



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N  
MARIA TERESA MARQUEZ COLINA  
LAURA ELENA PALACIOS ROMERO

MEXICO, D. F.

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. B.' followed by a large flourish.

1978

13943



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

A MIS PADRES:

SR. RAFAEL MARQUEZ DOMINGUEZ y  
SRA. ROSA C. COLINA DE MARQUEZ

CON GRATITUD, POR LA CONFIANZA  
Y EL APOYO QUE ME BRINDARON -  
SIEMPRE.

A MIS QUERIDOS HERMANOS, COMO UN  
ESTIMULO PARA QUE CONTINUEN CON-  
AHINCO SUS ESTUDIOS:

ROSA MARIA,  
MARIA DE LOURDES,  
RAFAEL,  
ELIZABETH,  
GERARDO y  
GONZALO.

EN RECUERDO A MI ABUELITA.

A MI CUÑADO MANUEL Y -  
MIS QUERIDOS SOBRINOS:  
MANUELITO

y

ROSITA.

AL DR. JESUS GUTIERREZ RAMOS

AL HONORABLE JURADO

I N D I C E  
=====

# I N D I C E

## I. N T R O D U C C I O N .

### CÁPITULO I

ANATOMIA DE MAXILAR Y MANDIBULA.

### CAPITULO II

ANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPORO - MANDIBULAR.

### CAPITULO III

EXAMEN FISICO GENERAL.

### CAPITULO IV

EXAMEN DE BOCA.

- a) Labios
- b) Mucosa Labial y Yugal
- c) Lengua
- d) Piso de Boca
- e) Paladar
- f) Encfa
- g) Ganglios
- h) Glándulas
- i) Dientes

CAPITULO V.

EXAMEN DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR.

CAPITULO VI.

EXAMEN RADIOLOGICO.

CAPITULO VII

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

\*\*\*

I N T R O D U C C I O N

## I N T R O D U C C I O N

Dentro de la ciencia médica, el éxito de un -- tratamiento está basado primordialmente, en el conocimiento preciso de la enfermedad; este hecho está dando énfasis a la importancia del examen y diagnóstico de las alteraciones que pueden existir en la ca vidad oral.

El aparato masticador es una unidad funcional -- más bien que un órgano anatómicamente bien definido.

Por lo tanto, un Examen Estomatológico tiene que incluir las estructuras que participan directa\_ mente en la función del aparato masticador, así como las estructuras directamente influenciadas por dicha función.

\*\*\*

CAPITULO I

ANATOMIA DE MAXILAR Y MANDIBULA.  
=====

CAPITULO IANATOMIA DE MAXILAR Y MANDIBULA.MAXILAR INFERIOR:

Hueso más potente de la cara, constituido de un cuerpo y dos ramas. El cuerpo de la Mandíbula tiene forma de V y en cada mitad se distingue una cara externa y una interna, un borde superior o alveolar y un borde inferior o base. La cara externa se caracteriza generalmente por una saliente media que marca la línea de fusión de las dos mitades de la Mandíbula, en la sínfisis mentoniana, se extiende caudalmente en una elevación triangular llamada protuberancia mentoniana, más hacia afuera con frecuencia por debajo del segundo premolar se localiza el agujero mentoniano, el nervio y los vasos mentonianos emergen del agujero hacia arriba atrás y hacia afuera, la línea oblícua es una saliente que se dirige hacia atrás y hacia arriba desde el tubérculo mentoniano hasta el borde anterior de la rama. El borde superior del cuerpo de la mandíbula es llamado porción alveolar y aloja los dientes inferiores en huecos o alveolos, el borde de la porción alveolar es llamado también arco alveolar, la porción alveolar se halla ampliamente cubierta por mucosa de la boca. El borde inferior es llamado también base, la fosa digástrica es una depresión rugosa situada en la base o por detrás de ella próxima a la sínfisis, hacia atrás aproximadamente cuatro centímetros por delante del ángulo de la mandíbula, la base -

puede presentar un surco para la arteria facial. La cara interna se caracteriza por una elevación irregular, la espina mentoniana, puede estar constituida de una a cuatro porciones llamadas tubérculos o apófisis genianos donde se insertan los músculos genioglosos y geniohioideos más dorsalmente la línea milohioidea aparece como un reborde oblicuo que se dirige hacia atrás y hacia arriba desde la zona situada por encima de la fosa digástrica hasta un punto posterior al tercer molar, en ella se origina el músculo geniohioideo, la fosa submaxilar es caudal a la línea milohioidea y aloja una parte de la glándula submaxilar, la fosa sublingual situada más hacia adelante por encima de la línea milohioidea y aloja a la glándula sublingual. Las ramas de la Mandíbula son láminas óseas más o menos cuadriláteras de las que se distingue cara externa y cara interna, los bordes anterior, superior y posterior. La cara externa es plana y presta inserción al masetero. En la cara interna se halla el agujero maxilar en el cual se dirige hacia abajo y adelante en el conducto y contiene el nervio dentario inferior y vasos, el agujero está limitado hacia adentro a lo que se le llama espina de Spix donde se inserta el ligamento esfenomaxilar, el conducto maxilar se dirige hacia el plano medio y origina en este trayecto un conducto que se abre en el agujero mentoniano, el surco milohioideo se inicia dorsalmente a la espina de Spix y se

dirige hacia abajo y adelante, la fosa submaxilar contiene el nervio y vasos milohioideos. El borde superior de la rama es cóncavo y forma la escotadura maxilar, ésta se halla limitada por delante por la apófisis coronoides en la que se inserta el músculo temporal, la apófisis coronoides limita la escotadura por detrás y comprende la cabeza y el cuello del maxilar. El cóndilo cubierto de fibrocartilago se articula indirectamente por el músculo temporal para formar la articulación temporo-mandibular, el eje mayor de la cabeza está dirigido hacia adentro y algo hacia atrás, el cuello da origen al ligamento lateral por fuera y da inserción al músculo pterigoideo externo por delante.

#### MAXILAR SUPERIOR

Los huesos maxilares son dos, cada maxilar se compone de un cuerpo que contiene el seno maxilar, una apófisis cigomática que se extiende hacia afuera y se articula con el molar, una apófisis frontal, que se dirige hacia arriba y se articula con el frontal, una apófisis palatina de curso horizontal que se une a la del lado opuesto para formar la mayor parte del esqueleto del paladar duro y una apófisis alveolar que aloja los dientes superiores. El cuerpo del maxilar superior es piramidal y presenta una cara nasal o base que constituye a formar la pared externa de la cavidad nasal; una cavidad orbitaria que constituye

la mayor parte del suelo de la órbita, una cara infratemporal que forma la pared ventral de la fosa infratemporal y una cara anterior cubierta por los músculos faciales. Cerca de un centímetro por debajo del borde infraorbitario la cara anterior del maxilar presenta el agujero infraorbitario por el que pasan el nervio y la arteria infraorbitaria, el orificio es múltiple en algunos cráneos. Los dientes superiores se alojan en los alveolos del maxilar, abultamientos verticales, que corresponden a las raíces dentarias, se observan frecuentemente en la parte anterior de estos huesos, los dos maxilares se unen en el plano medio en la sutura inframaxilar. El paladar óseo también llamado paladar duro corresponde al techo de la boca y al suelo de la cavidad nasal formada por la apófisis palatina de los maxilares por delante y por las láminas horizontales por detrás, estas cuatro apófisis están unidas por una sutura cruciforme, el torus palatino es una elevación ósea media que se encuentra ocasionalmente en el paladar duro, algunas veces las dos mitades del paladar no se unen en la línea media (hendidura palatina), el paladar óseo se halla cubierto por la mucosa y el periostio de la mucosa. Por delante y por detrás de los incisivos se observa una depresión llamada fosa incisiva por la que pasan los nervios nasopalatinos procedentes de las fosas nasales a través de un número variable de conductos y orificios incisivos. El

borde posterior del paladar óseo presta inserción al paladar blando en el plano medio, el borde posterior presenta la espina nasal posterior hacia atrás y hacia afuera el paladar óseo muestra un orificio a cada lado, el agujero palatino mayor, extremo inferior del conducto palatino mayor, por el que pasan el gran nervio palatino y los vasos procedentes de la fosa pterigopalatina, uno o más conductos y orificios palatinos menores se observan por detrás del mayor y dan paso al nervio y vasos palatinos menores.

\*\*\*

CAPITULO II

ANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR

CAPITULO IIANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR

La articulación temporo-mandibular es una articulación gínglimo-artrodial, comprendida entre la fosa maxilar y el tubérculo articular del temporal, por encima, y el cóndilo maxilar, por abajo. Las caras articulares aparecen cubiertas con tejido fibroso avascular que puede contener un número variable de células cartilaginosas. Un disco articular divide la articulación en dos.

La articulación es subcutánea hacia afuera; por dentro se relaciona con la espina del esfenoides y el agujero redondo menor, anteriormente con el pterigoideo externo, y posteriormente con la glándula parótida.

La cápsula articular laxa se inserta en el tubérculo articular, la fisura timpanoscamosa y los bordes de la fosa maxilar, entre estas dos inserciones. Caudalmente se inserta en el cuello del maxilar inferior. Por delante recibe una parte de la inserción del pterigoideo externo. Una porción del cuello del maxilar, particularmente su cara posterior, es intracapsular.

El disco articular es una lámina de tejido fibroso algunas veces con zonas de fibrocartílago, cuya circunferencia está unida a la cápsula articular. En su parte ...

posterior posee fibras elásticas y un plexo venoso retroarticular. Ventralmente, por medio de la cápsula, el disco se halla fijado al tendón del pterigoideo externo. El disco se halla débilmente adherido al cóndilo, lo cual facilita los movimientos de deslizamiento de la mandíbula.

Los ligamentos son importantes ya que intervienen en los movimientos del maxilar y son cinco.

Ligamento temporomaxilar.

Ligamento pterigomandibular.

Ligamento estilomaxilar.

Ligamento esfenomaxilar.

Ligamento articular.

#### MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA

Descenso.- Pterigoideo externo, digástrico y acción de la gravedad.

Elevación-temporal, masetero.

Protrusión-pterigoideo externo, masetero y temporal.

Retracción-temporal y masetero a veces.

Lateral-pterigoideo externo del lado contrario y ambos temporales.

CAPITULO III

EXAMEN FISICO GENERAL.

CAPITULO IIIEXAMEN FISICO GENERAL

Este estudio dará comienzo al entrar el paciente a nuestro consultorio, a base de un detallado interrogatorio en la historia clínica y también con la ayuda de nuestra inspección armada.

Iniciaremos nuestro examen estomatológico con datos generales o filiación que comprenden nombre, sexo, edad, ocupación, estado civil, lugar de origen, residencia, dirección y fecha. Después de haber realizado nuestro interrogatorio observaremos si el paciente es de actitud pasiva, forzada, intuitiva o libremente escogida, trataremos de describir su fscies ya que algunas enfermedades crónicas se reflejan en la cara y dan manifestaciones orales; mediante ciertas preguntas sabremos si el paciente se encuentra orientado en tiempo, lugar y espacio.

Después de estos datos generales pasaremos a los antecedentes hereditarios y familiares, es importante recavar los datos de antecedentes familiares ya que muchas enfermedades pueden tener origen familiar como son: enfermedades en el Sistema Nervioso; diabetes y discracias sanguíneas. Antecedentes alérgicos: es importante preguntar al paciente si en la familia (Padre o Madre) son alérgicos a...

algún medicamento o bien si pudiera referir algún otro tipo de alergia como el asma.

Entre los antecedentes personales no patológicos-preguntaremos su estado civil, edad del cónyuge, estado de salud de ambos, escolaridad y entre los antecedentes personales patológicos que nos refiera las enfermedades que ha padecido desde su infancia como son sarampión, tosferina, escarlatina, parotiditis, amigdalitis, diarreas, viruela, rubeola, fiebre reumática.

Es importante para la realización de nuestro Exámen Estomatológico conocer si el paciente ha tenido antecedentes quirúrgicos y traumáticos, dentro de los antecedentes quirúrgicos el número de intervenciones practicadas - tipo, causa, complicación y antigüedad de la operación y dentro de las segundas el tipo de traumatismo como fractura, su localización, antigüedad y tratamiento.

Dependiendo del sexo preguntaremos a nuestro paciente acerca de sus antecedentes ginecobstétricos como -- son menarca, fecha de la última menstruación, duración, dolor si durante esos días es irritable, nerviosa, si se encuentra deprimida.

CAPITULO IV

EXAMEN DE BOCA

CAPITULO IV.EXAMEN DE BOCA

Es una cavidad situada por debajo de las fosas nasales y por arriba de la región suprahioidea, dividida en dos porciones, una anterior y otra posterior que es la boca propiamente dicha.

Paredes de la boca: Anterior: labios; Posterior: paladar blando o istmo de las fauces; Superior: Paladar duro; Inferior: Lengua y Piso de boca; Laterales: Mejillas.

Después de la definición y localización de la boca iniciaremos nuestro examen describiendo las condiciones de higiene, observando el tamaño; el cual lo obtendremos trazando una línea imaginaria entre los agujeros infra y supra orbitarios y mentoniano, si observamos que las comisuras labiales están antes de esta línea diremos que el paciente posee una boca pequeña o microstomía; si las comisuras llegan a la línea se podrá describir una boca de tamaño normal; y si las comisuras labiales sobrepasan a esta línea hablaremos de una macrostomía.

**Labios:**

Son dos pliegues móviles músculo fibrosos, que limitan la entrada de la boca, adaptados a la convexidad de los arcos alveolodentarios, extendiéndose lateralmente hasta el ángulo de la misma (comisuras).

Uno superior y otro inferior, la parte media del labio superior presenta externamente un surco llamado philtrum, que a la inspección describiremos, según el caso, en marcado, poco marcado y muy marcado.

Los labios generalmente son delgados y lineales en la raza blanca y gruesos y evertidos en la raza negra.

A la inspección observaremos la coloración pudiendo ser: rojiza, rosa, café; describiremos el arco de cupido; como en todas las líneas describiremos si es poco o muy marcado, observaremos también si existen puntos de fordyce, si los surcos sagitales están presentes. Pediremos al paciente que cierre la boca y si los labios quedan unidos diremos que se encuentran en solución de continuidad.

**Mucosa labial**

Los labios están recubiertos de piel y constituidos parcialmente por los músculos orbiculares y por glándu

las labiales, todo esto tapizado por mucosa labial la cual se encuentra limitada por: fondo de saco, bermellón, a los lados comisuras y lateralmente pero más profundo la línea-naso-geniana.

Iniciaremos nuestro examen observando la coloración pudiendo ser rojiza, rosa o café. Denotaremos si se encuentra hidratada y vascularizada, cuando ésto es normal la encontraremos lisa y brillante.

Efectuaremos palpación para cerciorarnos si existen induraciones o alguna otra anormalidad.

Observaremos en la parte media sagital el frenillo, cuyas características que nos llamarán la atención serán: su longitud y espesor.

#### Mucosa Yugal.

Siguiendo un orden lógico nos dedicaremos a inspeccionar en seguida la mucosa yugal siendo una inspección armada.

La mucosa yugal es una hendidura comprendida entre los labios y las mejillas externamente, y los dientes y las encías internamente; de consistencia laxa conteniendo tejido adiposo.

La característica más importante en esta zona es-

la presencia a nivel del segundo molar superior al conducto parotídeo o de Stenon.

Palparemos a nivel de los molares en busca de indentaciones o induraciones común en esta zona cuando existe alguna alteración en la superficie de los molares.

Lengua.

La lengua es un órgano muscular situado en el suelo de la boca, insertándose por intermedio de distintos músculos, en el hueso hioides maxilar inferior, apófisis estiloides y faringe.

La lengua es importante como órgano del gusto, masticación, deglución y fonación. Está formada principalmente por músculo estriado y se halla parcialmente cubierta por mucosa.

Se distinguen en ella: un vértice, dos bordes, un dorso, una cara inferior o ventral y una base.

Para nuestro examen dividiremos la cara dorsal en tercios: anterior, medio y posterior.

Iniciaremos nuestro examen observando su tamaño, su coloración si existe alguna patología; después de esto pediremos a nuestro paciente que proyecte la lengua hacia afuera y efectuaremos palpación, para sentir su consisten

cia.

Lo más notable que encontraremos en la porción dorsal será la presencia de las papilas linguales que no son más que prominencias de la lámina propia de la mucosa cubiertas de epitelio. (Para hacer más fácil y visible la observación por medio de una gasa secaremos la cara dorsal).

Existen cuatro tipos principales de papilas:

- 1.- Filiformes: que son las más numerosas y estrechas de forma cónica de vertientes puntiagudas.
- 2.- Fungiformes: De cabeza rojiza redondeada y base estrecha conteniendo habitualmente botones gustativos y se localizan principalmente en el vértice y borde de la lengua.
- 3.- Circunvaladas o Caliciformes: son las mayores varían en número de 3 a 14 y se disponen formando la V característica por delante del surco terminal.
- 4.- Foliadas: que consisten en una serie inconstante de surcos y rebordes próximos a la parte posterior del borde lingual.

### Cara Ventral

La cara ventral es delgada, lisa, desprovista de papilas y sonrosada, observaremos su vascularización, la vena lingual profunda puede verse a través de la mucosa, a cada lado del frenillo.

Las glándulas linguales anteriores se hallan situadas en la musculatura de la lengua a cada lado, cuyos diminutos conductos se abren en la cara inferior, de la misma denominándolos carúnculas.

### Musculatura lingual

Los músculos de la lengua comprenden formaciones propias o músculos intrínsecos y fibras originales en zonas próximas a músculos extrínsecos. Todos los músculos de la lengua son bilaterales y están separados parcialmente de ambos lados por un tabique medio que no es un septo fibroso divisorio, si no un entrecruzamiento de formaciones musculares transversas.

### Músculos Intrínsecos:

Los músculos intrínsecos de la lengua se disponen en varios planos y se clasifican generalmente en longitudinal superior e inferior, transverso y vertical.

### Músculos Extrinsecos:

Los músculos extrínsecos de la lengua son el geniogloso, hiogloso, estilogloso, palatogloso.

**Geniogloso:** es un músculo en forma de abanico dispuesto sagitalmente en contacto por dentro con el del otro lado. Constituye el abultamiento de la parte posterior de la lengua.

Se origina en la apófisis geni sup, detrás de la sínfisis maxilar. Se inserta en la cara inferior de la lengua y en la parte central del cuerpo del hioides.

**Hiogloso:** es un músculo plano cuadrilátero, cubierto en gran parte por el milohioideo. Se origina en el asta mayor y cuerpo del hioides. Se dirige hacia arriba y adelante para insertarse en el lado y cara inferior de la lengua. El nervio glossofaríngeo, el ligamento estilohioideo y la arteria lingual se disponen profundos al borde posterior del hiogloso.

**Condrogloso:** Es un fascículo variable que se extiende desde el cuerno menor y cuerpo del hioides al dorso de la lengua. Se considera por algunos como una porción del hiogloso.

**Estilogloso:** se origina en la parte anterior de la apófisis estilohoides y en el ligamento estilomaxilar.

Se insertan en el borde y cara inferior de la lengua.

Palatogloso: ocupa el pilar palatogloso, se origina en la cara inferior de la aponeurosis palatina y se inserta en el borde de la lengua.

La importancia de los músculos de la lengua en -- nuestro examen es que de estos depende la forma y posición de la misma.

Acción de los músculos de la lengua:

El geniogloso es principalmente un depresor de la lengua. Su parte posterior lleva la lengua hacia delante-esto es, determina la protusión de la misma. La porción frontal del geniogloso, el hiogloso, el condrogloso y estilogloso retraen la lengua.

La inserción de los genioglosos en el maxilar inferior evita que la lengua caiga hacia atrás obstruyendo la vía respiratoria. Por lo cual los anestesistas tiran de la lengua hacia adelante.

Piso de Boca.

La región sublingual es el piso de boca propiamente dicho, presenta forma triangular con vértice dirigido hacia adelante, limitado por la porción anterior del arco...

dentario inferior adelante y a los lados, y por la parte más posterior de la cara inferior de la lengua por atrás, - presenta en la línea media un pliegue mucoso que une a la cara inferior de la lengua con el piso de boca, llamado -- frenillo de la lengua y a los lados de este tubérculo con un orificio en su vértice, donde desemboca el canal de - - Wharton, atrás y a los lados del tubérculo se encuentra un saliente amamelonado con varios orificios, donde desembo-- can los canales de excreción de la glándula sublingual y - por delante de ellos, unos salientes ovoideos de diámetro mayor transversal, formados por la presencia submucosa de las glándulas sublinguales por lo que se le da el nombre - de Carunculas Sublinguales. La mucosa de la región sublingual es lisa y limita por arriba un espacio comprendida - entre ella y el milohioideo por abajo, por delante y a los lados, el espacio está limitado por la rama horizontal del maxilar y presenta la fosita sublingual, por atrás por el geniogloso y el hiogloso, dicho espacio contiene la glándula sublingual, sus canales de excreción, los vasos, ner- - vios, el canal de Wharton y parte de la glándula submaxilar.

Para realizar el examen de la región sublingual - pediremos al paciente que lleve la lengua hacia arriba pa- ra obtener mayor visualidad y una mejor palpación, enconltraremos que la mucosa es muy fina, si se encuentra hidra-  
...

tada, vascularizada, si se encuentra flexible, también tomaremos en cuenta el color siendo generalmente de color rojizo, podremos palpar abultamientos endurecidos ya que puede encontrarse algún conducto salival obstruido

Paladar.

El paladar se encuentra formado por la bóveda palatina y la parte anterior del velo del paladar. Es cóncava y se halla limitada a los lados por los arcos dentarios del maxilar superior. Presenta en la línea media un rafé, el cual termina por delante en el tubérculo palatino, que corresponde al orificio inferior del conducto palatino anterior.

La bóveda palatina está constituida por una capa ósea y otra mucosa.

La capa ósea, formada por la capa inferior de la apófisis palatina del maxilar superior y la lámina horizontal de los palatinos, presenta en la línea media y en su parte anterior el agujero palatino anterior y en los ángulos posterolaterales los agujeros palatinos posteriores y los accesorios.

Para realizar el Examen Estomatológico dividiremos al paladar en tres partes:

1.- Paladar Anterior.- En éste la mucosa deberá ser de color rosa, observaremos la consistencia, si no presenta induraciones que se encuentre adherido al perfofostio, que se encuentre bien vascularizado, hidratado, observaremos la presencia del refé medio las rugas palatinas.

2.- Paladar Medio.- El examen será igual que para el paladar anterior sólo que a veces encontramos la presencia del Toro siendo ésta una eminencia característica del paladar duro pero generalmente nunca presente.

3.- Páladar Blando o Posterior.- El examen será igual que en el paladar anterior, aquí encontraremos las fobeolas palatinas, son glándulas de excreción salival localizadas siempre, no en todos los pacientes son visibles.

Encía.

La encía es una fibromucosa que cubre los arcos alveolares por su cara vestibular y su cara lingual, reflejándose para continuarse con la mucosa de los labios y las mejillas al nivel del surco gingivolabial y gingivoyugal.- Por su cara bucal, cubre igualmente los arcos alveolares y la superior se continúa con la mucosa palatina mientras la inferior se prolonga con la mucosa que reviste el piso de la boca.

Al nivel del borde libre de los arcos dentarios - termina en festones cuya concavidad abarca la cara vestibular y la cara lingual del cuello del diente, y cuyos extremos contiguos se unen entre sí. Estas extremidades se insinúan en los intersticios dentarios, donde la encía se prolonga a manera de punta y llena más o menos dicho intersticio, para constituir la papila interdientaria.

La papila interdientaria posee forma de pirámide cuadrangular, cuya base corresponde a la apófisis interdientaria y cuyo vértice se aproxima más o menos a la superficie de contacto de las coronas dentarias. Tiene una cara vestibular oblicua que se extiende de la corona al borde alveolar, y otra lingual con disposición semejante para facilitar el deslizamiento de los alimentos durante la masticación; una cara proximal en contacto íntimo con la cara distal del diente interno y una cara distal igualmente dispuesta y en relación con la cara proximal del diente externo. Llena por consiguiente la papila, el espacio interdientario y evita en dentaduras normales la acumulación de detritus en esos espacios que producen las fermentaciones ácidas y que ocasionan la caries.

Para su estudio las dividiremos en tres tipos:

1.- Encía Libre.- Es la primera que se localiza - junto a los dientes, para el examen deberemos notar si se -

...

encuentra de color rosa claro, si se encuentra hidratada, vascularizada, si no presenta induraciones ni abultamientos.

2.- Encía Adherida.- Es la segunda de las encías y ésta se encuentra hacia abajo de la encía libre, ésta deberá encontrarse de color rojizo ya que se encuentra más vascularizada, también la encontraremos firme no como la libre que presenta espacio entre el diente.

3.- Encía Alveolar.- Es la encía que se encuentra localizada en fondo de saco, observaremos la línea mucogingival está entre la unión de la encía adherida y la alveolar, por lo regular encontraremos las fistulas en esta región. Esta deberá ser todavía más rojiza ya que hay más presencia de vasos en esta zona.

Como resultado del examen que hagamos en las encías, podremos encontrar en ellas alguna o varias alteraciones de toda la gama conocida dentro de la patología oral, desde manifestaciones de enfermedades generales como las de origen endócrino-diabetes, enfermedad de Addison, cambios fisiológicos, pubertad, ciclos menstruales, etc., pasando por trastornos de la nutrición, también enfermedades infecciosas como gingivitis herpética, moniliasis, sífilis, tuberculosis.

El diagnóstico de estos casos se hará por la interpretación de los signos y síntomas auxiliados por análisis de laboratorio y radiográficos.

### Ganglios.

Varios grupos de ganglios linfáticos forman un collar pericervical en la unión de la cabeza con el cuello: occipital, retroauricular, parotídeo, submaxilar, bucal y submentoniano.

Los tejidos superficiales de la cabeza y el cuello desembocan en estos grupos y también en los ganglios cervicales superficiales. Así, el cuero cabelludo drena en varios ganglios del collar pericervical; los párpados y las mejillas, en los parotídeos y submaxilares; la nariz, en los submaxilares; los labios en los submaxilares y en el caso del labio inferior, en ganglios submentonianos.

Para nuestro examen estomatológico palparemos los ganglios cervicales, submentonianos.

Principiaremos colocando al paciente sentado recto sin respaldo. Palparemos el plexo cervical localizado en el cuello, referiremos si son palpables y a que plano, su volumen, consistencia y si son dolorosos.

Para la palpación de los submentonianos, colocaremos nuestros dedos por debajo de la barba y pediremos al paciente que dirija la cabeza hacia el lado contrario del ganglio, observaremos lo mismo que en el anterior.

Glándulas.

Parótida:

La glándula parótida es la mayor de las tres glándulas pares (parótida, submaxilar y sublingual) que junto con las numerosas glándulas linguales, labiales, de las mejillas y palatinas constituyen las glándulas salivales.

La secreción combinada de todas estas glándulas es llamada saliva.

La glándula parótida pesa de 20 a 30 gr. Es de estructura tubuloalveolar compuesta y de tipo puramente seroso. Es de color amarillento, posee un aspecto lobulado y una forma irregular. Ocupa el intervalo que existe entre el esternocleidomastoideo y el maxilar inferior.

Conducto parotídeo. Es de unos 5 cms. de longitud cubierto inicialmente por la cara externa de la glándula, se dirige hacia delante sobre el masetero y después, rodeándolo internamente en ángulo recto, perfora la bola adiposa y el músculo buccinador. Tras un breve trayecto en

...

tre el buccinador y la mucosa de la boca, se abre en la -- boca a la altura del II molar superior. El orificio puede aparecer indicado por una prominencia llamada papila parotídea. El conducto puede palpase en vivo, con un dedo introducido en la boca.

En nuestro examen observaremos la presencia de la desembocadura del conducto y su permeabilidad. Para la -- cual efectuaremos una pequeña operación que consiste en secar la zona correspondiente a la desembocadura del conducto y hacia la parte exterior de la boca en la parte anterior del tragus se presionará y se observará intraoralmente el drenaje de la saliva, durante este examen el paciente permanecerá con la boca abierta.

Existe otro método de observar si el conducto se encuentra obstruido y ésto es radiológicamente inyectando un medio radiopaco en el orificio del conducto. Este método se llama sialografía.

#### Submaxilar:

Es una de las tres grandes glándulas salivales -- pares. Pesa aproximadamente de 10 a 20 gr. y es primordialmente de tipo seroso. La glándula comprende una porción superficial mayor o cuerpo, y una prolongación profunda más pequeña. Las dos partes se continúan entre sí, ro-  
...

deando el borde posterior el músculo milohioideo.

#### Conducto submaxilar:

Mide unos 5 cms. de longitud y emerge de la prolongación profunda de la glándula, presenta de uno a tres orificios que se abren en la cavidad lingual, en la papila sublingual, al lado del frenillo de la lengua.

#### Sublingual:

La glándula sublingual es la más pequeña de los tres principales glándulas salivales y es predominantemente de tipo mucoso. Se relaciona por arriba con la mucosa del suelo de la boca, por delante con la glándula del lado opuesto, posteriormente con la prolongación profunda de la glándula submaxilar, por fuera con la fosita sublingual de la cara interna y por dentro con el geniogloso, del que -- está separada por el nervio lingual y el conducto submaxilar.

#### Conductos Sublinguales:

Existen en número de 10 a 30, se abren casi siempre independientes en la cavidad bucal en el pliegue sublingual, pero algunos lo efectúan en el conducto submaxilar.

En nuestro examen observaremos la presencia de los conductos excretores, efectuaremos palpación sobre ellos y observaremos su permeabilidad, para lo cual como en la glándula parótida secaremos la zona correspondiente a los conductos excretores y extraoralmente por debajo de la barba presionaremos e intraoralmente observaremos como es bañada la cavidad oral por la saliva excretada por dichos conductos, lógicamente cuando no hay ninguna obstrucción.

Otro punto importante en nuestro examen es el reportar si el paciente refiere dolor a la palpación de alguna de las glándulas estudiadas.

#### Dientes.

Definición de Diente.- Organó de especial constitución tisular de forma y tamaño variable que colocados en orden constante y con ayuda de otros órganos forma el aparato masticatorio.

#### Funciones del diente:

- a) Estética.
- b) Fonética.
- c) Masticatoria

## Estructura de los Dientes.

Cada diente se compone de tejido conectivo especializado, la pulpa, recubierto por tres capas de tejidos calcificados: dentina, esmalte y cemento.

Es importante para nuestro Examen Estomatológico--realizarlo a exploración física bucal armada, anotar en --orden si se encuentran todos o cuanto están presentes y --cuales son los dientes; inmediatamente anotar cuáles son --los dientes ausentes y preguntar al paciente la causa de --por que no están presentes ya que el paciente sabrá si los ha tenido o se han realizado extracciones dentarias, pudiendo ser que el paciente tenga ausencia congénita de determinados dientes; también será importante anotar si algún diente presenta destrucción total coronaria o parcial, pudiendo ser signo de muchos padecimientos bucales; anotar si presenta obturaciones y en que dientes, en seguida denotaremos en qué dientes presenta caries con ayuda de un explorador, inmediatamente con un instrumento realizaremos --percusión horizontal y vertical, cuando el paciente refiere dolor a la percusión horizontal denotará un absceso alveolar o paradontal y cuando refiere dolor a la percusión vertical denotará un absceso apical.

También observaremos cambios de posición pudiendo ser vestibulización, lingualización, mesialización y dista

lización, inmediatamente observaremos alteraciones de la -  
superficie como son atrición, erosión y abrasión, y revi\_-  
sar si algún diente presenta cambio de coloración.

\*\*\*

CAPITULO V

EXAMEN DE LA ARTICULACION

TEMPORO-MANDIBULAR

CAPITULO V.EXAMEN DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR

El examen que efectuaremos en la Articulación Temporomandibular será: un pequeño interrogatorio, exploración, auscultación, palpación y observación.

El interrogatorio lo comenzaremos preguntando al paciente, si existe dolor en la zona, cuándo comenzó el dolor, tipo y distribución del mismo, con qué se relaciona, con algún tipo de movimientos, masticación, hora del día, cualquier restricción o traba en el cierre de los maxilares, ruido de choque o de chasquido en las articulaciones, o cualquier otro síntoma que él observe.

Exploración física:

Explórese en busca de asimetría de la cara y cuello, así como de cualquier irregularidad que pudiera indicar hipertrofia o atrofia muscular, inflamación y evidencia de lesión traumática.

Observaremos los patrones de movimiento del maxilar inferior. Palparemos las articulaciones temporomaxilares con los dientes en oclusión, en reposo, con los maxilares completamente abiertos, y durante los movimientos del maxilar. Los movimientos de chasquido o de brinco den

tro de la articulación pueden ser sentidos aún cuando no se producen sonidos audibles.

Escúchese en busca del ruido en las articulaciones.

El choque y el chasquido articular pueden ser audibles cuando son graves, pero si son ligeros únicamente serán percibidos por palpación, a menos que se utilice un estetoscopio.

Pálpese todo el lado de la cabeza y del cuello en busca de dolor.

Una ligera percusión puede localizar áreas de adolorimiento no discernibles por la palpación regular.

Buscaremos signos de bruxismo e hiperactividad muscular. La hiperactividad muscular puede hacerse patente por contracciones espasmódicas o encorvamiento de los músculos afectados.

\*\*\*

CAPITULO VI

EXAMEN RADIOLOGICO

CAPITULO VIEXAMEN RADIOLOGICO

Las radiografías constituyen uno de los medios más importantes del diagnóstico oral. La radiografía es uno de los métodos auxiliares más importantes para el Cirujano Dentista. En algunos casos es capaz de darnos el diagnóstico por sí sola, pero en la mayoría de las veces completará el Diagnóstico Clínico y en pocas ocasiones nos ofrecerá datos nuevos.

Existen dos clases de radiografías intraorales y extraorales, las cuales a su vez se dividen en otras tantas según el objetivo que persigan.

Entre las intraorales encontramos las apicales, de aleta mordible o interproximales y oclusales.

Entre las Extraorales encontramos las anteroposterior, posteroanterior, laterales, ortopantograma, cefalograma, tomografía y especiales.

Las que nos ocuparán serán las radiografías intraorales, éstas con sus diferentes modalidades serán las que nos sirvan para el diagnóstico, también nos aportará datos que podríamos haber omitido por falta de hallazgos clínicos.

A pesar de su importancia las radiografías no pueden sustituir las otras formas de examen clínico y solamente podrán alcanzar su verdadero valor como método auxiliar de diagnóstico cuando sean radiografías buenas; deben ser claras, bien anguladas, así como bien reveladas.

Por medio de la radiografía se pueden encontrar caries que están localizadas profundamente dentro de las bolsas gingivales que no se ven a simple vista y son difícilmente alcanzables con la sonda.

La radiografía en la gran mayoría de los casos, confirmará el diagnóstico clínico lo cual es sumamente importante por que al complementarse con los hallazgos clínicos, el diagnóstico se vuelve claro y podrá darse un pronóstico mejor valorado.

\*\*\*

CAPITULO VII

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

CAPITULO VIIDIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

## DIAGNOSTICO.

Para poder lograr un diagnóstico correcto es esencial que toda información respecto al paciente y su padecimiento sea recavada y registrada en forma ordenada ya que el diagnóstico no es sino el conocimiento diferencial de los signos y síntomas de las enfermedades.

De ahí la importancia y veracidad de nuestro Paciente al contestar nuestras preguntas. El diagnóstico es uno de los puntos más importantes de la historia clínica, ya que realizando la elaboración de historia clínica logremos buen diagnóstico y podemos trazar un buen plan de tratamiento y manejar adecuadamente la enfermedad de nuestro paciente.

Para poder diagnosticar fácilmente hemos tratado de dividir el diagnóstico en la siguiente forma:

Diagnóstico Topográfico.

Diagnóstico Sindromático.

Diagnóstico Nosológico.

Diagnóstico Histopatológico.

Diagnóstico Etiológico.

El diagnóstico topográfico o hipotésico será la definición del paciente desde el punto de vista anatómico o regional, donde se encuentra ubicado.

El diagnóstico sindromático estará dado por el conjunto de signos y síntomas.

El diagnóstico nosológico da cuadros más característicos por varios síndromes.

El diagnóstico histopatológico se basa en una alteración funcional, como ejemplo clásico de este diagnóstico será una biopsia.

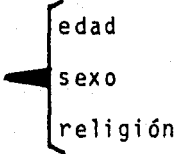
El diagnóstico Radiológico, son los estudios que se hayan encontrado en radiografías.

El diagnóstico etiológico se basa en la causa principal del padecimiento.

#### PRONOSTICO.

El pronóstico no es en modo de ver el desenlace de la enfermedad, o el estudio posible de salud de un paciente el cual va a estar en función de:

## Multicausalidad

- a) agente
- b) huésped 
  - edad
  - sexo
  - religión
- c) medio ambiente
- d) clima

Analizando cada uno de estos incisos es cuando un médico puede pronosticar y anotar en el lugar correspondiente el pronóstico de la siguiente forma:

- a) favorable
- b) reservado
- c) desfavorable

## TRATAMIENTO.

Es la técnica o procedimiento para eliminar una enfermedad, el tratamiento lo clasificaremos dependiendo del tipo de afección pudiendo ser:

Tratamiento sintomático, encauzado a eliminar los síntomas.

Tratamiento terapéutico, complementa al sintomático

co de hecho cura definitivamente al paciente.

Tratamiento Médico, puede ser a nivel hospitala\_\_rio, Centro de Salud, etc. Es el tratamiento o técnica empleada que se encuentre fuera de la cirugía:

Tratamiento quirúrgico, cuando el paciente, sólo por medios quirúrgicos obtendrá la salud.

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

## DATOS GENERALES:

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Lugar de Origen \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

## ANTECEDENTES ALERGICOS:

## ANTECEDENTES HEREDITARIOS NO PATOLOGICOS:

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad del Cónyuge \_\_\_\_\_

Estado de Salud de ambos \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS:

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

DATOS ESTOMATOLOGICOS:

Boca \_\_\_\_\_

Labios \_\_\_\_\_

Mucosa Labial \_\_\_\_\_

Mucosa Yugal \_\_\_\_\_

Lengua \_\_\_\_\_

Piso de Boca \_\_\_\_\_

Paladar \_\_\_\_\_

Encías:

a) Libre \_\_\_\_\_

b) Adherida \_\_\_\_\_

c) Alveolar \_\_\_\_\_

Glándulas:

a) Parótidas \_\_\_\_\_

b) Submaxilares \_\_\_\_\_

c) Sublinguales \_\_\_\_\_

Ganglios:

a) Cervicales \_\_\_\_\_

b) Submentonianos \_\_\_\_\_

Dientes:

|           |                 |                 |
|-----------|-----------------|-----------------|
| Presentes | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
|-----------|-----------------|-----------------|

|          |                 |                 |
|----------|-----------------|-----------------|
| Ausentes | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
|----------|-----------------|-----------------|

Obturaciones

|  |                 |                 |
|--|-----------------|-----------------|
|  | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
|--|-----------------|-----------------|

|  |                 |                 |
|--|-----------------|-----------------|
|  | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
|--|-----------------|-----------------|

Cambios de Posición \_\_\_\_\_

Alteraciones en la Superficie \_\_\_\_\_

Cambios de Color \_\_\_\_\_

Articulación Témpero-Mandibular \_\_\_\_\_

EXAMEN RADIOLOGICO:

Diagnóstico:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Amerita atención urgente:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Plan de Tratamiento:

Pronóstico:

- a) Favorable
- b) Reservado
- c) Desfavorable

Observaciones:

Examen Realizado por:

C O N C L U S I O N E S

### CONCLUSIONES

Debido a que la cavidad oral forma parte de un todo, que es el organismo humano; hemos de conocer a través de un Examen Estomatológico, el estado de salud general -- del paciente.

Hemos observado que en la práctica diaria muy pocos Cirujanos Dentistas cualquiera que sea su especialidad realizan un adecuado Examen Estomatológico, ya que para -- cualquier rama es necesario tener ciertos datos a los cuales se les de mayor importancia, pensamos que elaborando un buen examen tendremos un margen menor de errores.

Nosotras en nuestro trabajo al elaborar esta tesis nos hemos dado cuenta de la gran utilidad de un buen examen; y deseamos que cualquier compañero profesionalista le de la importancia que ésta tiene.

**B I B L I O G R A F I A**

BIBLIOGRAFIA

- I.- METODOS CLINICOS EN REHABILITACION BUCAL.  
Dr. Carlos Ripol G. Editorial Interamericana, S.-  
A. 1961.
- II.- PROPEDEUTICA MEDICA.- Dr. William L. Morgan Jr. -  
Dr. George L. Engel. Editorial Interamericana, S.  
A. 1971.
- III.- CLINICA DE PARODONCIA.- Dr. Luis Legorreta Reyno-  
so.- La Prensa Médica Mexicana. 1967.
- IV.- APUNTES CATEDRA DE PARODONCIA.  
Dr. Jorge Tsuchiya López. México, U.N.A.M. 1976.
- V.- APUNTES CATEDRA DE PARODONCIA.  
Dr. Timoteo Barrera D.  
1972, México, U. N. A. M.
- VI.- RADIOLOGIA DENTARIA.- Profr. Carlos Newlande.- -  
Editorial Científica, Río de Janeiro, 1952.
- VII.- OCLUSION.- Dr. Sigurd P. Ramfjord,, A. S. H.  
Editorial Interamericana, Segunda Edición, 1972.
- VIII.- ANATOMIA.- Dr. Ernest Gardner, M. D.  
Editorial Salvat, Editores, S. A. 1972.

IX.- ANATOMIA HUMANA.- Dr. Fernando Quiroz.  
Editorial Porrúa, Mexicana, Tomos I y II.  
1974.

X.- EXAMEN Y DIAGNOSTICO PREVIO A LA PROTESIS PARCIAL  
Tesis de Beatriz Georgina Yañez Soto.  
1975.

\*\*\*