



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
ENEP - ZARAGOZA**



**EVALUACION CLINICA EN MEDICINA
ESTOMATOLOGICA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ROSA AURA GARCIA LEON
GENARO SUMANO DOMINGUEZ
MA. PATRICIA ACOSTA VEGA

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PROTOCOLO

CAPITULO I	PAGS.
Introducción	1
Definición de cavidad oral	3
Vestíbulo oral	4
Paredes que constituyen la cavidad oral	5
PARED ANTERIOR (LABIOS)	
Anatomía de los labios	6
Límites de los labios	8
Planos constitutivos	8
Músculos de los labios	9
Irrigación de los labios	15
Inervación de los labios	17
Fisiología de los labios	19
Metodos de exploración	- 20
ESTRUCTURAS QUE TIENEN RELACION CON LA PARED ANTERIOR	
Parodonto	24
Anatomía de las encías	24

Clasificación de encías	25
Irrigación de encías	27
Inervación de encías	28
Fisiología de encías	28
Metodos de exploración	30
Consideraciones clínicas	32
Definición de ligamento periodontal	33
Ligamento alveolodentario	34
Funciones del ligamento alveolodentario	35
Metodo de exploración	37

DIENTES

Características de los dientes	38
Esmalte	40
Déntina	41
Cemento	42
Pulpa	43

DENTICIONES

Temporal	44
Características de la dentición temporal	45
Fechas aproximadas de erupción	46

Permanente	
Características de la dentición permanente	47
Fecha aproximada de erupción	48
Irrigación de los dientes	49
Inervación de los dientes	51
Drenaje linfático	52
Fisiología de los dientes	53
Metodos de exploración	54
Interrogatorio	55
Inspección y palpación	56
Percusión	57
Transiluminación	60
Bibliografía	61

CAPITULO II

PARED POSTERIOR (VELO DEL PALADAR)	
Anatomía	63
Límites de la pared posterior	63
Arcos palatogloso y palatofaríngeos	65
Planos constitutivos	66
Músculos de la pared posterior	67
Irrigación	69

Inervación	69
Fisiología de la pared posterior	71
Métodos de exploración	72
Bibliografía	74

CAPITULO III

PARED SUPERIOR (BOVEDA PALATINA)

Anatomía	75
Límites de la pared superior	75
Planos contitutivos	75
Irrigación	79
Inervación	79
Fisiología de la pared superior	80
Metodos de exploración	81
Torus palatino	84
Bibliografía	86

CAPITULO IV

PARED INFERIOR (REGION LINGUAL Y SUBLINGUAL)

Anatomía de la lengua	88
Cara superior o dorsal de la lengua	89
Papilas linguales	89

Cara inferior y ventral de la lengua	91
Bordes y base de la lengua	91
Vértice de la lengua	92
Músculos extrínsecos de la lengua	93
Músculos intrínsecos de la lengua	94
Irrigación de la lengua	98
Inervación	99
Región sublingual (límites)	100
Hueso mandibular	101
Cuerpo	101
Ramas	103
Hueso Hioideo	105
Anatomía	105
Glándula sublingual	107
Glándula submandibular	109
Fisiología de la pared inferior	110
Metodos de exploración	111
Palpación del piso de la cavidad oral	114
Bibliografía	116

CAPITULO V

PAREDES LATERALES (REGION GENIANA Y REGION MASETERICA)

Región infraorbitari.	117
Límites	117
Planos constitutivos	118
Irrigación	122
Inervación	123
Drenaje linfático	124
Región Parotido-Maseterica	
Límites	125
Glandula Parótida	126
Conducto parotídeo	128
Irrigación	129
Inervación	130
Fisiología de las paredes laterales	132
Exploración de la glándula parótida	133
Parotiditis	136
Sarampión	139
Parotiditis supurativa	141
MUSCULOS DE LA MASTICACION	
Músculo masetero	143

Acciones	145
Músculo Temporal	145
Acciones	146
Músculo pterigoideo lateral	146
Acciones	148
Músculo pterigoideo medial	149
Acciones	149
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	
Estructuras que la constituyen	150
Disco articular, cóndilo mandibular y cápsula articular	151
Ligamentos de la articulación	153
Movimientos que se efectúan en la articulación	154
Apertura de la boca	154
Cierre de la boca	155
Movimiento hacia adelante (protusión)	156
Movimiento hacia atrás (retrusión)	157
Movimientos laterales	157
Movimientos condilares	158
Bibliografía	160
Resultados	161
Conclusiones	162
Propuestas	163
Bibliografía General	164

PROYECTO DE TESIS

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

El estudio de la anatomía, fisiología y los métodos de exploración - forman parte esencial en la evaluación clínica estomatológica.

La historia del diagnóstico odontológico (inspección, palpación, - percusión datan de la antigüedad más remota.)

Algunos de los médicos de la antigüedad han dejado registros de los exámenes que efectuaban pero la mayor parte no lo hicieron:

Dado que las enfermedades acompañan al hombre desde su aparición en la tierra, mucho antes de la historia escrita, solo podemos hacer - especulaciones acerca de los métodos de diagnóstico y tratamientos - empleados por los pueblos antiguos.

Existieron variadas formas de diagnosticar las enfermedades, por e- - jemplo en la Mesopotamia, llevaban a los enfermos a la plaza de un - mercado, y las gentes se acercaban a los enfermos y daban consejos - acerca de sus padecimientos.

En Egipto, se ejercía la medicina de tal forma que cada médico era - médico de una enfermedad y no de más (médico de dientes, médico de ojos etc.)

Al paso del tiempo, con la interpretación de los geroglíficos y papi - ros egipcios se aumentó rápidamente el conocimiento de la anatomía, - fisiología y los estados patológicos más frecuentes de esa época.

Sin embargo en el campo del diagnóstico odontológico, el material es muy escaso y solo podemos tener la certeza de que el médico egipcio empleaba la inspección y la palpación.

La evaluación clínica a través del tiempo ha ido mejorando, con el advenimiento de nuevos conocimientos y tecnología como son los instrumentos y métodos de precisión, que han tornado la exploración odontológica más exacta y también más interesante..

En la odontología actual, el cirujano dentista no debe limitarse únicamente a la rehabilitación de estructuras dentales, es necesario que ponga conocimiento científico y habilidad técnica suficiente para resolver los problemas de sus pacientes como individuos y como entes sociales, y determinar cual es el diagnóstico y cual el tratamiento adecuado para cada uno de ellos, ya que de no ser así no podrá integrarse al paciente al medio ambiente en que se desenvuelve.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Para la obtención del diagnóstico estomatológico debe considerarse la anatomía y fisiología del aparato estomatognático en relación con los métodos de exploración clínica? .

HIPOTESIS DE TRABAJO

Si debe considerarse la anatomía y fisiología del aparato estomatognático en relación con los métodos de exploración clínica para la obtención del diagnóstico estomatológico.

OBJETIVOS

Describir los componentes anatómicos que integran el aparato estomatológico de acuerdo a las paredes que lo integran, incluyendo su anatomía topográfica y fisiología.

Describir la función de los diferentes elementos de la cavidad oral
Realizar una investigación de los métodos de exploración clínica más utilizados por el cirujano dentista.

Describir cuales son estos metodos.

Describir como se llevan a cabo los metodos de exploración en cada una de las paredes que forman la cavidad oral.

Mencionar algunas de las alteraciones que se presentan con más frecuencia en cavidad oral.

MATERIAL Y METODOS

Para desarrollar este trabajo partimos del concepto de qué tan importantes son los métodos exploratorios en la evaluación clínica y cual es la relación con anatomía y fisiología orales.

En base al metodo científico se fueron integrando todos los conocimientos es decir, establecido este concepto se reunió toda la información teórica que contemplara este tema, como son libros de -- anatomía topográfica, fisiología, anatomías humana y oral, textos - de patología, propedéutica y semiología.

Los artículos se obtuvieron del centro de información (CENIDS), -- donde se nos presentó un listado de todos los artículos publicados sobre el tema, se eligieron los que tuvieran mayor relación con el conocimiento que deseabamos obtener, acerca de los metodos exploratorios.

Para la recopilación de toda la información se consideraron los - siguientes criterios. :

Libros publicados de 1976 a la fecha y re-
vistas de 1980 a la fecha.

Se prefirieron los documentos editados en ingles para su traducción por la mayor accesibilidad a este idioma..

Otra condición en la elección del material teórico, fué la calidad de la información refiriendonos con esto, a que las especulaciones estuvieran científicamente comprobadas, es decir información publicada directamente de los investigadores e información proporcionada de autor a autor. Accesibilidad a la fuente fué otro criterio de selección utilizado, así como la calidad de la información.

Luego de la recopilación del material bibliográfico, se procedió a la organización y clasificación del mismo, considerando para tal fin la conformación de la cavidad oral en seis paredes.

Está distribución fué hecha de tal forma que cada uno de los elementos anatomofisiológicos que forman la cavidad oral, se analizaran por separado, asignando a cada uno de ellos el o los métodos exploratorios que le corresponden.

Por ejemplo : en el primer capítulo se analiza la pared anterior de la cavidad oral , que corresponde a labios, se menciona en primer término su definición,, en segundo término su anatomía, dentro de esta las tunicas que la constituyen, irrigación e inervación, - posteriormente la función que desempeñan dentro de la cavidad oral y por último los métodos exploratorios que se utilizan en la evaluación clínica como son :

Interrogatorio, inspección , palpación, -
percusión etc.

Todos los procedimientos antes mencionados son desarrollados en -
los cuatro capítulos restantes que contemplarán en su contenido -
lo que corresponde a cada una de las cinco paredes de la cavidad
oral.

Segundo Capítulo.- PARED POSTERIOR.- Velo palatino, e istmo de las
fauces.

Tercer Capítulo.- PARED SUPERIOR.- Bóveda Palatina.

Cuarto Capítulo.- PARED INFERIOR.- Piso de la boca y lengua

Quinto Capítulo.- PAREDES LATERIALES.- Región geniana y región para
tido maseérica.

Ya organizada la secuencia del trabajo se procedió a analizar la -
información, utilizando como criterios de análisis : 1.- Número de
paredes de la cavidad oral, 2.- Elementos anatómicos que conforman
cada pared, 3.- Fisiología de la cavidad oral. 4.- Diferentes mét
odos exploratorios etc. Paralelamente se fué sintetizando la infor
mación y se conformaron los capítulos del trabajo, una vez termina
do esto, se procedió a la obtención de resultados, elaboración de
las conclusiones y de las propuestas correspondientes.

INTRODUCCION

El explorar a un paciente implica una serie de conocimientos y procedimientos que el odontologo debe tener bien aprendidos, memorizados y puestos en práctica de manera adecuada para cada una de las personas que requieran el servicio dental.

Para llegar a esto se necesita de los conocimientos de Anatomía y Fisiología del aparato estomatognático esto es, el saber como se encuentra estructurada la cavidad oral, situación y relación con cada una de las partes que la integran y la función que desempeñan.

Además de la ayuda que proporcionan los auxiliares del diagnóstico, que son complementarios en la Exploración Clínica como son : Interrogatorio, Inspección, Palpación y Percusión .

El propósito de ésta tesis es brindar una guía que contenga los tres aspectos antes mencionados tomando como elemento de estudio a las estructuras anatómicas que conforman la cavidad oral.

Es decir que de cada una de las estructuras se describirá su Anatomía, Fisiología y Metodos Exploratorios que le corresponden .

CAVIDAD ORAL

2

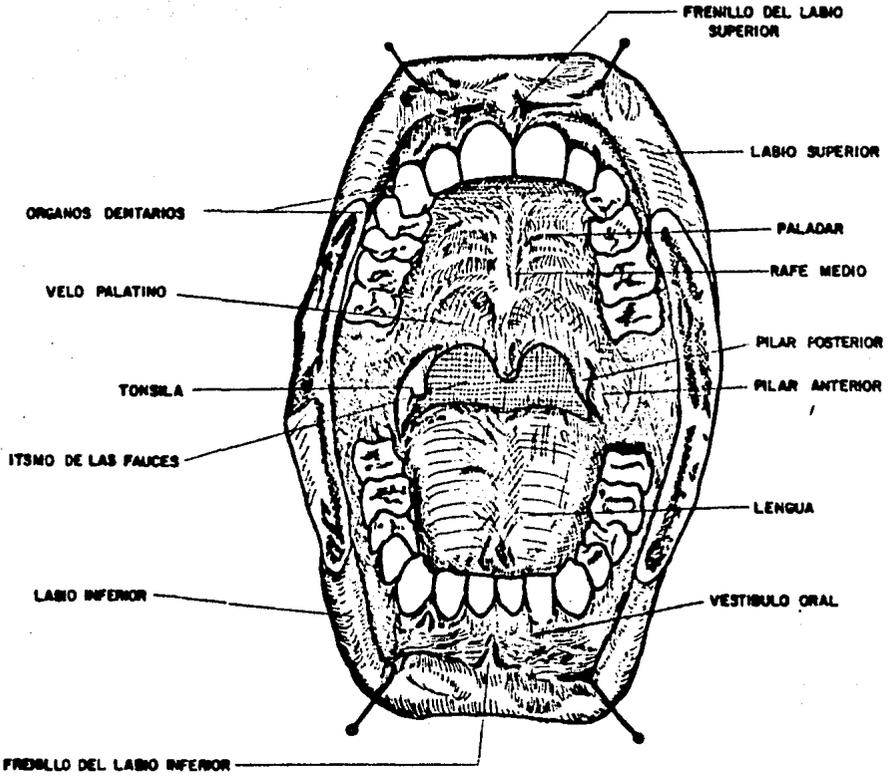


FIGURA 1

BASES ANATOMICAS Y FUNCIONALES DE LA EXPLORACIÓN

CLINICA EN LA CAVIDAD ORAL

ANATOMIA

DEFINICION DE CAVIDAD ORAL

La cavidad oral (cavidad bucal) es la primera porción del sistema digestivo (aparato digestivo) ocupa la parte anterior e inferior del macizo facial, de forma aproximadamente oval.

LIMITES GENERALES DE CAVIDAD ORAL

Está limitada hacia arriba; por la bóveda palatina, hacia abajo ; por la lengua y piso de la cavidad oral, ventralmente; por la región mucosa de los labios, dorsalmente; por el velo del paladar e istmo de las fauces y lateralmente; por las mejillas. (Fig. 1).

También se limita a la cavidad oral en dos porciones :

Una periférica denominada vestíbulo oral y otra central o cavidad oral propia

VESTIBULO ORAL

Es un espacio o hendidura limitado externamente por los labios y las mejillas (carrillos), e internamente por las encías y los dientes; hacia arriba y hacia abajo por el repliegue de mucosa llamado fondo de saco.

CAVIDAD ORAL PROPIA

La cavidad oral propia (cavidad propiamente dicha) está limitada anterolateralmente; por los arcos alveolares con sus dientes, posteriormente; comunica con la orofaringe por una abertura estrecha llamada istmo de las fauces (constituido por el paladar blando, pilares glosopalatinos y lengua) hacia arriba; por la bóveda del paladar y hacia abajo; por el dorso de la lengua.

La cavidad oral propia y el vestíbulo oral comunican entre sí por los espacios interdentarios y los espacios retromolares.

Otra forma de división que es de importancia aparte de la que se menciona en el párrafo anterior es aquella en la cual se admite que la cavidad oral está constituida por seis paredes que son las siguientes :

1.- PARED ANTERIOR :

Constituida por los labios.

2.- PARED POSTERIOR :

Formada por el velo palatino, sus arcos e istmo de las fauces.

3.- PARED SUPERIOR :

Constituida por la bóveda palatina.

4.- PARED INFERIOR :

Formada en su mayor parte por los músculos mi
lohioideos y genihioideos y membranas del pi-
so de la cavidad oral; incluyendo la lengua -
que descansa sobre los músculos antes mencio-
nados.

5 y 6 .- PAREDES LATERALES :

En número de dos, constituidas por -
las regiones infraorbitaria y mase-
rica.

PARED ANTERIOR DE LA CAVIDAD ORAL

LABIOS

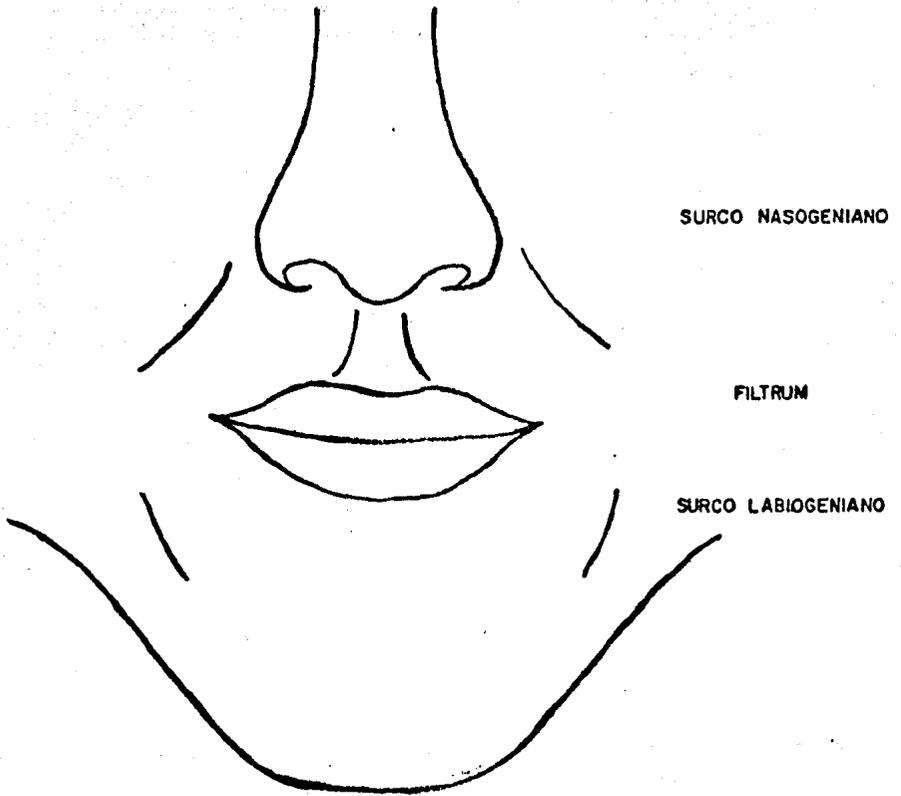
ANATOMIA

Los labios son repliegues musculomenbranosos, uno superior y otro inferior que delimitan entre sí la entrada de la boca.

Se encuentran situados en la parte anterior e inferior de la cara. Están separados de las mejillas por los surcos nasogenianos y labiogenianos (Fig. 2).

El labio superior presenta una depresión en la línea media llamada surco subnasal o filtrum, con un hundimiento en el borde libre (parte central). Está separado de la mejilla por el surco nasolabial, que va de la nariz a la comisura de los labios.

El labio inferior presenta una fosilla media al mismo nivel que el tubérculo del labio superior y que se corresponden. Está separado de la mejilla por el surco labiogeniano, que va de la comisura labial al surco mentolabial.



**LIMITES
DE LOS LABIOS**

FIGURA 2

LIMITES LABIO SUPERIOR E INFERIOR

Los labios están limitados hacia arriba; por el extremo anterior e inferior del tabique nasal, borde de las nares (ventanas nasales), por la extremidad posterior del ala de la nariz y el surco nasogeniano.

Por abajo; un surco transversal que corresponde a el surco mentolabial, prolongandose a derecha e izquierda hasta la línea vertical que limita medialmente la región infraorbitaria, y que pasa a 10 o 12 mm. lateral a la comisura de los labios.

PLANOS CONSTITUTIVOS

Respecto a su estructura los labios comprenden cinco túnicas que son :

- 1a.- Túnica cutánea o piel
- 2a.- Túnica de tejido celular subcutáneo
- 3a.- Túnica muscular
- 4a.- Túnica glandular
- 5a.- Túnica mucosa

TUNICA CUTANEA O PIEL

La piel de los labios es gruesa y resistente se adhiere íntima - mente a las fibras musculares subyacentes, es abundante en folículos pilosos y glándulas sebáceas.

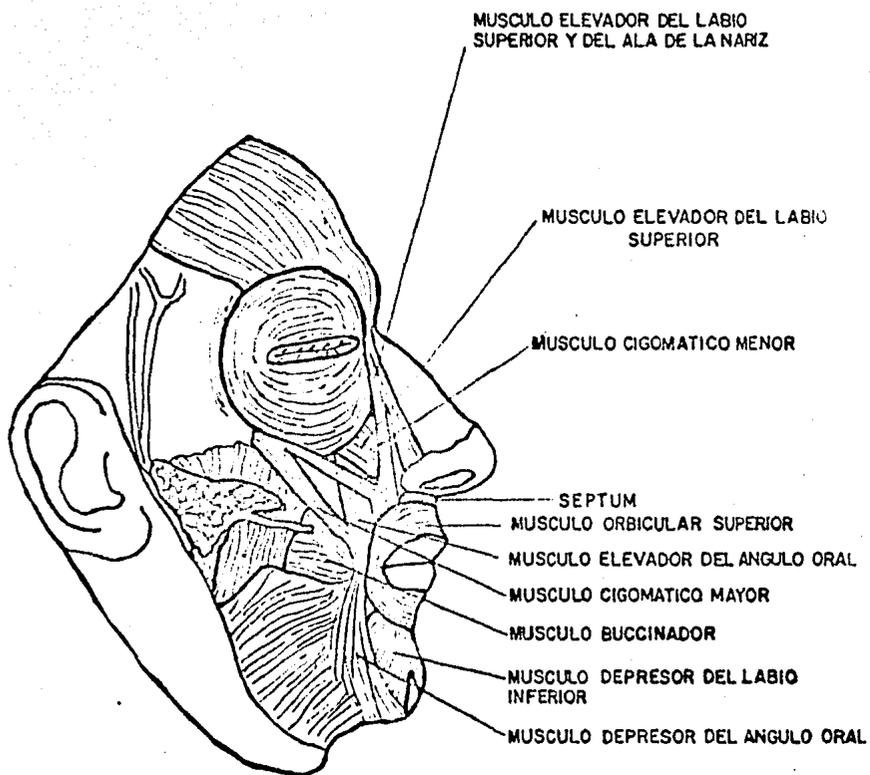
TUNICA DE TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Este tejido solamente es encontrado en la región central de los - labios, falta casi por completo en la parte próxima a las comisuras de los labios.

TUNICA MUSCULAR

En su mayor parte la constituye el músculo orbicular de la boca - (músculo orbicular de los labios), y algunos otros músculos que - partiendo de diferentes regiones de la cara terminan en la periferia del músculo orbicular y son : (Fig. 4).

- 1).- MUSCULO DEPRESOR DEL SEPTO (músculo mirtiforme), situado por debajo de las nares (ventanas nasales) y cubierto casi en su totalidad por la mitad superior del músculo orbicular de la boca.



MUSCULOS DE LOS LABIOS

FIGURA 4

Por fuera al músculo depresor del septo y descendiendo como él en
contramos al :

2).- MUSCULO ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR Y DE LA NARIZ, se origina de la cara externa del proceso frontal (ápofisis ascendente del maxilar) y se dirige hacia abajo siguiendo el surco nasogeniano hasta llegar a la base de la nariz para dividirse en dos fascículos, el primero se inserta en la piel de la parte posterior del ala de la nariz, el segundo se inserta en la parte profunda de la piel del labio superior.

3).- MUSCULO ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR (elevador propio del labio superior) . Mayor que el anterior se origina en la maxila entre el borde inferior de la órbita y el agujero infraorbitario, para dirigirse hacia abajo y adentro e insertarse en la parte profunda del labio superior.

4).- MUSCULO ELEVADOR DEL ANGULO ORAL (músculo canino) Se origina en la porción más elevada de la fosa canina, inmediatamente por debajo del agujero suborbitario, sus fibras se dirigen hacia abajo hasta alcanzar la región de la comisura, en donde se inserta en la cara profunda de la piel y mucosa.

5).- MUSCULOS CIGOMATICOS MENOR Y MAYOR. Son músculos en forma de cinta, que se originan en la cara lateral del hueso cigomático .

El músculo cigomático mayor se encuentra por fuera del músculo cigomático menor. Ambos músculos se dirigen oblicuamente hacia abajo y adelante, hasta llegar e insertarse en la comisura de los labios, en la parte profunda de la piel.

6).- MUSCULO RISORIO (DE SANTORINI) . Músculo triangular que se origina de muchos fascículos en el tejido celular que cubre la región parotídea, se dirigen hacia adelante convergiendo estos fascículos en la comisura labial e insertandose en la piel y mucosa de las comisuras.

7).- MUSCULO BUCCINADOR . Es un músculo cuadrilátero situado en la región geniana por detrás del músculo orbicular de los labios y por delante del músculo masetero; se extiende en el intervalo de maxila y mandíbula.

8).- MUSCULO DEPRESOR DEL ANGULO ORAL (Triangular de los labios)

Es un músculo ancho y delgado que se origina de la línea oblicua de la mandíbula; desde ésta línea de origen que corresponde a la base del músculo, sus fascículos convergen hacia la comisura de los labios y se entrecruzan con las fibras de los músculos canino y cigomático mayor para insertarse profundamente en la piel.

9).- MUSCULO DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR (Cuadrado del mentón) .

Se haya situado por debajo del músculo depresor del ángulo oral. Es aplanado, delgado y de forma cuadrilátera, se origina de la línea oblicua de la mandíbula y se dirige hacia arriba entrecruzándose en la línea media con el músculo del lado opuesto, para insertarse en la piel del labio inferior.

Todos estos músculos son dilatadores a excepción del músculo orbicular de la boca que es constrictor del orificio oral.

TUNICA GLANDULAR

Esta constituida por una multitud de glándulas salivales (glándulas labiales) más abundantes en el labio superior que en el labio inferior.

TUNICA MUCOSA

Es la túnica más profunda de los labios, se adhiere firmemente a la túnica muscular.

En la línea media y lateral de la cara vestibular se forman unos pequeños repliegues triangulares : los frenillos labiales y frenillos bucales respectivamente.

ARTERIAS

La irrigación de los labios proviene de las arterias labiales superiores e inferiores (arterias coronarias), ramas de la arteria facial que se desprenden de ésta a nivel de las comisuras de los labios.

Las arterias labiales (arterias coronarias) superiores e inferiores se dirigen en el espesor del labio que les corresponde y se anastomosan en la línea media con su homónima del lado opuesto, describiendo un círculo anterior completo cerca del borde libre de los labios; más exactamente entre la túnica muscular y túnica glandular. (Fig. 5)

Además de las arterias labiales los labios reciben también los ramos terminales de :

- ** Arteria infraorbitaria
- ** Arteria bucal, rama de la arteria maxilar
- ** Arteria facial transversa (transversa de la cara), rama de la arteria temporal superficial.

VENAS

Las venas independientemente de las arterias circulan en su mayoría profundas a la piel, para terminar parte de ellas en la vena facial y parte en la vena submental (submentoniana).

INERVACION

Los nervios se distinguen en motores y sensitivos.

Los nervios motores destinados a los músculos de la región labial son ramos del VII par craneal o Nervio Facial.

Los nervios sensitivos para el labio superior, son proporcionados por los ramos Aferentes Somáticos Generales del Nervio Infraorbitario (rama terminal del nervio maxilar, segunda rama del nervio trigémino).

Los nervios sensitivos para el labio inferior son proporcionados por el Nervio Mental (nervio mentoniano) que se origina del nervio mandibular, tercera rama del trigémino .

DRENAJE LINFATICO

Se divide en dos redes: una red mucosa y una cutánea

Labio superior.- Los vasos linfáticos de la red mucosa como los de la red cutánea siguen el trayecto de la vena facial y van a drenar a los linfonodos (ganglios linfáticos) submandibulares (submaxilares).

Labio inferior.- Los vasos linfáticos del labio inferior se dirigen : los que proceden de la red mucosa a los linfonodos submandibulares: y los que proceden de la red cutánea a los linfonodos submentales (submentonianos) .

FISIOLOGIA DE LOS LABIOS

La forma y dimensiones de los labios están en relación con los dientes y las encías, variando con la edad, raza y sexo, pueden ser gruesos, delgados o carnosos .

Los músculos de los labios tienen como función el asegurar una movilidad extrema que interviene en gran parte en la expresión y la mímica. Así como también en la deglución, fonación, succión, lenguaje y masticación.

La zona intermedia o borde de los labios está cubierta por una membrana mucosa, seca no glandular y translúcida. El color rosado de este sitio se debe a la sangre de los capilares superficiales.

Los labios están altamente vascularizados y son en extremo sensibles a cualquier estímulo.

METODOS DE EXPLORACION

INSPECCION Y PALPACION

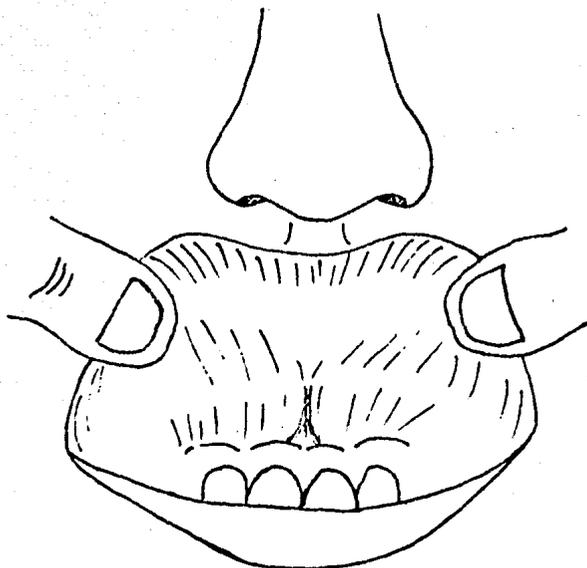
La inspección y la palpación son los procedimientos exploratorios que generalmente son aplicados a la región de los labios.

La inspección de la región de los labios suministra datos referentes al color, a la forma, al volumen, al estado de la superficie - y de los movimientos; así como de la dirección de la hendidura de los mismos.

Al hacerse la inspección de los labios debe explorarse: la movilidad provocada, haciendo que el paciente muestre los dientes, que contraiga el músculo orbicular, que simule la actitud de silbar o de besar y que lavante alternativamente las comisuras.

Por medio de la palpación se obtiene información sobre la consistencia de los mismos.

Para explorar la cara posterior o mucosa labial: los labios deben ser invertidos hacia adelante, para ello se toma con el pulgar e índice de cada mano cerca de las comisuras el labio que se va a explorar, separándolo de la arcada dentaria e invirtiendo el labio superior hacia arriba y el inferior hacia abajo.

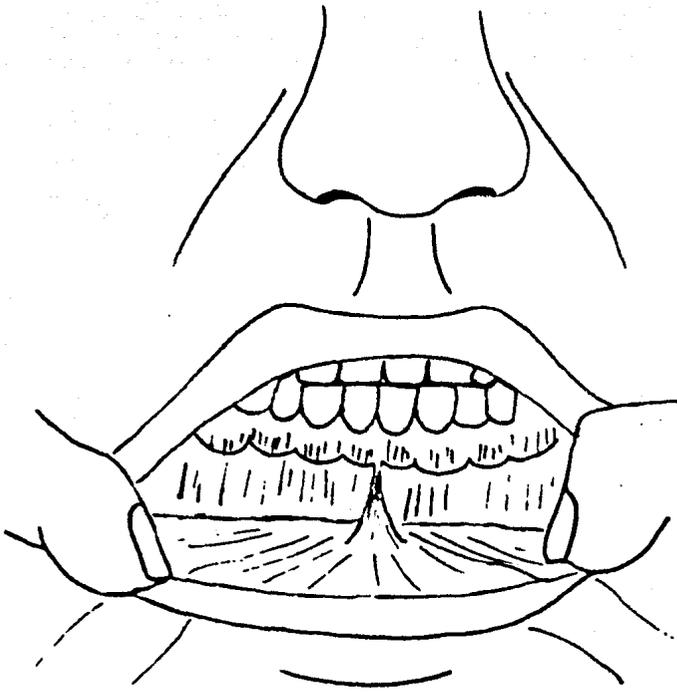


**EXAMEN DE LA MUCOSA DEL LABIO SUPERIOR,
SURCO GINGIVO-LABIAL Y FRENILLO.**

FIGURA 6

Se inspecciona el grado de desarrollo del frenillo, la coloración general de la mucosa así como el grado de humedad de la misma. (Fig. 6 y 7).

En caso de encontrar alteraciones al momento de hacer la inspección y la palpación debemos indagar, sobre la causa de la lesión tiempo de instalación, color, forma, consistencia y extensión, -- para determinar el diagnóstico .



EVERSION DEL LABIO INFERIOR

FIGURA 7

PARODONTO

Definición.- Es el tejido de protección y sostén del diente sus componentes son los siguientes :

ENCIA, LIGAMENTO PERIODONTAL, CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR.

ANATOMIA ENCIA

Está constituida por tejido conectivo fibroso denso, cubre los procesos alveolares de maxila y mandíbula y se fija al cuello de los dientes.

La encía que reviste la parte externa del proceso alveolar y que se observa en el vestíbulo se denomina encía vestibular; la que reviste la parte interna del proceso alveolar superior e inferior se denomina encía palatina y lingual respectivamente.

La encía se clasifica en :

- a).- ENCIA LIBRE O MARGINAL
- b).- ENCIA ADHERIDA
- c).- ENCIA INTERDENTARIA
- d).- MUCOSA ALVEOLAR.

A). ENCIA LIBRE O MARGIANL. Es aquella que rodea el cuello de los dientes a manera de collar, consta de un epitelio escamoso estratificado queratinizado, y está comprendida entre el borde gingival (situado sobre el esmalte a unos 2mm. de la unión cemento adamantina), y la base del surco gingival, -- (espacio comprendido entre la encía libre y el diente, tiene un color rosado.

B). ENCIA ADHERIDA. Se extiende desde la base del surco gingival hasta la unión mucogingival (lugar de transición de la encía adherida a mucosa alveolar) está firmemente adherida al cemento y hueso subyacente. Un epitelio escamoso estratificado queratinizado cubre la encía.

Se caracteriza porque el aspecto punteado de su superficie da la apariencia de la cáscara de naranja, su color es rosa claro o coral.

C). ENCIA INTERDENTARIA. Como su nombre lo indica es la encía que se encuentra en el espacio interproximal, por debajo del área de contacto dentario.

Está formada por dos papilas, una vestibular, una lingual y el col (depresión que une las papilas).

Tiene forma de pirámide, con la superficie exterior afilada hacia el área de contacto.

D). MUCOSA ALVEOLAR. Ocupa una posición apical en relación a la unión mucogingival continuándose con la mucosa de las mejillas, labios, y piso de la cavidad oral.

Es una mucosa roja, lisa, delgada y brillante, con adherencia laxa al hueso subyacente, mostrando pequeños y numerosos vasos cerca de su superficie.

A diferencia del revestimiento epitelial de la encía adherida el de la mucosa alveolar es más delgado y no tiende a queratinizarse .

IRRIGACION

La irrigación sanguínea de los tejidos gingivales proviene en su mayor parte de ramas de arterias alveolares, así como de las sig. arterias :

- ** Lingual, rama de la arteria carótida externa
- ** Mental
- ** Bucal
- ** Palatina Mayor, éstas últimas ramas provienen de la arteria maxilar.

INERVACION

La inervación de la encía es totalmente sensitiva se origina de los nervios alveolares.

La de la encía superior proviene de los nervios palatinos, alveolares posterosuperiores y anterosuperiores de la segunda rama del trigémino (nervio maxilar).

La de la encía inferior proviene de los nervios alveolar inferior bucal y lingual que corresponden a la tercera rama del nervio trigémino (nervio mandibular).

DRENAJE LINFÁTICO

Existe una red de vasos linfáticos en la encía, a lo largo de los vasos sanguíneos, que conducen hacia los linfonodos submandibulares (ganglios submaxilares) y linfonodos submentonianos.

FISIOLOGIA DE LA ENCIA

La función de la encía consiste en sostener y cubrir los procesos alveolares y rodear los cuellos de los órganos dentarios, manteniéndolos firmemente dentro de los alveolos. Además los protege contra las fuerzas que durante la masticación se ejercen.

La mucosa masticatoria (encía) es un tejido conjuntivo denso, -- fuertemente adherido; adecuado para resistir la cantidad de fricción y presión realizada durante la preparación del bolo alimenticio.

METODOS DE EXPLORACION

Durante la exploración de las encías los metodos más utilizados son : la inspección y palpación

INSPECCION

Inicialmente se pide al paciente mantenga la boca abierta llevando a cabo la inspección de la siguiente manera :

Con un espejo bucal o un abatelenguas, observamos las encías vestibulares, linguales y palatinas (maxilares y mandibulares), desde la zona retromolar derecha hasta la zona retromolar izquierda Inspeccionando forma, color y contorno general de las mismas, -- así como las papilas interdientarias.

La inspección nos proporciona datos sobre la modificación en la coloración, variaciones de forma, volumen e integridad etc.

Por ejemplo : Si desaparece el punteado característico en la encía adherida es un signo de edema durante la gingivitis que avanza.

PALPACION

Este procedimiento se lleva a cabo colocando el dedo índice en la encía lingual y el pulgar en la encía vestibular a nivel de los incisivos cantrales deslizándolos hacia atrás hasta el espacio retromolar : se hace lo mismo en el lado opuesto.

En la maxila se lleva a cabo de la misma forma, palpando con el dedo índice la encía palatina y con el pulgar la encía vestibular deslizando suavemente los dedos sobre las superficies.

Mediante la palpación de las encías podemos encontrar alteraciones de : volumen, tamaño, consistencia y textura.

CONSIDERACIONES CLINICAS

La encía está expuesta a fuerzas mecánicas intensas, durante la masticación que pueden lesionarla. La queratinización en la encía es importante como prevención en estas lesiones, por lo tanto para inducir a la queratinización, se considerará la estimulación mecánica tal como el masaje o el cepillado.

LIGAMENTO PERIODONTAL

Es el tejido conjuntivo que rodea la raíz del diente, la une al alveolo óseo y se encuentra en continuidad en el tejido conjuntivo de la encía.

Dentro de éste tejido se encuentran fibras gingivales y fibras alveolodentales. Los haces de fibras van desde el cemento hasta la pared alveolar, a través de la cresta del tabique intermedio, hasta el cemento del diente vecino o hasta el espesor del tejido gingival.

El ligamento periodontal se clasifica en grupos de fibras que -- son los siguientes :

1.- LIGAMENTO GINGIVAL

2.- LIGAMENTO ALVEOLODENTAL

LIGAMENTO GINGIVAL

Une la encía al cemento. Los haces de fibras van hacia afuera, - desde el cemento al espesor de las encías, libre y adherida .

Las fibras gingivales se disponen en tres grupos :

FIBRAS GINGIVODENTALES. _ Los haces de fibras van hacia afuera - en forma de abanico; desde el cemento cervical al espesor de las encías libre y adherida.

FIBRAS CIRCULARES . _ Rodean al diente a manera de anillo y se entrelazan con las fibras gingivodentales.

FIBRAS TRANSEPTALES O

INTERRADICUALES . _ Son haces de fibras que se extienden - horizontalmente desde el cemento de un diente, hasta el cemento del diente - vecino, sobre la cresta del alveolo.

LIGAMENTO ALVEOLODENTARIO

Las fibras de este ligamento unen el diente al hueso del alveolo son un poco mas largas que la distancia entre el cemento y el hueso, por este echo se permite cierto movimiento al diente dentro del alveolo. Consiste de cuatro grupos de fibras que son:

FIBRAS CRESTO ALVEOLARES . _ Se extienden oblicuamente desde el cemento dental hasta la cresta alveolar, por debajo de la adherencia epitelial.

FIBRAS HORIZONTALES . _ Estas fibras corren en sentido horizontal desde el cemento dental al hueso alveolar.

FIBRAS OBLICUAS . _ Se dirigen del hueso al cemento y en sentido oblicuo descendente.

FIBRAS APICALES . _ Se irradian desde cemento hasta hueso en el fondo del alveolo y son verticales.

FUNCIONES LIGAMENTO GINGIVODENTARIO

Las fibras gingivales mantienen la encía marginal firmemente ad-
sada contra el diente, para proporcionar la regidez necesaria --
para soportar las fuerzas de la masticación .

Une la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía
insertada adyacente.

FUNCIONES LIGAMENTO ALVEOLODENTARIO

Tiene las siguientes funciones :

___ FORMATIVA. Participa en la formación y reabsorción de cemen-
to y hueso, por los cementoblastos y osteoblas-
tos y los fibroblastos forman las fibras del li-
gamento .

___ NUTRITIVA. Provee elementos nutritivos al cemento, hueso y -
encía mediante los vasos sanguíneos que lo irri-
gan.

___ SENSITIVA. Condicionada por la presencia de terminaciones --
nerviosas.

... DINAMICA. Es el aparato de apoyo y fijación del diente en el alveolo.

 Es el aparato amortiguador de la presión que surge durante la masticación .

METODOS DE EXPLORACION

El exámen del parodonto proporciona características de la estabilidad dental, revelando por medio de éste la movilidad patológica, en particular en los estados iniciales de afecciones al parodonto.

La inspección del parodonto se lleva a cabo por medio de la sonda -- parodontal, ésta se toma con la mano derecha de igual modo que el -- explorador o el espejo, su punta deberá introducirse en el espacio libre que queda entre la encía y el diente (surco gingival), la presión ejercida para esta maniohra será controlada por el punto de apoyo de los otros dedos de la mano., los cuales se encuentran situados en los organos dentarios vecinos al diente que se explora, todo esto con el finde detectar si existen bolsas periodontales ó de determinar la profundidad de las misma.

Esta acción deberá repetirse tres veces en las superficies :
Vestibualr, Lingual y Palatina.

NOTA :

El contenido referente a las estructuras dentarias por considerar que se encuentra íntimamente relacionado -- con el parodonto, ha sido ubicado en este trabajo a - continuación del que respecta al parodonto propiamente dicho, ya que de ésta forma se pretendió hacer un manejo más adecuado de la información, aunque esto desde - luego no implica que los órganos dentarios se encuen - tren relacionados con otras paredes de la cavidad oral.

ESTRUCTURAS DENTALES

ANATOMIA

Los dientes son un conjunto de órganos duros, de color blanco __ destinados a incidir, desgarrar y triturar los alimentos. Se encuentran implantados en las cavidades alveolares. Anatómicamente tienen diferentes formas y se les designa de acuerdo con la función que desempeñan; así tenemos, dientes incisivos, caninos, pre molares y molares, tanto superiores como inferiores.

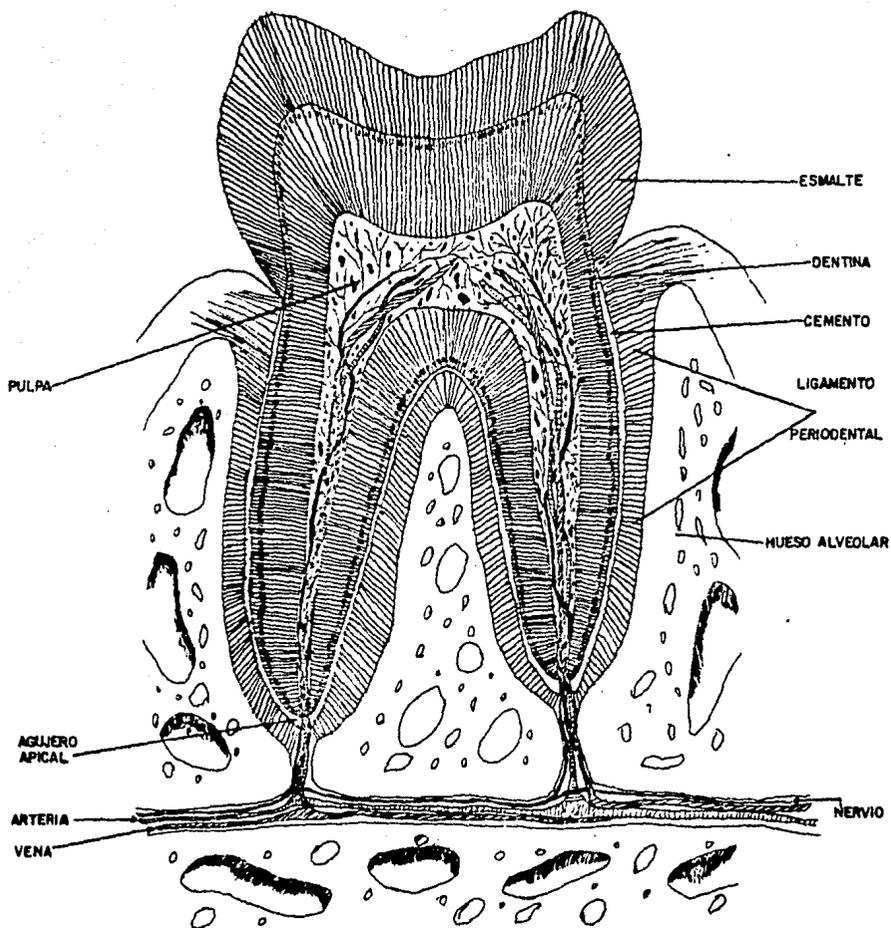
CARACTERISTICAS

Cada diente se compone de tres porciones que son : corona, cuello y raíz (Fig. 9) .

CORONA .__ Es la porción del diente que trabaja activamente durante la masticación.

Se puede dividir o clasificar en dos formas, la corona clínica y la corona anatómica.

Corona clínica. Es la porción de la corona que se observa a simple vista dentro de la cavidad oral, por encima de la encía.



ESTRUCTURAS DENTALES

FIGURA 9

Corona anatómica. Es la parte del diente cubierta por esmalte.

CUELLO. _ Es la línea de demarcación entre la corona y la raíz

RAIZ . _ Es la parte del diente, que se aloja en la cavidad alveolar, se encuentra cubierta por cemento al cual se insertan las fibras del ligamento periodontal, que fijan al diente dentro de la cavidad alveolar.

Los organos dentarios están contituidos por :

Esmalte, Dentina, Pulpa y Cemento.

El ligamento periodontal se considera como una estructura que -- tiene relación con el diente pero que no forma parte de él pues solamente lo sostiene.

ESMALTE . _ Es el tejido más duro del organismo, se forma a partir de los ameloblastos ó prolongaciones de Tomes; entre los que se localiza la substancia interprismática, la que empieza a calcificarse lentamente, esta clacificación se realiza del interior al exterior, por lo que -

una vez formado el esmalte y al hacer erupción los dientes. Los ameloblastos degeneran, imposibilitando que el esmalte se regenere.

Al ir aumentando la calcificación, el esmalte pierde agua, por lo que se hace susceptible a fracturas.

El esmalte cubre a la dentina que se localiza en la porción de la corona anatómica del diente; su color depende por lo general de la dentina que lo soporta, en algunos casos del grado de calcificación que posea.

Su aspecto es : vítreo, su superficie: lisa brillante y transparente.

DENTINA. Se forma a partir de los odontoblastos, éstos forman los túbulos dentinarios alrededor de los cuales se deposita substancia intercelular, la que en poco tiempo se calcifica aunque no en su totalidad, ya que persiste una capa no calcificada llamada predentina, encontrándose cerca de la pulpa dental.

La dentina calcificada está en contacto con el esmalte.

La mineralización de la dentina es de fuera hacia adentro, por lo cual a medida que se forman los túbulos dentinarios, la cámara pulpar se reduce y por esto en los adultos su cámara pulpar y los conductos radiculares -- son pequeños .

La dentina es el principal tejido formador del diente, se encuentra cubierta por el esmalte en la porción de la corona, y por cemento en la raíz, su composición es orgánica e inorgánica. En algunas ocasiones la dentina puede percibir estímulos debido a las prolongaciones citoplasmáticas que quedan atrapadas dentro de los túbulos dentinarios; ésta sensibilidad suele disminuir con la edad a consecuencia de la calcificación de la dentina.

CEMENTO. Es un tejido conectivo, vascular, calcificado, se encuentra dispuesto como una delgada lámina cubriendo las raíces de todos los dientes, desde el cuello hasta el vértice de la raíz; de color amarillento, de consistencia más flexible y menos duro que la dentina.

El cemento en su porción superficial es acelular, el resto de la matriz contiene a las células formadoras del mismo : los cementoblastos.

A medida que se forman las raíces y se deposita el cemento en su superficie, se desarrolla la membrana parodontal que rodeará a la raíz y llenará el espacio entre el diente y el hueso alveolar; éste tejido se dispone en forma de fibras de colágena, como un ligamento suspensorio entre la raíz y la pared alveolar.

Los capilares dentro de la pared alveolar y la membrana periodontal constituyen la única fuente de nutrición para los cementoblastos.

PULPA . Está formada por tejido conectivo laxo, ocupa el espacio interior del diente (camara pulpar) está altamente vascularizado, los vasos que la irrigan entran y salen por el agujero apical de los dientes .

Poseedora de muchas terminaciones nerviosas, es el órgano vital por excelencia, desempeña funciones importantes como son : NUTRITIVA, FORMATIVA, PROTECTORA Y SENSITIVA .

DENTICIONES

Existen dos tipos de dentición : Temporal y Permanente.

DENTICION TEMPORAL

Consta de 20 dientes, de los cuales 10 se ubican en la maxila y 10 en la mandíbula; presentando la siguiente distribución :

4 INCISIVOS

2 CANINOS

4 MOLARES

Esta dentición es transitoria ya que posteriormente será reemplazada por la dentición permanente.

Los dientes de la primera dentición difieren ligeramente de los de la segunda dentición. Sus coronas son más pequeñas y redondeadas , sus cúspides más agudas y sus bordes más afilados.

- ___.- Son más anchas en su diámetro mesiodistal en relación con su altura cervicooclusal.
- ___.- Las superficies bucales y linguales o palatinas de los molares convergen hacia la superficie oclusal.
- ___.- El esmalte de las coronas tiene un grosor uniforme.
- ___.- El cuello de éstos dientes es más estrecho que el de los dientes permanentes.
- ___.- Los cuernos pulpares son más altos especialmente los mesiales.
- ___.- La cámara pulpar es más grande en comparación con la de los dientes permanentes.
- ___.- Las raíces de los molares son aplanadas y anchas, curvadas en forma de gancho y muy divergentes.

La erupción de los dientes temporales es variable, en el siguiente cuadro se observa la fecha aproximada de erupción

DENTICION TEMPORAL

DIENTES TEMPORALES	MAXILARES	MANDIBULARES
Incisivo Central	7 meses 1/2	6 meses
Incisivo Lateral	9 meses	7 meses
Canino	18 meses	16 meses
Primer Molar	14 meses	12 meses
Segundo Molar	24 meses	20 meses

FECHA APROXIMADA DE ERUPCION

DENTICION PERMANENTE

La dentición permanente varía de 28 a 32 dientes, de los cuales 4 son incisivos, 2 caninos, 4 premolares y de 4 a 6 molares, colocados en las cavidades alveolares de maxila y mandíbula.

Lo ideal es que el tamaño de los dientes permanentes esté en relación directa con el tamaño de las arcadas dentarias lo que no en todos los casos se presenta.

Son más grandes en todos los sentidos que los dientes de la primera dentición. El esmalte en la corona es más opaco, presenta un mayor espesor en las cúspides, y su aspecto es menos brillante.

Las raíces de éstos dientes son más voluminosas, la cámara pulpar es mas pequeña en relación con el tamaño de los dientes temporales.

La erupción de los dientes permanentes varía y se inicia con la erupción de los primeros molares.

En el cuadro siguiente se anota la cronología aproximada de -- erupción.

DENTICION PERMANENTE

DIENTES PERMANENTES	MAXILARES	MANDIBULARES
Incisivo Central	7-8 años	6-7 años
Incisivo Lateral	8-9 años	7-8 años
Canino	11-12 años	9-10 años
Primer Premolar	10-11 años	10-12 años
Segundo Premolar	10-12 años	11-12 años
Primer Molar	6-7 años	6-7 años
Segundo Molar	12-13 años	11-13 años
Tercer Molar	17-21 años	17-21 años

FECHA APROXIMADA DE ERUPCION

IRRIGACION

Dientes Superiores.- La irrigación está a cargo de las siguientes arterias :

** Arterias Alveolares Anteriores Superiores (rama de la arteria infraorbitaria), emergen del canal infraorbitario y se introducen por las raíces de los incisivos y caninos superiores a los cuales dan irrigación, por medio de ramificaciones que emergen durante su trayecto.

** Arteria Alveolar Postero Superior (rama de la arteria maxilar) se introduce por los canales alveolares posteriores a la altura del segundo molar superior y da irrigación a molares y pre molares superiores.

Dientes Inferiores.- La irrigación esta a cargo de la :

** Arteria Alveolar Inferior (rama de la arteria maxilar), se introduce por el orificio superior del canal alveolar, a la altura de la lingula (espina de Spix) irriga a molares y premolares. Una pequeña rama de la arteria alveolar inferior llamada arteria mental, emerge por el orificio del mismo nombre y da irrigación a la región que está en relación con ella.

La arteria alveolar continúa su trayecto hasta llegar a los ca ninos e incisivos correspondientes.

Las venas de los dientes superiores e inferiores siguen el mismo trayecto que las arterias pero en sentido inverso, salen de los - dientes a nivel de los ápices para terminar :

las de la maxila en las venas infraorbitarias y las venas de la mandíbula en las venas dentarias inferiores.

INERVACION

La inervación del arco dentario superior, proviene de :

Nervio Maxilar (rama del V par craneal (nervio Trigémino) del cual se desprenden los nervios Alveolares Postero-Superiores para penetrar a la maxila por los agujeros dentarios posteriores e inervar a los molares y premolares, el nervio se continúa por el canal infraorbitario como nervio infraorbitario y antes de salir por el agujero del mismo nombre da origen a los nervios Antero-Superiores que inervan a los incisivos, caninos y premolares superiores.

La inervación del arco dentario inferior proviene de :

Nervio Alveolar Inferior, rama también del V par craneal (Trigémino) éste penetra en la mandíbula por el orificio superior del canal alveolar, en su trayecto inerva a los molares y premolares, cerca del agujero mentoniano el nervio alveolar inferior se bifurca en Nervio Mentoniano (ramillete que emerge del agujero mental e inerva la mucosa del labio y mejilla adyacentes a él), y - Nervio Incisivo, que se distribuye en el canino e incisivos .

DRENAJE LINFÁTICO

Los vasos linfáticos de los dientes se originan en la pulpa dental y salen de éstos por el ápice .

En la maxila estos vasos linfáticos, siguen el trayecto de las venas por el canal infraorbitario y drenan hacia los linfonodos cervicales profundos.

Los vasos linfáticos de la mandíbula, salen al igual que en el caso de los maxilares por el ápice de los dientes, continúan por el canal alveolar inferior, dirigiéndose al igual que los del maxilar a los linfonodos submandibulares y a los linfonodos cervicales profundos.

FISIOLOGIA DE LAS ESTRUCTURAS DENTALES

Los dientes de acuerdo a la forma de sus coronas tienen diferentes funciones, así tenemos que los incisivos y caninos inciden y desgarran los alimentos y los premolares y molares los trituran.

Son las estructuras que actúan activamente durante la masticación y formación del bolo alimenticio. Además prestan apoyo a la lengua para la pronunciación de vocales y consonantes.

Durante el acto de masticación los ligamentos periodontales sufren un efecto de masaje, por lo cual es recomendable la masticación de alimentos más sólidos, lo que promueve una mejor circulación de sangre en estos tejidos.

Las fibras periodontales, tienen entre sus funciones las de amortiguar los golpes de la masticación, manteniendo así la integridad del paquete vasculo-nervioso. Gracias a la inervación sensitiva que poseen estas fibras, el periodonto puede conservarse sano por lo cual esta inervación se convierte en un factor importante durante el reflejo de la masticación.

METODOS DE EXPLORACION

El exámen de los organos dentarios se deberá realizar minuciosa--
mente siguiendo un orden preestablecido.

Se deberá contar con una buena iluminación al igual que en toda
la exploración de la cavidad oral.

El examinador (médico) deberá colocarse del lado derecho del pa -
ciente, de tal manera que conserve una posición de las 9 horas --
con respecto a las manecillas del reloj para el exámen de los or
ganos dentarios inferiores, y para explorar los organos dentarios
superiores se colocará en una posición que corresponda a las 11 -
horas.

Se auxiliará con un espejo dental y un explorador.

El orden que deberá seguirse para este exámen será :

Iniciar por el último molar superior derecho, continuando hacia -
los incisivos superiores, siguiendo hasta terminar con el último
molar del lado izquierdo.

Se continúa entonces con el último molar inferior izquierdo, para
terminar el exámen con el último molar inferior derecho.

Para la exploración de los dientes utilizamos los metodos exploratorios que son : interrogatorio, inspección, palpación, percusión, movilidad, transiluminación y roentgenología.

INTERROGATORIO

Por éste metodo el paciente referirá el problema por el que acude al médico, el inicio de éste, su evolución, estado actual, si existe o no dolor, tipo de dolor (leve, agudo) y las características de éste (provocado, espontáneo, pulsátil etc.) así como los factores que lo desencadenan ejem. al masticar, con el frio o el calor y su tiempo de inatación

También nos referirá datos y antecedentes sobre la pérdida de organos dentarios, o si nunca han erupcionado estos, también hará mención de los hábitos bucales que acostumbra.

INSPECCION

Durante la inspección se detectarán lesiones cariosas incipientes o profundas, cambios de coloración, la higiene bucal que presente el paciente, mal posiciones dentarias, restauraciones mal adaptadas, tumores de los tejidos blandos (pólipos pulpares, abscesos), líneas de fracturas, anomalías de forma, estructura y posición (fluorosis, hipoplasia, microdontismos (dens in dente), desgastes, etc.

Se procederá entonces a deslizar la punta del explorador sobre las superficies vestibular, lingual y oclusal de los órganos dentarios en busca de alteraciones como caries, descalcificaciones o fracturas, etc

PALPACION

La palpación en la zona periapical de un diente es de gran valor semiológico.

Para detectar abscesos en los tejidos adyacentes al diente se utiliza generalmente el dedo índice de la mano derecha o izquierda, llevándolo hasta la zona periapical, recorriendo la superficie vestibular de la mucosa. La presión ejercida por el dedo puede hacer salir exudados purulentos por un trayecto fistuloso, o pueden encontrarse zonas de fluctuación que son bien percibidos por el tacto.

PERCUSION

Consiste en golpear suave y metodicamente cada diente con el objeto de producir un sonido y ó despertar dolor, lo cual permitirá reconocer el estado en que se encuentra la vitalidad pulpar de cada diente.

Para efectuar la percusión se puede utilizar el mango del espejo o el de cualquier instrumento, golpeando en sentido horizontal - vertical cada uno de los dientes.

Según el sonido obtenido :

En pulpa y periodonto sanos el sonido es agudo firme y claro.

Por el contrario en dientes despulpados el sonido es mate y amortiguado .

Si a la percusión horizontal se presenta dolor, se interpreta como una reacción dolorosa periodontal, que se localiza en las fibras laterales periodontales (abseso periodontal). Si a la percusión vertical se presenta dolor, indicará que las fibras afectadas son las fibras apicales, ó que existe un abseso apical.

MOVILIDAD

Mediante ella percibimos la maxima amplitud del deslizamiento dental dentro del alveolo .

Se pueden apreciar tres grados de movilidad :

Grado 1 .- Cuando es incipiente pero perceptible

Grado 2 .- Cuando llega a 1 mm de desplazamiento

Grado 3 .- Cuando la movilidad sobrepasa 1 mm.

La movilidad de los dientes se puede obtener de las siguientes formas ;

a).- Bidigitalmente

b).- Utilizando instrumentos dentales

c).- De manera mixta.

a).- Con los dedos índice y pulgar de una mano se tomará la corona del diente y se procederá a moverlo en sentido buco-lingual

- b).- Se sostiene con firmeza el diente entre los extremos de dos instrumentos de metal, y se trata de mover en sentido buco-lingual.
- c).- Se coloca el dedo índice de la mano derecha sobre la parte lingual o palatina de los organos dentarios. Con la otra mano se aplica el mango de un instrumento sobre la parte vestibular de los dientes, presionando hacia adentro de esta forma se obtiene la movilidad fisiológica o patológica - que posean los dientes examinados.

La movilidad patológica (grado 2 y grado 3) se interpretará como pérdida de los tejidos de soporte del diente.

TRANSLUMINACION

Por este método observaremos si el diente se encuentra sano o es tá afectado por necrosis, es decir se observará su vitalidad .

Utilizando una pequeña lámpara se colocará por detrás del diente lo que permitirá observar entonces el grado de translucidez del mismo.

Dientes sanos que posean una pulpa vital se observarán con una translucidez clara y diáfana.

Los dientes con pulpa necrótica o con tratamiento de conductos pierden su translucidez y se decoloran tomando un aspecto oscuro y opaco.

ANATOMIA HUMANA Y FUNCIONAL
CHOUCH JAIME E.
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1979

ATLAS DE DISECCION POR REGIONES
TESTUT-JACOB-BILLET
EDITORIAL SALVAT; 1978

ANATOMIA TOPOGRAFICA
TESTUT-LEO-JACOB
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1978

ANATOMIA HUMANA
LOCKARD HAMILTON
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1979

CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA
LUIS MARTINES CERVANTES
EDITORIAL : MENDEZ OTEO, 1980

ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION
KRAUS-JORDAN
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1980

ESTOMATOLOGIA ORTOPEDICA
V. YU. KIRLIANDSKI
EDITORIAL : MIR-MOSCU, 1979

ANATOMIA Y EMBRIOLOGIA DENTALES
O. BRIEN
EDITORIAL : ,1979

FISIOLOGIA HUMANA
GUYTON ARTHUR
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1978

ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION
KRAUS-JORDAN
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1975

ANATOMIA Y EMBRIOLOGIA DENTAL
O" BRIEN
EDITORIAL : INTERAMERICANA? 1978

ENDODONCIA
ANGEL LAZALA
EDITORIAL : SALVAT, 1980

PARODONCIA
EDITORIAL : INTERAMERICANA. 1978

ANATOMIA
D.J. GRAY, E. GARNER
EDITORIAL : SALVAT, 1979

PROPEDEUTICA MEDICA
MARTINES ABREU
EDITORIAL : INTERAMERICANA? 1980

MANUEL DE TECNICA MEDICA PROPEDEUTICA
DR. FRANCISCO CUEVAS
UNIVERSIDAD AUTOMOMA DE MEXICO, 1978.

PARED POSTERIOR DE LA CAVIDAD ORAL

ANATOMIA

Se considera como pared posterior al velo del paladar y sus arcos (pilares), que circunscriben el orificio llamado istmo de las fauces. En su parte anterior tiene una dirección primero horizontal y después toma una dirección hacia abajo y hacia atrás.

Es continuación de la bóveda del paladar y en su borde libre -- presenta una proyección de longitud variable denominada úvula.

El istmo de las fauces es una abertura que comunica la cavidad oral con la faringe; ésta abertura es estrecha y sus dimensiones varían según la contracción del velo palatino y la lengua .

LIMITES DE PARED POSTERIOR

Está limitada hacia arriba; por el borde anterior del velo palatino que se continúa y confunde con el borde posterior de la bóveda palatina, por abajo; la raíz de la lengua, lateralmente; - por el arco palatogloso (pilar anterior del velo palatino), arco palatofaríngeo (pilar posterior del velo palatino), y tonsila palatina (amígdala palatina). (Fig. 13).

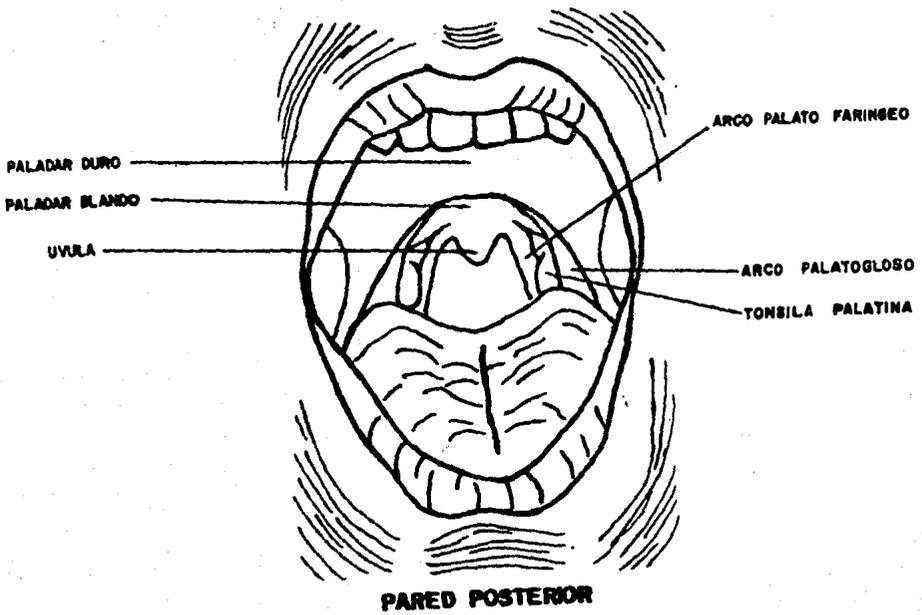


FIGURA 13

ARCOS PALATOGLOSOS Y PALATOFARINGEOS

Los músculos palatoglosos y palatofaríngeos nacen de la aponeurosis del velo palatino, al descender éstos, van a formar los arcos del mismo nombre.

El primer arco palatogloso, se encuentra ubicado en la porción anterior o ventral a la tonsila palatina hasta terminar en la raíz de la lengua (base de la lengua), inmediatamente por detrás del del surco terminal (V lingual).

El segundo arco palatofaríngeo, está situado posterior a la tonsila palatina y termina a los lados de la faringe.

TONSILA PALATINA

La tonsila palatina es una masa linfoidea, par y simétrica; está situada entre las regiones oral y faríngea, más exactamente entre los arcos palatogloso y palatofaríngeo.

PLANOS CONSTITUTIVOS DE LA PARED POSTERIOR

Encontramos cinco tunicas superpuestas en la región posterior de la cavidad oral y son :

1a. y 2a.- Túnica mucosa anterior y Túnica glandular.

3a.- Túnica aponeurótica .

4a.- Túnica muscular.

5a.- Túnica mucosa posterior.

TUNICA MUCOSA ANTERIOR Y TUNICA GLANDULAR

La mucosa de esta región es gruesa, rosada y lisa con un epitelio plano estratificado no queratinizado y glándulas que se encuentran incluidas en el mismo espesor de la mucosa de tipo unicelular y de secreción mucosa.

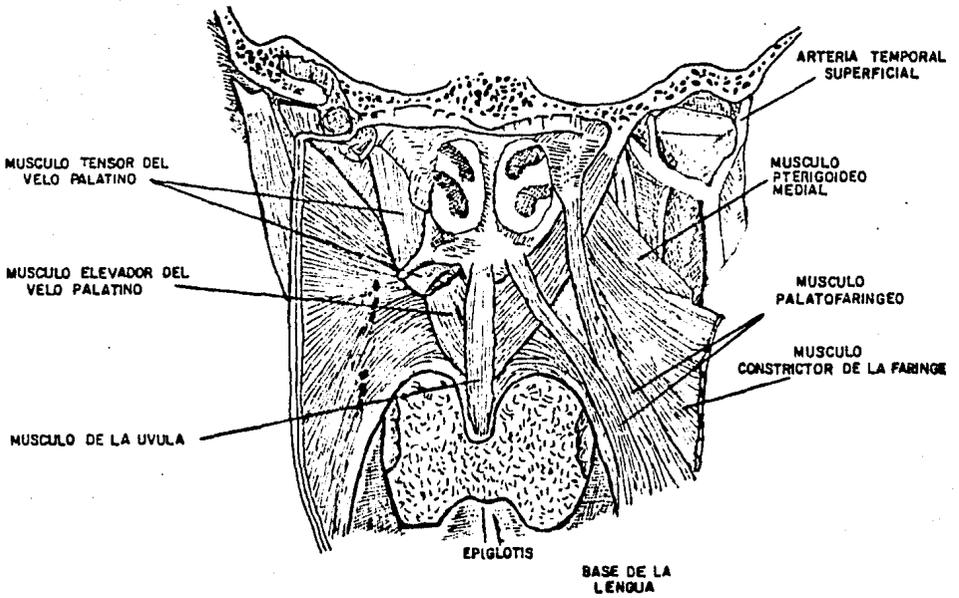
TUNICA APONEURÓTICA

Es una hoja tendinosa cuyo borde anterior se fija en el borde posterior de la bóveda palatina, en ella se insertan los músculos del velo palatino.

TUNICA MUSCULAR

Está formada por diez músculos cinco a cada lado y son :

- 1).- MUSCULO DE LA UVULA (palatoestafilino o ácidos) que va de la espina nasal posterior al vértice de la úvula. (Fig. 14)
- 2).- MUSCULO ELEVADOR DEL VELO PALATINO (periestafilino interno)- que nace de la tuba auditiva (trompa de Eustaquio), y de la porción petrosa del temporal (peñasco del temporal) - dirigiendose a la aponeurosis palatina.
- 3).- MUSCULO TENSOR DEL VELO PALATINO (periestafilino externo),-- nace de la fosa escafoidea del proceso pterigoideo y de la tuba auditiva (trompa de Eustaquio) dirigiendose también a la aponeurosis palatina.
- 4).- MUSCULO PALATOGLOSO, forma el arco anterior del velo palatino
- 5).- MUSCULO PALATOFARINGEO, que forma el arco posterior del velo palatino.



**MUSCULO DE LA
PARED POSTERIOR**

FIGURA 14

IRRIGACION

Las arterias que irrigan la pared posterior provienen de :

- * Arteria Facial en su rama inferior o ascendente.
- * Arteria Palatina Ascendente que proviene de la arteria facial
- * Arteria Tonsilar rama de la arteria facial.
- * Arteria Palatina Superior o Descendente, rama de la arteria maxilar.

INERVACION

La inervación para la pared posterior es de dos clases : motora y sensitiva .

La inervación motora para los músculos del velo palatino, está a cargo del X Par Craneal Neumogástrico o Vago, por sus fibras eferentes viscelares especiales (fibras motoras) con excepción del músculo periestafilino externo (tensor del velo palatino), que es inervado por la tercera rama del Trigémino (rama mandibular).

La inervación sensitiva está a cargo del ganglio esfenopalatino que se localiza en la segunda rama del nervio Trigémico; por los nervios palatinos medios y posteriores que se distribuyen en la mucosa del velo palatino .

FISIOLOGIA DE LA PARED POSTERIOR DE LA CAVIDAD ORAL

La pared posterior de la cavidad oral efectúa movimientos importantes en los actos de tragar, hablar y soplar por la boca.

En la deglución el paladar blando se pone tenso por virtud de los músculos que tienen éste efecto (músculos periestafilinos externos), y asciende por acción de los músculos elevadores (periestafilinos internos) hasta que su borde libre se encuentra con el reborde anular de la pared faríngea (relieve de Passavant), separando herméticamente la nasofaringe de la bucofaringe, impidiendo con esto la regurgitación de alimento y líquido por la nariz

En lo que se refiere al habla el istmo faríngeo debe estar completamente cerrado, igual que en la deglución esto es, separada la nasofaringe de la bucofaringe para emitir casi todas las consonantes y debe ser incompleta la separación en la fonación de las vocales.

Para expulsar aire por la boca, el istmo faríngeo debe estar herméticamente cerrado.

MÉTODOS DE EXPLORACION

Los procedimientos empleados para realizar la exploración de la pared posterior de la cavidad oral son : interrogatorio, inspección y palpación

INTERROGATORIO

Mediante el interrogatorio el médico podrá darse cuenta si existen alteraciones en el timbre de la voz en caso de parálisis del velo palatino, la voz tendrá un timbre nasal característico. Además el paciente informará sobre problemas de deglución principalmente son los líquidos que se escapan por la nariz, igualmente la succión se vuelve difícil o imposible.

Según el grado de parálisis el enfermo presentará alteraciones variables como son : el no poder inflar los carrillos, ni hacer gárgaras, porque el velo palatino interviene directamente en estas acciones.

INSPECCION

Para inspeccionar la región posterior de la cavidad oral se solicita al paciente que abra la boca manteniendo la lengua detrás de los incisivos inferiores; con abatelenguas o un espejo se baja y

deprime la lengua, pidiendo al paciente que diga "ah" observando los pilares anteriores y posteriores de la cavidad oral, úvula, tonsilas e istmo de las fauces, se pondrá atención en la coloración, forma, tamaño y simetría de cada una de estas estructuras.

Para efectuar la inspección nos auxiliaremos de abatelenguas, espejo dental y una fuente de luz blanca.

PALPACION

para realizar la palpación de la pared posterior de la cavidad oral, es necesario insensibilizar la región por medio de una solución de cafeína, teniendo cuidado de insensibilizar tanto el velo del paladar como la úvula y la región tonsilar.

Una vez echo esto se introduce el dedo índice de la mano con que se va a palpar, iniciando en la comisura respectiva de modo que se alcance la parte posterior de la cavidad oral.

La palpación del velo del paladar así como de las tonsilas se emplea para tener nociones de consistencia, fluctuación y también para localizar dolor en la región. En casos extremos podemos mantener la boca abierta por medio de abre bocas con el objeto de evitar el ser mordido en algún movimiento brusco por el explorado. Las manos del explorador deben estar limpias o enguantadas si el caso así lo requiere.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO II

ANATOMIA ODONTOLOGICA
HUMBERTO APRILE
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ANATOMIA
D.J. GRAY-E. GARDNER
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ANATOMIA TOPOGRAFICA
TESTUT-LEO-JACOB
TOMO I
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ANATOMIA HUMANA
QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
EDITORIAL : PORRUA
TOMO III

CLINICAS MEDICAS
DR. PEDRO PONS
TOMO I GASTROENTEROLOGIA

PROPEDEUTICA MEDICA DE MAJORS
MAHLONH DELP- ROBERT T. MANNING
EDITORIAL : INTERAMERICANA , 1979;

ANATOMIA HUMANA
TESTUT-LATARGET
TOMO IV
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA
ALVIN H MORRIS
EDITORIAL : LABOR, 1983

MANUAL DE TECNICAS PROPEDEUTICAS
EDITORIAL : SALVAT, 1980

PARED SUPERIOR DE LA CAVIDAD ORAL

ANATOMIA

Se considera como pared superior a la región del paladar duro el cual es una bóveda osteomenbranosa en forma de herradura. (Fig.15)

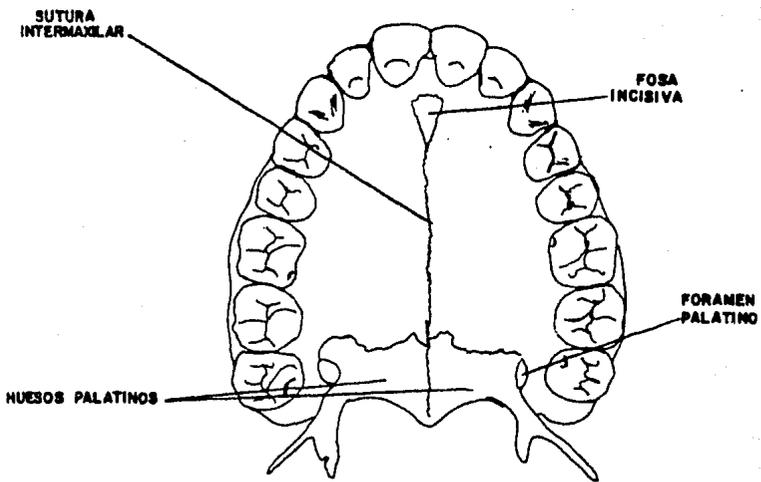
LIMITES DE PARED SUPERIOR

Se encuentra situado por debajo de las fosas nasales y por delante de la faringe. La región palatina se continúa hacia adelante y a los lados con la región gingivodentaria ; y por detrás con el velo del paladar.

PLANOS CONSTITUTIVOS

A la bóveda palatina se le consideran tres túnicas yendo de la superficie a la profundidad encontramos:

- 1a.- Túnica mucosa.
- 2a.- Túnica glándular.
- 3a.- Túnica ósea



HUESOS MAXILARES

FIGURA 15

TUNICA MUCOSA

La mucosa de ésta región, se encuentra constituida por un epitelio plano estratificado no queratinizado, con una coloración rosa pálido, está íntimamente adherida al periostio y es muy resistente. Su espesor mayor se localiza a lo largo de la línea media, que termina por delante en una pequeña papila (papila incisiva).

En el tercio anterior y a los lados de éste, se presentan unos pliegues mucosos transversales denominados: rugas palatinas.

TUNICA GLANDULAR

Las glándulas se encuentran situadas entre la mucosa y el epitelio subyacente, ocupando casi la totalidad de la región. Son dos masas de glándulas arracimadas, que tienen una secreción mixta, más mucosa que serosa, y se les denomina glándulas palatinas.

TUNICA OSEA

Se encuentra formada por la articulación de los procesos palatinos de los huesos maxilares, que se unen en la línea media para formar la sutura intermaxilar; igualmente se articulan las láminas horizontales de los huesos palatinos por medio de la sutura

interpalatina; tanto los huesos palatinos como los maxilares se unen por medio de la sutura palatomaxilar.

IRRIGACION

La irrigación de la bóveda palatina procede de la arteria maxilar por medio de sus ramas ; palatina descendente (superior) y arterias palatinas mayores y menores. Estas penetran por los agujeros mayores y menores correspondientes, recorriendo la bóveda palatina hasta emergen por el agujero incisivo, anastomosándose con las ramas del lado opuesto.

INERVACION

EL paladar está inervado por los nervios: nasales posteriores y nasopalatinos, ramas del ganglio pterigopalatino (esfenopalatino situado en la segunda rama del Trigémico o rama maxilar)

El nervio nasal posterior, emerge a la región palatina por el orificio del conducto palatino posterior y se divide en ramas -- que inervan el paladar.

El nervio nasopalatino sigue una dirección por el techo de las fosas nasales (nares) labrandose un canal hacia abajo en la parte interna del vómer , emerge por el agujero incisivo anastomosándose con el nervio homólogo del lado opuesto.

FISIOLOGIA DE LA PARED SUPERIOR

En la parte anterior del paladar se localizan las rugas palatinas a cada lado del rafe medio, estas sirven de apoyo a la lengua para masar los alimentos, durante la masticación, así mismo sobre ellas se apoya la lengua para presionar los alimentos sobre el paladar y dar comienzo a la deglución.

Estas rugas sirven también para que la lengua se apoye en ellas durante la pronunciación de algunas consonantes..

MÉTODOS DE EXPLORACION DE LA PARED SUPERIOR

La inspección y la palpación además del interrogatorio son los procedimientos aplicables a la exploración de la pared superior de la cavidad oral.

INTERROGATORIO

Al hacer el interrogatorio, el médico podrá darse cuenta de la existencia de alteraciones en el timbre de la voz; si esto sucediera podría sospecharse de la presencia de hendidura palatina o bien de una excrecencia ósea o torus exagerado que impide hablar claramente al paciente.

Otro signo funcional importante de malformación congénita (hendidura palatina) sería el trastorno en la deglución.

INSPECCION

Durante el exámen el paciente deberá mantener la boca abierta, con una separación intermaxilar que oscile entre 35 y 40 mm. sin protuir la lengua, y con la cabeza ligeramente hacia atrás, apoyandola en el respaldo del sillón o sobre el cabezal del mismo.

Al igual que en toda la exploración de la cavidad oral, se deberá contar con una fuente lumínica de luz blanca.

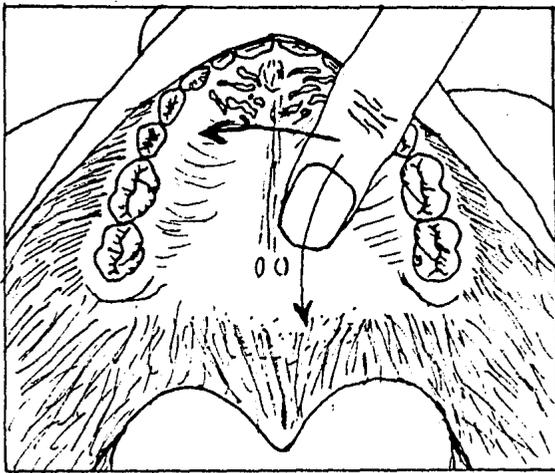
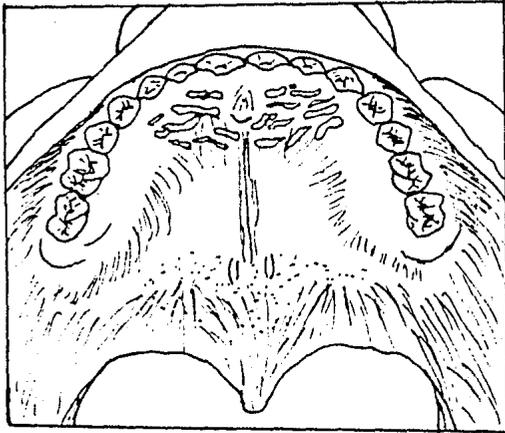
Por medio de la inspección se reconocerá la línea media o sagital del paladar, la papila palatina, las rrugas palatinas y deformaciones comunes como en los casos de dientes retenidos (caninos), procesos inflamatorios y tumorales .

PALPACION

La palpación del paladar se lleva a cabo con el dedo índice de la mano derecha o izquierda . (Fig. 16)

Estando el paciente con la boca abierta, se procede a deslizar el dedo índice sobre toda la región del paladar, desde la parte anterior hacia la región más posterior del mismo.

Así se podrán apreciar la consistencia, aumentos de volumen y fluctuaciones que podrían indicar alguna alteración importante.



PALPACION DEL PALADOR

FIGURA 16

PATOLOGIA DE LA PARED SUPERIOR

TORUS PALATINO

No es de importancia patológica pero a veces se formulan diagnósticos equivocados, por considerarlos tumores malignos.

Los torus palatinos son tumores benignos, de crecimiento lento, se localizan generalmente en la sutura intermaxilar, sobre su superficie, produciendo con esto una asimetría oral interna.

La forma del torus es muy variable y de acuerdo a la frecuencia con que se presentan se clasifican en : Planos, Nodulares, Fusiformes y Lobulados.

Los métodos empleados para su exploración son : la inspección, palpación y los estudios radiográficos.

Al inspeccionar un torus se observará que la mucosa que los recubre es delgada, con una coloración rosa pálido, a no ser que se encuentre traumatizado, por los alimentos, el cepillado o las prótesis dentales, en cuyo caso estaría irritado y con posibilidades de infectarse.

Los torus se presentan duros e indoloros al tacto, ya que poseen una corteza de hueso compacto, aunque en su interior existe un área de hueso esponjoso y en algunas ocasiones suele presentarse una médula grasosa.

Las radiografías se utilizan principalmente para delimitar la extensión del torus.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO III

ANATOMIA HUMANA
PANSKI
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1980

ANATOMIA ODONTOLOGICA
APRIL HUMBERTO
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ATRLAS DE DISECCION POR REGIONES
TESTUT-JACOB
EDITORIAL : SALVAT, 1979

CIRUGIA BUCAL
RIES CENTENO
EDITORIAL : SALVAT, 1979

FISIOLOGIA HUMANA
GUYTON ARTHUR
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1978

PATOLOGIA ORAL
BURTHER
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1978

PATOLOGIA ORAL
THOMA
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1980

MANUEL DE TECNICA MEDICA PROPEDEUTICA
DR. FRANCISCO CUEVAS
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

ANATOMIA DENTAL
ESPONDA VILA RAFAEL
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1979

PARED INFERIOR DE LA CAVIDAD ORAL

ANATOMIA

La pared inferior está conformada por: la región lingual (lengua) y por la región sublingual o piso de la cavidad oral.

LENGUA

La lengua es un órgano musculo membranoso cubierto de mucosa especializada. Es el órgano representativo del gusto, desempeña un papel importante en la masticación, deglución, succión y articulación de los sonidos.

Se localiza en el piso de la cavidad oral, inmediatamente por detrás del cuerpo de la mandíbula, en reposo llena por completo la cavidad oral..

Es móvil de forma irregularmente ovalada, con una extremidad gruesa posterior fija; y una extremidad anterior libre llamada ápice de la lengua, la cual se inclina hacia adelante .

Se le consideran dos caras: una superior dorsal, y una inferior ventral, dos bordes, una base y un vértice.

CARA SUPERIOR O DORSAL

Es convexa se divide en dos porciones : una porción oral que corresponde a los dos tercios anteriores de la lengua y una posterior ó faríngea que corresponde al tercio posterior de la misma.

Las dos porciones oral y faríngea están separadas por un surco - llamado surco terminal, en forma de V lingual que corresponde a las papilas valladas (circunvaladas).

PAPILAS

Las papilas son prominencias de la mucosa que están distribuidas sobre los dos tercios anteriores de la cara superior de la lengua y son: :

Filiformes

Fungiformes

Circunvaladas

Foliadas

PAPILAS FILIFORMES

Son las más numerosas constituyen prolongaciones cónicas de vértices puntiagudos, abundantes en la porción bucal de la lengua.

PAPILAS FUNGIFORMES

Son redondeadas como puntos rojos con una base estrecha, contienen botones gustativos y se encuentran en el vértice y bordes de la lengua.

PAPILAS VALLADAS

Son las de mayor tamaño, 1 a 2mm. varían en número de 3 a 14 se disponen formando la V lingual, cada papila vallada es una elevación rodeada por un surco profundo, limitado por una pared o vallum. Contiene botones gustativos y tienen forma de conos truncados invertidos.

PAPILAS FOLIADAS

Son una serie de rebordes en el borde de la lengua a la altura de los molares.

CARA INFERIOR O VENTRAL

Descansa sobre el piso de la boca con la que se une por un repliegue medio llamado frenillo de la lengua.

En la parte inferior y lateralmente al frenillo, sobresalen dos pequeñas prominencias : las carúnculas sublinguales, en cuyo vértice se localizan los orificios del conducto de la glándula submandibular (de Wharton), y un poco hacia arriba los orificios excretorios de la glándula sublingual (de Bartolini).

BORDES

Los bordes son libres y redondeados, se adelgazan gradualmente de atrás hacia adelante haciendo contacto con los dientes inferiores.

BASE

Es la parte más posterior ó raíz, se haya unida al hueso hioides a través de los músculos hiogloso y geniogloso, se relaciona con la faringe y la epiglótis.

VERTICE

El borde libre es aplanado cuando está en relajación, tornándose redondeado y en forma de punta si se encuentra en protrusión, está en relación directa con la cara lingual de los incisivos inferiores.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Comprende músculos entrelazados que se clasifican como ;

Extrínsecos (origen fuera de la lengua) é Intrínsecos (origen dentro de la lengua). (Fig. 17)

Generalmente son bilaterales y están separados por un tabique que no es más que el entrecruzamiento de las formaciones musculares -- transversas.

MUSCULOS EXTRINSECOS :

GENIOGLOSO

HIOGLOSO

CONDRÓGLOSO

ESTILOGLOSO

PALATOGLOSO

FARINGOGLOSO

MUSCULOS INTRINSECOS :

LONGITUDINAL SUPERIOR

LONGITUDINAL INFERIOR

TRANSVERSO DE LA LENGUA

GENIOGLOSO : Se origina en la parte superior de la espina mental (apófisis geni superior) de la mandíbula, tiene forma de abanico. Algunas de sus fibras se dirigen hacia arriba y adelante para insertarse en la cara inferior y punta de la lengua.

Otras fibras pasan directamente hacia atrás hasta insertarse en el hueso hioideo.

HIOGLOSO : Se origina del cuerno mayor (hasta mayor) del hueso hioideo. Es un músculo plano y cuadrilátero. Sus fibras se dirigen hacia arriba para insertarse en el borde y cara inferior de la lengua.

CONDROGLOSO : Es un músculo variable . Se origina del cuerno menor del hueso hioideo y se extiende hasta el dorso de la lengua. Se le considera como una porción del músculo hiogloso.

ESTILOGLOSO : Se origina de la punta del proceso estiloideo (apofisis estiloides) del hueso temporal y del ligamento estilomaxilar. Sus fibras descienden hasta alcanzar el borde y cara inferior de la lengua.

PALATOGLOSO : Forma el pilar anterior del velo palatino.(Su descripción se encuentra en la pared posterior de la cavidad oral) .

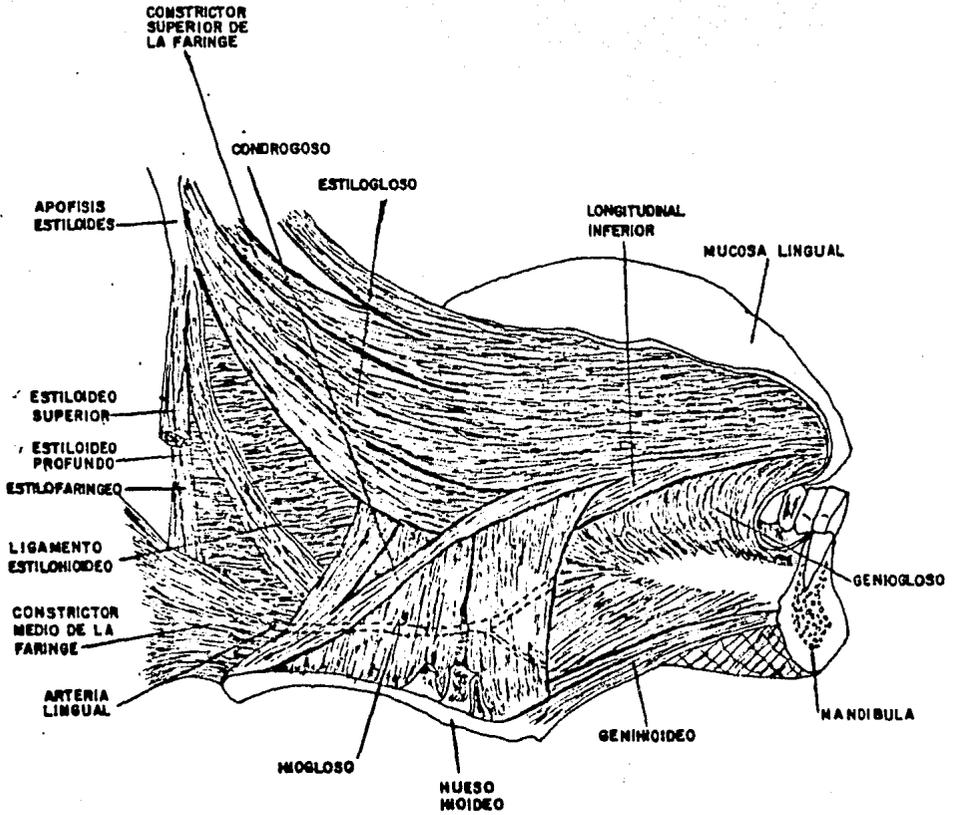
FARINGOGLOSO : Es la porción glosofaríngea del músculo constrictor superior de la faringe . Sus fibras alcanzan el borde de la lengua.

LONGITUDINAL SUPERIOR

LONGITUDINAL INFERIOR

TRANSVERSO DE LA LENGUA :

Los músculos intrínsecos o propios de la lengua, están compuestos de fibras musculares que se originan en tejidos blandos, dispuestos en dos direcciones : longitudinal y transversal, todos estos músculos se encuentran en trelazados y al contraerse, varían la forma de la lengua, hacen a éste organo plano, lo engruesan o le dan forma de canal.



MUSCULOS DE LA LENGUA

FIGURA 17

IRRIGACION

La arteria de mayor importancia que irriga la lengua, es la arteria lingual, (rama de la carótida externa) que nace a la altura del hasta mayor del hueso hioides, atraviesa la región suprahioides y se dirige hacia la punta de la lengua, donde se anastomosa con la arteria homónima del lado opuesto.

En este trayecto emite dos ramas : arteria dorsal y arteria lingual profunda (ranina).

Existen otras arterias que también dan irrigación a la lengua y son: arteria palatina ascendente, rama de la arteria facial y arteria faríngea ascendente, rama de la arteria carótida externa.

VENAS

Las venas de la lengua son las linguales que acompañan a la arteria lingual, venas dorsales linguales y vena lingual profunda o vena ranina (que se observa al lado del frenillo), Todas estas venas terminan en la vena yugular interna.

INERVACION

El nervio glossofaríngeo provee fibras aferentes viscerales especiales para la sensibilidad gustativa de las papilas del tercio posterior de la lengua. La vía gustativa está integrada por el nervio glossofaríngeo, nervio lingual y cuerda del tímpano (rama del nervio facial).

El nervio glossofaríngeo proporciona también fibras aferentes -- viscerales para la sensibilidad general de la mucosa de la parte posterior de la lengua.

Fibras aferentes viscerales generales.- Se considera como sensibilidad general. El nervio que proporciona esta sensibilidad a los dos tercios anteriores de la lengua es el nervio lingual rama del nervio mandibular del V par craneal (Trigémino)

REGION SUBLINGUAL

La región sublingual o piso de la cavidad oral, está situada inmediatamente debajo de la porción libre de la lengua.

LIMITES REGION SUBLINGUAL

Es una región que tiene forma de triángulo, con su vértice dirigido hacia adelante, está colocado inmediatamente detrás de los dientes incisivos inferiores, su base curvada hacia atrás corresponde exactamente a la parte más posterior de la cara inferior de la lengua; sus lados se encuentran limitados a derecha e izquierda por los arcos dentarios y cara medial de la mandíbula.

La región sublingual se extiende hasta el músculo milohioideo, -- que lo separa de la región suprahioidea .

Los huesos que tienen relación con la región sublingual son :

Hueso Mandibular y Hueso Hioideo .

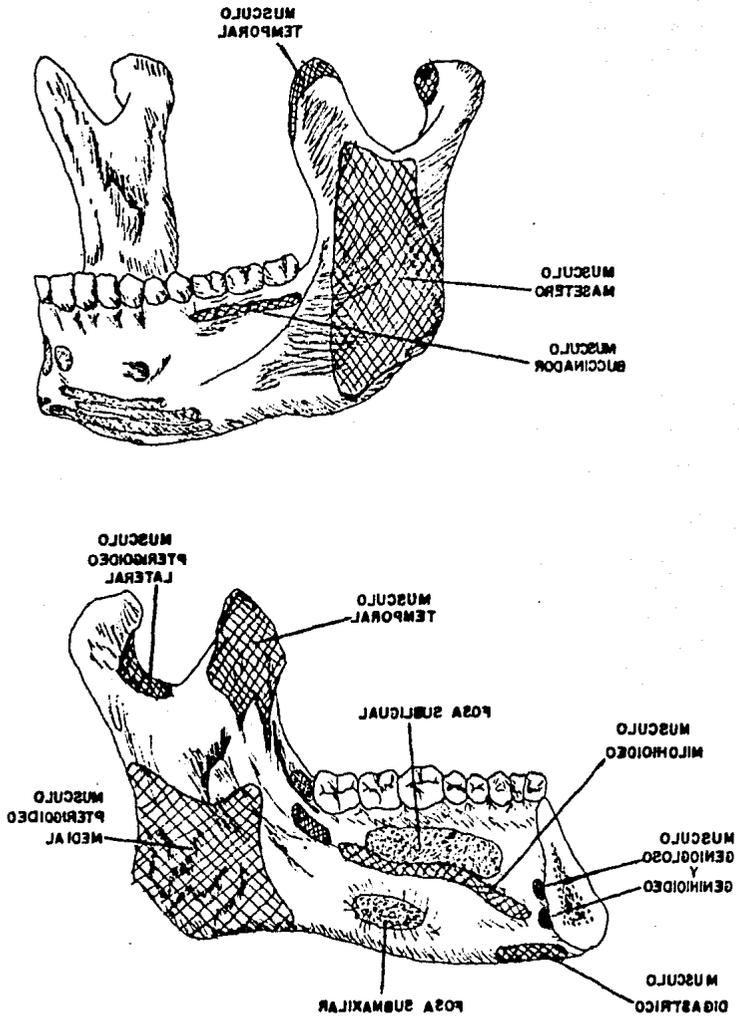
MANDIBULA

Es un hueso impar, central y simétrico, situado en la parte inferior de la cara. Para su estudio se divide en tres partes que son : un cuerpo y dos ramas ascendentes.

CUERPO

El cuerpo tiene forma de herradura, presenta dos caras, una externa y otra interna. (Fig. 18)

Cara Interna.- ó medial, limita lateralmente el triángulo sublingual. Sobre ésta cara se localizan en la línea media las espinas mentales de las cuales se originan los músculos geniogloso y genihioideo . Posteriormente se localiza, la línea milohioidea, punto de inserción del músculo milohioideo; por fuera de la sínfisis y por encima de ésta línea sobre el cuerpo de la mandíbula se aloja la glándula sublingual; por debajo de la línea milohioidea se presenta otra fosa más prominente en la cual se aloja la glándula submandibular.



**PUNTOS INSERCIONES
HUESO MANDIBULAR
FIGURA 18**

Cara Externa.- En la línea media presenta la sínfisis mentoniana que corresponde a la unión de las mitades del cuerpo mandibular. Presenta el agujero mental, situado abajo del espacio interpremaxilar, por el que pasan los vasos y nervios mentales.

Se observa también la línea oblicua externa, que da inserción a los músculos cuadrado de la barba, triangular de los labios y buccinador.

RAMAS

Las ramas ascendentes son dos láminas cuadriláteras que presentan en su cara externa unas líneas rugosas que son el lugar donde se inserta el músculo masetero; en la cara interna presenta una -- eminencia ósea, la lngula (espina de Spix) que es la entrada al canal dentario en el que penetra el nervio mandibular, arteria y venas del mismo nombre.

En los extremos superiores de las ramas se observan dos apófisis: la apófisis coronoides y el condilo mandibular separados éstos -- por la escotadura sigmoidea .

El cóndilo forma con la cavidad glenoidea del hueso temporal la articulación temporo-mandibular (A.T.M.), se une al resto de la rama por el cuello del cóndilo, en el cual se inserta el músculo pterigoideo lateral.

La apófisis coronoides es de forma triangular, presta inserción al músculo temporal, que se une a ésta por medio del tendón del temporal.

HUESO HIOIDEO

Es un hueso impar, se sitúa a nivel de la 3a. vértebra cervical - en la parte anterior del cuello entre el maxilar y la laringe .

Este hueso se encuentra suspendido mediante los ligamentos estilo hioideos, que se insertan en el cuerno menor del hueso.

Tiene forma de herradura, y se encuentra constituido por un cuerpo y cuatro prolongaciones que miran hacia adelante, dos a cada - lado denominadas astas mayores y menores . (Fig. 19)

Astas Mayores.- Son aplanadas y se dirigen hacia arriba y hacia - atrás, en su cara superior se inserta el músculo hiogloso, la por - ción media del músculo faríngeo, en la cara inferior se inserta - el músculo tirohioideo.

Astas Menores .- Son formaciones redondeadas y se dirigen hacia - arriba. En el vértice del cuerno menor se inserta el ligamento - estilohioideo y en la base se puede localizar la inserción del - músculo condrogloso.

Cuerpo.- En el cuerpo del hueso hioideo se insertan los siguien - tes músculos : Geniogloso, Genihioideo, Digastrico, Esternohioi - deo y Omohioideo.

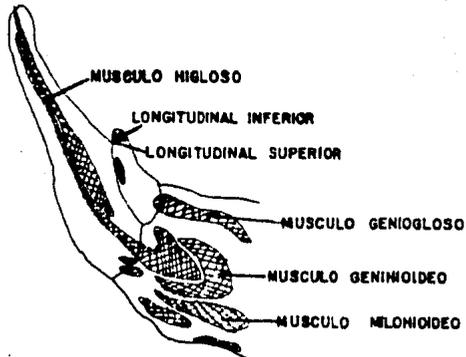
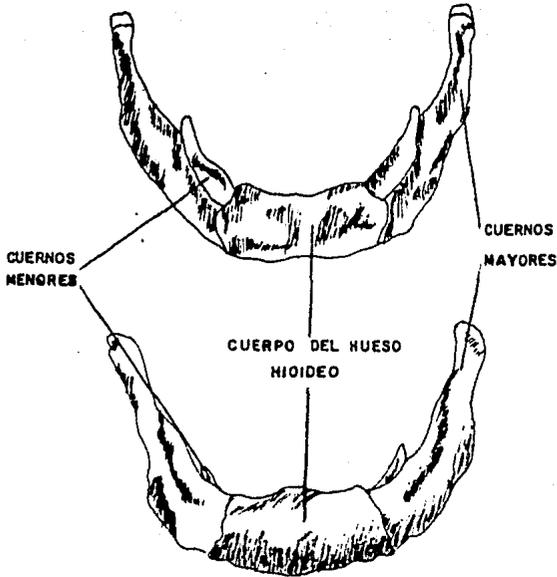


FIGURA 19

HUESO HIOIDEO

GLANDULA SUBLINGUAL Y SUBMANDIBULAR

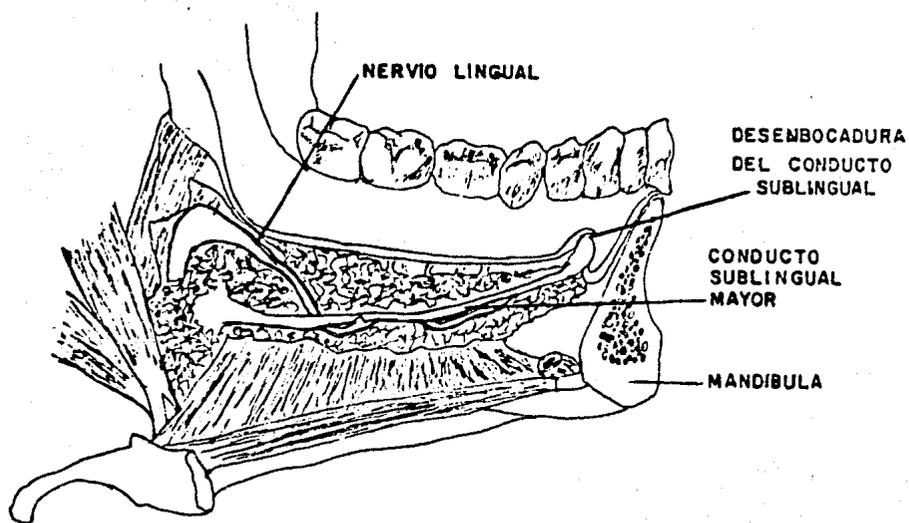
En relación con el piso de la cavidad oral se consideran las glándulas sublinguales y submandibulares.

GLANDULA SUBLINGUAL.

Es una glándula de tipo exócrina, de secreción mixta (más mucosa que serosa), es la más pequeña de las glándulas salivales principales, mide de 25 a 30 mm. de longitud, de 10 a 12 mm. de altura y de 6 a 8 mm. de espesor.

Tiene forma oval y está dirigida paralelamente al cuerpo de la mandíbula, lateralmente descansa sobre la cara medial de la mandíbula por encima del músculo milohioideo ; medialmente se relaciona con los músculos de la lengua, su parte anterior se relaciona con la protuberancia mental (sinfisis del mentón) y se pone en contacto -- con la glándula del lado opuesto ; posteriormente se corresponde con la parte anterior de la glándula submandibular. (Fig. 20)

En el suelo de la boca y a los lados del frenillo se abren los orificios de los conductos excretores de la glándula sublingual, el principal de ellos es el conducto sublingual mayor (Bartolini) y sus accesorios los de (Rivinus) .



GLANDULA SUBLINGUAL

FIGURA 20

GLANDULA SUBMANDIBULAR

Es de color amarillento, de forma lobulada, aproximadamente del tamaño de una castaña, rodea el borde posterior del músculo milohioideo extendiéndose por debajo del mismo; externamente se encuentra adosada a la mandíbula a nivel del 2° y 3er molar en la fosa submandibular. Su cara medial contacta con los músculos, vasos y nervios milohioideos. La cara inferior se separa de la piel, por medio de los músculos Platisma (cutáneo del cuello) .

El conducto de ésta glándula se dirige hacia adelante verticalmente para desembocar a los lados del frenillo sublingual, por medio del conducto submandibular. (Wharton) La secreción de ésta glándula es mixto más serosa que mucosa .

FISIOLOGIA DE LA PARED INFERIOR DE LA CAVIDAD ORAL

Las estructuras de la pared inferior son principalmente : la lengua y el piso de la cavidad oral.

La lengua interviene activamente en las diferentes acciones que se desarrollan en el interior de la cavidad oral y son :

- ** Formación o articulación de las palabras
- ** Formación del bolo alimenticio durante la masticación, manteniendo los alimentos entre los arcos dentales
- ** Interviene directamente en la deglución y en la succión

El piso de la cavidad oral interviene indirectamente en la masticación y deglución, ya que en su interior se localizan dos de las glándulas salivales mayores : la sublingual y la submandibular; - las cuales proveen la saliva para la formación del bolo alimenticio.

METODOS DE EXPLORACION

Los metodos de exploración aplicables a ésta pared son : el interrogatorio, la inspección y la palpación.

INTERROGATORIO

El médico podrá darse cuenta, si el paciente puede pronunciar correctamente todas las palabras ó si se le dificultan algunas consonantes por ejemplo : S , R , T . ésto será indicativo de que existen alteraciones en las inserciones del frenillo lingual.

INSPECCION

Al igual que en toda la exploración de la cavidad oral, deberán existir condiciones lumínicas ideales como son la luz natural ó bien una luz blanca.

El médico deberá estar colocado casi de frente al paciente, pero sin producir sombras, que dificulten la inspección.

Con este metodo el médico diferenciará alteraciones en el color, forma volumen, integridad de los tejidos y sequedad de las mucosa : etc.

Durante la inspección de la lengua se deberá sostener firmemente por su punta con los dedos índice y pulgar, ayudados por una gasa para evitar que resbale. (Fig. 21).

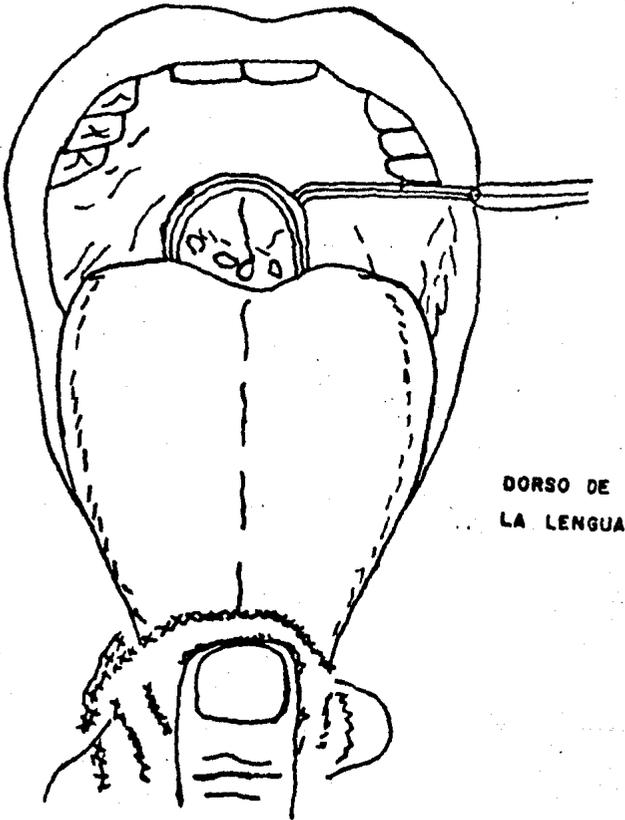
Así se podrá extender: hacia afuera, adelante y a los lados, para poder observar adecuadamente el tercio posterior, tercio anterior y bordes laterales.

De no examinarla minuciosamente: se podrán pasar inadvertidas alteraciones importantes para el estado de salud general del paciente.

PALPACION

La palpación de la lengua se realiza de forma bidigital utilizando los dedos índice y pulgar de la mano derecha (si el examinador es diestro), se iniciará desde la parte más posterior hacia la punta, para poder localizar alteraciones dentro de los tejidos - que afecten la consistencia y tonicidad de los músculos formadores de la misma.

Al inspeccionar el piso de la cavidad oral, se pedirá al paciente que lleve la lengua hacia el paladar, para identificar algunas - lesiones existentes en ésta zona.



DORSO DE
LA LENGUA

**EXPLORACION DEL DORSO DE
LA LENGUA**

FIGURA 21

Es necesario secar las estructuras anatómicas de esta región ya sea con un aspirador o mediante gasas, todo con el fin de observar adecuadamente estas estructuras, ya que la saliva puede modificar o impedir esta acción

PALPACION PISO DE LA CAVIDAD ORAL

La palpación del piso de la cavidad oral puede ser en forma interna o externa.

La palpación externa del piso se llevará a cabo extendiendo los dedos anular, medio é índice de la mano derecha ó izquierda hacia la línea media, apoyando el pulgar en el cuerpo de la mandíbula, se presionará hacia arriba y afuera, deslizando los dedos debajo de la región sublingual y del borde inferior de la mandíbula; se indicará al paciente que mantenga la cabeza inclinada hacia adelante, manteniendo la lengua inmóvil.

Con esta técnica los linfonodos hipertrofiados se desplazarán -- junto con los dedos y se palparán y diferenciarán cuando entren en contacto con el cuerpo de la mandíbula y los dedos.

Otro método de palpación del piso de la cavidad oral es combinando la palpación intraoral con la extraoral para lo cual se deberán utilizar ambas manos (palpación bimanual) .

Estando el paciente con la boca abierta, se introduce el dedo índice de la mano izquierda dentro de la boca por debajo de la lengua, los dedos de la otra mano (índice medio y anular) estarán colocados sobre la piel y perpendicularmente al cuerpo de la mandíbula, el dedo colocado dentro de la cavidad estará presionando hacia abajo, en tanto que los dedos de la otra mano presionarán hacia arriba de este modo todos los órganos involucrados como las glándulas salivales estarán colocados entre los dedos del examinador.

Con este método se podrán localizar y palpar los linfonodos submentales y submandibulares hipertrofiados, los cuales se desplazan libremente, en tanto que las glándulas salivales están fijas

Durante la palpación de los linfonodos se presentará dolor al presionarlos si se encuentran hipertrofiados; lo mismo sucede con las glándulas cuando se encuentran agrandadas.

En ambos casos, no se presentará ningún síntoma de dolor si están normales.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO IV

ANATOMIA HUMANA
LOCKARD HAMILLTON
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1974

ANATOMIA HUMANA
D.J. GRAY-E. GARDNER
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ANATOMIA HUMANA PARA ODONTOLOGOS
LACARAZ DLE RIO
EDITORIAL : MENDEZ_OTEQ, 1978

ANATOMIA TOPOGRAFICA
TESTUT- LEO- JACOB
EDITORIAL : SLAVAT, 1979

MEDICINA INTERNA
CECIL-LOEB

PATOLOGIA ORAL
ROBINS
EDITORIAL : INTERAMERICANA,

TRATADO DE MEDICINA INTERNA
BEESON-MCDERMOT
EDITORIAL : INTERAMERICANA, 1976

ANATOMIA
CATHERIN PARKER

PAREDES LATERALES DE LA CAVIDAD ORAL

Las paredes laterales de la boca están formadas por las regiones infraorbitaria (geniana) y parotido-masetérica (maseterina).

REGION INFRAORBITARIA

Es una zona par y simétrica que ocupa la parte anterior y lateral de la cara.

LIMITES

por arriba el borde inferior de la cavidad orbitaria (orbita); -- por abajo, el borde inferior de la mandíbula; lateralmente, el borde anterior del músculo masetero; medialmente y de arriba abajo primero el surco nasolabial, luego el surco labiogeniano, por último una línea vertical que partiendo del extremo de éste surco termina en el borde inferior de la mandíbula.

PLANOS CONSTITUTIVOS

Los planos que forman la pared lateral comprenden cinco túnicas yendo de la profundidad a la superficie son :

- 1a.- Túnica mucosa
- 2a.- Túnica muscular
- 3a.- Túnica aponeurótica
- 4a.- Têla subcutánea
- 5a.- Túnica cutánea o piel

TUNICA MUCOSA

La mucosa bucal de la mejilla tapiza la cara profunda del músculo buccinador y descansa directamente en él . Es lisa y regular, en ella se localiza el orificio excretor del conducto parotídeo -- (Stenon) a nivel del segundo molar superior.

TUNICA MUSCULAR

Se dispone en dos planos : profundo y superficial

Plano Muscular Profundo.- Está formado en su totalidad por el musculo buccinador, ancho y aplanado, ocupa el espacio comprendido - entre la maxila y la mandíbula, se origina de los bordes alveolares y del rafé pterigomandibular (pterigomaxilar).

Sus fibras superiores e inferiores se entrecruzan a nivel de las comisuras labiales y terminan insertandose en su cara profunda.

Plano Muscular Superficial.- Comprende varios músculos, y tienen como característica el insertarse en la piel .

De arriba abajo y mediolateralmente son :

- 1).- La porción inferior del músculo ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS, - que descansa en el borde inferior de la órbita .
- 2).- Músculo ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR Y LA NARIZ, que se origina del ángulo medial del ojo, se dividen en dos fascículos - para terminar en el ala de la nariz y labio superior
- 3).- Músculo ELEVADOR DEL ANGULO ORAL
- 4).- Músculo CIGOMÁTICOS MAYOR Y MENOR

5).- Músculo RISORIO (DE SANTORINI)

6).- Músculo PLATISMA (MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO)

TUNICA APONEUROTICA

Se conoce con el nombre de aponeurosis buccinatríz, es gruesa y resistente en su parte superior, disminuyendo gradualmente hacia las comisuras labiales. Se halla cubriendo el músculo del mismo nombre .

TELA SUBCUTANEA

Son tractos conjuntivos a los cuales se les une una cantidad considerable de grasa. Se localiza en la parte más posterior de la región infraorbitaria, ésta capa celuloadiposa forma el cuerpo adiposobucal o de la mejilla (bola adiposa de Bichat), que llena todo el espacio comprendido entre los músculos masetero y buccinador, a los cuales separa.

PIEL

La piel de ésta región es fina, fácilmente desplazable, vascularizada, rica en glándulas sudoríparas, se caracteriza porque en el barón existen gran cantidad de folículos pilosos.

IRRIGACION

Los vasos y los nervios de la región infraorbitaria (geniana) discurren la mayoría en la tela subcutánea y en el espesor de la capa muscular superficial y son los siguientes :

- ** Arteria lagrimal.- Se origina de la arteria oftálmica, rama de la arteria carótida interna, inerva el párpado inferior.
- ** Arteria Infraorbitaria.- Rama de la arteria maxilar, se origina en la fosa infratemporal (cigomática) penetra a la órbita - por la fisura orbital inferior (hendidura esfenomaxilar), -- transcurre en el surco y canal infraorbitarios y a través del agujero del mismo nombre, aborda la cara.
- ** Arteria Facial Transversa.- Se desprende de la arteria temporal superficial, dirigiéndose hacia adelante, cubierta por la glándula parótida , cruza el masetero por arriba del conducto parotídeo y se distribuye en estas estructuras y en la piel.

** Arteria Facial.- rama de la arteria carótida externa, nace -- por arriba del asta mayor del hueso hioides y da irrigación a los músculos superficiales de la región infraorbitaria. Esta arteria puede palpase en el borde inferior de la mandíbula, por delante del músculo masetero, la arteria asciende y tiene un trayecto sinuoso entre los músculos antes mencionados.

VENAS.

La vena facial nace en el ángulo interno del ojo, se sitúa por - detrás de la arteria facial y tiene un trayecto descendente y - menos tortuoso que la arteria, drena a la vena yugular .

INERVACION

Los nervios de la región infraorbitaria, se dividen en motores y sensitivos.

Nervios Motores.- La inervación de este tipo está a cargo de el nervio facial, septimo par craneal.

Nervios Sensitivos.- Los nervios sensitivos, destinados a la región infraorbitaria son :

Nervio Infraorbitario , Nervio Bucal; y Nervio Mental, ramas del V par craneal o Trigémino.

DRENAJE LINFÁTICO

Los vasos linfáticos superficiales que provienen de la piel y los vasos linfáticos profundos que provienen de las mucosas drenan hacia los linfonodos submandibulares, que se encuentran cerca o incluidos dentro de la glándula submandibular.

REGION PAROTIDO MASETERICA

Esta región se halla situada en la parte posterior y lateral de la cara.

LIMITES

Por arriba; el arco cigomático, por abajo; el borde inferior de la mandíbula, ventralmente; el borde anterior del músculo y dorsalmente; se extiende hasta el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Además se incluyen las partes blandas que la cubren, como - es la glándula parótida que será mencionada enseguida y el - músculo masetero que será incluido dentro de los músculos de la masticación

GLANDULA PAROTIDA

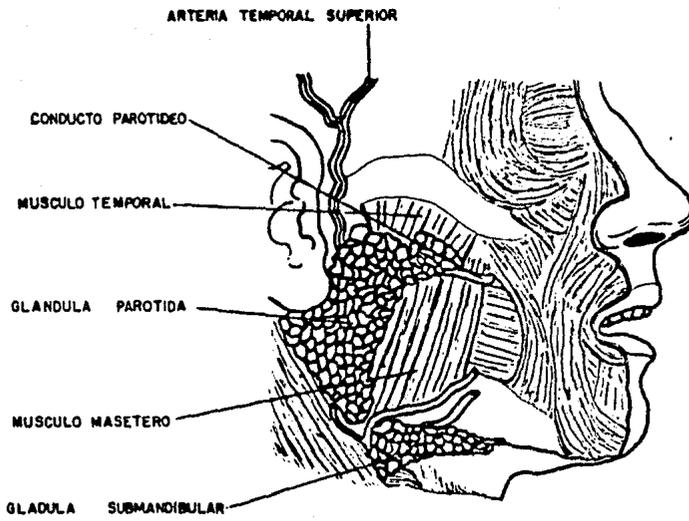
Es la más voluminosa de todas las glándulas salivales; su forma semeja la de una pirámide invertida y aplanada. (Fig. 22)

Es una glándula exócrina de secreción serosa, está situada a cada lado de la cara y sus límites son :

Anteromedialmente : se extiende debajo del arco cigomático sobre el músculo masetero, el borde posterior de la rama mandibular, - incluyendo la articulación temporomandibular.

Posteromedialmente : se amolda sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, el proceso mastoideo (apófisis estiloides) el meato acústico externo (conducto auditivo externo) .

La glándula se adelgaza y se aguza en su extremo inferior, aproximadamente en el ángulo de la mandíbula . Está encerrada dentro de una cápsula, derivada de la fascia cervical profunda, cubre - también los músculos que están relacionados con ella y la separan de la glándula submandibular.



GLANDULA PAROTIDA

FIGURA 22

CONDUCTO PAROTIDEO

El conducto parotídeo (Stenon) , es el conducto excretor de la glándula parótida, se origina en la parte anterior de la misma, y se dirige de atrás hacia delante atravesando la cara lateral del músculo masetero, pasa a través del cuerpo adiposo de la mejilla (bola adiposa de Bichat), perfora el músculo buccinador para desembocar en el vestíbulo de la boca enfrente del segundo molar superior, mide alrededor de cinco centímetros de longitud .

IRRIGACION

Las arterias que irrigan la glándula parótida derivan de la arteria carótida externa, ésta se localiza en el espesor de la glándula y al atravesarla da los ramos siguientes :

** Arteria Temporal Superficial, de ella derivan las arterias parotídeas que irrigan la glándula y la articulación temporomandibular.

** Arteria Facial Transversa (transversa de la cara), rama de la arteria temporal superficial que irriga la glándula parótida, su conducto excretor y el músculo masetero.

VENAS

Las venas de la glándula parótida son las venas parotídeas tributarias de la vena facial, que drenan a la vena yugular externa.

INERVACION

La inervación de la glándula parótida está a cargo del simpático y parasimpático, mediante fibras eferentes viscerales generales - que estimulan la secreción de la glándula.

La estimulación parasimpática origina secreción abundante de las glándulas lagrimales y salivales de la cabeza y la simpática origina secreción escasa en las mismas glándulas.

Las fibras parasimpáticas preganglionares se originan en los núcleos salivales del encéfalo, pasan através del nervio glosofaríngeo, nervio timpánico y nervio petroso superficial menor hasta llegar al ganglio ótico estableciendo sinápsis. De éste ganglio - emergen fibras posganglionares que pasan a la glándula parótida - mediante el nervio auriculotemporal (tercera rama del trigémino) provocando secreción abundante de saliva.

Las fibras simpáticas preganglionares nacen de los dos primeros - segmentos torácicos de la médula espinal, establecen sinápsis - con el gánglio cervical superior, de éste se desprenden fibras pos ganglionares que rodean al plexo carotídeo externo, continuándose por la arteria meníngica media hasta alcanzar las fibras parasimpá ticas y distribuirse también por el nervio auriculotemporal.

FISIOLOGIA PAREDES LATERALES

El aspecto exterior de las mejillas varía según la edad y los individuos, el mayor espesor se encuentra en la parte central; un ejemplo patente es el abombamiento que es característico en el niño y el adulto dotados de cierta gordura, al contrario de los sujetos delgados, en donde las mejillas se encuentran deprimidas y se excavan en su parte media.

El principal formador de las paredes laterales de la cavidad oral es el músculo buccinador tienen como función la compresión de las mejillas y actuando simérgicamente con la lengua mantiene los alimentos entre los dientes permitiendo con ello la masticación; ésta actividad es fina y exacta como lo demuestra que excepcionalmente se muerdan la lengua o las mejillas.

Intervienen también en la articulación de las palabras, la succión al soplar y al sonreír .

METODOS DE EXPLORACION

PAROTIDA

El exámen de la glándula parótida suele hecerse básicamente atra -
vés de la inspección y palpación .

Ante todo se hace inspección de la región parotídea en busca de -
sígnos de inflamación, asimetría y pigmentaciones que pudieran pre-
sentarse en ésta regfón.

La palpación debe explorar tanto la superficie externa como la su -
perficie interna , que se encuentran sobre la glándula parótida.

La palpación bimanual es la que generalmente se utiliza y consis-
te en colocar las palmas de las manos sobre la piel que cubre la -
región parotido-masetérica ; estando el operador de frente al pa--
ciente.

Para la exploración del conducto parotídeo se pide al paciente que
cierre la boca sin apretar los dientes (en esta posición el músco-
lo masetero se encuentra relajado, siendo difícil que el paciente
se canse) se introduce entonces el dedo índice de la mano derecha

o izquierda según el conducto que se requiera palpar en en vestíbulo oral sobre la mucosa, siguiendo una dirección perpendicular a los dientes superiores, hasta encontrar un pliegue, elevación o papila de mucosa que corresponde al orificio del conducto parotídeo; se aplica entonces presión lateral contra el dedo que explora el aspecto cutáneo (en el exterior) efectuando movimientos de deslizamiento hasta encontrar el conducto.

Otra forma más rápida de localizar y palpar el conducto parotídeo es: pidiendo al paciente que cierre la boca y apriete los dientes, colocando el dedo índice sobre la superficie externa de la mejilla a nivel del borde anterior del masetero, el cual está contraído; - en estas circunstancias el conducto parotídeo puede hacerse rodar debajo del dedo.

Estos métodos de palpación pueden llevarse a cabo cuando el conducto es atacado por tumores o cálculos.

La palpación bimanual se utiliza para conocer si la glándula parótida secreta saliva, esta palpación se combina con masajes o presiones suaves repetidas hacia abajo y adelante; en ésta forma se incrementa la secreción salival de la glándula.

En ocasiones se requieren biopsias para la comprobación de algún diagnóstico, en vista del peligro que representan debe consultarse a un buen cirujano bucal, pues las complicaciones debidas a intervenciones sobre parótida incluyen: parálisis del séptimo par (Facial), lesiones a la arteria carótida externa y al nervio auriculotemporal (Trigémino) .

PAROTIDITIS (PAPERAS)

Es una infección viral (causada por un mixovirus) aguda y contagiosa ataca glándulas salivales en general : parótidas, submandibulares y sublinguales, siendo más frecuente en las primeras y - un poco más raro en las sublinguales (puede complicarse afectando a otras glándulas como el testículo o el ovario).

Casi siempre es bilateral se manifiesta por hinchazón no supurada de las glándulas.

La mayor frecuencia con la cual están afectadas las glándulas parótidas refleja simplemente una mayor sensibilidad al ataque viral.

Los métodos exploratorios que utilizaremos para la comprobación de ésta enfermedad son :

Interrogatorio, inspección y palpación .

INTERROGATORIO

Por medio del interrogatorio obtendremos datos del tiempo de instalación, localización y evolución de la enfermedad.

El período de incubación suele ser de tres semanas (21 días) pero a veces la enfermedad comienza dos semanas (14 días) después de la exposición.

Las preguntas estarán encaminadas hacia la obtención de datos respecto a los signos y síntomas que preceden a la tumefacción de las glándulas como son : cefalea, malestar general, dolor debajo de la oreja, hipersensibilidad a lo largo del trayecto del conducto parotídeo y fiebre.

Si la tumefacción ya se ha establecido se formularán preguntas adicionales, que contemplen los síntomas que sufre el paciente como son: dolor intenso al hablar, masticar, tomar alimentos o beber líquidos ácidos.

INSPECCION

La tumefacción de la glándula parótida se observa primero debajo de la oreja, generalmente obliterando el hueco que queda entre el proceso mastoideo y la parte posterior de la rama mandibular (ver situación y límites de la glándula parótida).

La glándula aumenta de volumen en plazo de dos a tres días pudiendo encontrar variaciones de acuerdo a la intensidad de la tumefacción; en casos leves apenas se observa, pero en los graves el edema asociado puede difundirse en dirección superior; hasta los ojos, atrás; hasta la región del proceso mastoideo e inferiormente; debajo del mentón y parte anterior del cuello.

La piel que cubre las glándulas parótidas se observa tensa pero no enrojecida. La inspección intraoral nos revelará que la desembocadura del conducto parotídeo se encuentra enrojecido.

SARAMPION

Es una infección cutánea de etiología viral específicamente debida a un mixovirus, es aguda y contagiosa afecta principalmente a niños, aunque pueden incluirse los adultos no atacados previamente por el virus.

La infección se disemina y se adquiere por vía respiratoria (secreciones) el requisito es la proximidad física estrecha o el contacto directo de persona a persona.

Esta enfermedad incumbe de manera específica al odontólogo porque las manifestaciones bucales, manchas de Koplik, anteceden a las cutáneas, en un período aproximado de dos a tres días antes que el exantema se manifieste.

INSPECCION

La inspección del interior de las mejillas nos indica como signo sugestivo de sarampión las manchas deKoplik, que se presenta en la mucosa del véstíbulo, enfrente de los molares y cerca del conducto parotídeo, y que corresponden a las glándulas submucosas de esta región .

Al principio de la enfermedad se detectan unos puntos pequeños -
diseminados y poco numerosos de color azul blanco, del tamaño -
de una cabeza de alfiler, rodeados de una aureola rojo brillante -
Después establecen coalescencia, considerandose entonces como --
manchas de Koplik.

Este signo es de aparición precoz y exclusivo de ésta enfermedad
de ahí su gran interes clínico.

Las manchas son a menudo poco apreciables y hay que buscarlas --
con ayuda de una buena luz, a veces se extienden a las encías, -
lengua, faringe , asociandose a una estomatitis o gingivitis.
Desaparecen al segundo día de la erupción dejando una leve es --
tría purpúrica.

Las erupciones cutáneas comienzan en la cara, la línea del cabe-
llo y detrás de las orejas, se extienden a cuello, pecho, espal-
da y extremidades.

SIALADENITIS O PAROTIDITIS SUPURATIVA

Es una de las patologías menos frecuentes de agrandamiento de la glándula parótida. Es causada por infección bacteriana (principalmente del *Staphylococcus Aureus*) que asciende por el conducto parotídeo hasta la glándula, provocando un proceso supurativo -- agudo.

La parotiditis supurativa generalmente se presenta en enfermos -- que han sufrido de una reciente intervención quirúrgica (abdominal o en cavidad bucal) , también se observa en personas debilitadas afectadas por una enfermedad crónica.

La mayor incidencia se presenta en adultos de sesenta y setenta -- años.

Los métodos de los que nos valdremos para el diagnóstico de ésta enfermedad son interrogatorio, inspección y palpación y algunos -- exámenes de laboratorio como cultivos etc.

INTERROGATORIO

Los datos de mayor importancia que nos reportará el interrogatorio sobre la naturaleza de este padecimiento, son los relacionados con el estado general del paciente, se debe preguntar si sufre de enfermedades crónicas o algún proceso maligno o enfermedades debilitantes como fiebre tifoidea, neumonía o erisipela.

También es necesario conocer las intervenciones quirúrgicas recientes, o si padece alguna infección en boca .

INSPECCION

Extraoralmente se observa tumefacción unilateral intensa de la glándula y de la cara con desplazamiento del pabellón de la oreja hacia atrás, la piel que la cubre se encontrará enrojecida. La glándula submandibular rara vez o nunca está afectada.

La inspección intraoral nos reporta, mala higiene oral, sequedad de las mucosas a consecuencia de una disminución del flujo salival . La desembocadura del conducto parotídeo está disminuido de tamaño se presenta enrojecido y doloroso, con frecuencia se produce trismus.

MUSCULOS DE LA MASTICACION

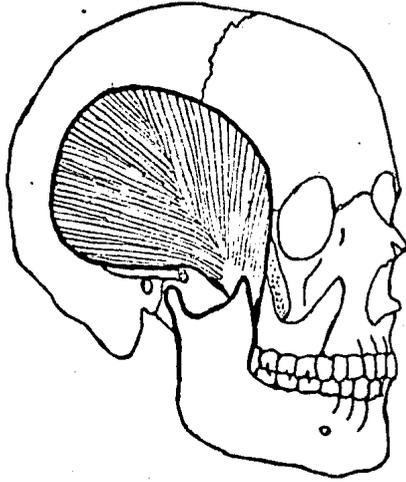
Se designa con este nombre a un grupo bilateral de cuatro músculos que se originan :

- A).- En la porción lateral del cráneo músculos : temporal y mase-
tero.
- B).- En la base del cráneo músculos pterigoideo medial (pterigoi-
deo interno) y pterigoideo lateral (pterigoideo externo) .

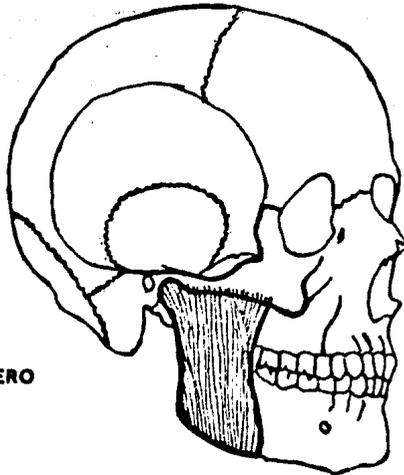
MUSCULO MASETERO

Su nombre proviene del griego y significa masticador. Es grueso y cuadrilátero consta de tres porciones superpuestas (superficial, - media y profunda) mezcladas anteriormente.

Se origina del arco cigomático y desciende por sus fibras musculares para insertarse en la superficie lateral de la rama mandibular y ángulo de la misma. (Fig. 23)



MUSCULO TEMPORAL



MUSCULO MASETERO

MUSCULOS DE LA MASTICACION

FIGURA 213

ACCIONES

El músculo masetero eleva la mandíbula y ocluye los dientes al mas ticar.

La actividad es mínima en la posición de descanso de la mandíbula y es pequeño en efecto en movimientos de lateralidad, protrusión y retrucción.

MUSCULOS TEMPORAL

La forma del músculo temporal es de abanico, se origina de la fosa temporal y de la aponeurosis que la cubre. Sus fibras posteriores horizontales y anteriores verticales se unen en un tendón que desciende entre el arco cigomático y el músculo pterigoideo lateral - (pterigoideo externo) para insertarse en la superficie medial, - vértice, borde anterior y posterior del proceso coronoideo (apófisis coronoides) .

ACCIONES

El músculo temporal eleva la mandíbula cerrando la boca y aproximando los dientes. Este movimiento requiere que las fibras anteriores sean tiradas hacia arriba y las fibras posteriores jaladas hacia atrás, pues el cóndilo de la mandíbula descansa sobre la eminencia articular, cuando la boca está abierta.

Las fibras posteriores tiran de la mandíbula hacia atrás desde el tubérculo articular hasta la fosa mandibular durante el cierre de la boca.

MUSCULO PTERIGOIDEO LATERAL

Es el músculo más corto y grueso posee dos grupos de fibras, las superiores se originan de la superficie infratemporal y cresta infratemporal del ala mayor del hueso esfenoidal .

Las fibras inferiores más gruesas se originan de la superficie lateral de la lámina lateral del proceso pterigoideo (ala externa de la apófisis pterigoides) . Los dos grupos de fibras convergen hacia atrás, las inferiores horizontalmente y las superiores hacia abajo para insertarse la mayor parte en la depresión anterior del cuello de la mandíbula y en menor grado en la cápsula y disco articular de la articulación temporomandibular. (Fig 24)

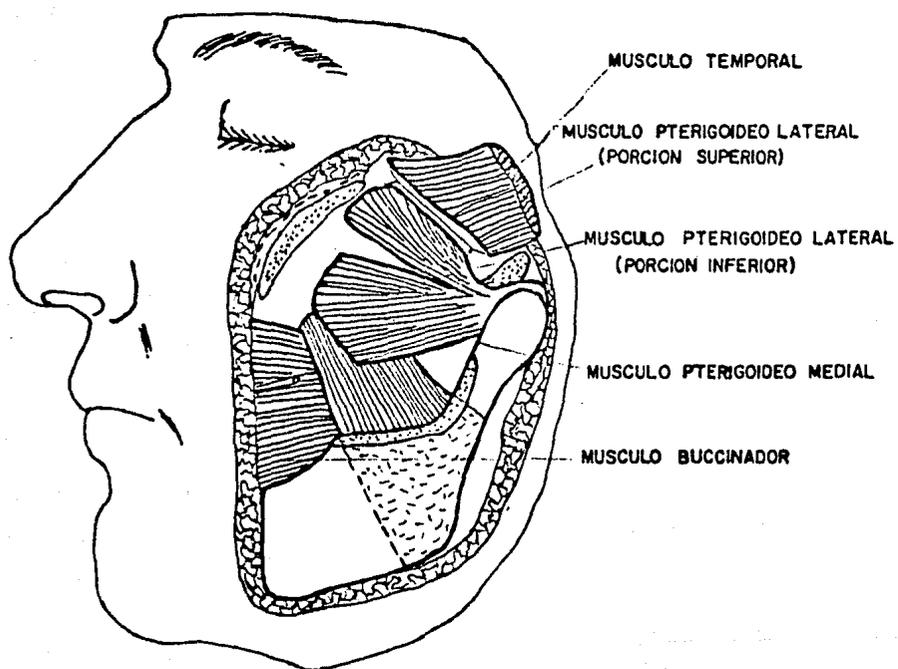


FIGURA 24

ACCIONES

El músculo pterigoideo lateral es el principal propulsor de la mandíbula, este movimiento se debe a su inserción en el cuello del condilo y disco articular.

Evita el desplazamiento hacia atrás, del disco articular y condilo de la mandíbula, cuando la boca se haya abierta.

El músculo pterigoideo lateral ayuda en la abertura de la boca empujando hacia adelante el proceso condilar y disco articular de la mandíbula.

En los movimientos de cierre o de desplazamiento hacia atrás, el disco articular y la cabeza de la mandíbula se dirigen hacia atrás, y es controlado por una ligera relajación del pterigoideo lateral, mientras el músculo masetero y el músculo temporal restituyen la posición oclusal de la mandíbula.

MUSCULO PTERIGOIDEO MEDIAL

Es un músculo grueso y cuadrilátero se origina de la superficie medial de la lámina medial del proceso pterigoideo (ala interna - de la apófisis pterigoideas), de la superficie surcada y cara lateral del proceso piramidal del hueso palatino, y de la tuberosidad de la maxila. Sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y algo lateralmente para insertarse en la superficie medial de la rama y ángulo de la mandíbula, así como por arriba del agujero mandibular y cercano a la porción posterior del surco milohioideo, al contrario del músculo masetero.

ACCIONES

Actúa como sinérgico del músculo masetero, para elevar la mandíbula.

Los pterigoideos medial y lateral en función conjunta, tiran de la mandíbula hacia adelante y la desvían hacia un lado.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

ANATOMIA

Es una articulación doble del género de las diartrosis, de tipo bicondíleo, está formada por :

- 1).- FOSA MANDIBULAR Y TUBEROSIDAD ARTICULAR DEL HUESO TEMPORAL
- 2).- DISCO ARTICULAR
- 3).- CONDILO MANDIBULAR
- 4).- CAPSULA ARTICULAR

1).- La superficie articular del hueso temporal es cóncava en su parte posterior (corresponde a la fosa mandibular), y convexa en su parte anterior (corresponde a la tuberosidad articular). Estas estructuras están recubiertas por tejido -- fibroso avascular incluyendo células cartilaginosas.

2).- El disco articular es una lámina oval de tejido fibroso, -
cuya circunferencia está unida a la cápsula articular.

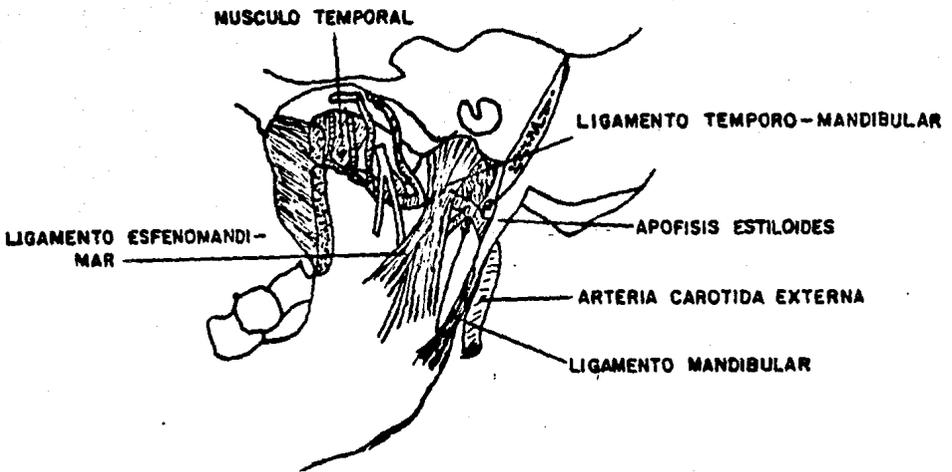
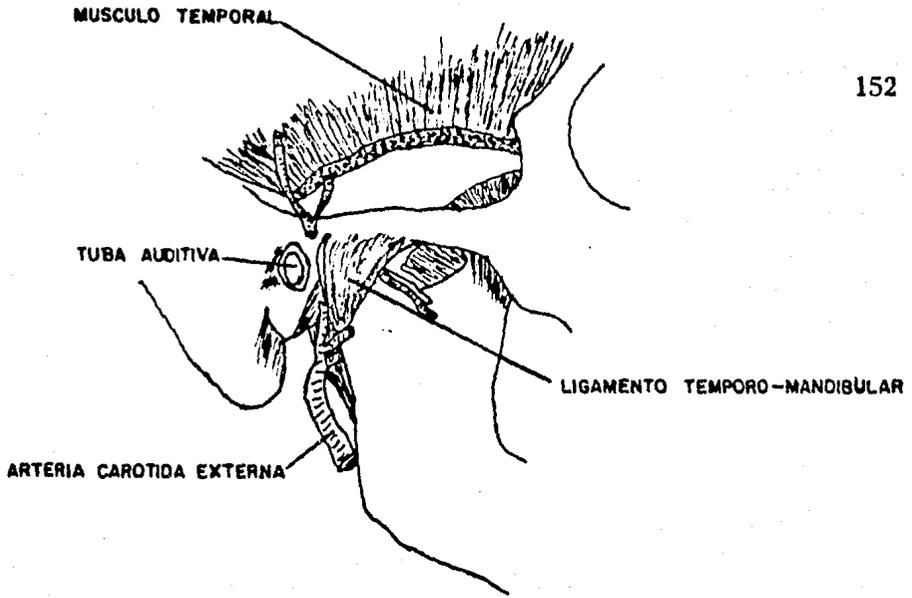
Divide a la articulación en dos compartimentos independientes, uno superior entre el hueso temporal y el disco, y --
uno inferior entre el disco y el cóndilo mandibular.

La cara superior del disco es cóncava-convexa y la cara iferior es cóncava.

3).- El cóndilo mandibular es una eminencia elipsoidal de 20 a
22mm. de longitud, y de 7 a 8 mm. de ancho. Se encuentra -
situado en la parte superior de la mandíbula y está cubierta
por tejido cartilaginoso.

4).- Cápsula articular.- Está constituida por tejido conjuntivo
La superficie interna de la cápsula posee una membrana sinovial en cada uno de los compartimentos de la articulación
pero no se extiende sobre las caras articulares del hueso -
temporal, disco y cóndilo.

Se inserta por arriba; en la parte anterior del tubérculo
articular; en la parte posterior de la fosa mandibular, --
Por abajo; en la parte posterior del cuello del cóndilo y
en el músculo pterigoideo lateral.



LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR

LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Los ligamentos funcionan reforzando la articulación y limitando la extensión de sus movimientos y son los siguientes :

LIGAMENTO

TEMPOROMANDIBULAR : Es el principal, se extiende desde el cigoma hasta la cara lateral del cuello de la mandíbula. Este ligamento limita el movimiento posterior del cóndilo.

LIGAMENTO

ESFENOMANDIBULAR : Se extiende desde la espina del hueso esfenoides a la lín-gula de la mandíbula.

LIGAMENTO

ESTILOMANDIBULAR : Se extiende desde el proceso estiloideo - hasta el ángulo y borde posterior de la mandíbula.

Los dos últimos ligamentos se consideran - como accesorios y fucionan limitando movimientos mandibulares exesivos.

MOVIMIENTOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Y CAMBIOS QUE SE EFECTUAN ÉL ELLA

ABERTURA DE LA BOCA

La posición inicial de la mandíbula durante la abertura de la boca será el estado de reposo (en el cual los labios están cerrados y existe un espacio de 2 a 4 mm. entre los arcos dentales de maxila y mandíbula).

La mandíbula baja a expensas de la gravedad y por la contracción unilateral de los músculos auxiliares (vientre anterior del digástrico y genihióideo).

Durante la abertura de la boca se consideran tres fases : desenso leve, desenso considerable y máximo, que corresponde a tres tipos de movimientos de los cóndilos.

DESENSO LEVE

(Hablar en voz baja y beber) Los cóndilos en la porción inferoposterior de la articulación realiza la rotación alrededor del eje transversal que pasa a través de su centro.

DESENSENCO CONSIDERABLE

(Hablar en voz alta y mordiscos) En este movimiento existe deslizamiento de los cóndilos hacia adelante, por la circunferencia del tubérculo articular.

DESENSENCO MAXIMO

El deslizamiento de los cóndilos se detiene en el vértice, del tubérculo articular, mediante la presión de las cápsulas articulares, ligamentos articulares y músculos.

El desplazamiento de los cóndilos durante la abertura de la boca se puede palpar al colocar los dedos por delante de los tragos o al lado de la entrada del meato acústico externo.

CIERRE DE LA BOCA

La elevación de la mandíbula de la posición de descenso máximo a la posición de contacto completo de sus dientes con los dientes maxilares se realiza mediante la contracción de los músculos que elevan la mandíbula (temporal, masetero y pterigoideo medial).

Al elevarse la mandíbula, los cóndilos realizan el camino inverso al recorrido de descenso. Al principio los cóndilos giran alrededor del eje transversal, después giran y al mismo tiempo se deslizan hacia arriba y hacia atrás, por el declive del tubérculo articular.

Al cerrarse los arcos dentales tritura el alimento si éste se encuentra sobre los dientes masticatorios.

MOVIMIENTO HACIA ADELANTE (PROTUSION)

Este movimiento se realiza por la contracción bilateral de los músculos pterigoideos laterales.

La protusión es posible entre los límites de 0.5 a 1.5 cm. Durante la masticación es de 2 a 3 mm.

Al moverse la mandíbula hacia adelante, los cóndilos se desplazan hacia delante y abajo. Durante éste proceso los incisivos mandibulares se deslizan hacia abajo por la cara palatina de los incisivos maxilares. Hasta el momento en que las superficies masticatorias de maxila y mandíbula se hallen en contacto íntimo.

MOVIMIENTO HACIA ATRAS (RETRUCION)

El movimiento inverso se realiza por la contracción del músculo temporal, su parte horizontal y también por el grupo de los músculos digástrico, milohioideo y geniioideo. Los cóndilos efectúan el camino inverso al recorrido durante el movimiento hacia adelante.

Los bordes cortantes de los incisivos inferiores durante el regreso de la mandíbula se deslizan hacia arriba por la cara palatina de los incisivos superiores y efectúan el desgarre y trituración definitiva del alimento.

MOVIMIENTOS LATERALES

Se realiza por contracción unilateral del músculo pterigoideo lateral y del fascículo horizontal anterior del músculo temporal.- Durante cada movimiento lateral, los cóndilos efectúan diferentes desplazamientos.

Los cóndilos efectúan movimientos habituales hacia abajo y adelante y en el lado de los músculos que se contraen, el cóndilo se desvía hacia adentro., (esto sucede en el lado opuesto al que se desplaza)

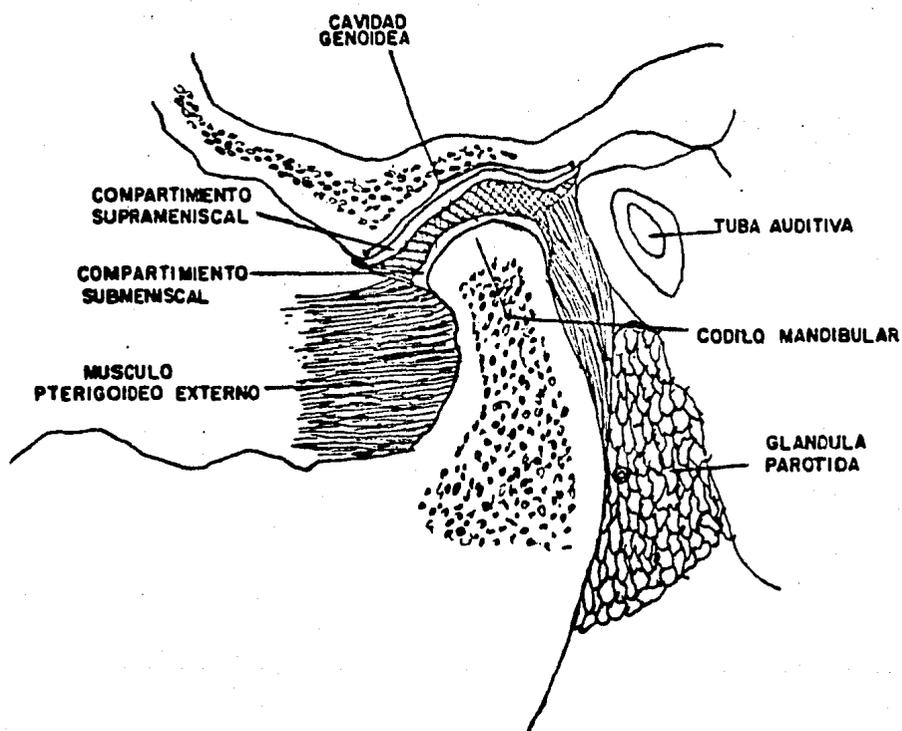
En este momento el cóndilo opuesto (lado desplazado conserva su posición en la fosa articular, se eleva un poco hacia arriba y hacia atrás realizando solamente la rotación alrededor de su eje vertical.

Como resultado los cóndilos al final del movimiento lateral se sitúan en diferentes niveles.

MOVIMIENTOS CONDILARES

El cóndilo efectúa dos movimientos: rota sobre su eje (movimiento de abertura y cierre) y se traslada (deslizamiento, movimiento de protusión y retrusión).

La rotación opera entre el cóndilo y el disco articular y la traslación, entre el disco y el hueso temporal.



ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR

CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA
LUIS MARTINES CERVANTES
EDITORIAL MENDEZ - OTEO , 1978

ESTOMATOLOGIA ORTOPEDICA
V.YU. KURLIANDSKI
EDITORIAL : MIR-MOSCU , 1979

ANATOMIA HUMANA
PANSKI
EDITORIAL INTERAMENRICANA, 1980

ATLAS DE DISECCION POR REGIONES
TESTUT-JACOB
EDITORIAL : SALVAT, 1979

ANATOMIA HUMANA Y FUNCIONAL
CROUCH JAIME E.
EDITORIAL : INTERAMENRICANA 1980

ANATOMIA HUMANA
QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
EIDTORIAL : PORRUA, 1981

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
MARCUS KRUP
EDITORIAL INTERAMERICANA , 1983

ANATOMIA Y FISIOLOGIA HUMANAS
U.G. TATARINOV
EDITORIAL : MIR-MOSCU, 1980

MEDICINA INTERNA
CECIL-LOEB

RESULTADOS

Considerar al aparato estomatognático como una unidad funcional, es decir que todos los elementos que lo conforman funcionan con - juntamente, ninguno por sí solo o aislado desempeña las funciones a las que está destinado en forma adecuada, sin ayuda de los de - mas .

Que el conocimiento profundo de estos elementos ayudará ampliamente en la exploración de los mismos, y que de acuerdo a cada región y en base a su anatomía y fisiología se debe elegir un método exploratorio apropiado al tejido que se desee explorar .

Para ello será necesario que el Cirujano Dentista, lleve a cabo - ciertos procedimientos que son propios de cada método, ello significa el conocer cuales son, que características se les atribuye, y en que condiciones y como deben ser utilizados.

Otro resultado es que el seguir un orden en la exploración es -- bien necesario, pues con ello se examinará minuciosamente cada estructura de la cavidad oral, sin omitir detalles importantes en - la evaluación.

Todo esto con el propósito de que al término o al final del examen odontológico se tenga un diagnóstico más acertado, conociendo y diferenciando las estructuras normales de las afecciones patológicas.

CONCLUSIONES

La complejidad que caracteriza al aparato estomatológico, condiciona el trabajo organizado y armónico de todas sus partes, esto significa desempeñar las funciones de masticación, fonación, deglución y respiración en forma integral; de tal manera que todas las funciones que se desarrollan dentro de este aparato gozan de la misma importancia.

Los elementos que forman la cavidad oral poseen características anatómicas y fisiológicas propias en base a las cuales se deberán elegir de entre la variedad de métodos exploratorios que existen el de más fácil aplicación y el más adecuado al tejido por explorar, para que proporcione datos relevantes en la elaboración del diagnóstico estomatológico.

El seguir un orden en el examen repercute positivamente hacia el odontólogo y el paciente pues en esta forma se crea un ambiente de confianza y cordialidad entre los dos.

Con ello también se reduce en gran medida el tiempo que se emplea para este examen. La atención que brinda el Cirujano Dentista al paciente es de mayor calidad, pues su revisión es minuciosa y por lo tanto más completa.

PROPUESTAS

Todo Cirujano Dentista debe conocer en forma completa y profunda los elementos de la cavidad oral, antes de iniciar cualquier procedimiento clínico.

Para que se efectúe la exploración de la cavidad oral se debe seguir un orden lógico que permita al odontólogo realizar el examen completo, en el menor tiempo posible sin detrimento de la calidad del mismo.

Que partiendo de los métodos de exploración existentes el Cirujano Dentista haga una selección de los más usuales y convenientes, durante el examen de la cavidad oral, que facilite la interpretación de los datos y elaboración del diagnóstico.

Que el Cirujano Dentista previamente tenga preparados todos los recursos físicos y materiales para llevar a cabo la exploración completa del aparato estomatognático.

Para la obtención de diagnósticos integrales será necesario que el Cirujano Dentista trabaje organizadamente considerando lo siguiente :

1. La anatomía y fisiología de los elementos que forman la cavidad oral.
2. Los métodos de exploración existentes a su alcance y más adecuados para la exploración de las diferentes áreas de la cavidad oral. Así como la implementación de un orden lógico durante el examen clínico del paciente.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

164

- ALCARAS DEL RIO.
1978 MANUAL DE TECNICAS MEDICAS PROPEDEUTICAS.
Edit. U.N.A.M. México.
- APRIL, HUMBERTO.
1979 ANATOMIA ODONTOLOGICA.
Edit. Salvat.
- AVELLA, GUILLERMO-CARDENAS, VICENTE.
1978 Nomenclatura anatomica.
Edit. C.E.C.S.A.
- BURTHUR.
1979 Patologia Oral
Edit. Interamericana.
- CECIL-LOEB
1979 Medicina interna.
Edit. Interamericana.
- CORVERA, JORGE.
1979 Otorinolaringologia.
Edit. Interamericana.
- CROUCH, JAIME E.
1980 Anatomia Humana y Funcional.
Edit. Interamericana.
- CUEVAS, FRANCISCO.
1978 MANUAL DE TECNICAS MEDICAS PROPEDEUTICAS.
Edit. U.N.A.M. México.
- ESPONDA MILLAN, RAFAEL.
1975 Anatomia dental.
Edit. Interamericana.
- FUSTIGNIONI.
1978 NEuro-anatomia.
Edit. C.E.C.S.A.
- GLICKMAN.
1980 Periodontologia clinica.
Edit. Interamericana.
- GRAY.
1980 Anatomy.
Edit. N.E. (sin editor).

- GRAY, D.J.-GARDNER.
1979 ANATOMIA.
Edit. Salvat.
- GUYTON, ARTHUR.
1979 FISILOGIA HUMANA
Edit. Interamericana.
- HAM, ARTHUR.
1980 Histologia humana.
Edit. interamericana.
- HARRISON.
1980 Medicina Interna.
Edit. Prensa medica mexicana.
- HURTADO, LEY.
1980 DIAGNOSTICO TASICO TACTIL.
Edit. N.E. (sin editor)
- KRAUSS-JORDAN
1980 Anatomia dental y oclución
Edit. Interamericana.
- KRUP, MARCUS
1980 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
Edit. Interamericana.
- KURLIANDSKI, U.YU.
1979 Estomatologia ortopedica.
Edit. MIR. Moscu.
- LAZALA, ANGEL.
1980 ENDODONCIA .
Edit. Salvat.
- LOCKAR-HAMILTON.
1979 Anatomia humana.
Edit. Prensa medica mexicana.
- MAJORS-MAHLON.
1979 Propedeutica medica.
Edit. Salvat.
- MARTINEZ, ABREU.
1980 PROPEDEUTICA MEDICA.
Edit. Interamericana.
- MARTINEZ CERVANTES, LUIS.
1978 Clinica propedeutica medica.
Edit. Mendez-Oteo.

- MC. DERMOT, BEESON.
1978 Tratado de medicina Interna.
Edit. Interamericana.
- MORRIS, L. ALVIN.
1980 Especialidades en odontología.
Edit. Labor.
- NAVA SEGURA.
1980 Neuro anatomía funcional.
Edit. Prensa médica mexicana.
- O'BRIEN.
1980 Anatomía y embriología dental.
Edit. Interamericana.
- PANSKI.
1980 Anatomía humana.
Edit. Interamericana.
- PONS, PEDRO.
1980 Clínica Médica. tomo I gastroenterología.
Edit. Salvat.
- QUIROZ, GUTIERREZ, FERNANDO.
1981 ANATOMÍA humana.
Edit. Porrúa.
- RIES, CENTENO.
1979 Cirugía Bucal.
Edit. Salvat.
- SHAFFER Y COL.
1980 Patología Oral.
Edit. Interamericana.
- STANLEY L., ROBBINS.
1981 PATOLOGÍA BÁSICA.
Edit. Interamericana.
- SUROS FORNS, JUAN.
1980 Semiología médica y técnicas exploratorias.
Edit. Salvat.
- TATARINOV, U.G.
1980 Anatomía y fisiología humana.
Edit. MIR. Moscú.
- TESTUS-JACOB-BILLET.
1978 Atlas de disección por regiones.
Edit. Salvat.

TESTUS-LATARGET.

1979

Anatomia Humana.
Edit. Salvat.

TESTUS-EEQ-JACOB.

1979

Anatomia Topografica.
Edit. Salvat.

GORLIN, ROBERT J.-GOLDMAN, HENRY M.

1980

Patologia oral THOMA.
Edit. Interamericana.