitos de aseo personal, con cuantas personas vive, tipo de alimentación, automedicación, drogas que acostumbre tomar, si fuma, si toma, frecuencia con que lo hace, etc.

3) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS :

Son los padecimientos y enfermedades que ha sufrido el paciente en su vida, se comienza por averiguar datos sobre su padecimiento, infancia, desarrollo en orden cronológico. Se pregunta por enfermedades eruptivas como: sarampión, varicela, escarlatina, rubeola, etc.

Se pregunta por vacunas aplicadas, problemas respiratorios, gastrointestinales y todo tipo de enfermedades padecidas, antecedentes de transfusiones, traumatismos e intervenciones quirúrgicas. Si es mujer se le preguntan sus antecedentes ginecológicos.

4) ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS :

Se insistirá sobre enfermedades y causas de fallecimiento de los padres, abuelos, hijos, hermanos y cónyuges; ya que, existen diferentes procesos que son mal fomativos y siguen las

leyes de la herencia; así como enfermedades crónicas de los padres como son: sífilis, intoxicación por drogadicción, alcoholismo y VIH que pueden traer, como consecuencia en sus descendientes alteraciones genéticas orgánicas.

No debe dejarse de preguntar sobre antecedentes diabéticos y de cáncer que pueden ser frecuentes en ciertas familias, así como la tuberculosis y la lepra que son frecuentes de contagio.

5) ANTECEDENTES GENERALES.

Es importante destacar ciertos aspectos que intervienen en relación directa con el paciente y el posible padecimiento como por ejemplo: raza, sexo, edad, estado civil, ocupación y el medio ambiente que lo rodea. Con respecto a éste último tenemos que investigar el lugar o los lugares en los que ha recidido el paciente con anterioridad.

Porque hay enfermedades que sólo es posible padecerlas si se ha recidido en zonas endémicas por ejemplo: el paludismo, la micosis profunda del dengue.

Las profesiones u oficios desempeñados pueden dar motivo a la enfermedad por la que se consulta al especialista, por ejemplo: personas que han trabajado como mineros, plomeros y radiólogos presentan alteraciones ocupacionales, así como productos químicos y farmacéuticos.. La raza es un factor de gran valor pues hay procesos que atacan exclusivamente con predilección a ciertas razas, por ejemplo: los negros o indígenas son más propensos a la tuberculosis que las personas de raza blanca; los judíos tienen cierta predisposición a enfermedades sistémicas como la diabetes, hemofilia y enfermedades penfícoides.

Ciertas enfermedades se presentan preferentemente en edades específicas y en determinado sexo, por ejemplo: las enfermedades eruptivas, se presentan en la infancia, y el cáncer es más frecuente en la edad adulta. Ciertos tipos de cáncer se presentan en hombres y otros tipos en mujeres.

6) PADECIMIENTO ACTUAL:

Aquí vamos a incluir no sólo las enfermedades de la cavidad oral, sino también las enfermedades generales de las que se esté atendiendo nuestro paciente con su médico general o especialista en el momento de la consulta, para ello le vamos a preguntar al paciente : cuándo fue su última visita a su médico general y al Cirujano Dentista, la causa por las que lo hizo con ambos, así como el tratamiento que le dieron, cuanto tiempo duró, y qué resultados se obtuvieron.

Después se interrogará sobre el motivo de consulta actual, se investiga su sintomatología así como la evolución del padecimiento actual y qué solución se ha dado a éste problema sobre el cual se nos consulta.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO RESPIRATORIO :

Dentro del interrogatorio de éste, vamos a investigar por medio de ciertas preguntas qué enfermedades de vías respiratorias ha padecido o padece nuestro paciente.

Investigamos la frecuencia con la que se presenta el resfriado común en un año, si hay dolor en senos nasales y paranasales, dolor en oído o infecciones, con qué frecuencia se presentan la faringitis o amigdalitis en un año, si se presentó tos, si hay dolor y expectoración durante ésta, si es sanguinolenta o purulenta, transparente o amarillenta, si existen síntomas generales como fiebre, anorexia, astenia, disfagia, dolor intenso de la orofaringe, sensación de opresión respiratoria, sibilación , malestar general, sudoración nocturna y toda la sintomatología que se refiere al aparato respiratorio.

APARATO CARDIOVASCULAR :

Disnea en reposo o disnea de esfuerzo, edema en extremidades, dolor precordial (alrededor del corazón), dolor que se extienda al brazo, mano y dedos del brazo izquierdo, palpitaciones, cianosis, cefalea, vértigo con cambios bruscos de posición, acufenos (sonidos que provienen del interior del paciente), epistaxis espontánea, dolor de articulaciones, dolor de extremidades en el ejercicio, anorexia y debilidad progresiva, más toda la sintomatología de todas las enfermedades

SISTEMA ENDÓCRINO Y METABÓLICO :

Tenemos principalmente poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso, diarrea, temblor de finas oscilaciones, intolerancia al calor al frío, taquicardia, edema sin traumatismo, alteraciones en el carácter del paciente, torpeza al hablar, contracciones espasmódicas, dolor por excitabilidad muscular, exoftalmos, náusea, vómito, macroglosia, enanismo, obesidad, debilidad mental, coeficiente intelectual bajo.

SISTEMA HEMATOPOYÉTICO :

Palidez, astenia, equimosis, petequias , epistaxis, gingivorragias, sangrado prolongado de heridas, propensión a infecciones, adinamia.

SISTEMA NERVIOSO :

El síntoma más importante por lo general es la cefalea, trataremos de investigar si se presenta acompañada o de diferentes síntomas, investigar si hay alteraciones en los sentidos, si hay trastornos en la sensibilidad, si hay disminución en la memoria o en la ideación, orientación de la coordinación de los movimientos en general.

INSPECCIÓN.

Es el examen del enfermo por medio de la vista.

La inspección no se reduce a echar una ojeada al enfermo, sino que hay que observar todos los detalles revelables a la vista.

Se divide en :

DIRECTA O INMEDIATA.

INSTRUMENTAL O MEDIATA.

La inspección comienza tan pronto nos enfrentamos con el enfermo. Lo observamos durante el interrogatorio y cuando se prepara para ser reconocido.

Para que el examen se lleve de una manera adecuada , el observador debe de contar con tres cosas : una buena luz, paciente en la posición correcta y atención concentrada y penetrante.

Nos ocuparemos en las particularidades de orden general, como son: actitud o postura, facies, hábito corporal, talla, estado de nutrición, marcha, movimientos, etc., para centrar luego nuestra atención en el órgano supuestamente enfermo (inspección local).

ACTITUD .

Su examen tiene gran valor. Los enfermos adoptan instintivamente la que hace su mal más llevadero. Si se tiene cierto hábito es posible deducir la naturaleza de éste por el examen de su actitud.

La posición o postura es cuando ésta es pasiva, sin esfuerzo muscular o con un esfuerzo mínimo .

La actitud, representa actividad o acto preparatorio de un determinado movimiento.

El modo como los enfermos se sostienen en pie y su forma de caminar son valorados por el práctico, puesto que la estática y la ambulatoria no sólo ponen de manifiesto el estado general del individuo, sino también la perfecta coordinación de una serie de factores óseos, articulares, musculares y nerviosos cuya alteración puede reflejarse en el andar o en el modo de tenerse en pie.

Entre las actitudes que se han descrito como las habituales adoptadas por el individuo en pie figuran las siguientes :

a) Actitud erguida normal :

El plano de la pelvis forma un ángulo de 30° con la horizontal. La línea de gravedad pasa por las articulaciones del hombro, cadera, rodilla y pie. Es una actitud que teóricamente no necesita esfuerzo muscular, pero es tan inestable que sólo puede ser mantenida breves momentos o utilizando una pierna en actitud normal y otra más separada, para conservar el equilibrio.

b) Actitud de descanso :

Requiere poco esfuerzo muscular. La pelvis, en las articulaciones de las caderas se inclina hacia atrás, de modo que el centro de gravedad se encuentra por detrás del punto de rotación de las caderas.

c) Actitud erguida forzada :

Hay una fuerte contracción de los músculos espinales, de los extensores de la cadera y de los flexores plantares. Es una actitud que no puede sostenerse largo tiempo.

FACIES :

En la cara, cuya extremidad frontal tiene la significación más noble, se reflejan las reacciones provocadas por el mundo exterior (interés, miedo, repugnancia, etc.), así como las excitaciones que tienen origen en el propio individuo, ya sea en estado de ánimo (alegría, tristeza, preocupación, angustia, etc.) o en trastornos funcionales de las vísceras provocados por daños de cualquier índole. En todos los casos, y por vía nerviosa, se produce, a la par la contractura de determinados músculos faciales, y fenómenos en la irrigación de la piel (palidez, rubor, sudoración), que dan a la cara un aspecto que permite al observador apreciar la causa que lo motive.

En los sujetos sanos el aspecto de la cara varía según múltiples factores como: la edad, la raza, el estado de ánimo que se presentan en el momento del examen, el hábito corporal, vicios, etc.

Las enfermedades graves se reflejan en la expresión entera de la cara y sobretodo en los ojos.

Los procesos dolorosos de larga duración motivan la reiteración de un mismo gesto ejemplos: fruncir el entrecejo, arrugar la frente, rictus bucal; que a la larga acaban por fijarse confiriendo a la cara un aspecto peculiar.

En los últimos años se han valorado las modificaciones de las facies consecutivas a la toma de determinados fármacos; (facies yatrogénicas como serán por la ingesta de cortisona), intoxicaciones y aberraciones cromosómicas.

HABITO CORPORAL :

Llamado también biotipo morfológico es el aspecto particular del cuerpo dependiente de la especial combinación morfológica de sus segmentos. Es parte de la constitución total.

En todo tipo de individuo hay una serie de caracteres constitucionales transmitidos por la herencia (genotipo) más o menos modificado por la acción del mundo externo o peristasis.

Procede diferenciar en el fenotipo o manifestación externa de la constitución total 3 sectores o aspectos :

- 1) El hábito corporal.
- 2) Temperamento o ánimo: conducta vital emotivoafectiva.
- 3) Capacidad reactiva: modo de reaccionar y funcionalismo de cada sujeto ante el stress de la vida.

ESTADO DE NUTRICIÓN :

Se estima con la inspección y conforme con el chequeo del peso.

La obesidad debida a un exceso de grasa resulta o de un apetito excesivo o de un retardo del metabolismo en relación con un trastorno de las glándulas endócrinas.

Debemos siempre pensar en la retención de líquidos o edema sobretudo en enfermos cardíacos del riñón, o diabéticos no tratados con insulina.

La delgadez es el estado opuesto a la obesidad y puede ser por hipoalimentación absoluta o relativa en relación al ejercicio o trabajo producido. Hay individuos en que la delgadez es un estado familiar.

La pérdida

a continua de peso es propia de los procesos dilatados y graves, aunque las simples preocupaciones o penas, con su secuela común de anorexia e insomnio dan lugar a una notable disminución del peso corporal.

PIEL Y FANERAS

FANERAS : con ésta palabra se designa el conjunto de los órganos defensivos que sobresalen en la superficie de las membranas tegumentarias dermopapilares.

El examen de la piel se realiza con los sentidos de la vista y del tacto, aprovechando la luz del día, debido a que algunos tintes (el amarillo icterico y ciertas tonalidades débiles) pueden escapar al reconocimiento con luz artificial.

Debemos familiarizarnos con el conocimiento de ciertos procesos cutáneos comunes y no ignorar que todas las dermatosis se producen por combinación de lesiones elementales primarias o secundarias.

Las lesiones primarias son las formas originales en que aparecen las diversas lesiones.

Las lesiones secundarias son aquellas que se desarrollan a partir de las primarias.

Las lesiones primarias son: máculas, pápulas, vesículas, pústulas, ampollas, nódulos, tumores y ronchas.

Las lesiones secundarias son: exfoliaciones, costras, excoriaciones, fisuras, úlceras, cicatrices y manchas.

MÁCULA : mancha cutánea circunscrita sin elevación ni depresión.

PÁPULA : formación cutánea patológica; sólida y elevada no mayor que medio guisante.

VESÍCULA : formación cutánea patológica y elevada, del mismo tamaño que la pápula y que contiene un líquido seroso.

AMPOLLA : es una elevación de la piel mayor que medio guisante que contiene líquido libre.

NÓDULO : es una formación cutánea patológica y sólida cuyo tamaño varía entre medio guisante y el de una avellana.

TUMOR : es una formación patológica sólida de la piel, de mayor tamaño que una avellana.

RONCHA : elevación cutánea transitoria y circunscrita, reproducida por edema del corion .

EXFOLIACIÓN : está constituida por una masa de epidermis descamada o en descamación.

COSTRA : masa que se forma sobre la superficie de la piel, debida a la acumulación de exudados desecados o de otros restos patológicos.

EXCORIACIÓN : abrasión superficial de la piel.

FISURA : grieta de la piel que se extiende por la epidermis hasta el seno del corion.

ÚLCERA : pérdida de sustancia cutánea circunscrita que se extiende desde la epidermis hasta el corion.

CICATRIZ : formación de tejido conjuntivo que sustituye a una pérdida anterior de sustancia del corion : queloides es una cicatriz exuberante.

MANCHA : se debe a un depósito anómalo de sustancia colorante, como resultado de un proceso patológico.

A menudo se producen combinaciones de éstas lesiones elementales; la combinación de las lesiones cutáneas que sobrevienen; en caso dado constituyen una erupción.

2) Anomalías de implantación.

- Retención.
- Malposición.

3) Anomalías de erupción.

- Dentición precoz.
- Dentición retrasada.

4) Anomalías de tamaño.

- Gigantismo
- Enanismo.

5) Anomalías de forma.

- Dens in dente.
- Tubérculos y surcos supernumerarios.
- Raíces supernumerarias.
- Gemación y fusión.

6) Anomalías de estructura.

- Esmalte.
 - a) hipomeneralización. b) hipoplasia. c) diente veteadado.
- Dentina.
 - a) dentinogénesis imperfecta. b) diente en cáscara. c) displasia dentinaria.

LESIONES ADQUIRIDAS :

- 1) Fracturas.
- 2) Atrición.
- 3) Abrasión.
- 4) Erosión.
- 5) Reabsorciones.
 - a) cementaria.
 - b) dentaria.
 - c) adamantina.
- 6) Decoloraciones y pigmentaciones.
- 7) Anquilosis y cementosis.
- 8) Caries.

Además existen otras afecciones como neoplasias, infecciones genclares ,trastornos nutritivos, alteraciones ocasionadas por el nacimiento, efectos de los antibióticos, problemas glandulares, defectos congénitos, etc.

NEOPLASIAS :

Se considera a los ameloblastomas como tumores odontogénicos de origen ectodérmicos, cuyas células tienen la propiedad de diferenciarse en epitelio adamantino sin formar realmente esmalte.

Otros tumores, como los mixomas y fibromas odontogénicos, pueden formarse de las células mesenquimáticas embrionarias o maduras del germen dental.

INFECCIONES GENERALES :

La sífilis produce, en incisivos, el diente de Hutchinson, en forma de pala o destornillador, y en molares el molar de Moon o molares aframbuesados. Las fiebres exantemáticas, como varicela, sarampión y escarlatina producen la formación de fosillas en la superficie del esmalte.

TRASTORNOS NUTRITIVOS :

La deficiencia de vitamina A trae aparejada una interferencia en la elaboración normal de matriz dentaria, tanto en el esmalte como en la dentina. La deficiencia de vitamina C provoca inconvenientes en la formación de la matriz dentaria, llegando a impedir la calcificación de la dentina. La deficiencia de vitamina D interfiere en la calcificación por falta de absorción, tanto en esmalte como en dentina.

ALTERACIONES PROVOCADAS POR EL NACIMIENTO :

Al nacer hay un cambio súbito y total en el proceso metabólico que también afecta la formación dental, y éste queda registrado en la llamada línea neonatal, que separa la dentina calcificada de la dentina antes de la erupción o después de ella.

Las líneas neonatales aparecen en dientes temporales y en el primer molar permanente.

EFFECTOS DE LOS ANTIBIÓTICOS :

Las tetraciclinas producen modificaciones macroscópicas en la dentina, que se ve de color obscuro, también puede haber hipoplasia del esmalte.

PROBLEMAS GLANDULARES :

El hipotiroidismo retarda el tiempo de la erupción, la formación de la dentina y el desarrollo radicular, trae como consecuencia, el cierre temprano de los ápices, y da como resultado piezas dentarias con raíces cortas.

Para la inspección encontramos instrumentos básicos para el examen, y éstos son: espejo, explorador, pinzas de curación, sonda periodontal.

(1)

La inspección debe realizarse con todo cuidado examinando todas las caras de cada pieza dental, especialmente en las áreas retentivas. Se debe eliminar el esmalte sin soporte dentinario clivándolo con cinceles, para poder visualizar toda la lesión de caries.

El explorador debe recorrer primero una zona de esmalte o dentina insensible, de ésta manera podemos cerciorarnos si el paciente dice la verdad, pues si manifiesta sentir dolor, es señal de que está atemorizado y su respuesta no tiene utilidad para el diagnóstico.

El explorador no debe utilizarse como un instrumento de tortura; debe de manejarse con suavidad. No debemos olvidar que las cavidades mesiales son las que con mayor rapidez se vuelven penetrantes y afectan la pulpa.

COLOR :

Las coloraciones anormales de la corona clínica aportan datos útiles para el diagnóstico. Ante el fenómeno de la trición, abrasión y erosión, se puede ver alterado el color normal por la visualización de dentina o cemento.

En lesiones incipientes, la coloración es blanquecina, mientras que adquiere una tonalidad marrón parduzca en las lesiones avanzadas.

En el piso cavitario tiene importancia relacionar la coloración de la dentina con su dureza, observando si se trata de dentina desorganizada, blanda o esclerótica.

Recordar también, que pulpa expuesta no es necesariamente pulpa muerta.

Algunas de las afecciones generales pueden manifestarse clínicamente con alteraciones del color de las piezas dentarias.

Las reabsorciones idiopáticas internas producen una coloración rosada en la corona dental por transparencia de los capilares.

INSPECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.

El operador debe inspeccionar brevemente las siguientes estructuras : labios, mucosa labial y bucal, paladar duro y blando, lengua, piso de la boca y rebordes alveolares.

1) LABIOS : se inspeccionará el aspecto clínico de los labios antes de retraerlos. La piel debe estar intacta y poseer una textura firme y semihúmeda. Debe estar libre de toda lesión, cambio de coloración, aumento de volúmen o hinchazón. Las anomalías más comunes que pueden detectarse son : labios partidos, grietas en las comisuras, lesiones traumáticas derivadas de las mordeduras de los labios y ámpulas, úlceras o lesiones aftosas.

Las zonas secas y agrietadas deben protegerse de mayor traumatismo mediante la aplicación de vaselina. Se evitará tocar úlceras o ámpulas.

2) MUCOSA LABIAL : se retrae la mucosa labial mandibular hacia abajo y hacia afuera. Se sujetan los tejidos para que el pulgar se coloque dentro de la boca y los dedos se mantengan fuera de ella. Siempre se tratará de usar la misma disposición para que los dedos fuera de la boca no penetren de nuevo hacia el interior de la misma en ningún momento.

En la mucosa labial, debe verificarse la existencia de una superficie roja y húmeda que no revele lesiones anormales como masas o cambios de coloración. Advertirá pequeñas protuberancias blancas o amarillentas localizadas justamente abajo de la cubierta de la mucosa. Éstas son quizá las glándulas sebáceas labiales normales para éstos tejidos. Se examina el frenillo labial en busca de lesiones o desgarraduras. Se revisa también para asegurarse de que la incursión muscular no haga tracción sobre los tejidos gingivales que provoque recesión.

Se retrae la mucosa bucal hacia afuera alejándola un poco de los dientes, para que pueda inspeccionarse su superficie desde la mucosa labial hasta la zona retromolar.

3) MUCOSA BUCAL.

Los sitios vestibulares deben extenderse en forma alterna y examinadas. Al igual que con la mucosa labial, los tejidos estarán húmedos y rojos. La estructura de tejido blando visible opuesta a la zona molar maxilar es la papila parotídea.

Ésta albergará la abertura del conducto de Stensen de la glándula salival parótida.

4) PISO DE LA BOCA :

Se pide al paciente levantar la lengua hasta el paladar. Ésta zona aparecerá húmeda y muy vascularizada.

Se examinan las siguientes estructuras en el piso de la boca :

- * **VENA LINGUAL** : ésta vena corre a cada lado de la superficie ventral de la lengua. Se pueden observar várices en los pacientes de mayor edad.
- * **PLIEGUE FIMBRIADO** : son pequeñas proyecciones pilosas de tejido que están a lo largo de la vena lingual.
- * **FRENILLO LINGUAL** : ésta es la inserción muscular entre la lengua y el piso de la boca. Un frenillo lingual demasiado corto limitará el movimiento de la lengua (anquiloglosia o lengua atada). Ésto se descubre solo cuando el paciente no pueda tocar el paladar con su lengua. También puede manifestarse mediante patrones fonéticos anormales.
- * **CARÚNCULA SUBLINGUAL** : ésta se localiza en la base del frenillo y presenta el aspecto de una pequeña proyección redondeada. Aloja la apertura del conducto de Warton de la glándula salival submandibular.
- * **PLIEGUES SUBLINGUALES** : éstos se presentan como dos elevaciones o rebordes que corren a lo largo del piso de la boca a cada lado de la lengua: éstos tejidos alojan los

conductos de Rivinus que dan salida a la glándula salival sublingual menor que se encuentra en el piso de la boca.

***PLIEGUES LINGUALES :** éstas son dos pequeñas proyecciones pilosas de tejido que están a lo largo de la cresta de los pliegues sublinguales.

Al inspeccionar éstas estructuras, se examina el piso de la boca en busca de lesiones o cambios de coloración anormal.

5) PALADAR DURO .

La siguiente zona que debe examinarse es el paladar duro. La fuente de luz estará dirigida hacia arriba sobre el paladar, inspeccionándose la superficie buscando lesiones, hinchazones, y cambios de coloración. Una superficie palatina normal aparecerá de color rosa claro y tendrá las siguientes estructuras anatómicas :

*** PAPILA INCISAL :** una protuberancia de tejido blando y firme localizada entre los dos incisivos centrales.

Cubre el agujero incisal, que es la abertura por la cual penetra la innervación y vascularización a ésta zona del paladar.

Ésta papila en condiciones normales suele ser más roja que el tejido palatino circundante por su mayor irrigación.

*** RAFÉ PALATINO MEDIO :** es una línea blanca que se extiende desde la papila incisal hasta el paladar blando.

*** ARRUGAS PALATINAS :** rebordes irregulares de tejido que se irradian a cada lado del rafé.

* **FÓVEAS PALATINAS** : dos pequeñas depresiones una a cada lado de la línea media en la unión del paladar duro y blando.-

La inspección de éstas estructuras pueden revelar anomalías como estomatitis nicotínica, papila incisal inflamada, ulceraciones, torus palatino en enrojecimiento o irritación provocadas por prótesis.

6) PALADAR BLANDO : se examinará el color y posibles lesiones. La úvula palatina debe observarse para buscar desviaciones en forma y color. Para examinar la faringe bucal, se coloca un depresor lingual, en el tercio medio del dorso de la lengua y se pide al paciente que diga " AH ". Al hacer ésto el paciente, el tercio posterior de la lengua debe descender, ofreciendo al operador una visión completa de la zona. Obsérvese el movimiento de la úvula.

Obsérvese cualquier desviación del movimiento a cada lado, hacia la derecha o la izquierda. Con la faringe positivamente observable debe localizarse las siguientes estructuras para determinar si existen signos de lesiones anormales y cambios de coloración y forma : la pared posterior de la faringe, pilares posteriores, amígdalas palatinas, y pilares anteriores. Obsérvese cualquier enrojecimiento, signo de exudado, lesiones o dolor.

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

Las estructuras normales de ésta cara comprenden **PAPILAS FILIFORMES** :papilas pilosas abundantes que cubren la cara dorsal de la lengua, de color blanquecino, aunque con frecuencia presentan muchas extrínsecas provocadas por alimentos, tabaco o medicamentos.

PAPILAS FUNGIFORMES : papilas amplias y planas con aspecto de elevaciones rojas a manera de hongos, diseminadas entre las papilas filiformes . Éstas alojan las papilas gustatorias para los estímulos dulce, ácido y salado.

PAPILAS CALICIFORMES : localizadas en forma de " V ". En la cara dorsal posterior. Reaccionan sólo a los estímulos amargos.

La lengua debe retraerse envolviéndola en una torunda de gasa en su tercio anterior para lograr sujetarla con firmeza y proyectarla hacia la porción anterior, lo más posible sin causar molestia.

Mientras aún se tenga retraída la lengua fuera de la boca, se inspeccionan los bordes laterales volteándola para poder observar una visión completa del borde lateral. Ésta zona debe examinarse con cuidado para buscar enrojecimientos, manchas blancas, hinchazones, ulceraciones o masas ya que es el sitio común de cáncer bucal. Las estructuras normales observadas en los bordes laterales de la lengua son las papilas FOLIADAS que aparecen como un grupo de crestas verticales sobre los bordes posteriores. Estas papilas alojan las papilas gustativas para los estímulos agrios y ácidos. El otro lado de la lengua debe inspeccionarse de la misma forma.

Las anomalías comunes que pueden encontrarse comprende :

LENGUA SABURRAL, LENGUA PILOSA NEGRA, LENGUA GEOGRÁFICA, LENGUA FISURADA.

Se emplea el espejo para ayudar en la inspección de la tuberosidad del maxilar y la zona retromolar. Deben percibirse las desviaciones en forma, color y tamaño, la presencia de crecimientos anormales de tejido o lesiones.

(7)

8) REBORDES ALVEOLARES : deben examinarse con minuciosidad en busca de signos de enrojecimiento, cambios de coloración, aumento de volumen o lesiones. La retracción de la mucosa bucal y de la lengua es necesaria para la buena visibilidad de éstas estructuras.

Se examinan los rebordes en busca de masas duras (abultamiento), aumento de volumen, o crepitación y se observará cualquier zona adolorida experimentada por el paciente.

LAPALPACIÓN.

La palpación consiste en utilizar las manos para tocar partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas.

La palpación se utiliza para examinar todas las partes accesibles del cuerpo, utilizando las distintas partes de la mano para detectar las características de textura, forma, temperatura y movimientos.

(4)

Es un método de exploración que se vale del sentido del tacto. Permite el examen de las partes normales o patológicas colocadas bajo la piel o en cavidades naturales de pared flexible, como el abdómen, por la aplicación metódica de los dedos o la mano sobre la superficie cutánea.

Además de la palpación directa hay la indirecta, practicada por medio de instrumentos; ésta última permite explorar los conductos y las cavidades naturales o accidentales en las que no puede penetrar el dedo del médico.

Dichos instrumentos reciben nombres diversos : SONDAS, CATÉTERES, ESTILETES, ETC.

La palpación de una cavidad natural con el dedo o dedos de llama tacto, el cual es simple, si se limita a una cavidad; doble si alcanza dos al mismo tiempo, y combinado, si, estando dedo o dedos de una mano en una cavidad los dedos de la otra mano, deprimen por arriba en busca de los primeros.

Aunque la técnica de la palpación varía según el órgano que se trate de explorar y la finalidad que se persiga, conviene que se adapte a unas sencillas normas generales que son útiles recordar :

- * Debe seguir a la inspección. Nada revela la deficiente educación clínica del médico como palpar de buenas a primeras laparte enferma sin haberla precedido una atenta y detallada inspección. La palpación complementa a la inspección; en ningún caso la sustituye.
- * Las manos tibias y con las uñas cortadas se colocan de plan, como acariciando sobre la pared. El frio embota todas las formas de sensibilidad y el contacto de la mano fría en la superficie cutánea provoca por vía refleja la contractura de los músculos subyacentes y aumento de tensión parietal, con el consiguiente desmedro de la palpación.
- * Los detalles profundos se perciben mejor espolvoreando la piel de la zona correspondiente con polvos de talco o untándola con vaselina, lo que disminuye las asperezas de la piel, facilita el deslizamiento de los dedos y embota menos la sensación táctil.

La palpación puede ser uni o bimanual según se acuda a una o ambas manos . La **UNIO BIDIGITAL** sirve para investigar puntos dolorosos, colecciones fluctuantes o explorar orificios hemiarrios.

La palpación **UNIMANUAL** es útil para explorar la región precordial, las paredes torácicas, la tensión del vientre y algunos órganos abdominales.

En éstos casos la mano palpatoria o mano activa deprime los tegumentos de una manera progresiva y permanente, aprovechando las fases expiratorias para aumentar la presión.

La palpación **BIMANUAL**, ambas manos pueden ser activas.

El práctico debe evitar que asome a su rostro la impresión que le produce un hallazgo de algún dato de gran interés o la desorientación de una búsqueda infructuosa.

(6)

PALPACIÓN EXTRABUCAL.

El odontólogo debe de estar listo para continuar el examen extrabucal mediante la palpación de todas las estructuras extrabucales. Uno de los siguientes métodos de palpación estará indicado para cada una de las estructuras, o pueden cambiarse varias técnicas:

- * **PALPACIÓN DIGITAL** : la utilización de un dedo para examinar los tejidos.
- * **PALPACIÓN BIDIGITAL** : la utilización de uno o más dedos y el pulgar para examinar los tejidos, sujetando el tejido entre el pulgar y los dedos.
- * **PALPACIÓN MANUAL** : la utilización de todos los dedos de la mano para examinar tejidos
- * **PALPACIÓN BIMANUAL** : la utilización de ambas manos sujetando los tejidos entre las mismas para su examen.
- * **PALPACIÓN BILATERAL** :examen de las estructuras en ambos lados de la cara o el cuello a la vez, para detectar diferencias entre ambos lados.
- * **COMPRESIÓN CIRCULAR** : desplazamiento de las yemas de los dedos en un patrón circular sobre una estructura a la vez que se aplica presión al tejido.

Es importante para el operador siempre palpar las estructuras blandas contra una estructura más dura como hueso subyacente, otros dedos o las manos .

Cuando los tejidos blandos no están apoyados por algún medio, existe mayor posibilidad de que las masas anormales sean solo desplazadas de los dedos que realizan el examen y no sean detectados.

ORDEN DE LA PALPACIÓN :

El siguiente orden de la palpación se ha diseñado para que todas las estructuras sean examinadas en una forma lógica y evitando "brincar" de una zona de la cabeza a otra. Al seguir un patrón fijo en el examen tal como se recomienda, el operador siempre sabrá que estructuras se han examinado y cuales no, en caso de que se interrumpa el procedimiento y a la vez, habrá empleado en forma eficaz su tiempo y sus movimientos.

La primera estructura que debe palparse es el **MÚSCULO MENTONIANO** : este músculo se inserta en el labio inferior de la sínfisis de la mandíbula. Debe palparse con compresión digital, rodeando el tejido sobre la mandíbula. Se pide al paciente que haga un movimiento de deglución y se observa la función del músculo.

Los pacientes con deglución anormal suelen hacer gestos y utilizar éste músculo par asistir en la deglución encogiendo el mentón.

A continuación se examina el **BORDE ANTERIOR DE LA MANDÍBULA** colocado atrás el paciente el operador debe emplear la compresión bidigital con movimiento circular sobre los tejidos blandos, comenzando en la sínfisis de la mandíbula y desplazándose hacia atrás recorriendo todo el borde de la misma. La palpación debe incluir los tejidos blandos y el hueso subyacente para localizar los puntos de referencia anatómicos óseos normales, las desviaciones en la simetría, dolor y crepitación (sonidos de chasquido) .

Se continúa éste método de palpación en forma bilateral a lo largo de los bordes de la mandíbula en dirección posterior hasta que se alcance el ángulo de la misma.

Los **GANGLIOS LINFÁTICOS OCCIPITALES** se localizan en la base del cráneo en la porción posterior de la cabeza. Debe pedirse al paciente que incline la cabeza hacia adelante, aplicándose con presión circular digital en forma bilateral con las yemas de los

dedos. La palpación debe comenzar en la porción posterior del cuello y extenderse paralelamente al músculo estemocleidomastoideo.

Los **GANGLIOS LINFÁTICOS AURICULARES** se localizan atrás (auricular posterior) abajo (auricular inferior) y delante (auricular anterior) de los oídos. Se comienza aplicando las yemas de los dedos y haciendo compresión digital y movimientos circulares hasta el sitio de los ganglios auriculares posteriores. La palpación debe hacerse en forma bilateral para identificar desviaciones de un lado a otro. Se continúa ésta palpación hasta los **GANGLIOS AURICULARES INFERIORES Y LOS GANGLIOS AURICULARES ANTERIORES** , localizados en la 'porción anterior del tragus del oído. Los agrandamientos, dolor, grado de movilidad y firmeza de los nódulos son detalles que deben de tenerse en cuenta.

La **ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR** se palpa en forma bilateral colocando los dedos índices de cada mano justamente adelante del conducto auditivo externo y pedir al paciente abrir y cerrar con lentitud la boca varias veces. También se pide al paciente hacer lo siguiente : realizar movimientos laterales izquierdos y derechos con los dientes separados y hacer movimientos protrusivos con los dientes juntos y luego separados. Se percibe la función anormal de las articulaciones, diferencias en función entre el lado derecho y el izquierdo y dolor al abrir o cerrar.

La **GLÁNDULA PARÓTIDA** incluso los ganglios parotídeos se palpan en forma bilateral por compresión digital y movimientos circulares. Se comienza en un punto anterior al tragus del oído, y se extiende hacia abajo hasta el ángulo de la mandíbula. Se observa cualquier desviación de la forma, densidad, tamaño o dolor.

El **MÚSCULO MASETERO** se palpa colocando los dedos, de cada mano sobre el ángulo de la mandíbula y extendida la mano hasta el carrillo. Se pide entonces al paciente hacer

presión con los dientes en oclusión en varias ocasiones examinándose el músculo en ambos lados para observar su tamaño, función o desviación.

El **MÚSCULO TEMPORAL** debe examinarse en forma parecida a la del músculo masetero, colocando las manos en forma bilateral encima del músculo en la región temporal del paciente y pidiéndole a éste que haga contacto con los dientes en varias ocasiones. Se comprobará la función y dolor muscular.

La **región submentoniana** se examina con compresión bidigital y movimientos circulares de atrás y abajo de la sínfisis de la mandíbula. Se examina buscando aumento de volúmen, hinchazón, dolor, firmeza y movilidad de los ganglios linfáticos.

La **región submandibular** (incluso glándulas y ganglios) se palpa con compresión bidigital y movimientos circulares. Se comienza en el borde anterior de la mandíbula, se proyecta el tejido desde el sitio submandibular izquierdo hasta el derecho y se sujeta con las yemas de los dedos de la mano derecha. Los dedos que realizan el examen deben estar ligeramente doblados para poder sujetar eficazmente los tejidos. A continuación las yemas de los dedos se deslizan en los tejidos sobre el borde derecho de la mandíbula para percibir aumento de volúmen, hinchazón, dolor, movilidad y firmeza de los ganglios linfáticos.

El **músculo esternocleidomastoideo** se palpará, pidiéndole al paciente voltear la cabeza hacia la izquierda y bajar el mentón.

Esto provocará un abultamiento del músculo mejorando su acceso para el examen. La mano izquierda del operador sostendrá la cabeza del paciente sujetando el mentón, y la mano derecha sujetará el músculo entre el pulgar y los dedos.

Se inicia la palpación digital, comenzando atrás del oído y recorriendo el músculo hasta alcanzar la clavícula. Se repite el examen en el lado izquierdo. Se examina para percibir rigidez, dolor, induración, presencia de masas, y diferencia de función de un lado a otro.

Los **ganglios linfáticos cervicales superficiales** están en la porción anterior y posterior al músculo esternocleidomastoideo.

Debe aplicarse compresión digital y movimiento circular a ésta zona, extendiéndose desde el ángulo de la mandíbula en dirección descendente a lo largo de las caras anterior y posterior de éste músculo. La cabeza del paciente estará en posición erguida y hacia adelante, y la zona debe palparse en forma bilateral para que las desviaciones de lo normal puedan ser descubiertas.

Se examina la zona para percatarse de ganglios linfáticos aumentados de volumen y dolorosos. Movilidad y firmeza.

La **glándula tiroides** no suele ser visible en situaciones normales. Se localiza verticalmente entre el ligamento cricotiroideo y el cuarto anillo traqueal y paralelo al músculo esternocleidomastoideo y la traquea. Puede palparse desde atrás o por el frente del paciente. Con una mano, se colocan los dedos a un lado de la traquea y suavemente se desplaza el tejido tiroideo hasta el lado opuesto del cuello. Con la otra mano se aplica compresión suave digital circular a los tejidos. La tiroides se palpa para determinar si hay aumento de dolor o movilidad.

La **laringe** debe examinarse colocando las yemas de los dedos de una mano en forma bilateral sobre la laringe y aplicar presión alterna en dirección a la línea media contra ésta estructura. La laringe normal debe desplazarse libremente y ascender durante el proceso de deglución.

El hueso hioides se palpa colocando las yemas de los dedos de una mano suavemente en la línea media del cuello encima del cartilago tiroides. En funciones normales el hueso hioides descenderá y ascenderá al deglutir.

(7)

PERCUSIÓN.

Este método semiológico, debido a Auenbrugger (1761), consiste en golpear suavemente la superficie del cuerpo con el fin de obtener sonidos cuyas cualidades permiten reconocer el estado físico de, órgano subyacente, a ésta percusión llamada comparativa porque por medio de ella comparamos el sonido que se obtiene con el que normalmente se encuentra en ésta misma región se oprime la topográfica, que sirve para limitar los contornos de los órganos.

Existe gran número de métodos de percusión. Auenbrugger golpeaba directamente con los dedos de una mano dispuestos en forma de gancho. Ésta percusión, llamada INMEDIATA O DIRECTA, apenas se usa, pues en las regiones blandas el sonido que produce es muy apagado y poco claro.

En la llamada percusión MEDIATA, la más usada actualmente, se interpone entre el dedo que golpea (dedo percutor) y la superficie del cuerpo un dedo (medio o índice) de la otra mano (dedo plesímetro). Este método, conocido como percusión DÍGITO-DIGITAL de Gerhardt, tiene una serie de ventajas, como son su comodidad, pues no requiere de instrumento alguno, da sonidos de una gran pureza y completar la sensación auditiva con

una táctil particular (presión palpatoria de Ebstein) que difiere si la zona sobre la que actúa es mate o sonora.

El dedo plesímetro se apoya con cierta firmeza sobre la zona a explorar, adaptándolo a las desigualdades de la superficie para eliminar la interposición de aire entre él y la piel.

Neumann aplica solamente el extremo de la falange terminal del dedo (percusión puntiforme) estando el plesímetro y los restantes dedos levantados y separados de la piel con la finalidad de no amortiguar las vibraciones producidas y de restringir al máximo la superficie plesimétrica del dedo.

Los movimientos de la mano que percute deben efectuarse a nivel de la articulación metacarpo falángica, permaneciendo el antebrazo rígido e inmóvil.

El golpe será ligero, seco, elástico. Es muy aconsejable el método que consiste en golpear rápidamente y retirar con prontitud el dedo percutor una vez obtenido el sonido (percusión a saltos, Neumann).

Debe percutirse siempre sobre el mismo dedo y a golpes espaciados y no, como se suele hacer, sobre el índice o medio indistintamente y a golpes repetidos.

La percusión debe ser suave, superficial y siempre de igual intensidad.

(6)

PERCUSIÓN ODONTOLÓGICA.

Ver, tocar y oír son tres verdades de la clínica diaria.

La percusión se realiza con un golpe suave ó moderado aplicado con el dedo o el mango de un instrumento en sentido vertical u horizontal.

Si existe reacción dolorosa a la **PERCUSIÓN VERTICAL** se puede presumir la presencia de una lesión periapical de origen pulpar, en tanto que la **PERCUSIÓN HORIZONTAL** se corresponde generalmente con una lesión periodontal.

En algunos casos de patología compleja, puede haber dolor a ambos tipos de percusión y la presencia de movilidad.

La ausencia del dolor ante la percusión, en cualquiera de sus dos tipos no es una prueba válida para pensar que no están lesionados el periápice, el periodonto o ambos.

(1)

MEDICIÓN.

Como su nombre lo indica, es el método exploratorio que investiga una magnitud no conocida de un área determinada.

Se trata de dar valor numérico a las diferentes regiones de nuestro organismo, muchas veces comparando ésta magnitud con otra conocida.

Consideraremos algunos aspectos en los que interviene la MEDICIÓN en la Odontología.

La identificación de la extensión apical de la lesión gingival se hace en conjunción con las MEDICIONES de la profundidad de la bolsa parodontal.

Con el fin de evaluar la cantidad de tejido perdido en la enfermedad parodontal y también para identificar la extensión apical de la lesión inflamatoria se deben registrar los siguientes parámetros :

- a) Bolsa profunda (profundidad de sondeo).
- b) Nivel de inserción (sondeo del nivel de inserción)
- c) Involucración de la bifurcación.
- d) Movilidad dentaria.

MEDICIONES DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA :

La profundidad de la bolsa parodontal, es decir, la distancia del margen gingival al fondo de la bolsa gingival, se mide por medio de una sonda graduada. Los resultados de las MEDICIONES de la profundidad de la bolsa sólo en raras situaciones dan información apropiada referente a la extensión de la pérdida de inserción.

MEDICIONES DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA :

La profundidad de la bolsa paradontal, es decir, la distancia del margen gingival al fondo de la bolsa gingival, se mide por medio de una sonda graduada. Los resultados de las MEDICIONES de la profundidad de la bolsa sólo en raras situaciones dan información apropiada referente a la extensión de la pérdida de inserción.

En tal situación, una profundidad de bolsa que exceda 3-4 mm representa una llamada pseudobolsa.

MEDICIONES DEL NIVEL DE INCERSIÓN :

Los niveles de inserción pueden ser evaluados mediante la sonda graduada y expresado como la distancia en mm desde el límite cemento adamantino hasta el fondo de la bolsa gingival.

Se registra la distancia mayor para cada superficie dentaria y se la puede incluir en la ficha periodontal.

(3)

MOVILIDAD DENTARIA :

Todos los dientes tienen un ligero grado de movilidad fisiológica, que varía en diferentes dientes y momentos en el día. Es mayor al iniciar la mañana y disminuye de manera progresiva.

El aumento de la movilidad en la mañana se atribuye a la extrusión ligera de los dientes por los contactos oclusales limitados durante el sueño.

Los dientes uniradiculares tienen más movilidad que los multiradiculares, los incisivos tienen la mayor. La movilidad es por lo general en dirección horizontal, aunque alguna movilidad axial ocurre en mayor grado.

La movilidad dentaria ocurre en dos etapas :

- 1) La etapa inicial o intraalveolar, en la cual el diente se mueve dentro de los límites del ligamento periodontal. Este movimiento inicial ocurre con fuerzas de aproximadamente 45.5 kg y es del orden de 0.5 a 0.10 mm (50 a 100 micras).
- 2) La etapa secundaria, que ocurre en forma gradual y ocasiona deformación elástica de hueso alveolar en respuesta al incremento de las fuerzas horizontales cuando una fuerza de cerca de 230 kg se aplica a la corona el desplazamiento es de 100 a 200 micras en los incisivos, 50 a 90 en los caninos, de 8 a 10 para los premolares y de 40 a 80 para los molares.

Cuando una fuerza aplicada a los dientes en oclusión se discontinúa. Los dientes regresan a su posición original en dos etapas : La primera es como un aflojamiento elástico tipo resorte inmediato, la segunda es un movimiento de recuperación asintomático y lento.

El MOVILÓMETRO O PERIODONTÓMETRO son aparatos mecánicos o electrónicos para la medición precisa de la movilidad dentaria.

Como regla general, la movilidad se gradúa clínicamente con un método simple como el siguiente :

El diente se sujeta firme entre los mangos de dos instrumentos metálicos o con uno y un dedo y se hace la fuerza para moverlo en todas direcciones ;una movilidad anormal por lo general ocurre buco lingual.

La movilidad se gradúa de acuerdo con la facilidad y extensión del movimiento como sigue:

MOVILIDAD NORMAL :

1. Grado I: ligeramente más de lo normal
2. Grado II : moderada, más que lo normal.
3. Grado III : movilidad grave bucolingual o mesio distal o ambos combinada con desplazamiento vertical.

La movilidad más allá del rango fisiológico se denomina anormal o patológica . Es patológica en el sentido que excede los límites normales de los valores de movilidad. Sin importar que el periodonto se encuentre enfermo al momento del examen. El aumento en la movilidad es por uno o más de los siguientes factores :

- 1.- La pérdida del soporte del diente.
- 2.- Traumatismo por oclusión.
- 3.- La extensión de la inflamación desde la encía o del periápice.
- 4.- La movilidad dentaria aumenta en el embarazo y algunas veces se relaciona con el ciclo menstrual o el uso de anticonceptivos hormonales.
- 5.- Por los procesos patológicos de los maxilares que destruyen el hueso alveolar o las raíces de los dientes o ambos.

(2)

En circunstancias especiales puede interesar hacer una MEDICIÓN milimétrica de la zona palatina en todos sus diámetros, para lo cual nos podemos servir del PALATÓMETRO del Dr. Korkhaus.

En la clínica, por lo general, basta la determinación de la distancia interpremolar de Bogue, que normalmente es de 30- 32mm en el niño. Por debajo de ésta cifra se calificará el caso de hipoparabolismo, y se investigará respiración bucal y hábitos viciosos (succión del dedo, posturas al dormir). El examen rinológico debe ser obligado (estenosis, desviaciones del tabique).

Para las mediciones palatinas o palatometrías, se obtendrá un molde de las arcadas, sobre el que se hacen más fácilmente toda clase de medidas y cálculos necesarios, así como de la implantación de las piezas dentarias, extensión de los vestíbulos bucales, inserción de los frenillos, etc. Detalles que interesan siempre con fines ortodónticos, protésicos o quirúrgicos.

La morfología y tamaño del paladar están también condicionados por factores étnicos; así las razas braquicéfalas, de cráneo ancho, son también braquiuránicas, o de amplio paladar, en tanto que en los delicocéfalos hay estrechez palatina o dolicoourania.

Puede interesar también en alguna especial circunstancia (control de crecimiento, razones médico legales), la exploración detallada de las rugosidades palatinas, como se sabe, peculiares para cada individuo, en equivalencia a las impresiones digitales.

(5)

CONCLUSIONES.

Al tener el conocimiento previo de los conceptos y pasos para realizar una buena historia clínica, nunca debemos de olvidar la actitud del paciente en cuanto a su comportamiento ya que, el paciente que llega a la consulta asuma una actitud pasiva hacia ésta, así como también hacia su posterior tratamiento.

Ésta actitud pasiva se refleja en dejar hacer al Odontólogo pero si nque el paciente participe. Es como si los procedimientos técnicos asumieran un papel principal, dejando a un lado la educación para la salud y la participación activa del paciente, en cuanto a la conservación de su salud y al éxito del tratamiento realizado. Es por eso que se le dá mucha importancia al vínculo que se establece entre el Odontólogo-Paciente para que el primero pueda transmitir algunas informaciones básicas en cuanto a la prevención de la enfermedad, y el segundo comprenda y analice su postura ante ésta situación.

Con ésta recopilación, espero que cada una de las personas que puedan observar ésta tesina, tomen en cuenta la gran importancia y responsabilidad que tiene el Cirujano Dentista en realizar una buena Historia Clínica, para preveer un posible descuido que puede llegar a causar un verdadero y en algunos casos, irremediable daño a nuestros pacientes.

Debemos tomar en cuenta también el lógico miedo que sienten los pacientes ante una situación desconocida y en la mayoría de los casos dolorosa, para poder así, armarnos de la mayor paciencia y brindarles el mejor trato, ya que ésto nos redituará en no sólo satisfacción personal al ver tranquilo y a gusto a nustro paciente con su tratamiento dental, sino saber, que al haber realizado una correcta anamnesis y exploración , gozará de un correcto diagnóstico y un exccelente tratamiento.

Debemos tomar en cuenta también el lógico miedo que sienten los pacientes ante una situación desconocida y en la mayoría de los casos dolorosa, para poder así, armarnos de la mayor paciencia y brindarles el mejor trato, ya que ésto nos redituará en no sólo satisfacción personal al ver tranquilo y a gusto a nuestro paciente con su tratamiento dental, sino saber, que al haber realizado una correcta anamnesis y exploración , gozará de un correcto diagnóstico y un excelente tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA.

1) OPERATORIA DENTAL.

Barrancos Mooney Julio.
Editorial Médica Panamericana.
Buenos Aires, Argentina 1991.
Págs. 75,76,80,81,82,85,86.

2) PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN.

Carranza Fermín A. Jr.
Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.
México,D,F., 1990.
Págs. 519,520,521,522.

3) PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.

Lindhe Jan.
Editorial Panamericana.
Buenos Aires, Argentina 1991.
Págs. 280, 281.

4) VALORACIÓN FÍSICA.

Potter Patricia A:
Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.

Madrid, España 1991.

Págs. 80,81.

5) EXPLORACIÓN CLÍNICA EN ESTOMATOLOGÍA.

Sáenz de la Calzada Y:

Editorial Paz Montalvo.

Madrid, España 1973.

Págs. 243, 244

6) SEMIOLOGÍA MÉDICA Y TÉCNICA EXPLORATORIA.

Surós Batlló Juan.

Editorial Salvat Editores, S:A:

México D:F:, 1990

Págs. 59,60.

7) ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

Woodall Irene R:

Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.

México, D:F: 1983.

Págs. 102,103,109,11,114,117,123.