

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACION GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN



TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTORADO EN CIRUGÍA DENTAL

“SEMIOTÉCNICAS APLICADAS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.”

AUTORES:

OSCAR MAURICIO CARRANZA GÓMEZ
CLAUDIA BEATRIZ PALACIOS MURILLO
ISIS ILLEN NINEL PANAME ÑO CONTRERAS

DOCENTE DIRECTOR:

DR. JAIME ENRIQUE RENDEROS

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO DEL 2005

AUTORIDADES

RECTORA:

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

VICERRECTOR ACADEMICO:

ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:

DRA. CARMEN ELIZABETH RODRIGUEZ DE RIVAS

DECANO:

DR. OSCAR RUBEN COTO DIMAS

VICE DECANO:

DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE

SECRETARIO (A):

DRA. VILMA VICTORIA GONZALEZ DE VELASQUEZ

DERECTOR DE EDUCACION ODONTOLOGICA:

DR. JOSÉ BENJAMIN LOPEZ GUILLÉN

DOCENTE DIRECTOR Y JURADO EVALUADOR

JAIME ENRIQUE RENDEROS

JULIO ANTONIO CAÑAS ROMERO

AIDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS

A Dios todopoderoso, a nuestros padres, familiares y amigos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso por la fortaleza que nos da y por estar con nosotros en todo momento.

Al Doctor Jaime Enrique Renderos por su disponibilidad y orientación para la elaboración de esta investigación.

Al Doctor Oscar Palacios por su desinteresada colaboración al aportar bibliografía para enriquecer este trabajo.

RESUMEN

La presente investigación documental denominada “Semiotécnicas aplicadas en la práctica odontológica” tiene como finalidad revisar las técnicas semiológicas que pueden ser aplicadas en la profesión odontológica, así también dar a conocer algunos aspectos como el ético, social, cultural, etc., que entran en juego en la relación odontólogo-paciente; de igual manera se estudiaron algunos exámenes complementarios como por ejemplo: exámenes de laboratorio y técnicas radiográficas, que contribuyen a realizar un diagnóstico certero.

Para llevar acabo esta investigación documental se recopiló información sobre el tema consultando libros, revistas, páginas de Internet, folletos, etc.; y reclasificando la información de acuerdo al tema en estudio. Concluyendo las semiotécnicas que se aplican en la práctica odontológica deben ser siempre complementadas con una adecuada anamnesis y exámenes de laboratorio y radiográficos complementarios para realizar un buen diagnóstico y dar un tratamiento integral al paciente.

SUMARIO

	Páginas
INTRODUCCION.....	13
OBJETIVOS.....	15
1. MARCO TEORICO.....	16
2. RELACIÓN ODONTOLOGO PACIENTE.....	21
2.1 Componentes sociales de la relación odontólogo paciente.....	22
2.2. Componentes éticos de la relación odontólogo paciente.....	24
2.3. Manejo de la relación odontólogo paciente.....	25
2.4. Factores que mejoran la comunicación con el paciente.....	26
2.5. Vestimenta y aspecto profesional.....	27
2.6. Privilegio y responsabilidad.....	28
2.7. Modo de interrogar.....	29
2.8. Saber escuchar.....	31
2.9. Diversidad cultural.....	32
2.10. Diferencias idiomáticas.....	34
2.11. La comunicación con pacientes de diferentes edades y en pacientes con discapacidades.....	34

3. HISTORIA CLÍNICA (ANAMNESIS).....	40
3.1. Ambiente de la entrevista.....	42
3.2. Fecha de historia clínica y datos de identificación.....	43
3.3. Anamnesis próxima o enfermedad actual.....	48
3.4. Anamnesis remota.....	51
3.4.1 Antecedentes personales.....	51
3.4.2 Antecedentes familiares.....	53
3.4.3 Anamnesis pediátrica.....	54
3.5. Anamnesis por aparatos y sistemas.....	57
3.6. Factores que perjudican y dificultan la calidad en la elaboración de la anamnesis.....	62
4. EXAMEN FÍSICO.....	64
4.1. Signos vitales.....	65
4.2. Técnicas, equipo de exploración e instrumental.....	77
4.2.1 Técnicas: -Inspección.....	77
-Palpación.....	99
-Percusión.....	104
-Auscultación.....	107
5. CABEZA Y CUELLO.....	110
5.1Ganglios linfáticos de cabeza y cuello.....	110
5.1.1Ganglios preauriculares.....	112

5.1.2	Ganglios retroauriculares.....	112
5.1.3	Ganglios occipitales.....	112
5.1.4	Ganglios submentonianos.....	113
5.1.5	Ganglios submaxilares.....	114
5.1.6	Cervicales anteriores.....	114
5.1.7	Cervicales posteriores.....	114
5.1.8	Cadena cervical profunda.....	115
5.2	Pares craneales (V, VII, IX, X y XII).....	116
5.2.1	V par craneal.....	116
5.2.2	VII par craneal.....	119
5.2.3	IX y X par craneal.....	121
5.2.4	XII par craneal.....	122
5.3	CABEZA.....	123
5.3.1	Ojo.....	125
5.3.2	Oídos.....	127
5.3.3	Nariz.....	128
5.3.4	Istmo de las fauces y orofaringe.....	130
5.3.5	Laringe.....	132
5.3.6	Músculos.....	133
5.3.6.1	Músculos de la expresión facial en la región	
	Ocular.....	134

5.3.6.2 Músculos de la expresión facial en la región de la boca.....	135
5.3.6.3 Músculos de la masticación.....	137
5.3.7 Huesos de cabeza y cuello.....	139
5.3.8 Articulación temporomandibular.....	142
5.3.9 Labios.....	147
5.3.10 Mucosa Yugal.....	149
5.3.11 Paladar.....	151
5.3.12 Lengua.....	153
5.3.13 Piso de la boca.....	154
5.3.14 Encía.....	155
5.3.15 Dientes.....	156
5.3.16 Glándulas Salivales.....	164
5.3.17 Aliento.....	168
5.4 CUELLO.....	172
6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO.....	180
7. TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS EN ODONTOLOGÍA.....	188
8. BIOSEGURIDAD EN LA SEMIOTECNIA.....	190

CONCLUSIONES.....	192
RECOMENDACIONES.....	193
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	194
ANEXOS.....	205

INTRODUCCIÓN

La semiotecnia surge aproximadamente desde hace dos siglos con el objetivo de recopilar información para llegar al diagnóstico de una alteración orgánica o funcional, valiéndose para ello del uso de algunos sentidos como la vista el tacto y el oído a fin de detectar aspectos que muchas veces no se toman en cuenta a la hora de diagnosticar una patología, y que son de vital importancia para enfocar al paciente como individuo y no como un conjunto de sistemas y componentes orgánicos. Este enfoque se manifiesta desde el momento de la entrevista donde se analizan los motivos que llevan al paciente a buscar atención medica, así como las alteraciones que la enfermedad esta causando en su vida cotidiana; sirviendo esto como parte fundamental para realizar una buena exploración física.

En base a lo anterior se denota la importancia de realizar el estudio “Semiotécnicas Aplicadas en la Práctica Odontológica”; ya que la utilización de estas son de gran importancia para realizar un buen diagnóstico y dar una solución adecuada al problema de salud del paciente; ayudando a la vez a diagnosticar a partir de manifestaciones bucales, otras patologías a nivel sistémico, ya que muchas de estas son consideradas evidencias o señales iniciales de una enfermedad.

Por lo que el objetivo de la presente tesis documental es recopilar las diferentes semiotécnicas de las que se disponen y que deberían ser aplicadas en la práctica odontológica y al mismo tiempo dar a conocer la importancia de una buena anamnesis, examen físico y métodos auxiliares de diagnóstico.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Revisar las técnicas de semiología a aplicar en la práctica odontológica para obtener un diagnóstico certero y poder brindar un tratamiento adecuado.

Objetivos específicos:

- Conocer aspectos ambientales, sociales y culturales que intervienen al momento de abordar al paciente.
- Describir los métodos semiológicos que se aplican para el interrogatorio en la recolección de datos de la anamnesis.
- Conocer las técnicas empleadas en semiología para llevar a cabo el examen físico.
- Reconocer la importancia de una buena historia clínica para el manejo adecuado de cada tipo de paciente.
- Enumerar los métodos auxiliares o complementarios de diagnóstico para evaluar aspectos que no pueden ser determinados clínicamente.

1. MARCO TEORICO:

La semiotecnia tiene sus inicios en la edad media y el renacimiento, basándose en un principio en la astrología (una erudición fantástica), en la cual la enfermedad se diagnosticaba mediante la cuidadosa observación de un matraz con orina, en ocasiones incluso sin que estuviera presente el paciente.

Durante el renacimiento la anatomía biológica llega a ocupar el nivel de ciencia, cuando *Giovanni Battista Morgagni* (1682- 1771), realizo una recopilación sistemática de lo que hoy denominamos: Correlación clínico-Patológicas, el primer paso fue la anotación de signos y síntomas que los pacientes presentaban en vida. Luego se implementó una segunda fase en la cual se relacionan los datos anatomopatológicos con las observaciones anteriores a la muerte. (BAUM-PHILLIPS, 1996)

La palpación se remonta en la dinastía del emperador chino Hoamati, 2500 a.c., ya se examinaba por palpación las cualidades del pulso radial, pero fué *Francisco Hipólito Albertini* (1662-1738), quien sistemáticamente la practicó para el diagnóstico de las enfermedades del pecho y *Glenard* para las del abdomen. (1848-1920). (BAUM-PHILLIPS, 1996)

En 1761 *Leopold Auen Brugger* (1722-1809), publica un pequeño volumen denominado “Nuevo intento” que fué el medio diagnóstico que llamamos percusión y que se apoyaba en el hecho físico de que los sonidos que se producen al golpear sobre estructuras huecas difieren sobre las de los sólidos, por ejemplo: el sonido que resulta al golpear sobre un pulmón normal lleno de aire es como el de un tambor y es claramente diferente al sonido del pulmón solidificado por neumonía o alguno en el que se interpone líquido entre el dedo que percute y el tejido pulmonar airado subyacente, constituyendo esto uno de los avances más importantes del examen médico en el siglo XVIII. El médico francés *Jean Nicolás Corvisart* (1755-1821), percibió el posible mérito de la percusión y comenzó a probarla como el método que comprobó como “fenomenalmente fecundo” en mano de clínicos franceses, *Corvisart* popularizó la obra de *Auen* justo a tiempo porque éste murió al siguiente año.

El talento y fama de *Corvisart* guió a *Laennec* que en 1816 inventó el estetoscopio, instrumento que pasó a simbolizar al médico de cabecera, este instrumento fue descubierto por casualidad ya que caminando un día por los pasillos *Louvre* vio unos niños con oídos pegados a los extremos de unos largos pedazos de madera que transmitían el sonido de pequeños golpes dados por alfileres sacudidos en el extremo opuesto, de inmediato concibió aplicarlo al estudio de las enfermedades del corazón, a la mañana del siguiente día, en su

clínica del hospital *Necker* tomó una hoja de papel, la arrolló y fijó con un alambre, haciendo un conducto central que colocó en seguida en un corazón enfermo, “fué el primer estetoscopio”, *Laennec* seleccionó luego de numerosos experimentos, como el material más adecuado para su estetoscopio la madera de ébano y de cedro lo cuál originó una verdadera revolución en el diagnóstico de las enfermedades del pecho, pulmones y corazón, pues una serie de condiciones irreconocibles en vida, fueron fácilmente individualizadas por este método de exploración. (ver figura 1) (BAUM-PHILLIPS, 1996) (GIGLIO, 2000)

Otro clínico talentoso *Josef Skoda*, quien consolidó las adquisiciones de la escuela francesa, utilizando incluso las leyes de la física para explicar los hallazgos de la percusión y auscultación.

Fué obvio que muchas enfermedades graves producían alteraciones en los órganos que no podían sentirse, escucharse o verse. obviamente se necesitaba “algo más” y ello era el diagnóstico de laboratorio y es *Rosembach*, quien al estudiar la función de los órganos en el estudio total de las alteraciones físicas y químicas que produce una enfermedad incluyó el uso de pruebas de laboratorio que tanta importancia tienen en la actualidad, además del diagnóstico químico, la ciencia de la física contribuyó con innovaciones como los rayos X, descubiertos

por *Wilhelm Roentgen* en 1895, y el electrocardiograma, por el que recibió el premio Nóbel en 1924 *Willem Eindhoven*. (GIGLIO, 2000)

El descubrimiento de los rayos X a fines del siglo pasado, convulsionó no sólo el diagnóstico médico, sino también el ambiente popular, despertando tanto recelo como la energía atómica. (BAUM-PHILLIPS, 1996)

Con el advenimiento de los rayos *Roentgen*, la percusión ha perdido gran parte de su valor, aun cuando ambos suministran informaciones análogas, con la diferencia que la inseguridad e imprecisión de la percusión, contrastan con la exactitud casi matemática de los rayos Roentgen, tanto que se ha dicho que los errores de la percusión son de centímetros, mientras que los de la radiología tan solo de milímetros. (BAUM-PHILLIPS, 1996)

Algunos médicos han condenado la mecanización que veían al interponer el estetoscopio de *Laenec*, entre el médico y el paciente, la química y la física permitió un diagnóstico más temprano y preciso de las enfermedades. En realidad el fonocardiógrafo mide los soplos con una precisión que pocos clínicos podrían lograr y los rayos X delimitan la sombra cardiaca mejor que la percusión.



Figura 1. Laennec examina a un paciente en el Hospital Necker.

Pero la nueva tecnología no amenaza los métodos de diagnóstico existentes. Sobrevivirán las mejores técnicas y otras tendrán que desaparecer. El temor tecnológico más reciente es que las computadoras electrónicas sustituyan a los médicos para obtener la historia clínica del paciente, ello es tan poco probable como demostraron serlo los primeros temores. La razón es que las computadoras tratan necesariamente con el aspecto frío y literal de las palabras, en tanto que los médicos están entrenados a buscar significados ocultos y valorar respuestas de los pacientes en el contexto afectivo total, además recolectar los datos mediante la historia clínica y el examen físico ya que constituyen el primer contacto paciente-médico, y es el momento ideal para iniciar una relación amistosa que puede decidir si el médico podrá ayudar finalmente a su paciente. (GIGLIO, 2000).

2. RELACIÓN ODONTOLOGO PACIENTE.

La relación odontólogo-paciente es una forma de relación interpersonal, con las características de ser una relación entre un sujeto que solicita ayuda y otro que dispone de los conocimientos y habilidades para brindársela. En consecuencia esto es una relación diagnóstica terapéutica, esta constituye una situación de vital importancia como un acto cerrado en el espacio y en un lapso de tiempo relativamente breve. (DONALD W., 1990)

Los objetivos de esta comunicación incluyen:

- Obtener información que facilite el diagnóstico y el tratamiento.
- Proporcionar al paciente información sobre el diagnóstico.
- Tratar con el paciente los temas relativos con la terapia.
- Aconsejar medidas de prevención de la enfermedad.

Esta entrevista constituye el fundamento para la formación de una relación con el paciente que debe estar basada en la empatía y el respeto por el individuo, hay que recordar que los pacientes son individuos con problemas y no como un sujeto de manipulación terapéutica (relación impersonal). (DONALD W., 1990) (MOSBY., 1996) (NOGUER MOLINS., 1995)

Además del conocimiento y habilidades específicas, el factor importante en la relación odontólogo-paciente se conjuga en el plano afectivo de los sentimientos; dentro de los cuales *Carl Rogers* ha descrito; la “empatía” que se refiere a la comprensión y el conocimientos de los sentimientos de la otra persona sin participar en ellos; ósea, si el paciente esta triste, puede sentirse la tristeza pero no entristecer con él. La “congruencia” que se relaciona con el significado de las expresiones que de palabra y obra deben contener el mismo mensaje. Por ejemplo: si el paciente dice “estoy contento” pero se ve triste y decepcionado hay que estar atento a los mensajes discordantes, comunicados por los que se ve y lo que se escucha. A la inversa los pacientes sienten si las palabras y los actos del odontólogo contienen significados divergentes o son congruentes. Finalmente, el “interés positivo” es la demostración activa a los pacientes de que se tienen sentimientos humanos por ellos y que se les consideran personas valiosas. Ya que de otra manera habrán tropiezos u obstrucción en la vía de comunicación. (GIGLIO, 2000)

2.1 Componentes sociales de la relación odontólogo paciente

En esta relación tanto el odontólogo como el paciente, pertenecen a un determinado estrato de la sociedad y cada uno maneja sus propios hábitos, valores y lenguaje. Que de ser muy diferentes y debido a una comunicación inadecuada puede interferir en la relación.

La consulta con el odontólogo está inserta en un medio social, llámese país, ciudad, comuna o barrio, donde están presentes influencias históricas, sociales, y culturales de los protagonistas. El significado social de la consulta privada, por ejemplo., es diferente al de la policlínica institucional pública.

La decisión del paciente de recurrir al odontólogo está determinada social y culturalmente. Algunos sujetos que padecen síntomas importantes no consideran que están enfermos y, por consiguiente, no consultan o lo hacen tardíamente, otros en cambio recurren prestamente a consultar por síntomas triviales sin importancia patológica.

En la elección del odontólogo que se va a consultar intervienen diversos factores, tales como pertenencia a un grupo social, ubicación geográfica, estatus económico, referencia de personas socialmente relacionadas. El odontólogo debe conocer los patrones culturales de la comunidad en que ejerce y los de sus distintos estratos sociales, para poder adaptar su conducta y lenguaje al enfermo que atiende, sin dejar de preservar los valores de la relación odontólogo paciente, cualquiera sea el modo social de ejercer su profesión. (DONALD W., 1990)

2.2. Componentes éticos de la relación odontólogo paciente.

El rol del odontólogo tiene además de la relación odontólogo paciente un compromiso ético, el cual se basa en prestar ayuda y tener como única meta el problema que afecta al paciente.

Dentro de las exigencias éticas se encuentran: la preparación técnica adecuada, el perfeccionamiento profesional continuo, la disposición amistosa, la diligencia en la atención del paciente y el respeto por su persona, cualquiera sea su condición económica, social o sus creencias religiosas o políticas.

En cada momento de su actuación profesional el odontólogo está adoptando comportamientos y decisiones éticas, como por ejemplo, al responsabilizarse del tratamiento de un paciente o remitirlo a otro médico al ejecutar u omitir determinados procedimientos, al prescribirle actividad o reposo, al guardar o romper el secreto profesional, al mantener o suspender todo tratamiento activo a un paciente desahuciado, al decidir el monto de los honorarios, etc.

La ética no proporciona respuestas; antes bien, ofrece un método disciplinado para comprender y decidir la conducta que se debe adoptar ante un problema determinado, debiéndose para ello tener en cuenta varios conceptos:

- Autonomía: autodeterminación del paciente.
- Beneficencia: que el odontólogo sea bondadoso con el paciente.
- No perjudicar: no provocar daño al paciente.
- Utilitarismo: empleo apropiado de recursos que sean más beneficioso para la comunidad en general.
- Equidad y justicia: equilibrio entre la autonomía y los intereses en conflicto entre la familia y la autoridad. (DONALD W, 1990)

2.3. Manejo de la relación odontólogo paciente.

Para un adecuado manejo en la relación odontólogo paciente, debe tener presente que las emociones ocupan el primer plano en la relación con el paciente.

Todo paciente en mayor o menor grado es un ser angustiado por su enfermedad, y es responsabilidad del odontólogo contribuir a aliviar la angustia del enfermo y no acentuarla o generar nuevas angustias (Iatrogénia), para ello debe ser prudente en lo que dice y tener control sobre sus expresiones faciales y corporales. Por ejemplo, nunca debe expresarse con el rostro asombro o alarma ante un síntoma relativo al paciente, ni tampoco reproche o escándalo por alguna confidencia en la anamnesis. En esta relación no sólo están en juego las emociones del paciente, sino también las del odontólogo, éste debe conocer los

rasgos de su propia personalidad y emociones de modo que domine reacciones inadecuadas que puedan dañar la relación.

La relación odontólogo paciente no se da únicamente en el plano emocional, sino que también induce modificaciones fisiológicas en el enfermo, cuya dirección puede favorecer o ir en detrimento de su enfermedad.

La anamnesis es un excelente instrumento terapéutico y técnica clave para el manejo de la relación odontólogo paciente, además un examen físico completo y minucioso permite la búsqueda de signos indispensables para el diagnóstico así como también tiene un efecto terapéutico en el sentido que aumenta la confianza en el profesional, esto a su vez refuerza la credibilidad en el diagnóstico que formulara el odontólogo. (DONALD W., 1990)

2.4. Factores que mejoran la comunicación con el paciente.

Una actitud excesivamente formal por parte del odontólogo inhibe la capacidad de comunicación del paciente, mientras que una conducta excesivamente informal no inspira confianza. Es posible que el paciente trate de dar un significado a todo lo que el operador dice, por lo que es necesario ser cuidadosos con las palabras, de igual manera el rostro no tiene que ser inexpresivo pero hay que evitar expresiones faciales extremas, como de alarma,

sorpresa, risa o muecas mientras el paciente brinda la información. La actitud no verbal del odontólogo tiene tanta importancia como sus palabras.

En ocasiones puede ser preocupante la capacidad del paciente para entender lo que el profesional quiere decirle y lo que desea descubrir, pero bajo ningún concepto se debe ignorar y descalificar la experiencia o información que el paciente proporcione. Así mismo, es necesario señalar la conveniencia de que sea el propio paciente el que conteste las preguntas en el interrogatorio siempre que ello sea posible en lugar de tomar la respuesta de algún acompañante.

2.5. Vestimenta y aspecto profesional.

El modo de vestir del odontólogo y su aspecto, determinarán en gran medida la primera impresión que cause al paciente y puede afectar la facilidad con la cual se establece la relación. Ciertos hábitos personales tendrán gran impacto en la sensibilidad de algunos individuos. Tales como que el odontólogo debe estar notablemente pulcro tener las uñas limpias, vestir de modo correcto y discreto, y presentar un cabello cuidado. No es preciso que los hombres vistan con traje y corbata ni que las mujeres vayan a la última moda para mostrar respeto hacia el paciente, sin embargo una indumentaria conservadora es adecuada para entrevistar a pacientes adultos, mientras que un atuendo más informal resulta preferible cuando se trata de niños y personas jóvenes. Los

profesionales sanitarios deben evitar los extremos en su vestimenta y comportamiento, para que esto no se convierta en un obstáculo a la hora de obtener una respuesta del paciente, además deben llevar siempre gabacha de preferencia de color blanca, manga larga, como signo de la profesión odontológica, que inspire al paciente respeto y confianza. “Debe tenerse presente que el aspecto personal influye sobre los otros y no ha de inducir en el paciente consecuencias adversas”. (MOSBY.,1996;BATES., 1998).

2.6. Privilegio y responsabilidad.

Los privilegios que la sociedad y los pacientes otorgan al odontólogo son extraordinarios. Se le permite interrogar sobre aspectos personales y tocar, manipular y explorar ciertas áreas del cuerpo de otra persona. Se le autoriza y se le espera que pregunte cosas muy íntimas; se le permite que a extraños de cualquier sexo les causen molestias y dolor sin expresar resistencia. Se les confían secretos que pueden ser desconocidos para la familia del paciente. En pocas palabras con las credenciales sociales apropiadas y con el consentimiento del individuo, se le permiten al odontólogo actos que no se le tolerarían a otra persona. Estos privilegios conllevan la responsabilidad de ser sensible y tomar en cuenta lo que siente el paciente tanto emocional como físicamente, y de informar en forma clara y diligente la razón de dichas preguntas y escrutinios. Hay que recordar que a pesar de lo bien intencionados que sean los actos, a veces puede

interpretarse en forma errónea lo que se dice o hace incluso después de una cuidadosa explicación aparentemente comprendida. Es conveniente estar alerta y percibir estas confusiones, aceptar su existencia y resolverlas con paciencia.

Esta combinación de privilegio y responsabilidad exige no sólo que se desarrollen habilidades y consideraciones al examinar al paciente, sino también que se adquiera estabilidad emocional, de manera tal que lo que se solicite al paciente sea claramente para su beneficio. (GIGLIO, 2000)

2.7. Modo de interrogar.

El interrogatorio que realiza el odontólogo a su paciente se efectúa mejor cuando se desarrolla como cualquier otra charla; se empieza con lo general y se continua con lo específico, al desarrollarse la historia hay que evitar cerrar la conversación elaborando preguntas cuya única respuesta es “sí” o “no”. Se debe dar tiempo al paciente para que se exprese con sus palabras de manera que manifiesta sus sentimientos, tanto con las actitudes como con las palabras cuando es necesario obtener información específica, se dirigen las preguntas hacia un foco aún más específico hasta llegar a una conclusión, luego se regresa a la plática abierta; por ejemplo iniciar con preguntas tales como: ¿Qué lo trajo aquí? o ¿cual cree que sea su problema? Después de que responda interrogar nuevamente y aun varias veces, ¿hay algo más? cuando haya terminado es

importante animarlo a que amplíe lo que ha manifestado. A medida que el paciente contesta, se debe tomar el hilo de la historia y seguirlo a donde lleve.

Las preguntas directas nos proporcionan información más concreta y específica por ejemplo: si el paciente presenta dolor se determinará lo siguiente; su localización, su calidad, su cantidad o severidad, su antigüedad, la situación en la cual ocurre y factores que lo hacen mejor o peor. Para ello siempre hay que ir de lo general a lo específico. Por ejemplo: “¿Qué lo trajo aquí?”, “¿Dónde es el dolor?” “¿el dolor es provocado o espontáneo?” “¿Cuánto dura el dolor?”.

Otro punto importante de las preguntas directas es que no deben ser dirigidas, ya que el odontólogo quedará con la duda respecto a lo que el paciente quiere decir por ejemplo: “¿se quebró el diente de una caída?” Esta pregunta limita a contestar si o no. Una mejor manera de hacer la pregunta sería. “¿como fue que se quebró su diente?”. Hay que recordar que las preguntas dirigidas a menudo dan respuestas incompletas o equivocadas.

Otra característica de este tipo de preguntas es que debe de hacerse una a la vez, ya que hacer muchas preguntas seguidas puede conducir a una respuesta negativa o crear confusión en el paciente. Finalmente se debe usar un lenguaje

adecuado y de fácil entendimiento para el paciente. (GIGLIO, 2000) (MOSBY., 1996) (BATES., 1998)

2.8. Saber escuchar.

Para tener éxito en el desempeño de la entrevista se debe poseer gran habilidad para escuchar, observar con un sentido perfecto del tiempo y una tranquilidad que a la vez se esté alerta y que posean objetivos claros para cada interacción.

Dependerá de la capacidad del odontólogo y observar con detención y paciencia todo lo que manifiesta el paciente; mediante palabras y el lenguaje corporal, si el paciente se da cuenta que no se le presta la debida atención perderá la confianza, el interés y la libertad de expresión y esto afectará la sintonización afectiva indispensable para que la relación de el odontólogo con el paciente sea fructífera.

En conclusión el odontólogo debe ser un buen interrogador, pero también ha de ser un buen oyente. Se sentará delante del paciente y escuchará su relato mirándole a la cara, sin mostrar impaciencia y su interés ha de hacerse aparente (visible) haciéndole sentir al paciente concentración y atención en su relato. (COSSIO., 1989) (MOSBY., 1996) (NOGUER MOLINS., 1995)

2.9. Diversidad cultural.

La cultura refleja la conducta humana en su globalidad incluyendo las ideas y actitudes, el modo de relacionarse con las personas, de hablar y los resultados materiales derivados del esfuerzo físico, la inventiva y la imaginación. Por tanto el lenguaje es una parte de la cultura, al igual que lo son las creencias, la ley, la moral, y educación de los jóvenes. En general, las diferentes poblaciones se subdividen en grupos y subgrupos cada uno de estos diferenciados por rasgos comunes, un arte propio, un carácter distinto, una creencia y unos patrones de conducta (ver figura 2).

Los patrones de una cultura pueden entenderse y compartirse con los demás. Cuando existen diferencias culturales hay que mostrarse sensibles a ellas y asegurarse que se entiende con exactitud lo que significa para el paciente; también se debe comprobar que el paciente entiende con exactitud las palabras o acciones que el odontólogo expresa. Si no se está seguro, se debe preguntar ya que debe evitarse llegar a conclusiones acerca de las conductas y creencias culturales del paciente sin que éste las confirme.

La comunicación y la cultura se encuentran interrelacionadas, sobre todo en el modo en que los sentimientos se expresan en forma verbal y no verbal. La misma palabra puede tener significados diferentes para personas distintas.

De forma semejante los contactos físicos, las expresiones faciales, los movimientos de los ojos y la postura corporal también pueden tener significados variables. Por lo que hay que tener claro que el paciente puede tener una visión de salud y enfermedad, así como una aproximación a la curación, que se basa en creencias religiosas y diferencias culturales que ejercen algún impacto sobre la asistencia que el odontólogo debe ofrecer, por ejemplo: un paciente judío ortodoxo no tomará ciertas medicinas sobre todo durante un día santo como la pascua, ya que el tomar el fármaco viola sus normas religiosas en esos días. Ver anexo N° 1. (MOSBY., 1996).



Figura 2.

2.10. Diferencias idiomáticas.

Cuando el paciente no puede comunicarse con el odontólogo debido a que ambos hablan idiomas distintos, es necesario conseguir un traductor ya que los gestos no remplazan a la verdadera comunicación, un miembro de la familia puede ser un intérprete adecuado, pero por razones desconocidas, a veces se interpone una barrera real que impide una respuesta sincera a las preguntas. En estos casos, podría ser más apropiado un traductor extraño a la familia, ya que un familiar traductor puede cambiar el significado de las palabras, e interferir en la confidencialidad de la relación odontólogo paciente. Muchos traductores intentan acelerar el proceso, tratando de abreviar una larga comunicación en unas pocas palabras, es importante indicar al traductor que traduzca y que no interprete o resuma lo que manifiesta el paciente.

2.11. Comunicación en pacientes de diferentes edades y condiciones especiales.

A medida que el hombre crece tiene familia y envejece requiere ciertas adaptaciones en el estilo del interrogatorio, por ejemplo:

Niños:

Los niños son semejantes a las demás personas, tienen miedos y apreciaciones que se deben prever y aliviar, por lo que es necesario hablar con ellos, tranquilizarlos y dejarlos participar (si es posible) en la entrevista, tanto mayor sea el niño es más conveniente preguntarle a él directamente, aunque gran parte de la información será dada por terceros (padres, abuelos, tutores legales, etc.) (ver figura 3). Los niños menores de cinco años habitualmente no agregan ningún dato importante a su historia clínica, sin embargo, a medida que crecen darán información más fiel y valiosa al interrogarlos, brindando datos significativos para la historia clínica y describir más acertadamente la gravedad de los síntomas y el nivel de preocupación que traen consigo. Algunas veces el odontólogo podrá precisar más la información preguntando al niño sin que estén presentes los padres. (CASTRO 1997)



Figura 3.

Adolescentes:

En éste período el paciente precisa especial atención, ya que sus dudas y silencios pasivos pueden indicar que preferirían estar a solas con el odontólogo, en lugar de tener la presencia de los padres junto a ellos.

Los adolescentes por lo general responden positivamente a quienes demuestran un interés genuino por ellos, viéndolos no como casos sino como personas; ellos tienden a “abrirse” cuando el foco de la entrevista son ellos mismos y no sus problemas. Es decir una buena forma de iniciar el interrogatorio es platicando informalmente acerca de sus amigos, escuela, etc. en esta etapa es mejor explicar tanto a los padres como al adolescente, que el cuidado de la salud requiere ser confidencial en cierto grado. Una relación confidencial no se basa en “guardar secretos”; más bien, se fundamenta en un respeto mutuo (ver figura 4).



Figura 4.

Ancianos:

En los pacientes ancianos el proceso de la entrevista puede estar dificultado por las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad (ver figura 5). Aunque el ritmo del envejecimiento, experiencia, capacidad intelectual y personalidad varían de una persona a otra y muchas veces la edad fisiológica y cronológica no coinciden. Es normal para los ancianos el recordar el pasado y reflejar las experiencias previas incluyendo sus facetas humorísticas, sentimientos y conflictos. El escuchar la revisión de este proceso de la vida puede proporcionar importantes datos sobre la persona; el odontólogo no debe tratar de obtener toda la información en una sola visita ya que algunas deficiencias sensoriales pueden dificultar la comunicación, por ejemplo: la hipoacusia exige que el odontólogo se coloque de modo que el paciente pueda verle la cara, hable claro y lentamente teniendo cuidado de no desviar la cabeza mientras está pronunciando las palabras. Gritar solo distorsiona los sonidos de las consonantes y vocales; “el anciano se presenta con una vida cargada de experiencia que constituye una fuente rica en sabiduría, significancia y prospectiva. No hay que despreciarla”.



Figura 5.

Pacientes con discapacidades:

Los pacientes con alteraciones físicas o emocionales incapacitantes, por ejemplo: sordera, ceguera, depresión, psicosis, retrasos del desarrollo o alteraciones neurológicas, precisan que el odontólogo se aproxime a ellos adaptándose a sus necesidades (ver figura 6). Es posible que los pacientes con limitaciones emocionales sean incapaces de proporcionar una historia útil, pero es preciso respetarlos y, en lo que sea posible la historia debe obtenerse de ellos para conocer sus puntos de vista y actitudes. No obstante, siempre que sea necesario para completar la historia, se recurrirá a la familia o a otros profesionales sanitarios que atiendan al paciente. En cualquier caso, el paciente debe participar todo lo activamente que pueda en función de las limitaciones impuestas por su incapacidad. Algunas de las barreras que impiden la comunicación con mayor frecuencia desaparecen si se tiene presente los siguientes puntos:

- Las familias pueden lograr que el paciente se encuentre más cómodo y le proporcione parte de la información que el odontólogo necesita.
- Casi siempre es posible encontrar traductores e interpretes para facilitar las barreras de comunicación.
- Es muy frecuente que los sordos sepan leer y escribir, incluso leer los labios, por lo que se debe hablar lentamente y pronunciar cada palabra con claridad. A veces conviene contar con alguien que conozca el lenguaje de signos.

- Por lo general los ciegos pueden oír, si desea subrayar algo hablar más fuerte no sirve de nada. Tenga presente que frente a un paciente ciego se debe expresar todo de modo explícito, los gestos no tienen ninguna utilidad. (BATES.,1998)
(MOSBY.,1996)



Figura 6. Paciente con discapacidad física.

3. HISTORIA CLINICA (ANAMNESIS).

La historia clínica es una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada cronológicamente de todos los datos y conocimientos, remotos y actuales, personales y familiares, relativos al enfermo, que sirven como base para el conocimiento de la enfermedad actual.

La atención odontológica integral, ejercida con responsabilidad y criterio preventivo, obliga al odontólogo a adquirir un conocimiento general del paciente. Esto implica conocer además de la historia clínica dental, el estado actual de salud del paciente su componente hereditario, sus hábitos, su perfil psicosocial su estado físico e historia clínica.

La historia clínica marca el comienzo de la relación con el paciente. Uno de sus principales objetivos consiste en identificar lo que el paciente considera un problema. Hay que tener conciencia tanto de las preocupaciones ocultas como de las evidentes. La historia debe garantizar en lo posible la exactitud de la información, para lo cual es preciso que se desarrolle un sexto sentido en cuanto a la fiabilidad del paciente como intérprete y narrador de los hechos.

El dominio de la técnica para elaborar la historia clínica no se aprende en forma fácil o rápida, requiere de una sólida formación médica y capacidad para resolver problemas. Los aspectos esenciales en la relación con el paciente comprenden: ética profesional y empatía.

Aunque la medicina clínica tiende cada día a ser más científica, el recoger la anamnesis continúa siendo un arte que no termina nunca de perfeccionarse, y que además de conocimientos, requiere paciencia y experiencia que debe ganarse cada día. Requiere además, que el examinador este familiarizado con las manifestaciones “semiológicas” de la mayoría de enfermedades, y sea capaz de establecer una buena relación odontólogo-paciente que le permita obtener el máximo de información útil de su entrevistado.

Una buena historia clínica no tiene por que ser extensa y mucho menos aburrida; debe contener datos confiables, no omitir ninguna información útil, debe ser concisa y objetiva, dejando bien establecidos los hechos y evitando interpretaciones personales del que los recoge. Así, cualquiera que lea la historia clínica podrá formarse una visión adecuada sobre el caso. (BATES.,1998) (DIANE H.SCHOEN, 1999) (DONALD W.,1997) (MOSBY.,1996) (SEIDEL, 1998) (RODRIGUEZ 1998).

3.1. Ambiente de la entrevista.

Es evidente que el entorno físico en que se desarrolla la entrevista debe ser lo más cómodo y agradable posible. Con frecuencia, el espacio del que se dispone es pequeño y está poco acondicionado; los colores suelen ser poco cálidos y las sillas tienen el respaldo recto y resultan bastante incómodas. A pesar de ello el odontólogo representa un centro de calor y atención. Siempre que sea posible se debe disponer de un reloj de pared colocado de modo (preferiblemente a espaldas de la silla del paciente) para que pueda ser consultado en todo momento, sin tener que volver la vista hacia el reloj de muñeca. El odontólogo debe sentarse en una postura relajada y cómoda, pero correcta manteniendo el contacto visual con el paciente, un tono de voz dialogante y debe evitar que entre él y el paciente se interponga mesas o escritorios voluminosos para tener una visión clara uno del otro, preferiblemente al mismo nivel como indicador de igualdad y de respeto mutuo. La distancia en la relación con el paciente debe ser de pocos metros, de modo que no estén tan próximos y que la distancia se vuelva desagradable, o que estén tan distantes y la conversación sea dificultosa.

La iluminación del ambiente también es importante, hay que cuidar que entre el asiento del odontólogo y el paciente no se interponga una luz brillante o una ventana, por que aunque el odontólogo pueda verlo bien, se sentirá bastante incomodo hacia su silueta; en la clínica debe existir también un lugar para colgar

el saco, las carteras u otras pertenencias del paciente, como una manera de atención en lo referente a la comodidad de éstos (ver figura 7).

El modo de actuar puede expresar interés hacia el paciente, de manera que éste se sienta seguro de que se le está atendiendo y que el principal (y único) interés del odontólogo es aliviar los males y preocupaciones del enfermo. Si el odontólogo está siempre cerca de la pared más lejana, inclinándose hacia la puerta, o dando vueltas alrededor se perjudica la atención del paciente y se entorpece la comunicación. (BATES., 1998) (MOSBY., 1996)

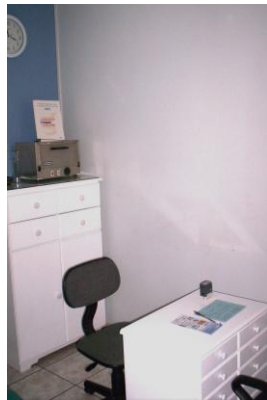


Figura 7.

3.2. Fecha de historia clínica y datos de identificación.

Los datos de identificación incluyen nombre completo del paciente, edad, sexo, raza, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, domicilio,

teléfono, dirección y teléfono del lugar de trabajo, ocupación, religión, raza y nacionalidad. Éstos pueden ser muy importantes y decisivos para la formación de la hipótesis diagnóstica, por eso, los buenos clínicos se apoyan mucho en ellos.

- **Fecha y hora:** por ser la ficha clínica un documento de carácter legal es de suma importancia la colocación de ésta, además sirve para llevar un control cronológico a partir de la fecha de diagnóstico de los tratamientos y controles.
- **Nombre y apellido:** etiquetan la historia clínica, es la mejor música para el oído del paciente, además de orientar sobre la nacionalidad.
- **Sexo:** Algunas enfermedades tienen mayor incidencia según el sexo y la preferencia sexual del paciente tal es el caso de las enfermedades hereditarias, además de algunas condiciones biológicas, forma de vida tensa, abuso de alcohol y tabaco que suelen afectar más a la mujer que al hombre debido a la “superioridad natural de la mujer” que se basa en el mayor formación y duplicación en el cromosoma x a diferencia del varón xy; si bien es cierto que las mujeres se enferman con más frecuencia también es cierto que se recuperan con mayor rapidez. Algunas enfermedades que predominan en la mujer son la anemia ferropática, artritis

reumatoide y la enfermedad de cushin, bocio, etc. Mientras que las que predominan en el hombre son el síndrome de preiter, y la espondilitis anquilosante.

- **Edad:** (fecha de nacimiento) la edad aparente del paciente debe ser comparada con la edad real y cronológica, de este modo el odontólogo se dará cuenta si el paciente lleva bien los años o está envejecido por alguna enfermedad crónica degenerativa. Existe una relación cronológica entre la mayoría de enfermedades y los diferentes periodos de la vida, los cuales, reflejan aquellas en curso evolutivo distinto, como ejemplo en la infancia y la adolescencia predominan enfermedades agudas inflamatorias (glomérulo nefritis, hepatitis crónica, reumatismo poliarticular agudo, etc.) ; en la edad adulta o viril, predominan las metabólicas (diabetes) y profesionales, en la vejez, los procesos vasculares atroficos (prurito senil) y tumores malignos.
- **Raza:** es conocida la incidencia racial de algunas enfermedades, pues “cada raza tiene sus características patológicas de la misma manera que presenta sus peculiares rasgos físicos”.

- **Estado civil:** el celibato, el matrimonio, viudez y divorcio significan modos de vivir distinto que cuentan en la génesis de muchos trastornos funcionales incluso orgánicos. El estado civil es determinante para poder detectar posibles enfermedades de transmisión sexual.
- **Escolaridad:** dependiendo del nivel de escolaridad que presente cada paciente sabremos de que manera nos dirigiremos a ellos para que comprendan las preguntas.
- **Origen y religión:** Es de suma importancia para conocer costumbres, creencias y comprender el vocabulario de las personas, así como la distribución geográfica de ciertas enfermedades, por ejemplo pacientes que habitan zonas geográficas donde la concentración de fluor es alta generalmente presentaran fluorosis dental, de igual manera la contaminación del aire en áreas urbanas facilita la presencia de afecciones respiratorias. La raza es un factor que tiene en otros países mayor importancia que el nuestro, cabe señalar que los enfermos de raza negra en estados unidos hacen una evolución mucho más grave cuando son afectados por hipertensión arterial, SIDA u otros cuadros patológicos.

- **Dirección y teléfono:** sirven para la localización del paciente y para contactarlos en caso de ser necesario darles información, citas y para el control de su estado de salud.

- **Ocupación (dirección y teléfono):** existen ciertas enfermedades denominadas profesionales que son las que se adquieren en el curso del trabajo realizado, las lesiones casi siempre son de tipo traumático corporal, por el mismo motivo son definidas como “accidentes de trabajo”, los ejemplos son numerosos y resultan de:
 - Acción nociva de los agentes climáticos (cáncer de la piel y de labio, excesiva radiación solar) como en los labradores marinos, etc.

 - Micro traumatismos repetidos en la columna vertebral y cadera así como en articulación de muñeca y codo en labradores y en quienes manejan martillos neumáticos, así como sustancias venenosas como mercurio, etc.

 - Radiactivas y mutágenos en personas expuestas a radiación constante, a sustancias alergénicas por ejemplo dermatitis, eccema, prurito debido a contacto con cemento, manejo de tintes y tónicos capilares.

- Excesiva tensión psíquica que puede causar trastornos neurovegetativos.
- Ruidos continuos que pueden ser muy nocivos para el oído humano, por ejemplo el odontólogo esta sometido al sonido de la pieza de alta velocidad. (BATES.,1998) (DONALD W.,1997) (GIGLIO, 2000) (NOGUER MOLINS.,1995) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

Datos de identificación en paciente pediátrico.

Además de los datos de identificación rutinaria que se obtienen de los pacientes adultos (nombre, edad, sexo, origen, dirección, etc.). Es prudente anotar los datos de los padres o algún responsable y donde se les puede encontrar.

3.3. Anamnesis próxima o enfermedad actual.

Es la parte más importante del interrogatorio, pues no sólo de regla orienta definitivamente al resto del examen, sino que permite un diagnóstico completo, ha de ser una narración clara y cronológica de los problemas. Debe incluir el comienzo de éstos, repercusiones en la forma de vida del paciente y el significado que tiene para él. Los síntomas principales deben describirse en una secuencia

lógica y clara desde su aparecimiento, en su orden, en términos de: localización, duración, intensidad, frecuencia, factores, tratamientos previos, factores que han agravado o aliviado los síntomas, manifestaciones asociadas, al igual que aquellos valores de laboratorio positivos o negativos contribuyentes.

Después de conseguir del paciente un informe comprensible sobre la molestia, se empieza a delinear la cronología de la afección, el momento señalado como de inicio de una dolencia corresponde en realidad a la agudización de síntomas preexistentes o a la aparición de otros más molestos. Se aconseja evitar éste error formulando las siguientes preguntas: antes de la fecha que usted señala, ¿estaba completamente sano o ya tenía alguna molestia?, Preguntando ¿cómo comenzó?, algunos pacientes pueden decir casi el minuto preciso en que aparecieron los síntomas, otros no pueden aproximar su inicio más que en el lapso de una ó dos semanas, mientras se esté tomando la historia suelen salir a relucir otras molestias significativas, es posible que éstas aparentemente secundarias tengan una importancia incluso superior a la consulta; deben analizarse minuciosamente todas las posibles razones de la enfermedad actual, investigando si los síntomas agudos precipitaron la consulta o si fue el deseo de una revisión.

Dentro de la duración de la enfermedad actual, se interroga cuanto tiempo lleva enfermo el paciente y se trata de establecer si el padecimiento es agudo o

crónico y si la enfermedad comenzó lenta o insidiosamente. También es importante la localización del dolor o molestia, si persiste en el mismo sitio, si ha cambiado de lugar o se refleja en otra región. Por ejemplo: Una neuralgia del trigémino que puede iniciar como un dolor de una molar e irse irradiando a maxilares e incluso a partes de la cara.

En cuanto al curso o progreso de los síntomas se dice que guardan íntima relación con la duración. Para lo que hay que indagar con preguntas tales como: ¿el trastorno ha evolucionado rápido o lentamente?, ¿los síntomas se han agravado o han disminuido?, ¿mejoran en ocasiones o se agravan?, para conocer la cantidad o gravedad del dolor se pueden formular preguntas tales como: ¿el dolor es sordo o agudo?, ¿se trata en realidad de dolor o molestia?, ¿aparece bruscamente y desaparece con rapidez o no?.

En relación con las funciones normales es importante precisar el efecto de los síntomas en algunas actividades normales. Por ejemplo: como puede afectar un dolor de una molar la función masticatoria, así mismo deben tomarse en cuenta las medidas llevadas por el paciente para aliviar su problema (automedicaciones). (COSSIO.,1999) (BATES.,1998) (SURÖS BATILLO, 1996) (SEIDEL, 1998) (MATLON H, 1995) (WALKER H.K, 1998) (VASQU

3.4. Anamnesis remota.

Esta consiste en la recolección de información personal y familiar anterior del paciente, que puede ser de gran ayuda para entender el problema presente, estado de salud general y fortaleza del paciente; contribuye a prevenir complicaciones en el consultorio odontológico.

3.4.1 Antecedentes personales.

Revelan al individuo como un todo y brinda la base para una buena evaluación de la salud actual, personalidad y el estado emocional, ya que no es suficiente registrar únicamente las molestias físicas y las diferentes enfermedades que ha sufrido el paciente. Es importante saber también su estado emocional y sus relaciones sociales ya que son una contribución importante para la comprensión del paciente como persona.

Dentro de los aspectos a evaluar en ésta historia personal tenemos el conocimiento del diagnóstico y desarrollo temprano, alimentación, crecimiento, conducta y medio ambiente, hábitos y actitudes que nos pueden revelar pistas importantes para elaborar el diagnóstico como por ejemplo: los fumadores tienen una susceptibilidad especial a la formación de irritante local y por consiguiente el desarrollo de enfermedad periodontal, así también otras patologías como

estomatitis, leucoplasias, etc. De igual manera la automedicación constituye un hábito que los pacientes adquieren para aliviar molestias insignificantes, por ejemplo: el empleo de aspirinas, fenilbutazona o corticoides pueden llevar al paciente a desarrollar una gastritis o úlcera duodenal, no hay que olvidar preguntar la dosificación, otros remedios caseros ni los medicamentos expendidos sin receta (especialidades publicitarias), ya que muchas personas piensan que éstos no son fármacos y es posible que no refieran el uso habitual de ello. Por ejemplo: la aspirina, tabcin (antihistamínico), vitaminas, etc.

Hay que indagar sobre el padecimiento de algunas enfermedades en la niñez del paciente que pueden tener secuelas en la edad adulta por ejemplo: sarampión, paperas, tosferina, fiebre reumática, enfermedades parasitarias, difteria, poliomielitis, etc.

Así también hay que indagar enfermedades importantes del adulto, anotándose en orden cronológico cada una de ellas, entre las cuales están: tuberculosis, hepatitis, diabetes, accidentes automovilísticos, y accidentes cardiovasculares hospitalizaciones no quirúrgicas y cirugías realizadas con fecha de hospitalización, reacciones a medicamentos y complicaciones, así como transfusiones sanguíneas, alergias sobre todo farmacológicas, pero también a alergenios ambientales o alimentos y lesiones graves que hayan podido resultar en

incapacidades. En el caso de la mujer indagar los antecedentes gineco obstétricos, por ejemplo: menarquía, características de los ciclos menstruales, embarazos, partos, abortos, leucorrea o contraceptivos.

Es importante también indagar sobre las inmunizaciones activas, por ejemplo: vacunaciones contra viruela, poliomielitis, difteria, tosferina y toxoide titánico (DTP), gripe, cólera, tifus, fiebres paratíficas, bacilo calmette guerin (BCG), sarampión, rubéola, parotiditis y otras pruebas cutáneas u otras antitoxinas de suero de caballo. Y finalmente pero con igual importancia hay que indagar los antecedentes sociales del paciente, verificando el estilo de vida, hábitos (dieta, regularidad y tipo de sueño, ejercicio, café, té, tabaco, alcohol, drogas), servicio militar, experiencias importantes incluyendo la educación, creencias religiosas, trabajos en que se haya desempeñado y su intensidad, teniendo presente que pueden ser causa de trastorno emocional como alteraciones del humor y tratamiento psiquiátricos.

3.4.2 Antecedentes familiares.

Muchos de los progresos médicos de los últimos años tienen relación con la genética. De ahí que la historia familiar puede ser reveladora al demostrar que ciertas enfermedades se repiten en la familia, es indispensable preguntar por la salud de los padres, si han muerto de una afección y a que edad murieron, lo

mismo para los abuelos tíos y hermanos. Entre las enfermedades que se repiten en los familiares existen patologías que afectan la cantidad y tamaño de los dientes, la formación y tamaño de las estructuras óseas, cáncer, cardiopatías, asma, diabetes, alergias, enfermedades renales, patologías hemáticas, trastornos nerviosos y mentales, etc. Además hay que indagar sobre la historia conyugal y antecedentes venéreos como por ejemplo: sífilis, linfogranuloma venéreo, herpes y otras como VIH. (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (SEIDEL, 1998) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

3.4.3 Anamnesis pediátrica.

En el caso de niños pequeños la historia se modificará de acuerdo a la edad. La causa principal de la consulta puede tomarse de uno de los padres. No obstante, se debe involucrar al niño en el proceso tanto como sea posible y de manera apropiada para la edad. Deben explorarse también los temores latentes tanto en los padres como en el niño, así como anotar la relación del niño con la persona que facilita la historia dentro del problema o enfermedad actual. Debe anotarse el grado y el tipo de reacción al problema y debe incluirse como los miembros de la familia responden a los síntomas del paciente, su preocupación en torno a ellos y si el paciente obtiene algún beneficio secundario por su enfermedad ya sea económico, emocional o alimentación.

Dentro de los antecedentes personales debe revisarse si existieron alteraciones de salud en la madre antes y durante el embarazo, incluyendo la nutrición y enfermedades específicas relacionadas al embarazo (hipertensión, hemorragias, preclampsia, eclampsia, proteinuria, etc.); dosis y duración del tratamiento con las drogas que fueron tomadas durante el embarazo (hormonas, vitaminas, antibióticos, analgésicos, etc.); estado emocional y de conducta, exposición a radiaciones, consumo de drogas.

Luego del nacimiento indagar el tiempo de gestación (parto espontáneo, inducido, duración), anestesia, complicaciones, estado del recién nacido y peso al nacer, además interrogar sobre las anomalías congénitas, signos de enfermedad durante el primer mes de vida, grado de establecimiento de lazos afectivos con padres o familiares, alimentación (biberón o lactancia materna, frecuencia de tomas y ganancia de peso, dieta actual y apetito, suplementos vitamínicos y de hierro), cualquier problema relacionado con la alimentación por ejemplo: la retirada tardía del biberón que puede ocasionar problemas con la dentición (caries rampante); historia del crecimiento y desarrollo durante la lactancia y la infancia que tiene que ver con problemas de retardo del desarrollo psicomotor y en los trastornos de comportamiento. Dentro del crecimiento físico: peso y talla actuales o aproximados; historia de algún incremento rápido o lento, o de pérdida de peso; fecha de erupción dental y pérdida de dientes. Tomando en cuenta la evaluación

de la disciplina, enfermedades de la infancia, inmunizaciones, hospitalizaciones, operaciones y alergias.

Si estamos hablando de un paciente pediátrico no es conveniente que el odontólogo deje de lado los hábitos de éste ya que muchos de estos pueden causar alguna dificultad en el desarrollo normal, como ejemplo de este tenemos: los niños con habito de succión digital, respiradores orales, masticar uñas, succión de labio inferior, etc. También es importante preguntar sobre la higiene bucal del paciente pediátrico, dentro de este aspecto podemos indagar: cuantas veces se cepilla al día, si recibe ayuda de los padres, si tiene el habito de usar el hilo dental, si usa algún tipo de enjuague bucal y el tipo de ingesta de carbohidratos que el niño recibe.

Dentro de los antecedentes familiares hay que indagar sobre las ocupaciones de la madre y el padre, personas que atienden habitualmente al niño, padres divorciados o separados, nivel educativo de los padres, persona que prepara la comida al niño. También debe obtenerse una historia gestacional de la madre anotando todos los embarazos, junto con el estado de salud de los niños vivos o en caso de los fallecidos, así también el estado de salud de la madre durante el embarazo, la edad de los padres al nacer el niño y si existe algún parentesco de los padres.

3.5. Anamnesis por aparatos y sistemas.

Este apartado debe reservarse para el final del interrogatorio, terminando con esta la historia clínica, su importancia radica en verificar que no se ha omitido nada de valor. Probablemente no sea necesario incluir todas las preguntas sobre cada sistema o aparato cada vez que se elabore una historia; no obstante, siempre se debe incluir algunas preguntas acerca de cada uno de los sistemas. Es conveniente comenzar esta encuesta con los síntomas generales, como ánimo, energía, apetito, variaciones de peso, sueño, carácter, así como el tipo de dieta, vitaminas, consumo de bebidas que tienen cafeína, etc., continuando en forma ordenada por órganos y sistemas.

- **Cabeza y cuello:** generalidades como dolores de cabeza frecuentes (cefalalgias) o inusuales, vértigos o mareos, síncope, lesiones craneocefálicas graves, períodos de pérdida de conciencia (momentáneas o prolongadas). A nivel de cuello, dolor, rigidez, aumento de tiroides, etc.

- **Ojos:** uso de lentes o lentes de contacto, fotofobia, dolor, enrojecimiento, escozor, resequedad, infección, traumatismos oculares uso de colirios u otros medicamentos oftálmicos o patología ocular familiar.

- Oídos: hipoacusia, infección, dolor, tinitus, secreción, vértigo, sordera.
 - Nariz: obstrucción, hemorragias nasales, dolor de senos, resequeidad, secreción, obstrucción, frecuencia de resfriado.
 - Boca: hemorragia o inflamaciones de las encías, abscesos dentarios recientes, tratamientos dentarios realizados, extracciones dentarias, molestias en lengua o mucosa bucal, ulceraciones, alteraciones del gusto, estado de prótesis actuales, resequeidad.
 - Faringe y Laringe: dolor, infección, ronquera o cambios en la voz, resequeidad, disfagia.
- **Tórax:** dolores, herpes zoster, exposición a tuberculosis, fecha y resultados de la exploración radiológica de tórax.
- **Sistema respiratorio:** tos, expectoración, hemoptisis, sibilancias, dolor pleural, esputos, dolores relacionados con la respiración, disnea, cianosis, asma, neumonías, tuberculosis, pleuracia.

- **Sistema cardiovascular:** disnea paroxística nocturna: angor pectoris, palpitaciones, hipertensión arterial, soplos, claudicación intermitente, varices, edema de clive, infarto al miocardio previo, estimación a la tolerancia del ejercicio, electrocardiogramas anteriores u otras pruebas cardiacas.
- **Sistema gastrointestinal:** Trastornos al tragar, pirosis, apetito, nauseas, vómitos, indigestión, hematemesis, frecuencia de la defecación, cambios en el hábito de defecación, sangrado rectal o materias fecales de color negro, constipación, diarrea, dolor abdominal, intolerancia de algunas comidas, eructos excesivos, hemorroides, ictericia, trastornos hepáticos o de la vesícula biliar, sialorrea, flatulencias, antecedentes de úlcera, cálculos biliares, pólipos o tumores, anorexia, hepatitis.
- **Sistema renal y urinario:** poliuria, nicturia, disuria, polaquiuria, hematuria, incontinencia, urgencia miccional, frecuencia de la micción, calculo, nefritis, edema generalizado, infección, retención; alteraciones del chorro urinario, orina oscura.
- **Sistema reproductor:** enfermedades de transmisión sexual; en el hombre: secreción uretral, lesiones del pene, dolor y aumento de volumen

testicular, inflamación, tumoración, potencia sexual; en la mujer: menarquía, regularidad, duración y cantidad de menstruación; la fecha última de regla, prurito, frigidez, fecha de último papanicolao, infertilidad, infecciones, enfermedades venéreas, número de embarazos, nacimientos vivos y abortos.

- **Sistema músculo esquelético:** dolores articulares o rigidez articular, artritis, gota, dolor de espalda, dolor de extremidades, artralgias, crepitaciones articulares, rigidez, hiperestesia, calambre, debilidad, traumatismo, luxaciones, fracturas.

- **Sistema tegumentario** (piel, pelo uñas): sarpullidos y erupciones, prurito, alteraciones del color, sudoración excesiva, cáncer, crecimiento anómalo de uñas y pelos.

- **Sistema hematopoyético:** anemia, últimas transfusiones y reacciones posibles, adenopatías dolorosas o supurativas, tendencia a hemorragia y otros tipos de extravasación (púrpuras hematomas), trombosis, tromboflebitis, malignidad (leucemia, etc.).

- **Sistema endocrino:** trastornos tiroideos o dolor, intolerancia al calor y al frío, sudoración excesiva, diabetes (polidipsia, polifagia, poliuria), temblor fino, cambio de voz, sequedad de piel, deformación de la silueta, cambio.
- **Sistema linfático:** Aumento de tamaño de ganglios, hipersensibilidad y supuración.
- **Sistema nervioso:** Desmayos, crisis epiléptica, parálisis, debilidad local, entumecimiento, hormigueo, temblores, memoria, parestias, mareos, vértigos, síncope, convulsiones, temblores, ataxia, disartria, atrofia muscular apoplejía, alteraciones sensoriales, pérdida de memoria, dolor de cabeza.
- **Status psicológico:** La conducta del paciente debe de reflejar una preocupación acorde con el motivo de consulta. Hay que valorar comportamientos que impliquen descuido, indiferencia, incapacidad de sentir las emociones de los demás, reacciones de ira, nerviosismo, irritabilidad, insomnio, fobias, depresión, obsesiones, manías, amnesia, etc. Así también interrogar acerca de alteraciones de libido y del orgasmo, ansiedad, sueño, pensamiento suicida y dificultad para concentrarse. Ya que a través de esto se puede clasificar la personalidad del paciente, para que el profesional pueda adaptar su forma de actuar ante éste.

Revisión sistémica en pacientes pediátricos.

La revisión sistémica en niño es similar a la de un adulto y difiere al interrogar acerca de cualquier tipo de prueba que se le haya practicado al niño anteriormente.

Hay que preguntar específicamente sobre:

- **Piel:** eccema, sordera, tonsura de cuna.
- **Oídos:** otitis media (frecuencia y lado).
- **Nariz:** ronquidos, respiración por la boca, reacciones alérgicas.
- **Dientes:** cuidado e higiene dental. (SEIDEL, 1998) (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (BATES., 1998) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

3.6. Factores que perjudican y dificultan la calidad en la elaboración de la anamnesis.

La calidad de la anamnesis puede deteriorarse por fallas de paciente y el odontólogo. Dentro de las fallas de paciente tenemos: olvido de datos importantes, deformación de los hechos, ya sea por ideas preconcebidas o por temor a ser hospitalizados, o sometidos a exámenes u operaciones, otro factor es la tergiversación intencionada, para conseguir licencia, jubilación e invalidez.

Dentro de las fallas del médico tenemos: apresuramiento (por presión asistencial), desinterés (generalmente por falta de vocación) lo anterior se refleja en el descuido en precisar el comienzo de la ficha clínica, así como falta de datos generales como la fecha, número de teléfono, dirección, etc. Y las relacionadas a la falta de conocimiento las cuales se demuestran en el incompleto análisis de síntomas, especialmente en lo que respecta a intensidad y frecuencia, falta de dinámica en la evaluación de la enfermedad, imprecisión en el tratamiento, descuido en recoger la historia familiar y personal, omisión de la revisión por sistema, no consignar la ausencia de síntomas que era posible de esperar en el caso del enfermo.

Mientras las deficiencias de hechos o datos derivadas del enfermo deben tenerse presentes para no errar, deberemos de hacer todo lo posible por corregir las que corresponden al odontólogo, por que se consideran inexcusables, ya que de ellas se puede derivar mucho daño para el paciente. Conviene tener presente estas deficiencias para corregirlas y mejorar así la calidad de las fichas clínicas y por ende, la calidad de la odontología que practicamos. (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (VASQUEZ A.2ª EDICION) (CURRIO 1997).

4. EXAMEN FÍSICO.

La mayoría de los pacientes se someten a la exploración física con algún grado de ansiedad. Se consideran vulnerables, físicamente expuestos, sienten aprensión pensando en un posible dolor y les atemoriza lo que el clínico puede encontrar. Al mismo tiempo, a menudo aprecian el interés detallado del odontólogo en torno a los problemas, y aún pueden disfrutar de la atención que reciben.

Atento a tales sentimientos, el odontólogo debe ser cuidadoso sin que pierda el tiempo, sistemático sin ser rígido, gentil pero no temeroso de provocar una incomodidad si ello es necesario. Hay que escuchar, observar, tocar y oler, considerando al paciente como un todo; se observa su cara en busca de miradas sobresaltadas y temerosas, si lo anterior ocurre se le explica el objetivo del examen, esto con el fin de tranquilizar al paciente. Al igual que en el interrogatorio, hay que ser sensible hacia los sentimientos del paciente.

Una buena iluminación y un ambiente tranquilo contribuyen a que el odontólogo pueda ver y oír, a medida que avanza el examen debemos mantener informando al paciente acerca de lo que se está haciendo, especialmente cuando anticipa una posible incomodidad o vergüenza.

Si el odontólogo sospecha que el paciente tiene una inquietud específica, puede ser útil realizar un comentario tranquilizador en el momento que termina el examen.

El odontólogo debe estar adiestrado para evaluar la constitución genética y hábito corporal del enfermo, la coloración de piel y mucosas, así como reconocer las fascias.

Realizar una correcta semiología de cabeza y cuello, aplicando las técnicas básicas de semiología, así como determinar el pulso, presión arterial, y demás signos vitales. (BATES., 1998) (GIGLIO, 2000) (NORTON 1997) (BLACKLOW 1998) (MESA 1998).

4.1. Signos vitales.

- Pulso:

Es uno de los signos vitales utilizado en la práctica odontológica que es el resultado de la sístole ventricular que produce una onda de presión a través del sistema arterial. La palpación de ésta puede practicarse sobre cualquier arteria superficial que descansa sobre un plano relativamente duro por ejemplo la radial y carótida (ver figura 8 y 9).

Pero la más adecuada en odontología para ésta maniobra es la radial a nivel de la muñeca y entre los tendones del supinador largo por fuera y palmar mayor por dentro (canal del pulso), siendo esta conveniente para estimar la frecuencia y ritmo cardíaco.

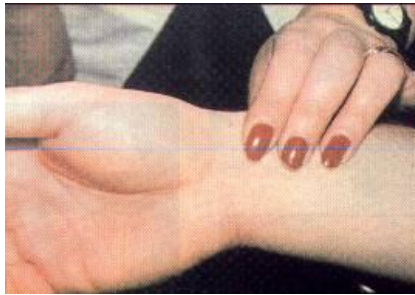


Figura 8.

Palpación del pulso radial.

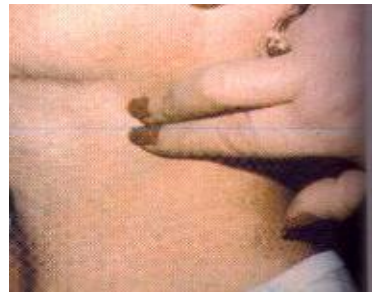


Figura 9.

Palpación del pulso carotídeo.

Al palpar el pulso consideraremos de manera sucesiva: el número de pulsaciones por minuto, osea, su frecuencia, y esta varía según la edad (ver cuadro 1).

Cuadro 1.

Tipo de paciente	Valor de referencia
Niños	90 a 140 por minuto
Adultos	60 a 90 veces por minuto
Ancianos	70 a 80 veces por minuto

El procedimiento para examinar el pulso es tomar la mano del paciente con la palma hacia arriba y colocar tres dedos sobre la arteria radial (ver figura 8). Con el dedo índice cerca del codo. Con el dedo en esta posición, el examinador puede sentir claramente, y apreciar sus características y sus anormalidades como en el caso de un pulso latente (sensación regular de una onda fuerte y una onda débil), pulso paradójico (durante la inspiración sobre todo si es forzada, se reduce la amplitud del pulso radial llegando incluso a desaparecer) o en el caso del dicrotismo en la cual apenas termina la pulsación inicial se percibe otra de menor intensidad. (MATLON H, 1995) (SURÖS BATILLO, 1996) (SEIDEL, 1998) (VASQUEZ A.2ª EDICION) (HANS 1998) (PADILLA) (KRUPP 1998).

-Presión arterial:

Es la fuerza que ejerce la sangre contra la pared de una arteria, mientras los ventrículos cardíacos se contraen y relajan, se usan indistintivamente los conceptos presión sanguínea y presión arterial para distinguir el fenómeno; para determinar la presión arterial se utilizan el esfigmomanómetro y estetoscopio.

Estetoscopio: en la actualidad existen 3 tipos básicos: acústico, magnético y eléctrico. Aunque el más utilizado es el estetoscopio acústico del que existen varios modelos y que consiste en un cilindro cerrado que transmite las ondas

sonoras a lo largo de su columna desde la fuente de origen hasta el oído (ver figura 10).

La membrana rígida tiene una frecuencia característica que filtra los sonidos de tono bajo y transmite preferentemente los de tonalidad elevada. La frecuencia característica de la campana, en la que la propia piel actúa como membrana o diafragma, varia en función de la presión con que se aplica el extremo de auscultación, está provisto de una válvula de modo que en el momento solo actúa uno de los dispositivos, la campana actúa evitando la disipación inadvertida de las ondas sonoras.

La capacidad de lograr una auscultación exacta depende en parte de la calidad del instrumento, por lo que es importante que reúna las siguientes características:

- El diafragma y la campana deben ser lo suficientemente sólidos para que puedan mantenerse firmemente apoyado contra la superficie corporal.
- La membrana debe ser rígida.
- La campana debe tener suficiente diámetro para abarcar el espacio intercostal de un adulto y ser lo suficientemente profunda para no llenarse de tejido.
- El borde de la campana debe tener un anillo de goma que garantice un contacto hermético con la superficie corporal.

- Los tubos deben ser gruesos, rígidos y resistentes para que conduzcan mejor el sonido.
- La longitud de los tubos debe de ser de 30,5 a 40 cm. para minimizar la distorsión.
- Los botones para los oídos (olivas) deben ajustarse bien y ser cómodos.
- Los auriculares de pieza única deben estar angulados de forma que tengan los botones orientados hacia la nariz, dirigiendo el sonido hacia la membrana timpánica.



Figura 10. Estetoscopio acústico.

El esfigmomanómetro: todos los tensiómetros son simples manómetros unos libres o semilibres de mercurio, otros aneroides graduados de cero a trescientos mm de Hg, en conexión con un sistema de insuflación, encerrado en un brazalete de 12 cm de ancho y mejor sostenido con ballenas, destinado a circundar los miembros especialmente el brazo (ver figura 11).

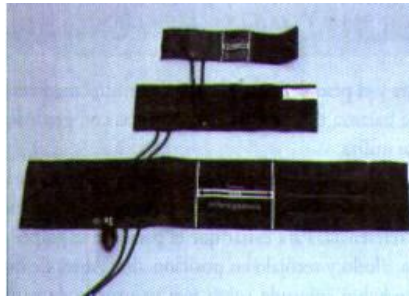


Figura 11. Tensiometros.

El sistema de insuflación tiene por finalidad comprimir las paredes de la arterias por medio de las partes blandas de los miembros, hasta sobrepasar la presión de la sangre que circula por su interior y convertirla en una cavidad virtual, para entonces descomprimirla y dejar pasar la sangre sólo en el momento de la presión sistólica o máxima, luego equilibrarla con presión externa y la interna diastólica final o mínima con relajamiento de la pared arterial y finalmente descomprimirla como estaba al principio. Para la toma de la presión el paciente debe de estar lo más relajado posible, su brazo debe estar desnudo y la bolsa inflable sobre la arteria humeral que se encuentra en la parte interna del brazo. El borde inferior de la bolsa inflable debe estar alrededor de 2.5 cm por encima del pliegue antecubital. Hay que asegurar bien el manguito, luego colocar el brazo del paciente de modo que quede ligeramente flexionado a nivel del codo apoyándolo sobre una almohada, mesa o superficie firme asegurándose que el “manguito” se encuentre a nivel del corazón, luego localizar la arteria humeral dentro del tendón del bíceps y coloque la campanilla del estetoscopio ligeramente por arriba de la arteria humeral (ver figura 12). En virtud de que los sonidos son

de tono relativamente bajos, se escuchan mejor con la campana, se debe inflar el manguito hasta 180 mm Hg. , luego desinflarlo poco a poco permitiendo que la presión caiga en una velocidad de aproximadamente de 3mm Hg. por segundo. Anotar el nivel por el cual se escuchan los sonidos, 2 latidos consecutivos. Esta es la presión *sistólica*. Se continúa disminuyendo la presión hasta que los sonidos se vuelvan sordos y desaparezcan, este señala la presión *diastólica*. Luego desinflar el manguito hasta cero.



Figura 12.Toma de la presión arterial.

Las cifras normales de la presión arterial varían con el sexo, (superior en el masculino), raza (menor en los orientales), constitución (inferior en los asténicos que en los pícnicos), herencia ligada al sexo (mayor en hermanos del mismo sexo que en los del sexo opuesto) y edad (ver cuadro 2). (BATES, 1998), (DEPARTAMENTO DE MEDICINA 1999) (VASQUEZ A.2^a EDICION) (MATTHEW 1998) (FRIEDMAN 1995) (GOLMAN 1997) (GONZALES 1998).

Cuadro 2.

Tipo de paciente	Valor de referencia
Niños	40-60 mmHg al nacer, la máxima es de 80 mmHg al año, de 80 a 90 mmHg a los 10 años y de 110 mmHg los 15 años; la mínima no rebasa los 60-80 mmHg.
Adultos	Normal: 130 / 85 mmHg Normal alta: 130-139/85-89 mmHg. Hipertensión: Leve 140-159/90-99 mmHg. Moderada 160-179/100-109 mmHg. Grave > 180/ > 110 mmHg.

- Temperatura:

La determinación de la temperatura corporal proporciona con frecuencia una indagación muy valiosa en cuanto a la gravedad de la patología del paciente en los casos de infección bacteriana, sobre todo en niños de corta edad y en pacientes ancianos puede constituir un parámetro de diagnóstico importante. La determinación de la temperatura corporal puede realizarse en diferentes zonas del organismo, siendo las más frecuentes la boca, el recto y la axila (ver cuadro 3).

Otro lugar que cada vez tiene más aceptación es la timpánica, que es de fácil acceso y de naturaleza no invasiva.

Cuando hay síntomas de fiebre es necesario informarse con detalle acerca del comienzo de la misma, de su patrón de presentación, de la presencia y ausencia de escalofríos y de la influencia de la medicación antipirética dado que la fiebre puede ser inducida por muchos medicamentos (salicilatos), es necesario realizar una cuidadosa investigación sobre la ingestión previa de estos. Las enfermedades infecciosas, las neoplasias y enfermedades autoinmunes pueden producir un aumento de la temperatura de igual manera pueden haber variaciones durante la digestión, el ejercicio, la ovulación, el embarazo, el ambiente cálido y las emociones.

Cuadro 3.

Sitio para la toma de temperatura	Valor normal
Bucal y timpánica	37° C. pero el valor máximo diario puede variar entre cifras tan extremas como 36° C y 37.5° C.
Axilar	36.5° C. (sumarle 0.5°)

La técnica para la obtención de temperatura: se comienza limpiando el termómetro sobre todo cuando se va a colocar en la boca, luego se observa si la columna de mercurio esta cerca del depósito, de no ser así se le hace bajar agitando el aparato. El termómetro puede ser colocado en varias partes del cuerpo por ejemplo en la boca, el bulbo del termómetro se coloca debajo de la lengua, los labios se mantienen cerrados, a nivel de la axila, la mano del lado correspondiente ha de aplicarse sobre el hombro del otro con el fin de comprimirla. El sitio más óptimo para determinar la temperatura del organismo es el conducto auditivo externo dada su proximidad a la pirámide del temporal y la base del cráneo.

El *termómetro* más usado para tomar la temperatura, consta de un tubo capilar cerrado, de vidrio ensanchado en la parte inferior a modo de pequeño depósito, que contiene un líquido, por lo común mercurio, el cual, dilatándose o contrayéndose por el aumento o disminución del calor, señala la temperatura en una escala colocada al lado o grabada sobre el tubo. Por motivos prácticos suele comprender de 35 a 42 grados Celsius; aún cuando los anglosajones se mantienen fieles a la escala Fahrenheit.

Otros tipos de termómetros son: el eléctrico (ver figura 13) que ha hecho disminuir el tiempo necesario para obtener los valores precisos (15-60 segundos), apareciendo la temperatura expresada en Fahrenheit o centígrados en una pantalla

de cristal líquido y el termómetro timpánico que se esta popularizando cada vez más, ya que son muy fáciles de utilizar para la medición de temperatura del tímpano, es necesario una sonda especialmente diseñada con una forma similar a un otoscopio proporcionando al cabo de unos dos segundos una lectura de la temperatura en la pantalla de cristal. (WALKER H.K, 1998) (SEIDEL, 1998) (SURÖS BATILLO, 1996)



Figura 13. Termómetro electrónico.

-Frecuencia respiratoria:

La frecuencia respiratoria se determina mediante la inspección simple observando el ascenso y descenso del tórax del paciente así como también la facilidad y dificultad con la que se efectúa la respiración (ver figura 14), se determinara el número de ciclos respiratorios (inspiración y espiración) que se produce en un minuto, observando igualmente la regularidad y el ritmo del patrón respiratorio, así como la profundidad de las respiraciones y el empleo en algunos casos de la musculatura auxiliar. (SEIDEL, 1998)

En estado normal se observan dos tipos respiratorios:

- El torácico abdominal, propio del sexo masculino la contracción energética del diafragma motiva la dilatación inspiratoria de la parte inferior del tórax y abdomen.
- El costal superior, la acción de los músculos de la cintura, escapular, sobre todo escalenos y esternocleidomastoideo desplaza hacia arriba y adelante la parte superior del tórax, con un máximo a nivel de la tercera y cuarta costilla.

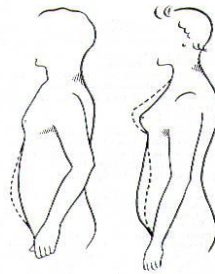


Figura 14.

El número de actos respiratorios varía por múltiples causas; entre los que se encuentran los esfuerzos físicos, las excitaciones psíquicas, el trabajo digestivo y sobre todo la edad (ver cuadro 4). Según Quetelet en condiciones basales. (SURÖS BATILLO, 1996)

Cuadro 4.

Tipo de paciente	Frecuencia respiratoria
Recién nacido	44 respiraciones por minuto
5 años	26 por minuto
15-20 años	20 por minuto
20-25 años	18 por minuto
25-30 años	16 por minuto
Mayor de 40 años	18 por minuto

4.2. Técnicas, equipo de exploración e instrumental

4.2.1 Técnicas: -Inspección

-Palpación

-Percusión

-Auscultación

- Inspección:

Es uno de los métodos de exploración física más importantes y más antiguos, que emplea la vista como sensorio fundamental, tiene como propósito percibir los signos visibles ya sea de normalidad como de anormalidad, lo anterior inicia cuando se enfrentan el odontólogo y el paciente, prosigue durante

todo el curso del interrogatorio, y se completa cuando éste realice el examen clínico. Los requisitos fundamentales para una adecuada inspección son:

- Buena iluminación del área bajo observación: es importante disponer sin exageración, de adecuada iluminación en el área específica bajo evaluación en el ambiente externo (puede lograrse con lámparas “bucos ambientales”). Esto permite, en la mayoría de los casos, mejor posibilidad de observar las diferentes características. Por el contrario, una deficiente iluminación o el que se interfiera con ella y se produzcan sombras, contribuye a no ver o incluso a apreciar inadecuadamente algunos aspectos, como puede ocurrir con cambios de color (ictericia-amarillo, melanoplasias-negro, leucoplasias-blanco, eritropiasias-rojo), soluciones de continuidad (úlceras traumáticas, aftas, herpes), crecimientos leves de tejidos (papilomas, múltiples crecimientos benignos de la mucosa bucal), como otras características, más aún si están situadas en áreas de difícil acceso o atrás de ciertas estructuras anatómicas.
- Adecuada posición de la persona a examinarse y del área bajo observación: tanto la persona bajo examen como el área a ser observada deben estar en posición tal que faciliten su visualización, al exponer convenientemente a la vista del operador los tejidos y órganos pertinentes. La formación de

pliegues, por ejemplo, podría ocultar ciertos signos; la parte media y alta de la lengua con frecuencia obstaculiza el ver adecuadamente áreas posteriores del paladar duro y blando, así como la orofaringe, la no retracción suficiente de los bordes de la lengua podría dejar sin visualizar cambios en el piso de boca o sobre la encía lingual posterior.

- Concentración del operador en el área bajo observación: cada región de tejidos y órganos requiere de mucha atención para recoger con el máximo de objetividad la mayor información posible. En este sentido, se recomienda que cuando se tenga dudas o no se logre inspeccionar adecuadamente algún sitio, la observación se repita haciendo descansos cortos entre cada una de ellas, lo cual permite detectar características que en una primera, segunda o más veces, no se han podido recoger. Por su parte el intentar ver rápidamente una zona o inspeccionar varias simultáneamente, como también el estar siendo objeto de interrupciones o distracciones (ruido, teléfono, etc.) tiende a dificultar y muchas veces a imposibilitar el efectuar la inspección con el grado máximo de eficiencia.

Inspección directa:

Inicia desde el momento en que el paciente entra en el consultorio y es lo que se denomina primera impresión esta incluye la observación detenida de

cada individuo desde que se saluda hasta que se despide, sometiendo a inspección detalles como su forma de vestir, posturas, facies, biotipo morfológico, estado nutricional, talla, marcha y otros movimientos, así como otras características generales del paciente, para luego centrar la atención en la inspección del aparato estomatológico propiamente dicho.

Primera impresión.

El solo encuentro entre el odontólogo y el paciente, generalmente permite al primero formarse una idea de lo que puede tener el segundo, no por intuición natural, sino por observación de la edad, sexo, facies, actitud, modales, marcha, aspecto, voz, temperatura, y humedad de la mano al cruzarse el saludo de práctica.

Si hay una actitud, una facies o cualquier otro hecho característico que “salte a la vista”, el diagnóstico es fácil y de gran probabilidad, pero si todo esto falta, es solo de posibilidad, y tiene por base la frecuencia de las enfermedades, según la edad y el sexo.

La capacitación en el diagnóstico de impresión se logra con el dominio de la nosología y el desarrollo de la sagacidad para la observación por experiencia personal, siempre que se tenga el cuidado sistemático de fomentarla, formulando

el diagnóstico de primera impresión en todos los casos y luego comparándolo con el diagnóstico final, para reconocer las causas de error, si es que este ha existido, y tratar de evitarlas en lo posible en oportunidades futuras.

Una de las ventajas que nos ofrece el diagnóstico de impresión es que le ahorra al odontólogo mucho tiempo, y al paciente mucho dinero en esas molestias, por otro lado un diagnóstico equivocado de primera impresión no es algo lineal para el diagnóstico final, en estos casos el diagnóstico será manejado como una hipótesis de trabajo, pronta a ser modificada y aún abandonada, si los hechos posteriores así lo sugieren. (COSSIO.,1999)

- Postura y marcha.

La forma en que camina una persona (marcha), sugiere con rapidez un diagnóstico neurológico o indica alguna enfermedad específica del sistema nervioso. Dentro de la marcha se observa si los pasos son cortos, lerdos, impetuosos, torpes y espasmódicos, contoniantes, fallidos o circundantes. Se ve si los movimientos de pendulación del brazo están reducidos o asimétricos. Entre las marchas más características podemos mencionar:

- Marcha de parkinson: que se caracteriza por pasos cortos, sin braceo y con el cuerpo inclinado hacia delante.

- Hemipléjico orgánico (marcha en segador): que camina describiendo un semicírculo externo con el pie afectado, logrando así levantarlo a veces y otras arrastrarlo por su borde.
- Hemipléjico histérico (marcha en draga): en contraste con la anterior, en lugar de tratar de levantar en pie, lo arrastra linealmente.
- Parapléjico espástico: la marcha solo permite pasos pequeños, levantando apenas la punta de los pies y contorneándose para poder avanzar (ver figura 15).
- Atáxica cerebelosa: que se caracteriza por la incoordinación, la irregularidad de los pasos y la inestabilidad. Es propio del síndrome cerebeloso y de la tabes (ver figura 16).
- Marcha Equina (Polincurítico): en que por parecía de los músculos de los miembros inferiores, levanta más la rodilla cuando camina para no arrastrar el pie, el que después apoya en la punta antes que el talón, originando el “paso de parada” (ver figura 17).

- Marcha en tijera: es rígida. Cada pierna avanza lentamente, y las caderas tienden a cruzar adelante una sobre otra en cada paso. Los pasos son cortos. Parece que el paciente fuera caminado a través del agua (ver figura 18).
- Marcha del anciano: la velocidad, el balanceo y la gracia disminuyen con la edad. Los pasos se vuelven cortos, inciertos y se arrastran los pies. La pierna pueden estar semiflexionadas a nivel de la cadera y de las rodillas. Un bastón le devuelve algo de la confianza perdida (ver figura 19). (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (BATES., 1998).



Figura 15.

Figura 16.

Figura 17.

Figura 18.

Figura 19.

- **Facies.**

Se denomina facies a la expresión en aspecto del rostro y a los rasgos de cabeza y cuello considerados en conjunto, además incluyen sus rasgos

específicos y coloración que son característicos de un cuadro clínico o de un síndrome.

El estudio de las facies brinda una importante información en el examen del paciente, y en muchas ocasiones patológicas ofrece una correcta orientación diagnóstica, ya que algunas enfermedades se manifiestan con caras o facies típicas.

En primer lugar se debe distinguir la facies compuesta o normal de la descompuesta. En la primera no se advierten signos de padecimiento, la mirada es tranquila, y la expresión es atenta. El facie descompuesto se caracteriza por ser inexpresiva e inmóvil. Se observa en pacientes moribundos o con graves trastornos hidroelectrolíticos y hemodinámicas. El análisis de los diferentes hallazgos nos pueden informar sobre: estado anímico (tranquilidad o placidez; euforia o excitación; apatía o indiferencia; depresión o angustia) además de ciertas enfermedades que pueden ser sospechosas y muchas veces diagnosticadas por solo la inspección facial. A continuación se describen las facies comunes a distintas enfermedades:

- Facies febril: se caracteriza por el enrojecimiento en torno de los pómulos, en contraste con la palidez del resto del rostro. La mirada es brillante, se observa en procesos febriles de distintas causas.

- **Facies dolorosa:** hay una expresión de angustia y preocupación, las comisuras labiales descienden, el entrecejo y la frente se pliegan.
- **Facies caquéctica:** se observa con frecuencia en un avanzado deterioro del estado nutricional. La piel es transparente, resaltan los relieves óseos del macizo facial. Se observa en neoplásicas avanzadas y en otras enfermedades terminales.
- **Facies anémicas:** hay palidez de la piel y mucosas. Su intensidad depende de la gravedad de la anemia.
- **Facies hipocrática o peritoneal:** se caracteriza por mejías hundidas, nariz afilada, ojos hundidos rodeados de aro rojo o azulado.
- **Facies vultuosa:** se caracteriza por edema acentuado a nivel de párpados.
- **Facies adenoidea:** caracterizada por nariz y cara muy estrecha, boca entre abierta y mentón retraído.

Además de Las facies comunes podemos encontrar facies características de enfermedades específicas:

- **Facies de Cushing o de luna llena:** llamada así por su redondez y rubicundez, puede acompañarse de acné e hirsutismo (ver figura 20).

- Facies acromegálicas: cabeza grande, proyección hacia delante de la mandíbula y protrusión del hueso frontal (ver figura 21).
- Parálisis facial periférica: puede ser unilateral y total. Se observa la boca desviada hacia el lado sano; caída de la comisura bucal del lado afectado, con el surco labial desaparecido. La piel del lado paralizado se encuentra liza y sin arrugas y hay tosis palpebral (ver figura 22).
- Fascies de disostosis cráneo facial: Hay prognatismo mandibular típico, descenso del labio inferior, labio superior corto, nariz en forma de pico de loro y ojos proptóticos (ver figura 23).
- Fascies del síndrome de down: obsérvese el puente nasal aplanado, los pliegues epicánticos, la inclinación mongoloide de los ojos, la inserción baja de las orejas y la lengua de gran tamaño (ver figura 24).
- Fascies de la enfermedad de Parkinson: Cara inexpresiva, ojos fijos y casi sin parpadeo; la saliva se escurre por una comisura (ver figura 25).
- Fascies del síndrome de Hurler: Incluye cráneo de gran tamaño con frente estrecha, cataratas corneales y cuello cortó (ver figura 26).

- Fascies de hidrocefalia: Típico aumento de la cabeza, fontanela sobresaliente, venas dilatadas en el cuero cabelludo, hinchazón del cráneo, y esclerótica visible por encima del iris (ver figura 27).
- Fascies de anomalía fetal alcohólica: pequeñas hendiduras palpebrales, los pliegues epicánticos en pequeño filtrum labial, labio inferior fino y retrognátia (ver figura 28).
- Fascies mixedematosa: Cara abotagada, piel gruesa y amarillenta, cejas ralas (ver figura 29).
- Fascies hipertiroidea: piel fina y húmeda, pelo fino, ojos prominentes, retracción palpebral y expresión de sorpresa o de mirada fija (ver fig.30).
- Fascies paquidermoperiostosis: Tosquedad de los rasgos y engrosamiento y aparición de pliegues. Arrugas en cara y cuero cabelludo (ver figura 31).
- Fascies del lupus eritematoso diseminado: Eritema facial en forma de mariposa de ambas mejías y de nariz (ver figura 32). (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (SEIDEL, 1998) (GIGLIO, 2000).

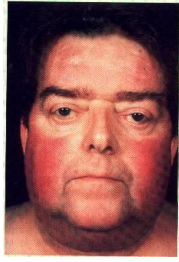


Figura 20.



Figura 21.

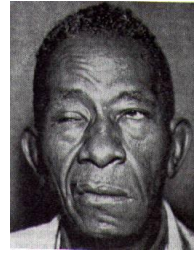


Figura 22.



Figura 23.



Figura 24.



Figura 25.



Figura 26.



Figura 27.



Figura 28.

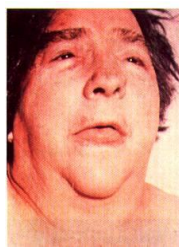


Figura 29.



Figura 30.



Figura 31.



Figura 32.

- Piel:

El examen de la piel tiene gran valor para el odontólogo, ya que esta ha sido descrita muy adecuadamente como el “espejo del organismo”, pues se presenta alterada no solo en enfermedades cutáneas, sino también en muchísimas afecciones de órganos internos. Al mismo tiempo hay que observar las uñas y cabello. La coloración de la piel depende del grado de transparencia de la epidermis y capas superficiales de la dermis, de la cantidad y color de la sangre contenida en los vasos cutáneos y la presencia de pigmentos, estando determinada por los caracteres hereditarios y raciales, los hábitos nutricionales, sociales y las enfermedades localizadas y generalizadas. La decoloración de la piel puede ser generalizada o circunscrita, y a su vez la primera transitoria o permanente.

- La palidez generalizada transitoria se observa por la acción de un flujo emocional intenso, cuando es por colapso, shock o infarto del miocardio es frecuente un tinte cianótico en los labios.
- La palidez generalizada persistente es propia de las anemias graves, del reumatismo cardíaco evolutivo, de la endocarditis maligna lenta (endocarditis pálida), de las valvulopatías aórticas con insuficiencia, de la hipertensión maligna o pálida, procesos neoplásicos.

- La palidez cuando se haya limitada a las partes dístales (lóbulo de la oreja, punta de la nariz, extremidades de los dedos de los pies) se acompaña de frialdad, orienta hacia un trastorno de circulación periférica.
- La rubicundez transitoria puede observarse en condiciones fisiológicas (calor y vergüenza), o patológicas (hipertensión roja).
- La rubicundez persistente puede obedecer a dilatación de los pequeños vasos superficiales como ocurre en los alcohólicos crónicos y en fogoneros; o aumento de la hemoglobina y glóbulos rojos.
- La cianosis se designa como la coloración azulada de la piel o mucosas que puede ser local o periférica y general o central, la cual puede repartirse de una manera uniforme, pero se percibe más en las zonas de piel fina y muy vascularizada, por ejemplo: labios, lóbulo de la oreja, pómulos, mejía.
- La cianosis periférica se observa en todos aquellos casos en que ya sea por dilatación capilar o por un obstáculo en circulación venosa de retorno la sangre circula lentamente y pierde oxígeno en exceso.

Además de la coloración de la piel en la primera impresión se deben observar los nevos, pecas, cicatrices y manchas. (GIGLIO, 2000) (MATLON H, 1995) (SURÖS BATILLO, 1996).

- Hábito corporal.

Dígase como hábito corporal o biotipo morfológico el aspecto particular del cuerpo dependiente de la combinación morfológica de sus segmentos. Siendo parte de la constitución total, su estudio tiene notorio interés práctico ya que médicos antiguos, a partir de Hipócrates, señalaban una correlación entre figura corporal y aparición y curso evolutivo de las enfermedades.

Numerosas escuelas han querido clasificar el fenotipo, por ejemplo sheldon lo clasifica como hectomorfo, mesomorfo y endomorfo. *Viola* lo clasifica como microesplancnicos, normoesplancnicos y macroesplancnicos. A su vez *Kretschner* los clasifica como leptosómicos, atléticos y pícnicos; aunque luego se introdujo vacilantemente un grupo inclasificable “displásicos”, todos estos fenotipos han sido clasificados según el tipo de los diámetros vertical o sagital en la morfología corporal, heredadas o adquiridas; y los autores han demostrado que la estructura física de una persona se asocia a menudo con cierto tipo de personalidad y en caso de enfermedades siquiátricas, con una perturbación peculiar. A continuación se presenta la clasificación de *Kretschner* ya que reconsidera como la más completa.

- Tipo logilíneo o leptosómico: predominan las dimensiones verticales. La imagen del paciente es de debilidad inorgánica, astenia, la cara es también

estrecha y acompañada de palidez además de ser alargada con frente inclinada hacia atrás, gran nariz y micrognátia que produce un perfil angular (cara de pájaro). El perímetro craneal es escaso, se ensancha por encima de las orejas y aparece cubierto de un pelo fuerte con largas cejas y unidas (ver figura 33). Las extremidades son largas y delgadas, con tendencia a cianosis de manos y pies. Tienen predisposición a padecer enfermedades digestivas (úlceras), hipertiroidismo y afecciones respiratorias. El temperamento es tendiente a la personalidad esquizoide abocando con frecuencia a la esquizofrenia (ver figura 34).

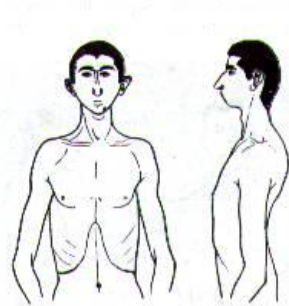


Figura 33.

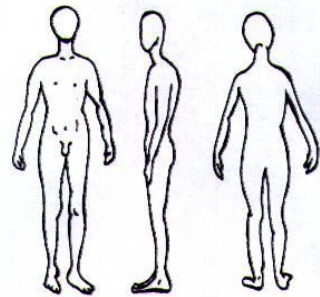


Figura 34.

- Tipo atlético: el contorno de la cara es de forma ovoide, alargada sin perfil característico, y el cráneo es alto y estrecho (ver figura 35), llama la atención el fuerte desarrollo del esqueleto y de la musculatura y el hecho que las extremidades son bien largas, cuello hombros y tórax son anchos, cintura pelviana estrecha, de armazón ósea compacta y sólida, piel elástica

y pobre en grasa (ver figura 36). Son propensos a la insuficiencia coronaria y enfermedades fibromusculares tienen predisposición a maníaco depresión.



Figura 35.

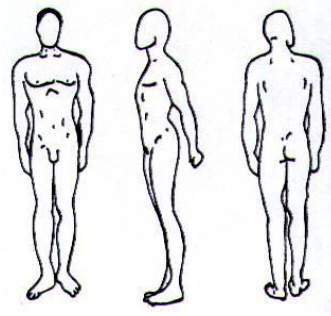


Figura 36.

- Tipo pícnico o brevilíno: hay predominio de los diámetros transversales (antero posterior abdominal), cara, pecho, cuello y abdomen anchos y gruesos, miembros cortos y gráciles, manos anchas y cortas; cabeza algo hundida entre los hombros, piernas delgadas, cara tiende al enrojecimiento, la grasa tiende a concentrarse debajo del mentón son generalmente calvos precoces por seborrea (ver figura 37 y 38); son propensos a enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad dislipemias, gota), respiratorias (bronquitis crónica, enfisema, asma bronquial, etc.) cardiovasculares (arteriosclerosis, hipertensión, varices, angina de pecho, etc.), reumáticas (crónico degenerativas). Los pícnicos tienen predisposición a la locura maniaco depresivo y la resistencia a la esquizofrenia.

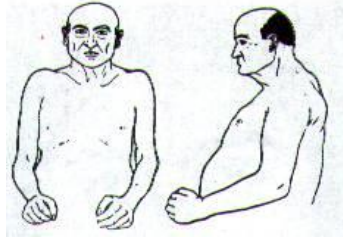


Figura 37.

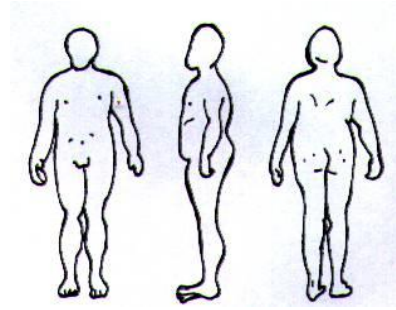


Figura 38.

- Tipo displásico o dismórfico: hay falta de armonía en las dimensiones corporales. Presenta tres variedades: gigantes eunucoides; eunucoides obesos pluriglandulares e hipoplásicos e infantiles. Todas ellas tienen en común su desproporción y tosquedad. Tienden a la epilepsia y a la esquizofrenia. (SURÖS BATILLO, 1996) (GIGLIO, 2000) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997)

- **Talla.**

Según la estatura los individuos se clasifican en: talla normal (altos y bajos), y de talla anormal (gigantes o enanos); en el *Gigantismo* existe una mayor producción de hormona somatotrófica o hipersensibilidad del cartílago articular, tiroides y gónadas subactivas, lo cual explica la frecuente combinación de talla gigante y pesadez con lentitud (ver figura 39). En el *Enanismo* la talla es inferior a 130 cm. en el varón y 120 cm. en la mujer, los verdaderos enanos son de talla

normal por el desequilibrio hipofisiario que detiene su crecimiento puede ocurrir en cualquier momento de la infancia. Retienen algunas características infantiles tales como escasez de pilocidad facial y púbica, extremidades cortas, manos y pies desproporcionalmente pequeños (ver figura 40).

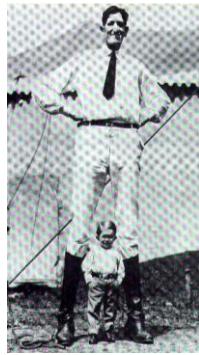


Figura 39.



Figura 40.

- Estado nutricional:

La obesidad: puede deberse a la acumulación de grasa corporal debido a una alimentación excesiva o a un trastorno de las glándulas endócrinas, puede estar dada también por factores hereditarios, malos hábitos alimenticios, retención de líquidos o diabetes no tratados (ver figura 41).

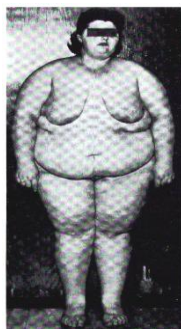


Figura 41.

La delgadez: Es el estado opuesto a la obesidad que es un estado familiar estas son llamados magros o imputos. Pertenecen al hábito corporal leptosomático y pueden considerarse como sanos, pues comen con envidiable apetito. Los sujetos que, por la causa que sea han enflaquecido se denominan delgados o flacos. Algunas de las causas son ingesta insuficiente de alimentos, anorexia, diabetes, el hipertiroidismo y el síndrome de mala absorción, etc.

La caquexia (del griego mal estado): es una forma de desnutrición en que a la pérdida extrema de peso y deshidratación se le añade una gran postración física y debilitamiento mental, representa generalmente la etapa terminal de enfermedades degenerativas crónicas, como los diferentes tipos de cáncer y algunas endocrinopatías no tratadas (enfermedad de adison) insuficiencia cardiaca crónica tratada por años con dieta hiposódica y diurética; así como la aterosclerosis cerebral avanzada (ver figura 42).

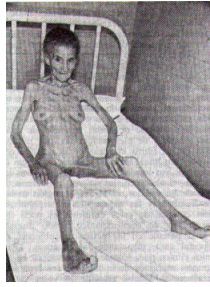


Figura 42.

El peso normal de cada individuo guarda relación con la edad, sexo, talla y desarrollo esquelético. (ver anexo 3) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997)
(SURÖS BATILLO, 1996)

Técnica para la inspección directa:

Se realiza exponiendo sin elementos intermedios a la vista tejidos y órganos de la boca y áreas vecinas, aún cuando con ayuda, generalmente se emplean ciertos instrumentos (baja lenguas, espejos bucales, etc.). Pero únicamente para hacer a un lado determinados órganos a efecto de estar en mejor posibilidad de ver directamente sus distintas características.

Técnica para la inspección indirecta:

También emplea la vista como sensorio básico, pero utiliza además medios complementarios que permiten visualizar más claramente o en otras formas las

características de las diferentes partes de la región. Existen varias formas de inspección indirectas pero las más frecuentes empleadas en estomatología son las siguientes:

- Inspección por espejos: en este tipo de examen el elemento intermedio es un espejo bucal en el cual se proyecta la imagen del área de tejidos y órganos objeto de la evaluación (ver figura 43). Esta forma de inspección se emplea casi rutinariamente para segmentos del maxilar superior, especialmente muy posteriores, aunque también es muy útil para evaluar en la región inferior áreas linguales de dientes maxilares, así como ciertos detalles difíciles o imposibles de ver claramente de forma directa (cavidades, furcaciones, úlceras, otras.). Esta técnica demanda del operador el acostumbrarse a ver los objetos proyectados con una imagen inversa, lo cual constituye una destreza que se adquiere con relativa facilidad después de cierta práctica.

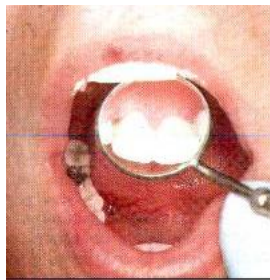


Figura 43.

- Inspección con lentes de aumento: Para los efectos de observar ciertos detalles o visualizarlos en tamaño mayor puede recurrirse al empleo de lentes de aumento (lupas intrabúcales), que permiten una mejor visualización de aspectos de las áreas bajo estudio. (COSSIO,1999) (SURÖS BATILLO, 1996) (SEIDEL, 1998)

- Palpación:

La palpación completa los datos de la inspección e implica el empleo de las manos y dedos para recoger información mediante el tacto. Mediante este se pueden estudiar tanto las superficies mucosas o cutáneas, como los tejidos ubicados por debajo, tanto de consistencia blanda como dura e intermedias entre ellas y permite caracterizar las áreas bajo evolución ya sea normal o anormal. Ciertas regiones de las manos y dedos son más adecuadas que otras para la palpación (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Zonas de la mano utilizadas en la palpación:

Determinación	Utilizar
Posición, textura, tamaño, consistencia, líquidos, crepitación, forma de una masa o estructura.	Superficie palmar de los dedos y pulpejos de los dedos.
Vibración	Superficie cubital de la mano y los dedos.
Temperatura	Superficie dorsal de las manos.

Actuar con suavidad y mantener las manos calientes tiene no sólo una finalidad práctica, sino también pretende ser la expresión de respeto hacia el paciente y de la consideración que le merecemos al ponerse en nuestras manos.

La técnica puede realizarse tanto en forma directa como indirecta.

- Palpación directa: por lo general se lleva a cabo por medio de los pulpejos de los dedos o con las palmas de las manos, pudiendo ser por consiguiente:

-Digital: monodigital, bidigital o polidigital.

- Manual: monomanual o bimanual.

La palpación con el pulpejo de un solo dedo o mono digital, se emplea raramente, es más común el efectuarlo empleando por lo menos dos dedos simultáneamente (bidigital). La palpación de la frente, las mejillas, paladar, proceso alveolar, incluso de la lengua y otras áreas estomatológicas, se lleva a cabo empleando tanto uno como dos dedos; también se emplea para establecer el pulso o pulsaciones arteriales en diferentes sitios.

La utilización de múltiples dedos o palpación multidigital, es útil especialmente para examinar músculos (masetero). Glándulas salivales (parótida) y estructuras óseas (borde inferior de la mandíbula) realizando una acción que

presiona los tejidos entre los pulpejos de los dedos índice y medio por un lado y pulpar por el otro.

Por otra parte, la palpación manual que puede ser mono o bimanual (ver figura 44 y 45) que utiliza la piel de las manos sobre aquellas regiones que se desean explorar, frecuentemente se emplea para palpar la frente, los carrillos, el pecho, la espalda, los brazos y otras regiones. Comúnmente es útil para determinar la temperatura, palpaciones, crecimientos y otros signos y síntomas.



Figura 44. Palpación monomanual.

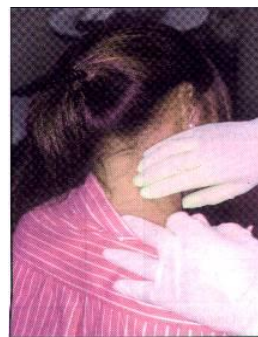


Figura 45. Palpación bimanual.

Más corrientemente se emplean formas combinadas que involucran tanto dedos como palma de las manos, ya sea de una o de las dos manos simultáneamente. El piso de la boca, por ejemplo, se palpa con los pulpejos de los dedos de la mano (generalmente el del dedo índice de la mano derecha) con las cuales se va presionando levemente por debajo de la lengua, desde atrás hacia delante, mientras parte de la palma de la otra mano (izquierda) se ubica sobre la

piel de la región submandibular, que sirve de apoyo o de superficie en contra la cual se presionan los tejidos. De esta manera es factible establecer la existencia de endurecimientos (sialolitos, fibrosis), reblandecimientos (quistes, hemangiomas), calor (infecciones), dolor (abscesos) y otros signos y síntomas de especial valor de la exploración clínica, incluyendo, desde luego, el establecer las características consideradas normales de las áreas bajo estudio (estructuras anatómicas).

La palpación puede hacerse también bimanual y bilateralmente, casi siempre con el propósito de comparar un lado con el otro, lo cual conlleva la intención de establecer la igualdad o no de secciones similares a ambos lados. Pueden emplearse tanto los pulpejos de los dedos como la palma misma de las manos o bien una técnica combinada.

En el primero de los casos, por ejemplo, están las maniobras que se ejecutan para examinar las cadenas ganglionares, submaxilares o cervicales, cuando por ejemplo, colocado el operador por detrás de la persona lleva los tejidos submaxilares contra la pared interna del maxilar inferior, utilizando así una superficie dura para presionar contra ella a los nódulos linfáticos. Por su parte, la palma de las manos, combinada con los pulpejos de los dedos se emplea con frecuencia para examinar simultáneamente músculos, como la superficie del masetero, el ángulo del hueso mandibular, la glándula parótida, e incluso para

estimar simultáneamente las características de ambas articulaciones temporomandibulares. La palpación directa también es útil para establecer la existencia de fracturas óseas, para lo cual bidigital y bimanualmente se trata de mover los segmentos óseos del área bajo sospecha y establecer si hay o no movilidad, dolor, ruido y otros datos de interés.

- Palpación indirecta: esta técnica emplea ciertos instrumentos para ser ejecutada, es así palpación instrumentada. Generalmente se pueden palpar regiones ocultas a la vista del operador o distante del sitio de acceso.

Una sonda introducida en el conducto de la glándula salival, puede permitir palpar sus paredes, su luz y contenido, así como saber sus características. Por su parte la introducción de una punta de gutapercha en el orificio de una fístula o bolsa periodontal puede ofrecer información sobre la longitud y topografía de su trayecto. Igual ocurre cuando se explora un conducto radicular con una lima para endodoncia (ver figura 46).



Figura 46.

- Percusión:

La exploración clínica por percusión emplea tanto el oído como el tacto para su realización, por su medio se obtiene información en forma de sonidos, vibraciones y otras sensaciones como respuestas a golpes suaves que se aplican a las superficies corporales. Esta semiotécnica puede hacerse directa como indirectamente y con frecuencia se combina con otras: percusión-palpación, percusión-inspección, derivándose así datos mucho más complejos e integrales. La percusión también se denomina comparativa cuando se contrastan los hallazgos con los esperados en una región dada o cuando ellos se comparan con los del lado opuesto que es anatómicamente similar. Se llama topografía cuando por medio de ella se procura delimitar un órgano o una lesión en particular. A continuación se describen los tipos de percusión.

- Percusión directa: intervienen los dedos y las manos, actuando sobre las regiones del cuerpo bajo exploración, obteniéndose así información tanto sobre signos como síntomas del tipo audible o perceptible al tacto. La mayoría de las técnicas de esta naturaleza son de utilidad para su aplicación extrabucal y de cierta importancia también intrabucalmente, en donde encuentran especial utilidad en la encía- hueso o sobre las coronas dentarias. Hay muchas formas de realizar la percusión directa siendo las mas frecuentes:

- 1- Dedo en martillo o gancho: uno o varios dedos formando un ángulo generalmente el índice o medio o ambos de la mano derecha, se usan para golpear en el área deseada, como se hace con un pequeño martillo. Ello produce determinados sonidos, dolores y vibraciones o permite establecer la consistencia del área explorada y otras características.

- 2- Dedo en resorte: en esta técnica uno de los dedos índice o medio de la mano derecha se flexiona y al mismo tiempo se retiene por el extremo de su pulpejo en la parte interna del dedo pulgar de la misma mano, de tal manera que al liberarlo intempestivamente, golpea el área deseada. Esta técnica es poco aplicada en estomatología, a no ser a veces para percudir dientes sospechosos, pero es común usarla para percudir en el abdomen, especialmente ante una sospecha de un derrame peritoneal libre.

- 3- Doble dedo: en esta técnica de doble dedo y bimanual, un dedo golpea sobre otro que esta en contacto bajo el área de exploración. El primero o dedo percutor actúa como “martillo” mientras que el otro dedo o dedo plesimetrito, es el que percibe directamente la sensación a la percusión. El dedo en contacto con el cuerpo debe apoyarse firmemente en toda su extensión evitando dejar espacios donde se acumula aire que

podría distorsionar las sensaciones recibidas, por intervenir dos dedos, también se denomina a esta técnica como percusión digito digital.

- 4- Orto-percusión digital: esta técnica emplea también dos dedos, pero en este caso uno de ellos (generalmente de la mano izquierda) se dobla y el extremo de su pulpejo es el que se apoya sobre el área a investigarse y sobre el sitio de su dobles (segunda falange) se golpea con el extremo del pulpejo de uno con el pulpejo de uno de los dedos de la mano derecha que actúa como martillo (índice o medio).

- Percusión indirecta: en la realización de esta técnica intervienen ciertos elementos independientes del operador. En medicina, sin embargo, también denominan la percusión indirecta cuando el golpe se da sobre otra parte del operador, como ocurre con la percusión digito digital, en la que un dedo golpea a otro. En estomatología la percusión indirecta es la más antigua y más empleada. Para los efectos, casi siempre se utiliza el extremo de un instrumento rígido y duro (espejo bucal) y con el se golpea mesuradamente las partes expuestas de los dientes en la boca (corona clínica).

La percusión puede ser vertical cuando se hace en dirección del eje longitudinal del diente o bien horizontal cuando el golpe lo recibe el diente

perpendicularmente al eje longitudinal. La percusión indirecta en los dientes permite derivar información muy importante para el proceso semiológico, especialmente relativo al área de endodoncia y periodoncia, en este último caso, tanto de su condición periapical como lateral o periodontal propiamente dicha.

- Auscultación:

Es un medio de exploración que emplea generalmente el sensorio del oído, en virtud de que son sonidos y sus características lo que se trata de percibir, de esta manera, la auscultación, en su esencia consiste en escuchar los sonidos producidos funcionalmente por determinados órganos y función del cuerpo (latidos del corazón, respiración por los pulmones, movimiento peristálticos del intestino, movimientos articulares y otros), como también aquellos que normalmente pueden producirse por la existencia de anatómico fisiopatología (tuberculosis, cardiopatías, hipertensión, artropatías, etc.) o bien aquellos que se produzcan al actuar el particular sobre determinadas áreas, provocando sonidos que poseen características propias en estado de normalidad y mórbidos.

En la auscultación intervienen tres factores: el primero es el órgano receptor, o sea, la audición; segundo, la naturaleza de características de los fenómenos acústicos auscultables; tercero, por los métodos y técnicas que se utilizan para escuchar. La auscultación puede ser directa o indirecta.

- Auscultación directa: la auscultación directa, es el propio oído del operador el que coloca directamente contra la superficie corporal en examen, casi siempre interponiendo un retazo de tela delgado para lograr cierta protección. El pabellón de la oreja debe estar en contacto con toda la superficie que se examina a fin de evitar escapes de los sonidos o la incorporación de los provenientes del ambiente. Esta técnica se emplea (o se empleaba) fundamentalmente para escuchar sonidos cardiacos aplicando la oreja al pecho, sonidos pulmonares haciéndolo en la espalda o sonidos provenientes de fetos en embarazadas. En estomatología a tenido aplicación para explorar los sonidos producidos por la articulación temporomandibular cuando excursiona el cóndilo sobre su superficie articular al hacer movimientos de cierre, apertura, para determinar áreas con oclusión traumática, determinar obturaciones altas, fracturas óseas. Esta técnica tiene el inconveniente de la proximidad que se requiere con regiones de la persona examinada, la dificultad que ofrece para delimitar topográficamente las áreas bajo cuestionamiento y finalmente, no permite el acceso adecuado en aquellas que son de reducido tamaño o que están sometidas a obstaculización por otras estructuras orgánicas.
- Auscultación indirecta: Por lo general se emplea un instrumento que permita la obtención de los sonidos aludidos o el hacerlas más claras y

audibles (ver figura 47). Las propias manos del operador, conformando una especie de tubos, se han usado para ello. La auscultación con estos últimos instrumentos es la más frecuentemente utilizada en la actualidad y por ello la necesidad de familiarizarse con su empleo, así como con los sonidos que por su medio se perciben ya sea de áreas o de funciones normales del cuerpo, como cuando son objeto de determinados estados mórbicos. La auscultación indirecta se emplea frecuentemente y en diferentes circunstancias en estomatología para la auscultación de la articulación temporomandibular. Esto se hace en sus diferentes movimientos, la cual permite determinar la existencia de sonidos sonoros de especial importancia, tanto relacionados directa y específicamente con la articulación, como con la oclusión dentaria que repercute a estos niveles.



Figura 47.

5. CABEZA Y CUELLO.

5.1 Ganglios linfáticos de cabeza y cuello:

Los ganglios linfáticos suelen estar agrupados como superficiales, alojados en el tejido conjuntivo subcutáneo y como profundos que se encuentran junto a las facies de los músculos y en el interior de diversas cavidades corporales. Existen además otros grupos ganglionares en la cabeza y el cuello de menor importancia clínica y difícilmente palpables (infraorbitarios, faciales o genianos, parótideos, mentonianos, retrofaringeos), estos son muy numerosos y de pequeño tamaño, aunque algunos pueden alcanzar de 0,5 a 1 cm.

Los nódulos linfáticos superficiales permiten evaluar el estado de salud de todo el sistema linfático. Al ser fácilmente accesibles a la palpación y a la inspección, proporciona algunos de los indicios más precoces de la existencia de infección y tumores malignos, por ejemplo la afección maligna de ganglios cervicales se presenta como un proceso primario en linfomas, enfermedad de Hodgkin, leucemia linfática; la enfermedad de Hodgkin puede producir crecimiento bilateral notable de ganglios cervicales, que forma una masa alrededor del cuello semejante a un collar de caballo. La metástasis de tiroides y laríngea puede presentarse en los ganglios de la parte media lateral o baja del cuello. Una masa discreta dura en región supraclavicular suele deberse a

metástasis de pulmón o mamas. Las afecciones malignas secundarias en ganglios cervicales suelen encontrarse en más frecuencia en ganglios profundos altos, justo por delante del músculo esternocleidomastoideo y debajo del ángulo de la mandíbula, estos ganglios son muy duros a menos que se hayan destruido de manera secundaria y sean fluctuantes, por lo general, no son sensibles excepto cuando crecen rápidamente.

La semiotecnia ganglionar se basa fundamentalmente en la palpación, aunque la inspección en algunas ocasiones brinda importante información. La técnica de exploración requiere un método sistemático donde hay que percibir las siguientes características: localización, tamaño, consistencia, movilidad, adherencia a planos profundos, unilateralidad o bilateralidad, número y compromiso del grupo ganglionar, forma, hipersensibilidad y límites.

Se deben palpar suavemente con uno o dos dedos empleando un movimiento circular o vaivén sosteniendo la cabeza con la mano libre, de tal forma que los músculos de acción opuesta se encuentren relajados.

Es posible percibir ganglios pequeños, suaves y móviles en cualquier lugar. Para palpar los ganglios en forma ordenada se gira la cabeza del paciente hacia a un lado y palpar:

5.1.1Ganglios preauriculares: se encuentran delante de la oreja, para la palpación de estos se hace presión en el trago y exprimir hacia delante, si se encuentran palpables los ganglios se deslizaran debajo de los dedos (ver figura 48).

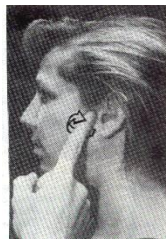


Figura 48.

5.1.2Ganglios retroauriculares: se localizan en la apófisis mastoidea y por debajo de ella. Palpándolos con la técnica bidigital (ver figura 49).



Figura 49.

5.1.3Ganglios occipitales: ubicados en la base del cráneo por fuera de las bandas musculares gruesas. Se palpan con cuatro dedos, índice, medio, anular y meñique de ambas manos aplicadas simultáneamente sobre el hueso occipital (ver figura 50).



Figura 50.

5.1.4Ganglio submentoneano: se localizan entre los vientres anteriores de los digastricos. Para la palpación existen 2 maniobras una exobucal y otra endobucal-exobucal. La exobucal se realiza teniendo al paciente con la cabeza inclinada hacia el lado a explorar, con el dedo pulgar del examinador apoyado sobre la cara externa de la mandíbula, mientras que con los dedos índices, medio, anular y meñique se llevan los ganglios hacia ella. La maniobra exobucal-endobucal se efectúa con una mano apoyada en la piel (exobucal) y con el índice de la otra dentro de la boca (endo-bucal), explorando los ganglios a nivel del piso de la boca (ver figura 51).



Figura 51.

5.1.5Ganglios submaxilares: están ubicados dentro del triangulo digástrico, cerca de la glándula submaxilar a lo largo de la cara inferior de la mandíbula. Se palpan de igual manera que los ganglios submentoneanos (ver figura 52).



Figura 52.

5.1.6Ganglios cervicales anteriores (palpar el borde anterior del esternocleidomastoideo en toda su longitud, no confundir ganglios con el hueso hioides que se encuentra por arriba del cartílago tiroides) (ver figura 53).



Figura 53.

5.1.7Ganglios Cervicales posteriores (palpar el borde posterior del estrenocleidomastoideo) (ver figura 54).



Figura 54.

5.1.8 Cadena cervical profunda (rodear el esternocleidomastoideo con los dedos índice y pulgar, en forma intensa con movimientos ascendentes y descendentes) y dentro de estos mismos palpar los ganglios supraclaviculares (en forma intensa en el hueco que se encuentra por detrás de la clavícula, en forma normal se sienten bandas del músculo cutáneo del cuello, las cuales no deben confundirse con ganglios agrandados) (ver figura 55). (SEIDEL, 1998) (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997)



Figura 55.

5.2 Pares craneales (V, VII, IX, X y XII).

La exploración de los pares craneales es parte integrante de la exploración neurológica. Normalmente no se evalúa tacto ni olfato, a no ser que se sospeche algún problema. Es frecuente que el paciente no perciba que esta perdiendo cierta capacidad de la audición, del sentido del gusto o de la visión. Por tanto, cuando se sospecha pérdida de sensibilidad es necesario ser lo mas minucioso posible cuando se explora el nervio craneal pertinente. A continuación se exploraran los nervios más relacionados en odontología.

5.2.1 V par craneal (trigémino):

El nervio trigémino proporciona sensibilidad a la mitad frontal de la cabeza, lengua y cavidad bucal anterior, por medio de sus divisiones oftálmica, maxilar y mandibular. Sus inervaciones motoras son hacia el músculo temporal, masetero y pterigoideo, que mueven la mandíbula. Cuando existe paresia motora unilateral del V par la mandíbula y la lengua se desvían al lado de la lesión. Se puede explorar la porción motora de este nervio solicitándole al paciente que abra y cierre la boca y que la mueva de un lado a otro la mandíbula, mientras se palpan los músculos efectores, además se observa la cara en busca de atrofias musculares, desviación lateral de la mandíbula o fasciculaciones. Se debe pedir al

paciente que apriete fuertemente sus dientes mientras palpa los músculos sobre la mandíbula y evalúa su tono.

Para explorar la función motora se evalúa el músculo masetero colocando las yemas de los dedos sobre cada músculo en la línea de mordida, se pide al paciente que muerda y se palpa en busca de asimetría en la contracción. (ver figura 56). Para palpar los temporales se colocan los dedos sobre ambas sienes y se pide al paciente que apriete para palpar nuevamente, el músculo pterigoideo se evalúa pidiendo al paciente que desplace hacia delante la mandíbula. Esta debe quedar en la línea media, enseguida valorar la fuerza de cada uno de los músculos pterigoideos, para ello el paciente debe estar con la boca ligeramente abierta y el operador debe sostener la cabeza del sujeto con una mano, empujando la mandíbula con la otra pidiendo al paciente que resista este movimiento y explorar ambos lados.



Figura 56. Evaluación función motora

Para explorar la sensibilidad de las tres ramas del trigémino se debe pedir al paciente que cierre los ojos antes de iniciar la exploración. (ver figura 57). La sensación del dolor se explora a través de una aguja desechable dando un pinchazo para estimular las fibras sensitivas del dolor al mismo tiempo que se intercalan toques con un alfiler despuntado para valorar si el paciente siente la diferencia entre pinchazo y toque.



Figura 57. Evaluación de función sensitiva

La sensación de temperatura se explora cuando se sospecha una alteración de la sensación de dolor se emplean tubos de ensayo llenos de agua caliente y fría (secarlos por fuera) probar primero, enseguida explorar las tres ramas y alterar al azar frío y caliente.

Estudiar el reflejo corneal enrollando la punta de un aplicador de algodón hasta formar una hebra fina, luego pedir al paciente que mire hacia la derecha

desde afuera del campo visual llevar el aplicador desde el lado izquierdo del paciente y tocar con suavidad la cornea.

5.2.2 VII par (facial):

Los músculos superficiales de la cara y frente que dan origen a la expresión representan la innervación motora más importante del VII par craneal. El componente sensorial es la innervación para el gusto de los dos tercios anteriores de la lengua.

Para su exploración en la función motora se valora observando una serie de gestos que se pide al paciente que realice: elevar los párpados, cerrar con fuerza los ojos, arrugar la frente y fruncir el entrecejo, sonreír, enseñar los dientes, silbar e inflar los carrillos. Se deben observar el tic, movimientos faciales habituales y la asimetría en la expresión. (Ver figura 58). Escuchar la conversación del paciente y observar cualquier dificultad en pronunciar los sonidos labiales “b,m,p”. La debilidad muscular se evidencia por la inclinación de la boca hacia un lado, el aplanamiento del pliegue nasolabial o la caída del párpado inferior. Para evaluar el gusto (función sensitiva de los pares VII y IX) se deben disponer de cuatro soluciones, aplicadores y una tarjeta con una lista de sabores. Se debe asegurar que el paciente no vea las etiquetas de los viales, que saque la lengua y que señale el sabor de cada tarjeta. Aplicar una solución en la parte lateral de la lengua en la

zona específica de detección de sabores, se puede utilizar agua a sorbos para crear estímulos.

Se puede determinar el sitio de lesión del nervio facial se notan cambios en el gusto, audición y capacidad de los ojos para llorar (lagrimeo), así como pérdida de movimientos faciales. Estas funciones corresponden a las ramas que salen del tronco nervioso principal a medida que el nervio sigue su trayecto, desde el tallo cerebral a la cara.



Figura 58.

5.2.3 IX y X pares craneales (glossofaríngeo y vago):

Los nervios glossofaríngeo y vago se analizan de forma conjunta ya que con frecuencia se alteran simultáneamente, ambos proporcionan innervación motora y sensitiva al paladar blando y faringe. El glossofaríngeo al igual que el VII par da innervación para la salivación y el gusto del tercio posterior de la lengua. El vago proporciona innervación sensitiva y motora y da innervación parasimpática a las viseras torácicas y abdominales.

Para su exploración se examina simultáneamente con el nervio vago, en cuanto a la sensibilidad nasofaríngea y a la función motora de deglución. Para su evaluación se debe tocar la pared posterior de la faringe del paciente con un aplicador mientras se observa el movimiento hacia arriba del paladar y la contracción de los músculos de la faringe, la úvula debe permanecer en la línea media. La función motora se evalúa inspeccionando la asimetría del paladar blando pidiendo al paciente que diga “ah” y observando el movimiento, si están lesionados el vago y glossofaríngeo, el paladar no se elevara y la úvula no se desviara a la línea media. Luego hacer que el paciente sorba y trague agua, esta exploración suele realizarse mientras se examina la glándula tiroides, el paciente debe tragar con facilidad, sin que exista paso de agua retrograda hacia la nariz una vez que se cierra la nasofarínge. Escuchar la voz del paciente si es nasal o si existen problemas para emitir sonidos guturales.

5.2.4 XII par craneal (hipogloso):

El nervio hipogloso, también motor, inerva los músculos de la lengua. Puede afectarse periférica o centralmente, cuando la lesión es unilateral, la lengua se desvía hacia el lado de la lesión.

En la función motora se presta atención a la posición, fuerza, tono, volumen, elaboración coordinada de actos motores y presencia y ausencia de movimientos voluntarios. Estos componentes al igual que los de la exploración de la sensibilidad y los reflejos profundos, pueden revisarse de la cabeza a los dedos de los pies, comparando el lado derecho del izquierdo y buscando indicios de asimetría.

Se debe inspeccionar la lengua del paciente cuando este descansando en el suelo de la boca y cuando esta fuera de la cavidad bucal. Se observa cualquier tipo de fasciculación asimetría, atrofia o desviación con respecto a la línea media. Pedir al paciente que meta y saque la lengua, que la curve hacia arriba para intentar tocarse la nariz y hacia abajo, como si quisiera tocarse la barbilla. (Ver figura 59). Compruebe la fuerza del músculo lingual pidiendo al paciente que empuje la lengua contra la mejia mientras que el odontólogo ejerce resistencia sobre ésta con su dedo índice. Cuando escuche la conversación del paciente, no

deberá haber problemas con los sonidos linguales “l,t,i,n”. (MATLON H, 1995)
(SEIDEL, 1998) (DONALD W.,1990) (BETANCOURT 1987).

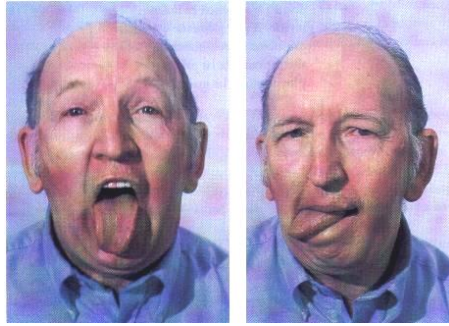


Figura 59.

5.3 CABEZA

Tal vez no exista otra región del organismo en que se hayan descrito mayor número de signos semiológicos como en la cabeza; examinando la cabeza en su conjunto, la inspección no permite apreciar su conformación general, lo que puede caer dentro del amplio margen de normalidad o ser deformada. Normalmente el diámetro longitudinal de la cabeza es algo mayor que el transversal, en relación aproximada de cinco a dos punto tres, cuando el diámetro transversal tiende a acercarse a longitudinal, se habla de braquicefalia que se observa de preferencia en ciertas razas y pícnicos. En cambio cuando el diámetro longitudinal es el que aumenta preferentemente se habla de dolicocefalico más frecuentemente en leptosomicos, y un equilibrio entre ambas configuraciones

constituye la mesiocefalia. El aumento global del tamaño cefálico o macrocefalico puede corresponder a raquitismo o hidrocefalia congénita o adquirida; en cambio pasado el periodo normal de crecimiento el aumento cefálico corresponde a acromegalia. La inspección nos permite apreciar posiciones anómalas, la más frecuente es el tortícolis.

La frente es habitualmente más amplia en el hombre que en la mujer cuando esta amplitud resulta algo exagerada se habla de frente olímpica.

Las arrugas de la frente pueden traducir muchas veces estado de depresión o angustia. La imposibilidad de arrugar un lado de la frente se observa en la parálisis periférica del VII par.

La semiología de la cara comprende la exploración clínica de las facias. El estudio de la cara se inicia con la inspección en su conjunto y continúa con la observación de las partes que la componen. Debe evaluarse el macizo óseo, su configuración y las partes blandas que incluyen piel y músculos evaluando también ojos, oídos, nariz, boca, etc. (GIGLIO, 2000) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (SERDEL 1998).

5.3.1 Ojo

El ojo es el órgano sensorial que transmite los estímulos visuales al cerebro para que este los interprete, se haya situado en la cavidad orbitaria y solo esta expuesto su polo anterior, este es una extensión embriológica directa del cerebro con el que e esta conectado a través del II par craneal (óptico).

La exploración ocular completa hecha en forma regular, suele revelar signos oculares de enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión, enfermedades renales, hipertiroidismo, etc.). Asi como trastornos propios del ojo. En ocasiones, los signos y síntomas oculares son la única evidencia física demostrable de enfermedad y es lo que hace que el paciente acuda al médico.

La exploración externa del ojo se comienza por los anejos oculares (cejas), los tejidos circundantes y siguiendo hacia el centro. La exploración de la ceja comienza con el tamaño, extensión y textura de pelo. Se observa si se extiende más allá del ojo propiamente dicho o si termina en los límites de este. El grosor del pelo de las cejas también es importante. Hecho lo anterior se procede a explorar la región orbitaria en busca de edema, hinchazón o lasitud de los tejidos infraorbitarios. Aunque la hinchazón puede deberse a la perdida de tejido elástico que se produce con la edad. Luego se procede a examinar la región de los párpados, para esto se pide al paciente que cierre los ojos sin fuerza, lo anterior

es útil para detectar fasciculaciones o temblores palpebrales, que constituyen un signo de hipertiroidismo. Se inspecciona la capacidad de oclusión y abertura completa de los párpados de ambos ojos. Se observa cualquier tipo de descamación, enrojecimiento o hinchazón del borde de los párpados. Deben existir pestañas en ambos párpados, dirigidas hacia fuera.

La palpación de los párpados es útil para buscar nódulos. Se le pide al paciente que cierre el ojo, a continuación se palpa el ojo propiamente dicho, se determina si se palpa duro o si es posible empujarlo suavemente hacia el interior de la órbita sin causar molestias. Un ojo muy resistente puede indicar glaucoma, hipertiroidismo o la presencia de un tumor retroorbitario.

Luego se explora la conjuntiva que en condiciones normales es transparente y poco visible, y presentan un aspecto rosado no eritematoso. La inspección de la conjuntiva del párpado inferior se realiza pidiéndole al paciente que mire hacia arriba, al tiempo que se tira con suavidad del párpado inferior hacia abajo. Examine la conjuntiva en busca de eritema o exudados.

A nivel del iris y la pupila, se examina cualquier irregularidad en la forma de las pupilas; deben ser redondas, regulares y del mismo tamaño. Con respecto al iris por lo general los dos son del mismo color.

La esclerótica se examina en primer lugar para comprobar si es blanca. Solo debe ser visible por encima del iris si los párpados se encuentran muy abiertos.

Finalmente exploramos la región de la glándula lagrimal, se palpa el reborde orbitario inferior junto al ángulo interno, las glándulas lagrimales raras veces se hipertrofian. (SEIDEL, 1998) (MATLON H, 1995) (DONALD W.,1997) (GIGLIO, 2000)

5.3.2 Oídos

El oído es el órgano de la audición y el equilibrio. Se divide en tres partes: oído externo (oreja y conducto auditivo externo), oído medio (caja timpánica), oído interno (caracol y laberinto estático). Las tres porciones participan en la audición.

Se examinan los pabellones auriculares en cuanto a su tamaño, forma, simetría, cicatriz, color y posición en la cabeza. También se evalúa la región lateral y medial, así como el tejido circundante, observando el color, presencia de deformidades, lesiones y nódulos. Los pabellones auriculares deben tener el mismo color de la cara. En la región preauricular no deben existir aberturas ni derrames. El color de los pabellones auriculares puede variar en ciertas

circunstancias; así, una tonalidad azulada puede indicar un cierto grado de cianosis, palidez en caso de anemia o amarillenta en caso de ictericia, trasparencia por pequeñas embolias capilares en caso de endocarditis infecciosa, el rubor excesivo puede deberse a la estabilidad vasomotora.

En canal auditivo externo se examina si hay presencia de derrame y se registra cualquier olor eventual.

Se palpan los pabellones auriculares y las mastoides en busca de sensibilidad dolorosa hinchazón o nódulos. La tracción suave del lóbulo no debe causar dolor.

La audición puede estar aumentada (hiperacusia) pero es más frecuente comprobar disminución de la agudeza auditiva (hipoacusia) que puede llegar a la sordera total (acusia), como consecuencia de otosclerosis. (SEIDEL, 1998) (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997)

5.3.3 Nariz.

Hay gran variedad de formas de la nariz dependiendo en gran medida del origen racial, todas las cuales caen en los márgenes de normalidad. La nariz se inspecciona en busca de desviaciones en cuanto a su forma, tamaño y color. Se

observan las posibles descargas a través de esta, enrojecimiento o estrechez. La piel debe ser suave y del mismo color de la cara.

Se debe palpar en el puente y los tejidos blandos de la nariz. Observar cualquier desplazamiento del hueso o cartílago, la existencia de masas, dolor o sensibilidad. Colocar un dedo a cada lado del arco nasal y palpar con suavidad, desplazando los dedos desde el puente hasta la punta de la nariz. Las estructuras nasales deben notarse firmes y estables a la palpación, y no han de existir masas ni zonas de sensibilidad dolorosa.

Deformaciones, como la nariz en silla de montar se relaciona con sífilis hereditaria. El lupus eritematoso produce la lesión característica “en mariposa” sobre la nariz con las alas que parecen extenderse sobre las mejias. Los tumores en la nariz, nasofaríngeos o senos paranasales pueden notar deformidad notable de la cara.

El color de la nariz puede variar a azulado o violáceo en caso de cianosis y a rubicundez, en caso de lupus eritematoso o alcoholismo crónico. Una relativa dificultad respiratoria espacialmente si va relacionada a fiebre, ocasionara aleteo nasal.

5.3.4 Istmo de las fauces y orofaringe:

El istmo de las fauces está situado en el borde inferior del velo del paladar, la base de la lengua y los pilares anteriores; es el límite posterior de la cavidad bucal y la comunicación con la faringe, en tanto esta última es una estructura situada por delante de las vértebras cervicales que se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago, constituyendo una vía de paso común a los conductos respiratorio y digestivo, ésta se divide en tres porciones: nasofaringe, orofaringe y laringofaringe.

El istmo de las fauces y la orofaringe se explora junto con los dientes y cavidad bucal, se inspeccionan usando un espejo frontal, una luz reflejada y un depresor lingual que se sostiene como si fuera un palillo chino para obtener el control suficiente al aplicar presión. Con la cabeza del paciente ligeramente inclinada hacia atrás se procede a examinar la pared posterior de la orofaringe, ejerciendo presión con el depresor lingual en el tercio medio de la lengua (ver figura 60), al mismo tiempo que se pide al paciente que diga “ahhhh”, esto deprime la lengua y eleva la úvula, permitiendo examinar los pilares palatinos, el tamaño de las tonsilas, si existen y la integridad de la pared retrofaringea en busca de pólipos, pus, masas tumorales, etc. después se debe preparar al paciente para una respuesta nauseosa, tocar la pared posterior de la faringe de cada lado. El

desencadenamiento del reflejo nauseoso constituye también una prueba de los nervios glosofaríngeo y vago (IX y X), debe haber una respuesta bilateral

Por lo general, las amígdalas presentan un color rosado, que se integra completamente en el de la faringe, y no deben sobrepasar los límites marcados por los pilares amigdalinos, éstas pueden presentar criptas en las que se acumulan desechos celulares y restos de comida, si presentan aspecto enrojecido e hipertrofiado y están cubiertas de exudado, se debe pensar en la existencia de infección.

La mucosa de la pared posterior de la faringe debe ser lisa, suave, rosada y brillante, con algunos puntos pequeños e irregulares de tejido linfático y pequeños vasos sanguíneos. (SHAFER, 1996), (WALLACE 1996), (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (DONALD W.,1997) (SEIDEL, 1998) (SURÖS, 1996) (GIGLIO, 2000)

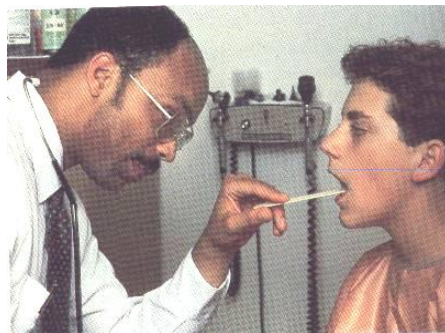


Figura 60.

5.3.5 Laringe:

La laringe es el órgano de la fonación que forma parte de las vías aéreas superiores y conecta la faringe con la traquea, presenta una gran prominencia denominada nuez de Adán, mayor en hombres que en mujeres, forma parte de la porción caudal de la pared anterior de la faringe y posee tres cartílagos simples (tiroides, cricoides y epiglotis) y otros tres dobles (aritenoides, corniculado y cuneiforme).

Para explorar la laringe, se toma suavemente la lengua con una gasa, y se jala hacia adelante, y se coloca el espejo contra el paladar blando frente a la úvula, moviéndolo con suavidad hasta ver las cuerdas, se solicita al paciente que diga “Ihhh” al mismo tiempo que se observa el movimiento simétrico de las cuerdas.

La ronquera puede ser la molestia principal o una manifestación observada de forma accidental, los cambios en las características de la voz pueden deberse a trastornos laringeos locales, en especial en infecciones virales de las vías aéreas. (WALLACE 1996), (MATLON H, 1995)

5.3.6 Músculos:

El odontólogo debe conocer la localización y la acción de muchos músculos de cabeza y cuello para realizar una acuciosa exploración del paciente. Esta información es importante debido a que la localización de muchas otras estructuras como huesos, vasos sanguíneos, nervios y ganglios linfáticos, se relaciona con la localización de los músculos. Los músculos pueden tener también función anormal en trastorno de la articulación temporomandibular, disfunción oclusal y ciertas enfermedades del sistema nervioso central. Los músculos y sus inervaciones también merecen consideración en la diseminación de infecciones dentales.

Músculos de la expresión facial: son músculos pares en la aponeurosis superficial de los tejidos faciales. Todos los músculos de la expresión facial se originan en hueso y se insertan en tejido cutáneo su localización puede variar en cuero cabelludo o en las regiones ocular o bucal.

Durante la expresión facial los músculos involucrados actúan en diversas combinaciones al igual que los músculos de la masticación para variar el aspecto de la cara. La incapacidad para formar expresiones faciales de un lado de la cara puede ser el primer signo de lesión del VII par craneal.

5.3.6.1 Músculos de la expresión facial en la región ocular

- a) *Músculo epicraneo* esta situado en el cuero cabelludo; formado por dos vientres uno frontal y uno occipital para su exploración se le pide al paciente que eleve las cejas y el cuero cabelludo con una expresión de sorpresa.

- b) *Músculo orbicular de los parpados*: Es un músculo de la expresión facial que rodea el borde de la orbita y los parpados; los orbiculares cierran los parpados. Si todas las fibras se encuentran activas el ojo puede quedar estrábico y entonces formarse arrugas en las porciones laterales de los ojos “patas de gallo”.

- c) *Músculo superciliar*: es un músculo de la expresión facial que se encuentra en la región ocular, profunda respecto a la porción superior del músculo orbicular de los parpados. El músculo superciliar desplaza el tejido cutáneo de la ceja en sentido medial inferior de la nariz. Este movimiento provoca arrugas verticales en la frente, para su inspección se le pide al paciente que frunza el ceño.

5. 3.6.2 Músculos de la expresión facial en la región de la boca.

- a) *Músculo orbicular de los labios:* este músculo rodea la boca y se inserta en el tejido cutáneo de la mucosa bucal, su función es el de cerrar los labios y cuando sus fibras son muy activas estas se fruncen. Para su exploración se observa si el paciente cierra los labios sin dificultad.
- b) *Músculo buccinador:* este músculo forma la parte anterior de la mejilla, su función es el de jalar la comisura labial hacia fuera y acorta la mejilla en dirección vertical y horizontal. Se explora pidiéndole al paciente que sonría.
- c) *Músculo risorio:* Es un músculo delgado en la región de la boca encargado de ensanchar la boca como una sonrisa amplia. Este se inspecciona cuando el paciente se ríe.
- d) *Músculo elevador del labio superior:* se encuentra en el borde suborbitario del maxilar insertándose en el tejido cutáneo del labio superior. Para su inspección se le pide al paciente que levante el labio superior.
- e) *Músculo del ala de la nariz y del labio superior:* se origina en la apófisis

ascendente del maxilar luego se dirige hacia abajo para insertarse en dos áreas una de la nariz y otra del labio superior. Para su inspección se le pide al paciente que haga una expresión de desprecio.

f) *Músculo cigomático mayor*: es otro músculo de la región facial que tiene la función de elevar el ángulo del labio superior y lo desplaza hacia fuera como cuando una persona sonríe.

g) *Músculo cigomático menor*: es un pequeño músculo de la expresión facial de la región de la boca, medial al músculo cigomático mayor, su función es elevar el labio superior. Se explora pidiéndole al paciente que sonría.

h) *Músculo canino*: este es profundo con respecto a los cigomáticos mayor y menor su acción es también elevar el ángulo de la boca. Se explora cuando una persona sonríe.

i) *Músculo triangular de los labios*: este se encuentra en la región bucal inferior, su función es que deprime la comisura labial, para su inspección se le deprime al paciente que frunza la boca.

j) *Músculo cuadrado del mentón o cuadrado de la barba*: se encuentra por

debajo del músculo triangular de los labios, su acción es deprimir el labio inferior y expone los incisivos mandibulares.

k) Músculo borla del mentón: es corto y grueso de la expresión facial situado en posición superior y medial respecto al nervio mentoneano en la región de la boca. Su función es elevar el mentón y provoca que el labio inferior desplazado entre en protrución.

5.3.6.3 Músculos de la masticación:

Son cuatro pares de músculos insertados en la mandíbula: maseteros, temporales, pteregoideos internos y externos.

Este grupo de músculos son los responsables del cierre de la mandíbula, además de los movimientos de desplazamiento ya sea adelante, atrás y los lados.

El odontólogo debe conocer las relaciones de los músculos de la masticación con el movimiento de depresión, elevación, protrución, retracción y desviación lateral de la mandíbula. Estos músculos están inervados por el V par craneal.

En el caso del músculo masetero es el más prominente de los músculos de la masticación por que esta situado en posición superficial y es uno de los mas potentes. Para que el músculo masetero quede más prominente durante la exploración se le pide al paciente que apriete los dientes. Este músculo puede estar aumentado de tamaño en sujetos que habitualmente rechinan o aprietan los dientes.

Las anomalías congénitas de los músculos son más frecuentes en el esternocleidomastoideo que en los faciales o masticatorios. La palpación de los músculos brinda una noción adecuada del tono y grado de atrofia. El tono muscular es un acto reflejo que consiste en un estado de contracción semipermanente por descarga de neuronas motoras. Las alteraciones están relacionadas con una exageración del tono muscular normal (hipertonía) o su disminución (hipotonía); otra alteración son la mialgia que es el dolor y sensación de debilidad, causada por traumatismos en tejidos blandos por punciones con anestesia local, tratamientos odontológicos prolongados, contactos prematuros, pericoronaritis y estrés emocional, si el paciente presenta esta alteración, se puede identificar por la limitación en la apertura bucal y dolor en los movimientos mandibulares. El miospasma se caracteriza por mialgia funcional y disfuncional muscular, relacionada con trastornos locales, fatiga muscular y factores sistémicos, presentando el paciente cambios en la oclusión,

dolor en reposo y en la máxima intercuspidad y limitación en la apertura por tensión muscular. La miositis que es la inflamación de los músculos masticadores, que se identifica por la limitación de movimientos mandibulares, por mialgia y contractura muscular. (GIGLIO, 2000) (MATLON H, 1995)

5.3.7 Huesos de cabeza y cuello:

Los huesos son estructuras mineralizadas en el cuerpo; estas protegen los tejidos blandos internos y también sirven como base biomecánica para el movimiento del cuerpo, junto con los músculos, tendones y ligamentos. Estos sirven como base durante la palpación de tejidos blandos en el área, así mismo, son marcadores para identificar la localización de lesiones de tejidos blandos, y se incluyen en la exploración que realiza el odontólogo para determinar su afección por algún proceso morboso.

A nivel de cabeza se pueden identificar dos grupos de huesos, los huesos craneales (occipital, frontal, parietales, temporales, etmoides y esfenoides) y los huesos faciales que se dividen en pares (nasal, lagrimal, zigomático, maxilar superior, palatino, cornetes inferiores) e impares (vómer y mandíbula).

A nivel de la parte posterior del cuello se pueden identificar las vértebras cervicales, las que en total son siete, de las cuales las dos primeras son más

pequeñas (Axis y atlas), un hueso que puede encontrarse en la parte anterior del cuello es el hiodes el cual esta suspendido en el cuello y forma la base de la lengua y laringe.

Para la exploración del cráneo hay que tener en cuenta que este grupo de huesos son inmóviles con excepción del la mandíbula que posee una articulación (temporomandibular), es más fácil explorar el cráneo si primero se le ve desde varios puntos: superior, anterior y lateral, inspeccionarlo en cuanto a su tamaño, forma y simetría, luego palparlo mediante movimientos rotatorios suaves, avanzando sistemáticamente desde la frente hasta el occipucio. El cráneo debe ser simétrico y liso, y los huesos deben ser distinguibles, en algunos individuos es posible percibir la elevación de la sutura sagital. La presencia de una depresión o indentacion en el cráneo puede ser indicativa de fractura craneal, asi también la presencia de cualquier engrosamiento, dureza o sensibilidad al tacto puede asociarse con anomalía vascular. El odontólogo debe registrar cualquier área anormal del hueso y hacer las referencias necesarias, es importante recordar que muchos huesos de la cara son compartidos por dos o mas componentes de tejidos blandos, una anomalía en el hueso facial, con frecuencia afecta a muchos componentes blandos, un ejemplo de esto es la fractura del hueso frontal en la cual se halla afectado clínicamente el ojo. Asi también la lesión de cualquiera de las vértebras afectaría el tratamiento odontológico en la medida que el paciente

puede sufrir una diversidad de problemas, que van desde dificultad del movimiento hasta parálisis.

No solo es importante un examen clínico del maxilar y la mandíbula sino también un estudio radiográfico, ya que se pueden explorar diferentes zonas del hueso la primera o mas externa es la lamina dura la cual puede estar engrosada en los casos de cargas oclusales aunque también se puede presentar discontinua. Otra zona a explorar es la cresta ósea en la cual se evalúa su integridad (forma y Posición); generalmente la cresta ósea tiene formas determinadas en zonas especificas es asi que en el sector anterior inferior la cresta ósea tiene forma de lanza y su antagonista superior tiene forma piramidal. A nivel de molares presenta forma de meseta; estas formas pueden verse modificadas por ejemplo una forma angulada de la cresta ósea, puede ser indicativo de una oclusión traumática.

El trabeculado en condiciones normales en maxilar superior se presenta en forma de panal de abeja (tipo II), y en la mandíbula se presenta en forma de escalerilla (tipo I). En los casos de aumento de la densidad de hueso las trabeculas se ven alteradas en cuanto a número, tamaño y distribución de las trabeculas o pueden observarse zonas circunscritas radiolucidas con alo radiopaco en los casos de quiste. Finalmente se observa el espacio interradicular en busca de posibles reabsorciones. (SEIDEL, 1998)

5.3.8 Articulación temporomandibular

La articulación temporomandibular es una di-artrosis en la que existe una superficie ósea cóncava (cavidad articular) y una superficie ósea convexa (condilo mandibular), también es denominada sinovial, debido a que entre las superficies articulares existe un disco o menisco articular, que divide a la cápsula articular en dos compartimientos en donde se aloja el líquido sinovial.

Todo examen articular se inicia en la articulación temporomandibular, para ello es importante localizarla, situando la punta de los dedos inmediatamente por delante del trago de cada pabellón auricular. Se debe pedir al paciente que abra la boca y se debe deslizar la punta de los dedos en la articulación y palpar con suavidad el espacio articular, repetir esto a medida que el paciente abre y cierra la boca, analizar el desplazamiento del cóndilo, el grado de apertura bucal, hipersensibilidad, crepitación, chasquido, inflamación, asimetría de movimiento y si existe algún dolor (puede referirse al oído). Como ayuda para el diagnóstico de las alteraciones de la articulación temporomandibular del paciente se requerirá una radiografía de la articulación o imágenes de resonancia magnética.

El rango de movimiento se examina pidiendo al paciente que realice los siguientes movimientos:

- Abrir y cerrar la boca: es de esperar un espacio de 3 a 6 cm entre los dientes superiores e inferiores en apertura (ver figura 61).

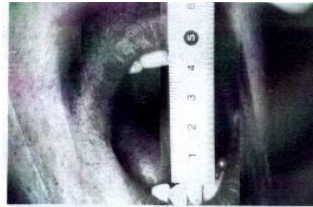


Figura 61.

- Mover lateralmente la mandíbula a cada lado: debe moverse de 1 a 2 cm en cada dirección (ver figura 62).
- Protruir y retraer la mandíbula: ambos movimientos han de ser posibles (ver figura 63).



Figura 62.



Figura 63.

Si el paciente no puede abrir o cerrar la boca, es posible que el arco cigomático este empujando la rama o apófisis coronoides de la mandíbula, la inmovilización repentina, es evidencia de anquilosis; la limitación del movimiento por dolor e inflamación, pueden indicar algún proceso traumático como luxaciones, subluxaciones o fracturas condilares. (SEIDEL, 1998) (DONALD W.,1997) (MATLON H, 1995)

Instrumental para el examen bucal:

Espejo: los espejos dentales constan de 3 partes: mango, tallo y extremo de trabajo. Existen 3 tipos de espejos dentales de acuerdo a su superficie son: Superficie frontal y los de superficie plana o cóncavo. Los más utilizados en odontología son los de superficie frontal ya que muestran una imagen mas precisa.

Los espejos dentales tienen diferentes usos:

- visión indirecta: esta se utiliza cuando sea imposible la visión directa de una estructura intraoral.
- Retracción: el espejo intraoral se puede usar también para la separación de la lengua y las mejillas, cuando estos impidan el acceso manual y visual a varias zonas de la boca y proteger tejidos blandos.

- Iluminación: esta es una técnica para mejorar la agudeza de la visión, esta consiste en reflejar la luz de la lámpara dental en el espejo sobre una zona de la cavidad bucal.
- Transiluminación: es el reflejo de la luz a través de los dientes desde lingual, mientras se observan desde vestibular. Esto es útil para ver calculo supragingival y lesiones cariosas.

Explorador: Es un instrumento diseñado para ser sensible ya que permite al odontólogo obtener importante información sobre la superficie del diente y la raíz, el extremo de sensibilidad del explorador se debe a una sección circular. El extremo de trabajo se asemeja a un alambre delgado que se afina hacia la punta; este es muy afilado y se usa para la detección de caries. Los exploradores pueden ser: único, doble pareado o doble con extremos diferentes, los más utilizados en odontología son estos últimos y presentan varias ventajas como el hecho que son dos instrumentos en uno, lo cual reduce el costo y el número de instrumentos necesarios. Son instrumentos universales que permite el acceso a todas las superficies dentales con una sola herramienta.

El uso del explorador se da a través de la sensibilidad táctil en donde el odontólogo puede determinar la textura y las características de un diente. Cuando

el explorador se usa para examinar el cingulo, las lesiones de furca y depresiones radiculares, facilitan la detección de irregularidades en la superficie, incluyendo caries, márgenes de restauraciones defectuosas, áreas de descalcificación y otros problemas que no son aparentes.

Sonda periodontal: sirve para localizar, medir y marcar las bolsas periodontales así también para establecer su trayectoria en superficies dentales individuales, la sonda típica es un instrumento que consta de dos extremos uno tipo barra calibrado en milímetros y de forma piramidal, su extremo es romo y redondeado, de manera idónea estas sondas son delgadas y el vástago se angula para poderla insertar sin dificultad en la bolsa. El otro extremo es curvo y sirve para valorar la zona de furcación de las piezas multirradiculares.

Para medir la bolsa se inserta con presión firme el instrumento cuidadosamente hasta el fondo de la bolsa. El vástago debe alinearse con el eje longitudinal de la superficie dental por sondear. Se efectúan varias mediciones para determinar el nivel de inserción a lo largo de la superficie del diente. (BAUM-PHILLIPS, 1999) (CARRANZA-NEWMAN., 1998)

5.3.9 Labios

Los labios son repliegues mucocutaneos en los que se distinguen tres partes: revestimiento cutáneo, borde libre y revestimiento mucoso. Para el examen de los labios se debe pedir al paciente femenino que elimine por completo la pintura antes de la inspección.

El *revestimiento cutáneo (piel)*: se examina con la boca cerrada (ver figura 64) observando sus limites en la base de la nariz, surco nasogeneano, línea que baja desde la pupila y que pasa generalmente a medio centímetro por fuera de las comisuras y el surco mentólabial. Además de lo anterior se observa la forma, el tamaño, el color, textura y las alteraciones, si las hubiera. El color Los labios deben ser rosados y simétricos ya sea en el eje vertical como del horizontal y tanto en reposo como en movimiento. El borde neto de los labios entre la piel y la cara debe ser liso, suave y sin lesiones.

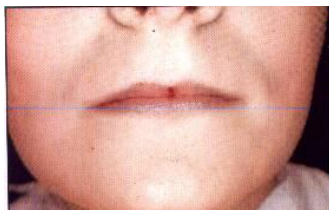


Figura 64.

El *borde libre*: Esta constituido por semimucosa. Se evalúa por medio de la inspección y la palpación digital con los dedos pulgar e índice (ver figura 65). Se estira la semimucosa y se observan los sectores comisural derecho e izquierdo. Se pueden encontrar en este sector los surcos y puntos de Fordyce (glándulas sebáceas ectopicas).



Figura 65.

El *revestimiento mucoso interno (mucosa)*: se explora evertiendo ambos labios con los dedos pulgar por dentro e índice por fuera (ver figura 66-67), en forma bimanual, debe analizarse el color la textura y la humedad de la mucosa para lo anterior se procede al secado de esta utilizando una gasa para evaluar la secreción de las glándulas salivales accesorias. En la mucosa están presentes las siguientes estructuras: línea de Klein, (que separan la mucosa de la semimucosa), granulaciones (cuerpos de las gándulas accesorias salivales), frenillos, fondo de surco, mucosa alveolar y encía.



Figura 66.

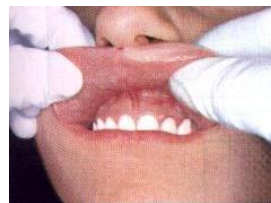


Figura 67.

Los labios pueden también presentar deformación desde el nacimiento, como fosetas y fisuras labiales congénitas o el bien conocido caso de labio leporino, que puede algunas veces verse acompañado de paladar hendido. (SEIDEL, 1998) (SURÖS BATILLO, 1996) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997)(MATLON H, 1995) (GIGLIO, 2000)

5.3.10 Mucosa yugal

La mucosa yugal es de color rosado, suave y húmeda; Para su exploración es indispensable el uso de un depresor de lengua y una iluminación potente, estudiándose las áreas en el siguiente orden:

Mucosa yugal anterior o retrocomisural: Se accede evertiendo el carrillo con los dedos índices y pulgares de ambas manos (ver figura 68).



Figura 68.

Mucosa yugal posterior: Se examina de forma indirecta empleando el espejo bucal para separar los carrillos (ver figura 69).



Figura 69.

La desembocadura del conducto estensen (parotideo) debe aparecer en forma de una pequeña protrucción blanco-amarillento o blanca-rosada alineada aproximadamente a nivel del segundo molar superior tiene aspecto de papila y al comprimir la glándula parótida (previo secado el orificio con una gasa), se observa la excreción de saliva fluida y clara. Se evalúa la línea alba bucalis (anterooclusal), que aparece como una línea blanca de mucosa engrosada entre las superficies bucales de los molares.

En la mucosa yugal se palpa el borde anterior del músculo masetero, la arteria facial, la bola adiposa de Bichat (situada en el borde anterior del masetero) y el trayecto del conducto de estensen.

Las personas de piel oscura suelen presentar zonas pigmentadas en este sitio así como las encías. En personas ancianas hay mayor queratinización de la mucosa labial y de los carrillos, así como también atrofia del tejido conectivo con pérdida de elasticidad, decremento en el número de hexosas fijadas a proteínas y mucoproteínas, así como un aumento de la cantidad de mastocitos. (SHAFER 1996), (CARRANZA-NEWMAN 1998) (GIGLIO, 2000)

5.3.11 Paladar

El paladar está compuesto de dos partes: el paladar duro y blando.

Paladar duro: Está formado por mucosa firme fuertemente unida al hueso subyacente y paraqueratinizado. Es de color rosa más pálido que el resto. Se delimita en los dos sectores uno anterior y otro posterior. En el primero que se examina de forma indirecta con el espejo bucal se observan la papila ínterincisiva, las rugas palatinas (desde el segundo premolar hacia delante), el paladar se dispone transversalmente a ambos lados de la línea media asimétricamente. Su dibujo es variado en extremo y propio para cada individuo por lo cual se pueden hacer constar para la identificación personal y el rafe medio. En el segundo, que se evalúa por visión directa, se encuentran las fobas palatinas (orificios secretores de las glándulas palatinas). Puede presentar anomalías y deformaciones como: torus palatino, labio hendido complicado, etc.

Paladar blando: Posee una mucosa delgada y lisa, de color Rosado no queratinizada. Contiene gran cantidad de glándulas salivales menores. Para su inspección se pide al paciente que pronuncie “ah” y al mismo tiempo se deprime la lengua (ver figura 70). Cuando el paciente vocaliza se observa la elevación simétrica del paladar blando mientras la úvula (prolongación del paladar blando) permanece en la línea media; este método es útil en los niños (especialmente si lloran) si se aprovecha el momento oportuno. Esta maniobra también permite explorar los nervios glossofaríngeo y vago (IX,X). La ausencia de elevación bilateral del paladar blando al vocalizar puede deberse a parálisis del vago, en cuyo caso la úvula se desviara al lado del nervio no afectado. (SHAFER 1996)(SEIDEL, 1998) (DONALD W.,1997) (SURÖS BATILLO, 1996) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (GIGLIO, 2000)

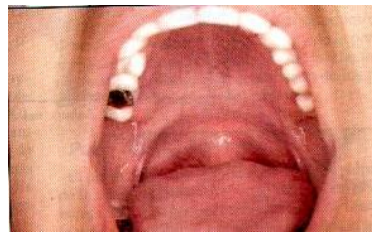


Figura 70.

5.3.12 Lengua

La lengua es un órgano muscular cuya base esta unida al suelo de la boca. La superficie inferior de la lengua esta relacionada con el piso de la boca, esta revestida por una fina mucosa no queratinizada íntimamente unida a los músculos subyacentes. El dorso de la lengua puede dividirse en dos tercios (anterior y posterior), que normalmente es húmeda, papilada y rosada a la inspección. Se examina primero mediante inspección en reposo y después cuando se proyecta hacia fuera, seguidamente, se debe palpar la lengua y el suelo de la boca en busca de bultos, nódulos y ulceraciones (ver figura 71-72).

En reposo es aplanada y de un tamaño proporcional al suelo de la boca, tiene un aspecto peculiar que resulta de la presencia de surcos y papilas. Una hendidura en forma de “V” con una depresión en la punta, marca el final de su tercio posterior, este no tiene papilas sino simplemente folículos linfáticos. En los dos tercios anteriores encontramos 3 tipos de papilas (fungiformes, filiformes, caliciformes o circunvaladas) (ver figura 73).

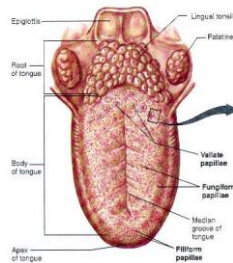


Figura 71.

Normalmente al proyectarse la lengua hacia fuera lo hace sin titubeo alguno y sin desviarse de la línea media. (SHAFER 1996.)(SURÖS BATILLO, 1996) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (DONALD W.,1997) (SEIDEL, 1998) (GIGLIO, 2000)

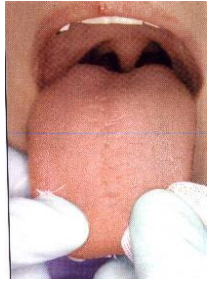


Figura 72.



Figura 73.

5.3.13 Piso de la boca.

Para examinar el piso de la boca el paciente debe estar sentado, con la espalda recta y la mandíbula perpendicular al piso. En él se observa la mucosa que lo recubre, la cual es fina y deslizante. Las carunculas sublinguales, eminencias redondeadas que se ubican a ambos lados de los frenillos, corresponden al relieve de glándulas sublinguales. En los pliegues sublinguales son visibles las desembocaduras de los conductos de Walther (ver figura 74).

La palpación de piso de la boca es endobucal, exobucal y bimanual. Consiste en colocar el dedo índice de una mano sobre la boca (endobucal) para que recorra y reconozca las distintas estructuras, y la mano contraria (exobucal)

haciendo plano submandibular (ver figura 75). Deben palparse sistemáticamente la cara interna de la mandíbula, la línea oblicua interna, el torus mandibular, la apófisis genis, las glándulas y los ganglios submaxilares. (DONALD W.,1997) (SURÖS BATILLO, 1996) (MATLON H, 1995) (GIGLIO, 2000)

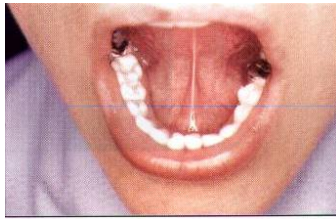


Figura 74.



Figura 75.

5.3.14 Encía.

Es la parte de la mucosa (mucosa masticatoria) que reviste los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes. La encía puede dividirse en tres regiones:

Encía marginal: también conocida como encía no insertada, este tipo corresponde al margen terminal, que rodea los dientes como un collar.

Encía insertada (adherida): esta encía se continúa con la encía marginal. Es firme, recilente y se fija con fuerza al periodonto subyacente del hueso alveolar y esta separada de la mucosa a través de la unión mucogingival.

Encía interdental (papilar): ocupa el espacio interdental proximal entre los dientes por debajo de su área de contacto y esta puede ser piramidal y tener una forma de collado.

Para el estudio de la encía se tiene que observar los siguientes aspectos: color, textura, posición, consistencia, tamaño, contorno y forma (ver figura 76).



Figura 76.

5.3.15 Dientes

El estudio de los dientes interesa por varios motivos:

- a) Por su relación con la patología de la cavidad bucal y órganos vecinos (ojos, senos nasales).
- b) Porque una masticación correcta es importante para un normal proceso digestivo.
- d) Por su posibilidad de comportarse como focos sépticos (infección local estomatógena).

d) Por poner en evidencia enfermedades del desarrollo dentario; las secuelas patológicas quedan ampliamente fijadas en ellos.

Para el examen de los dientes se hace necesaria la utilización del espejo dental, explorador, pinza de curación y sonda periodontal; así también es necesario e imprescindible tanto la toma de radiografías periapicales y de aleta, como de modelos de estudio de arcos completos, que deben estar bien vaciados (sin burbujas), bien recortados y montados ya sea en oclusor o en articulador, ya que esto permite una mejor visión de la forma dentaria, brechas edentulas, giroversiones, alturas ocluso-cervical de pilares extracciones, oclusión, etc. Se separan los labios y mejias utilizando el espejo como retractor para contemplar la cara externa de cada una de las piezas dentarias existentes, el examen se repite con la cara interna de los dientes, para ello se desvía la lengua para facilitar la maniobra, también es necesaria la utilización del explorador para localizar caries tanto en superficies lisas como en la cara oclusal de las piezas dentarias. Se debe inspeccionar el tipo de dentición, la higiene bucal del paciente, el número de dientes presentes al igual que el número de ausentes (perdidos o no erupcionados), color, manchas, transposiciones, caries, fracturas, atrición, abrasión, erosión, movilidad dentaria, extrusiones, intrusiones, giroversiones y el tipo de oclusión.

La dentición del hombre al igual que todos los mamíferos posee dos series completas de dientes, la primera llamada temporal, caduca o de leche, que empieza a aparecer en la cavidad bucal del lactante alrededor de los seis meses y la segunda dentición o permanente que inicia a partir de los seis años, observándose la sustitución de los temporales por los permanentes entre los seis y doce años constituyéndose así el período de dentición mixta. Algunas diferencias morfológicas entre la dentición primaria y permanente son: el menor tamaño en todas dimensiones de los dientes temporales, el color blanco lechoso, el mayor grosor del esmalte de los temporarios, además de la amplitud y mayor altura de sus cuernos pulpares y la presencia de diastemas.

La higiene es otro aspecto importante ya que una cavidad bucal descuidada, presenta abundante placa dentobacteriana, depósitos de sarro, restos de alimentos y caries abundantes, además de prótesis y restauraciones en mal estado.

Todo odontólogo debe de conocer la edades de erupción ya que es un punto importante a la hora de la exploración clínica, la primera pieza decidua sale alrededor de los 6 meses de edad, aunque una erupción retrasada de hasta un año no es importante si no existen otros signos de retraso en el desarrollo. las edades cronológicas aproximadas de erupción son:

Dentición temporal o caduca; **inferiores**: incisivos centrales de 6 a 10 meses, incisivos laterales de 10 a 16 meses, caninos de 17 a 23 meses, primeros molares de 14 a 18 meses, segundos molares de 23 a 31 meses (ver figura 78). **Superiores**: incisivos centrales de 8 a 10 meses, incisivos laterales de 9 a 13 meses, caninos de 16 a 22 meses, primeros molares de 13 a 19 meses, segundos molares de 25 a 33 meses (ver figura 77).

Dentición permanente: **inferiores**: incisivos centrales de 6 a 7 años, incisivos laterales de 7 a 8 años, caninos de 9 a 10 años, primeros y segundos premolares de 10 a 12 años, primeros molares de 6 a 7 años, segundos molares de 11 a 13 años, terceros molares de 17 a 21 años (ver figura 80). **Superiores**: incisivos centrales de 7 a 8 años, incisivos laterales de 8 a 10 años, caninos de 11 a 12 años, primeros y segundos premolares de 10 a 12 años, primeros molares de 6 a 7 años, segundos molares de 12 a 13 años, terceros molares de 17 a 21 años (ver figura 79).

Un caso extremo de erupción acelerada es la presencia de un diente en el momento de nacer. Conocidos como dientes neonatales, que por lo general es uno dos dientes y mas a menudo los centrales mandibulares deciduos, un retraso generalizado de la dentición puede estar asociado a raquitismo, cretinismo y displasia cleidocraneal, además pueden existir también factores locales que

retardan la erupción, por ejemplo la fibromatosis gingival, en la cual el tejido conectivo denso no permite la erupción dental, también existen casos de dientes incluidos, impactados y anquilosados.

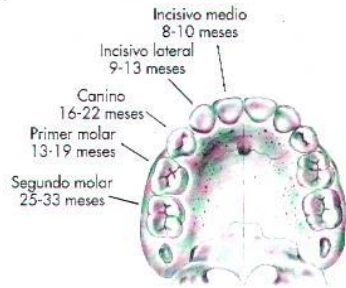


Figura 77.

Dientes temporales superiores

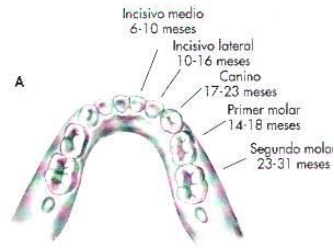


Figura 78.

Dientes temporales inferiores

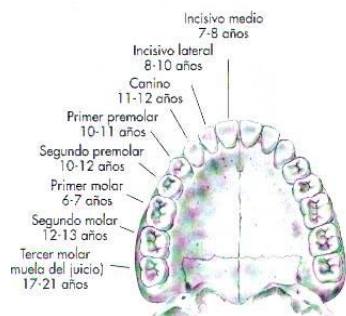


Figura 79.

Dientes permanentes superiores

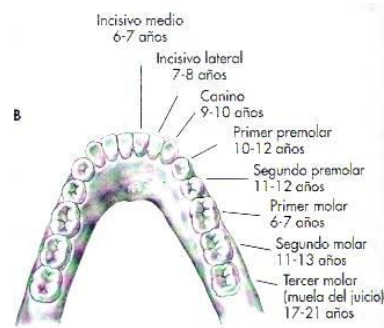


Figura 80.

Dientes permanentes inferiores

En el examen del número de dientes, deben existir normalmente 20 dientes temporales o caducos y 32 dientes permanentes. La falta completa de dientes (anodoncia) es resultado de un fallo inicial de los gérmenes dentarios primitivos en su diferenciación, si no se forman los dientes de leche la posibilidad de

producir una dentición permanente es prácticamente nula. si falta un diente de leche (más a menudo el incisivo lateral superior), puede faltar el diente permanente que le seguirá, una afección rara consiste en que, aunque la dentición de leche sea completa, existe una diferenciación incompleta de los dientes permanentes, los que probablemente faltaran son los incisivos laterales superiores, los segundos premolares inferiores y los terceros molares, a menudo la ausencia es bilateral.

A menudo también pueden presentarse un número excesivo de dientes, superpoblado de tal manera que resulta mecánicamente imposible su erupción. Los dientes supernumerarios no son raros, y pueden semejarse estrechamente a los dientes del grupo al que pertenecen, aunque estos pueden encontrarse en cualquier sitio, tienen una aparente predilección por algunos, por ejemplo, el diente supernumerario más común es el mesiodens, situado entre los incisivos centrales maxilares y que se presenta aislado o en pares. El segundo en frecuencia es el que se sitúa distal al tercer molar y se presenta como un molar rudimentario y los últimos en frecuencia son los paramolares maxilares. Cuando se presentan en la dentición decidua por lo regular son el incisivo lateral maxilar, aunque se han encontrado caninos deciduos tanto maxilares como mandibulares, de existir múltiples dientes supernumerarios tanto erupcionados como impactados debe pensarse en disostosis cleidocraneal o en el síndrome de Gardner.

También dentro del examen dental deben observarse las manchas y determinar si son intrínsecas o extrínsecas, ya que pueden deberse a limpieza inadecuada, tabaco, bacterias cromógenas, hongos, hierro, pigmentantes alimenticios, necrosis pulpar, caries extensas, restauraciones por amalgama, etc. Y evaluar el número de caries determinando su ubicación y grado, es decir si se sitúan en superficies lisas, interproximales u oclusales y si involucran solo esmalte o también dentina e incluso cámara pulpar, para esto es indispensable la obtención de radiografías, también es importante saber diferenciar una hipoplasia de esmalte, de una mancha blanca, así como también los distintos signos de desgaste entre los que se incluyen la atrición, abrasión y erosión.

En cuanto a la oclusión se debe iniciar realizando el análisis oclusal, que sirve para detectar contactos prematuros o interferencias oclusales tanto en oclusión céntrica como en posiciones de lateralidad y protrusiva, éste análisis se comienza tomando la apertura máxima que en condiciones normales en el hombre es de 48-54 mm y en las mujeres de 38-42 mm, así también se evalúa lateralidad tanto izquierda como derecha que puede ir de 1 a 3 cm.; lo anterior se realiza utilizando una regla milimetrada de metal o un calibrador. Luego se realiza el análisis interoclusal donde en condiciones normales debería encontrarse una oclusión de protección mutua, llamada así por que en los diferentes movimientos mandibulares hay un grupo de dientes encargados de proteger a otros y viceversa;

por ejemplo: en los movimientos protrusivos solo los bordes incisales deben hacer contacto quedando desocluido el sector posterior, estableciéndose una buena guía anterior; en los movimientos de lateralidad (trabajo y balance) los únicos dientes que hacen contacto son los caninos y en oclusión céntrica deben hacer únicamente contacto premolares y molares; así también debe haber coincidencia de la línea media dental y la oclusión céntrica - relación céntrica. Se continua analizando el overjet y el overbite; para medir el overjet se utiliza una regla milimetrada metálica y se toma la medida desde las caras vestibulares de los incisivos inferiores a las caras palatinas de los incisivos superiores, dicho espacio entre las dos superficies será aproximadamente de 3mm en cuanto a la medida del overbite se toma verificando el traspase vertical de los bordes de los incisivos superiores sobre los bordes de los incisivos inferiores, dicha medida será de 3 mm aproximadamente.

En cuando a la oclusion de acuerdo a la relacion molar se dice que es correcta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se apoyan directamente sobre el surco mesiovestibular del primer molar inferior y los incisivos superiores sobresalen ligeramente por delante de los inferiores (ver figura 81). La protrusión de los incisivos superiores o inferiores, y la existencia de piezas dentarias posteriores que no coincidan con sus homólogos del arco contrario son signos de maloclusión (ver figura 82, 83), que pueden indicar

fractura de mandíbula, anomalías congénitas o del desarrollo, falta de concordancia entre el tamaño de dientes y maxilares o algunos tipos de mal posiciones dentales.

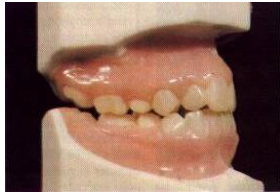


Figura 81. Clase I.

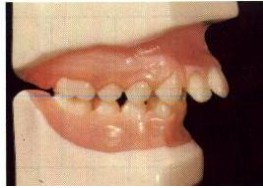


Figura 82. Clase II.

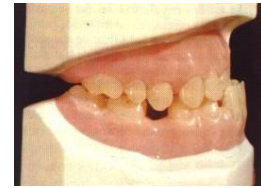


Figura 83. Clase III.

Finalmente y con igual importancia debe evaluarse el anclaje dental, ya que alteraciones como, intoxicación por mercurio, escorbuto y la enfermedad periodontal pueden causar aflojamiento dental con la consecuente pérdida de estos. (KRAUS), (SHAFFER 1996) (SURÖS BATILLO, 1996) (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (SEIDEL, 1998) (AREVALO R., 1999).

5.3.16 Glándulas salivales.

Las glándulas salivales elaboran un jugo común llamado saliva (primer jugo digestivo que se pone en contacto con el alimento y su secreción es controlada por el sistema nervioso autónomo), la composición de esta varía en relación con la estructura secretante y de una especie a otra.

Las glándulas salivales se dividen en:

Mayores: son glándulas pares con conductos excretores largos; comprenden las parótidas, sublinguales y submaxilares.

Menores: poseen conductos excretores cortos y comprenden las glándulas labiales, palatinas, linguales y molares o retromolares.

Para el estudio de las glándulas salivales es importante observar y palpar la piel: varicosidades, trayectos fistulosos, volumen y simetría de glándulas afectadas. La técnica de exploración es la siguiente:

- Parótida: ocupa la zona parotídea de la región anterolateral del cuello; en condiciones normales no llena la depresión que hay debajo de esta zona y delante del lóbulo de la oreja (en condiciones normales no se palpa). La exploración se inicia con la inspección de la zona: presencia de abultamiento, simetría, coloración de la piel y levantamiento del lóbulo de la oreja. El examen se completa con la palpación, con las manos dispuestas a uno y otro lado de la región, recorriendo su cara externa para evaluar su superficie, límites, consistencia y sensibilidad. Para evaluar la permeabilidad del orificio de salida del conducto excretor de la parótida, conducto de Stenon o Stensen, que se ubica a nivel del segundo molar

superior (ver figura 84), se pide al paciente que abra la boca. Se seca con una gasa y se observa la excreción salival espontánea o inducida por compresión glandular, o por sustancias que la estimula.



Figura 84. Conducto de Stenon.

- Submaxilar: esta glándula se localiza en la celda submaxilar cuyos límites son: vientres anterior y posterior del digástrico y borde inferior del cuerpo mandibular. Normalmente no hace relieve en el cuello (lo mismo ocurre con la sublingual), pero si aumenta de tamaño en forma franca se hace evidente por debajo del ángulo de la mandíbula. Hay dos técnicas para la palpación de esta glándula: *endobucal-exobucal*, con una mano se hace plano por debajo del borde mandibular y con el dedo índice de la otra (endobucal) se localiza la glándula en el piso de la boca (ver figura 85). La otra es *exobucal*, se inclina la cabeza del paciente hacia el lado que se va a palpar y con los dedos índice y anular de una mano se palpa la glándula (ver figura 86). Al igual que la parótida, se la puede estimular

para evaluar la permeabilidad de su conducto excretor (conducto de Warthon), ubicado en el piso de la boca.



Figura 85. Técnica exobucal Figura 86. Técnica endobucal

Sublingual: se encuentra en el espacio cuadrangular delimitado por una pared externa, la fosita sublingual; una interna, la lengua; una inferior, el músculo milohioideo, y una superior, relacionada con la mucosa del piso de la boca. Esta glándula es, en realidad, el resultado del agrupamiento de varias glándulas, cada una de las cuales tiene su propio conducto excretor (10 a 30), denominados conductos de Walther. Éstos desembocan en forma de papilas ubicadas a lo largo de las carúnculas sublinguales. Uno de ellos (el más voluminoso y a veces único) es el conducto de Rivinus o de Bartholino, que desemboca por fuera del conducto de Warthon (ver figura 87). En estado de normalidad no es accesible a la palpación. Su agrandamiento hace procedencia submentoniana y en el piso de la boca. (SHAFER 1996) (GIGLIO, 2000) (SURÖS BATILLO, 1996) (SEIDEL, 1998) (MATLON H, 1995)



Figura 87. Conducto de Bartholino.

5.3.17 Aliento

Este puede sugerir la enfermedad del paciente pueden estar influenciado por afecciones dentales, tonsilares, nasales, pilóricas, bronquiales y pulmonares.

Algunos tipos de aliento son:

- 1- Urinoso: se presenta en la uremia.
- 2- afrutado: se presenta en la diabetes sacarina en especial con cetoacidosis importante.
- 3- A ratón o anímico: se presenta en pacientes con enfermedad hepática grave también se le llama “hedor hepático” y a menudo se describe como un olor rancio.
- 4- Cetónico: se presenta en la cetoacidosis por ayuno.
5. Halitosis: olor desagradable presente en la sepsis bucal, tonsilares, nasales, pilóricas, bronquiales y pulmonares.
- 6- Aliento putrefacto: se presenta en los pacientes con absceso pulmonar, cáncer necrótico ulcerante de la cavidad bucal, en especial después de radiación intensa.

7- Aliento alcohólico: se da en las intoxicaciones alcohólicas tiene un olor característico, aunque también se presenta en la intoxicación con cloroformo y éter. (MATLON H, 1995) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997)

Examen bucal pediátrico

Se debe animar al niño a cooperar en la exploración de la boca se le puede permitir agarrar y manipular el depresor de la lengua, lo que puede mitigar su temor (ver figura 88). Se le debe pedir que comience enseñando los dientes lo que no suele ser una petición que el niño perciba como peligrosa. Los bordes dentarios aplanados puede ser signo de bruxismo, es decir, el frotamiento inconsciente de unos dientes a otros, lo cual en cierta etapa de la niñez es un fenómeno fisiológico que precede la erupción de los dientes permanentes. La presencia de manchas pardas múltiples o caries en los incisivos superiores e inferiores pueden ser consecuencia de la costumbre de dormirse con un biberón de leche “Síndrome bucal del biberón”. El color negruzco o grisáceo de los dientes puede indicar alteración de la pulpa dentaria o ser consecuencia de tratamiento oral con hierro. Es frecuente que los dientes moteados o con depresiones sean el resultado del tratamiento con tetraciclina durante el desarrollo dentario o de displasia del esmalte. Las manchas de Koplik se observa en caso de sarampión en niños con fiebre, coriza y tos. Un paladar de arco muy elevado se contempla en niños que respiran por la boca.

Los labios deben de estar bien formados sin hendidura. El recién nacido puede presenta durante las primeras semanas de vida “cayos” de succión en el labio superior, con aspecto de placa o costra. Los recién nacidos sanos pueden presentar al nacer cianosis circumoral que a veces persiste durante cierto tiempo. El llanto del niño proporciona una excelente oportunidad para explorar su cavidad oral, evite deprimir la lengua. La mucosa bucal debe ser rosada y húmeda, con cojinetes de succión, pero sin lesiones. Se debe raspar con un depresor de lengua cualquier mancha o cojinete blanco de la lengua o mucosa bucal. Las placas no adheridas suelen presentarse en depósitos de leche, mientras que las manchas adheridas puede corresponder a Candidiasis.

El babeo es frecuente a partir de 6 semanas hasta los 6 meses de edad; no obstante los niños mayores de 12 meses puede ser indicativo de alteración neurológica, las encías del recién nacido deben carecer de dientes y ser suaves, con un borde de tejido cerrado a los márgenes de la cavidad bucal. En ocasiones es posible observar dientes o brotes a lo que se denomina “dientes neonatales”, en este caso, se debe determinar si se encuentra bien anclado o si existe riesgo de que sean aspirados. La duda estriba en dejarlos o extraerlos. (SEIDEL, 1998)

El niño de 6 meses en adelante se cuentan los dientes deciduos, observando cualquier secuencia anómala de erupción, los quistes del recién

nacido de aspecto perlado y que se observan en ocasiones a lo largo de los bordes, suelen desaparecer en uno a dos meses. La lengua debe estar bien alojada en el suelo de la boca. El frenillo de la boca se inserta habitualmente en un punto a medio canino de la superficie ventral de la lengua y su extremo anterior. Aunque la lengua sobresalga mas allá de la cresta alveolodentaria, no tiene por que haber problemas de alimentación. (BARNES 1998).

El arco palatino debe tener forma abovedada, sin hendiduras en el paladar duro y blando. El techo del paladar estrecho y aplanado o un paladar en forma de ojiva puede asociarse a anomalías congénitas, que producirán alteración en la colocación de la lengua, originando problemas de alimentación y habla. El paladar blando debe elevarse de forma simétrica cuando el niño llora y, en el recién nacido, suele mostrar petequias. Las perlas de epstein, pequeñas masas blanco amarillentas que se encuentran en la zona de transición en la zona de paladar blando y duro, constituyen un hallazgo frecuente que desaparece a las pocas semanas de nacimiento.



Figura 88. Examen bucal pediátrico con la colaboración del padre.

5.4 CUELLO

La estructura del cuello está formada por vértebras cervicales, los ligamentos y los músculos trapecio y esternocleidomastoideo, que lo sostienen y le confieren movimiento.

El examen del cuello comprende inspección, palpación y auscultación. Se realiza con el paciente preferentemente sentado y con una buena iluminación, el cuello debe estar descubierto al menos hasta el tercio superior del tórax y levemente extendido. El examinador debe observar el cuello de frente, por los lados y tangencialmente.

Los elementos a considerar son:

Forma:

Las alteraciones de forma más corrientes están dadas por aumentos importantes del tamaño de los ganglios (adenopatías) y de la glándula tiroides “bocio”, el cual si es pequeño y difuso otorga al cuello una forma redondeada por desaparición del relieve esternocleidomastoideo y de los canales pretraqueales, y si es muy grande motiva a una deformación antiestética muy llamativa. Con mucha menor frecuencia se pueden observar otro tipo de masas malignas y benignas. Entre las benignas están: Tumores sólidos (lipoma del cuello), quistes (braqueal, tirogloso y fibroma quístico), tumores vasculares (del cuerpo carotideo, aneurisma carotideo). El higroma quístico se observa en la primera infancia y es el único tumor brillante translucido del cuello. El quiste tirogloso esta habitualmente en la línea media por encima del cartílago tiroides o entre el istmo del tiroides y el borde superior del cartílago. Ascende cuando se saca la lengua lo que ayuda en el diagnóstico diferencial de los quistes del cuello y masas tiroideas.

Piel:

En la piel de los lados del cuello deben verse si existen cicatrices secuelas de abscesos que se han fistulizado, así también si existen cicatrices quirúrgicas transversales (tiroidectomía), hay que observar si existen quistes inflamados, fístulas braquiales (congénitas), o tiroglosas.

Músculos:

El esternocleidomastoideo se extiende desde la porción superior del esternón y el tercio medial de la clavícula y las vértebras hacia la mastoides (ver figura 89). El trapecio, desde la escapula, el tercio lateral de la clavícula y las vértebras hacia el promontorio occipital.

El triangulo posterior está delimitado por el trapecio, el esternocleidomastoideo y la clavícula y contiene los ganglios linfáticos cervicales posteriores.

Una alteración relativamente frecuente de observar es la inclinación y rotación de la cabeza a un lado, por fibrosis o espasmo tónico o intermitente de los músculos del cuello especialmente del esternocleidomastoideo llamada tortícolis o latero flexión de la cabeza, que más raramente se manifiesta por antero flexión del esternocleidomastoideo, trapecios y escalenos.



Figura 89.

Yugular externa:

Esta vena es normalmente visible en posición de pie o sentado; en decúbito dorsal se ve distendida en su parte inferior hasta un punto en que se iguala la presión venosa con la atmosférica. La yugular se muestra distendida y tensa a la palpación cuando existe hipertensión venosa de cualquier origen, insuficiencia cardiaca derecha, pericarditis constrictiva, taponamiento cardiaco. Se distiende transitoriamente en algunas personas con esfuerzo de hablar, cantar, toser o defecar; así como también en bronquitis crónica donde se presenta flácida a la palpación.

Pulso arterial:

El pulso carotideo es visible y fácilmente palpable en el tercio anterior del cuello por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo. Es indispensable como en cualquier pulso precisar sus características semiológicas (frecuencia, ritmo, amplitud, forma, etc.), este pulso puede poner en evidencia una alteración del ritmo cardiaco. Es más amplio de lo normal en anemia severa, hipertiroidismo, aterosclerosis carótida e hipertensión arterial. Es particularmente brusco y amplio en la insuficiencia aortica, y puede estar asimétrico o ausente en la obstrucción de la carótida.

Pulso venoso:

El pulso venoso esta dado por la yugular profunda la cual no es visible. Este pulso es suave, difuso, ondulante, sólo visible y no palpable en condiciones normales, tiene varias ondulaciones que se alteran en condiciones patológicas, el tipo de modificación de las ondas ayuda en el diagnóstico de algunas arritmias (fibrilación auricular), hipertensión arterial, valvulopatias tricuspídeas, etc.

Tiroides:

La glándula tiroides esta encargada de segregar la hormona tiroxina, que es vertida al torrente sanguíneo y es esencial para el crecimiento normal durante la infancia, tiene forma de mariposa, sus dos lóbulos están unidos en el tercio inferior por el istmo, estos lóbulos son irregulares de forma cónica, midiendo cada uno de 5 cm. de largo y 3cm de espesor, su borde inferior sirve como referencia para localizar la glándula, el aumento de la tiroides se denomina bocio. El diagnóstico del estado funcional de la tiroides se hace por la existencia de síntomas generales que indica una función alterada: baja de peso, sudoración, intolerancia al calor, diarrea, etc., en el hipertiroidismo; mixedema, intolerancia al frío, constipación, etc. en el hipotiroidismo.

Técnica para la evaluación de la glándula tiroides:

Se comienza con la inspección, solicitando al paciente que coloque la cabeza en hiperextensión de modo que la piel del cuello este lo más tirante posible; se debe observar la presencia de cualquier asimetría, tras ofrecer al paciente un sorbo de agua y después de que este se coloque de nuevo en hiperextensión solicítele que trague el agua.

La deglución puede poner de manifiesto la presencia del cuello de una glándula tiroidea aumentada de tamaño, la cual normalmente no es visible, la glándula se eleva en cada deglución, el lóbulo derecho es un poco más grande que el izquierdo y ambos lóbulos son más prominentes en mujeres que en varones. Cualquier masa que se desplace con la deglución es probable que se encuentre adherida a la glándula tiroides o dentro de esta.

La palpación de la glándula se realiza con mayor facilidad desde la espalda, se debe extender ligeramente el cuello del paciente, apoyar los pulgares en la base del cuello y colocar los demás dedos hacia delante, localizando luego el cartílago cricoides ya que por lo general la glándula se encuentra a un centímetro por debajo de esta.

Para palpar el istmo se debe deslizar el dedo hacia arriba con movimientos lentos, que opriman a partir de la escotadura supraesternal, valorar su grosor, enseguida pedir al paciente que trague saliva para percibir entre los dedos el istmo blando en el momento en que se eleva.

Para palpar los lóbulos se debe inclinar la cabeza del paciente hacia el lado que se va a explorar, para percibir la porción interna de cada lóbulo, sujetar la traquea con una mano y palpar el lóbulo con la otra (ver figura 90-91). Colocar los dedos entre el esternocleidomastoideo, traquea a nivel istmo, percibir una vez más el momento en que el paciente traga saliva apreciando tamaño, consistencia, hipersensibilidad y presencia de algún nódulo.

En el paciente obeso, de cuello corto, puede ser muy difícil o imposible la identificación de la tiroides (SEIDEL, 1998) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (DONALD W.,1997)

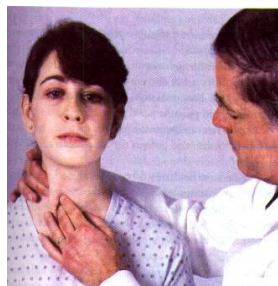


Figura 90. Lóbulo derecho, delante del paciente.



Figura 91. Lóbulo derecho, detrás del paciente.

Traquea:

La traquea se encuentra ubicada en la línea media y en la parte anterior del cuello. Para realizar la palpación de esta se debe inclinar ligeramente la cabeza del paciente y conservar el mentón en la línea medial, luego deslizar los dedos con suavidad entre la traquea y la inserción del músculo esternocleidomastoideo de cada lado, si el dedo se desliza con mayor facilidad en un lado, entonces la traquea se encuentra desviada en dirección opuesta (ver figura 92). Para observar desviación con la inspiración hay que sujetar con suavidad la traquea colocando la “V” formada por las puntas del pulgar y el índice en la escotadita supraesternal y se localizan los anillos traqueales en relación con el esternon, luego pedir al paciente que inspire profundamente, la traquea debe descender ligeramente en la línea media (ver figura 93). Una desviación de esta hacia cualquier lado es un índice sensible de desviación de las estructuras mediastínicas que pudo haber resultado de un tumor, derrame pleural o neuma tórax (aire en cavidad torácica).

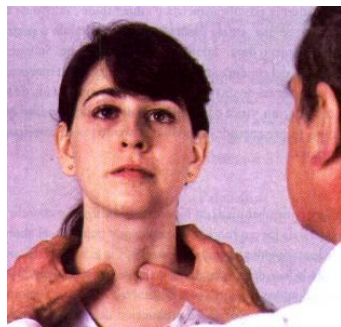


Figura 92. Valorar la posición de la traquea en la línea media.



Figura 93. Posición del índice y pulgar para detectar tirones traqueales.

6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios se utilizan para ayudar a confirmar o excluir la presencia de una determinada enfermedad en pacientes sintomáticos y determinar el grado de actividad de dicha enfermedad. Para la indicación de dichos exámenes es necesario apoyarse en la anamnesis y el examen físico

Los exámenes que pueden ser de mayor empleo en la práctica odontológica son los siguientes:

Hemograma completo.

Es una evaluación completa que suele incluir Hemoglobina, Hematocrito, recuento de plaquetas y en ocasiones comprende morfología eritrocitaria y dispersión de las plaquetas.

Leucograma.

El leucograma o recuento leucocitario mide el número total de leucocitos en una muestra de sangre completa expresados por micro litro (mm^3). Para una mejor interpretación de dicho examen consideraremos el aspecto general y específico de la línea blanca, dentro de los valores normales generales leucocitarios tenemos un recuento

de 4,000 a 9,000/ mm³ y puede verse aumentado en infecciones, estados inflamatorios y enfermedades malignas hematológicas; por el contrario puede encontrarse disminuido en anemia aplásica y deficiencia de vitamina B12. Dentro de los aspectos específicos podemos tener un recuento de cada célula de la línea blanca. (BERKOW 1994) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (GIGLIO, 2000) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

Recuento Plaquetario.

El recuento plaquetario no es más que la cantidad de plaquetas en una muestra de sangre total, sus valores normales van de 150,000 a 450,000 por mm³ de sangre. Este examen puede verse aumentado en: policitemia, leucemia mieloide crónica), después de hemorragias, trombocitosis secundarias a enfermedades inflamatorias; por el contrario se podrá ver disminuida en el uso de fármacos como el etanol, agentes quimioterapéuticas y anticuerpos contra plaquetas. (GIGLIO, 2000) (GOIC G, CHAMORRO Z., 1997) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

Hematocrito

Es el número de eritrocitos expresados como una fracción del volumen de sangre entera de una muestra. Consideraremos como valores normales en el hombre de 42 a 51%, en la mujer de 38 a 42% y en los niños de 33 a 38%. Este examen puede verse aumentado en: hemoconcentración (deshidratación,

quemaduras y vomito), ejercicio físico extremo, dengue hemorrágico; por el contrario puede verse disminuido en: anemia macrocítica (deficiencia de vitamina b12, hepatopatía, hipotiroidismo), anemia normocítica y anemia microcítica. (DETNER 97)(MSPAS , 1993.) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

Hemoglobina

Es la cantidad de hemoglobina en una muestra de sangre. Dentro de los valores normales tenemos que en el hombre van de 14 a 17 g/dl y en la mujer de 12.5 a 15 g/dl. Este examen puede verse aumentado en el caso de hemoconcentración como quemaduras, deshidratación y vomito. Por el contrario podemos encontrarlo disminuida en anemia macrocítica, normocítica y microcítica. (WALLACE 1994),(BERKOW 1994), (MSPAS, 1993) (VASQUEZ A.2ª EDICION)

Tiempo de sangrado

Este examen mide la eficiencia de las plaquetas y de la contractilidad capilar (retracción normal de los capilares); en dicho examen tenemos como valores normales de 1 a 4 minutos. Dicho examen puede verse aumentado en trastornos de las plaquetas, trombocitopenia, así como ciertos fármacos como la aspirina. (MSPAS, 1993) (BERKOW 1994), (DETNER 1997).

Tiempo de coagulación.

Esta prueba suministra un indicio aproximado de la eficacia del mecanismo intrínseco de coagulación. Dentro de los valores normales tenemos un tiempo de coagulación de 5 a 10 minutos y puede verse alterado en tratamientos con heparina, trastornos funcionales de las plaquetas. (DETNER 1997) (MSPAS, 1993)

Tiempo de protrombina

El tiempo de protrombina explora la vía extrínseca del sistema de coagulación su valor normal va de 10 a 14 segundos, se puede ver aumentado en hepatopatías, deficiencia de vitamina k, anticoagulantes circulantes. (DETNER 1997),(BERKOW 1994), (MSPAS, 1993)

Tiempo de tromboplastina

Es una prueba excelente que demuestra deficiencias en el sistema intrínseco, así como los de la vía común. Sus valores normales van de 25 a 43 segundos y puede verse aumentado en deficiencia de factor XIII y VII, enfermedad de Von Willebrand, hemofilia A y B, coagulación intravascular

diseminada y fármacos como la heparina y warfarina; por el contrario puede verse disminuido en estados de hipercoagulación. (DETNER 1997), (MSPAS, 1993)

ELISA:

Prueba de laboratorio utilizada para detectar los anticuerpos VIH, es una enzimoimmunoanálisis (ELISA), que detecta anticuerpos contra las proteínas del virus.. Sin embargo, la mayoría de pruebas con resultados positivos en personas sintomáticas que no pertenecen a un grupo de alto riesgo, son falso positivos, entonces la prueba de ELISA debe repetirse en la misma muestra. Si también es positiva en una segunda ocasión, se recomienda confirmar el resultado del examen con una prueba de mayor especificidad, es decir, con la prueba de Western Blott, procedimiento inmunoelectroforetico para identificar anticuerpos de proteínas víricas específicas según su peso molecular. (BERKOW 1994), (DETNER 1997) (CONASIDA 1984).

VDRL

El VDRL mide los anticuerpos (reagínicos) no treponémicos que se producen cuando el treponema pallidum interactúa con los tejidos del huésped. (BERKOW 1994), (DETNER 1997) (SALDAÑA 1985).

Examen de orina:

El examen de orina esta compuesto por un conjunto de pruebas químicas y estudios que se realizan para descubrir ciertas anomalías bioquímicas e histopatológicas a través de dos evaluaciones una microscópica en la que se busca la presencia de proteínas, glucosa, cetonas, sangre, nitritos; así como la creatinina y urea. La segunda evaluación es de carácter macroscópico en donde se observa el color y la turbidez. (BERKOW 1994) (DETNER 1997)(GIGLIO, 2000)

Examen de heces.

Este examen es útil para la determinación de la parasitosis; sobre todo en niños además podemos observar otro aspecto importante como es la no presencia de sangre. (BERKOW 1994), (DETNER 1997).

Bacteriología: Cultivo + antibiograma.

Estas pruebas se hacen de manera conjunta y tienen como finalidad, la primera identificar el tipo de microorganismos presentes en una infección y la segunda determina la susceptibilidad de la bacteria a algún tipo específico de antibiótico. (NESTER 1995).

Glucosa

Es la cantidad de glucosa en una muestra de sangre, sus valores normales van de 60 a 115 mg/dl y en caso de que estos sean sobrepasados se sospechara de una posible diabetes pero tampoco de dejarse de lado la sospecha de: hipertiroidismo, síndrome de cushing, hepatopatía, estrés (emociones, quemaduras, shock, anestesia), hipervitaminosis A. Por el contrario se puede encontrar disminuido en casos de: se tendrá la sospecha de algún tipo de diabetes.

Tolerancia oral a glucosa

Además del examen de glucosa en sangre se puede utilizar la prueba de tolerancia oral a glucosa (PTOG), el cual se utiliza para diagnosticar y descartar una diabetes mellitus no insulina dependiente, cuando se sospecha de una diabetes a pesar de la hiperglucemia en ayunos. (BERKOW 1994), (DETNER 1997)(GIGLIO, 2000) (WALKER H.K, 1993)

Biopsia

Es un examen complementario útil para confirmar o descartar el diagnóstico de cualquier lesión sospechosa de malignidad, neoplasia, erupciones vesiculares, ampollares, o pustulosas. El procedimiento más simple de biopsia es

insertar profundamente en la dermis un sacabocado circular mayor de 3mm de diámetro y cortar de golpe la base del cilindro con una cucharía quirúrgica afilada. En el caso de tumores más pequeños la extirpación completa con inclusión de una pequeña punción correspondiente a bordes de piel sana, permite el diagnóstico microscópico y la curación en una sola intervención. Para obtener una muestra mayor de tejido y en lesiones dérmicas o subcutáneas profundas se extirpa una cuña y se sutura la incisión. Todas las lesiones pigmentadas incluso los nevos, deben extirparse con la suficiente profundidad para poder valorarlos histológicamente. Las biopsias superficiales son a menudo inadecuadas para el diagnóstico histológico.

Para la biopsia de las glándulas salivales, se toma una muestra del material glandular ya sea por aspiración o cirugía; si ésta es de la glándula parótida, es tomada de la región preauricular a la altura del conducto auditivo externo, siendo el pliegue natural de la piel. Las biopsias por aspiración o con agujas son difíciles de interpretar debido a las pequeñas cantidades de tejido disponibles. (BERKOW 2000) (GIGLIO, 2000)

7. TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS EN ODONTOLOGÍA

Las radiografías intraorales son de mucha utilidad para observar zonas de la cavidad bucal que serían imposibles de ver con un examen clínico como es el caso del hueso alveolar, raíces dentales, etc. Es importante recalcar que para un buen diagnóstico bucal es necesario un análisis radiográfico; dentro de las técnicas radiográficas que más se utilizan en odontología tenemos: las radiografías periapicales que nos permiten obtener una vista de los ápices de las raíces dentarias y de las estructuras que las rodean, las radiografías con aleta mordible que son de vital importancia para tener una vista para la detección de las lesiones cariosas de las caras proximales de los dientes, también revela el tamaño de la cámara pulpar y la extensión de la penetración de las caries interproximales en relación con ella y por último tenemos las radiografías oclusales que nos sirven para obtener una vista más extensa del maxilar superior y la mandíbula que las películas comunes, ofrecen una información adicional en cuanto a la extensión y desplazamiento de fracturas que toman el maxilar inferior y superior y también ayuda a localizar cuerpos extraños, dientes no erupcionados, raíces retenidas y cálculos en las glándulas salivales submaxilar y sublingual y sus conductos.

Pero existe otro grupo de radiografías denominadas extraorales, las cuales se utilizan en algunos casos especiales que el odontólogo estime convenientes

y que no se usan en todos los pacientes, dentro de este grupo tenemos: La radiografía de los maxilares que es muy útil ya que permite localizar agujas rotas, cuerpos extraños y cálculos en los conductos salivales, la radiografía de la articulación temporomandibular que permite tener una imagen mucho más clara de la cabeza del cóndilo, la radiografía panorámica la cual tiene muchas aplicaciones ya que ofrece un examen de toda la región dentóalveolar de ambos maxilares en una sola película además permite observar grandes poblaciones dentales, diagnóstico de patologías, planificación de tratamientos, evaluación de anomalías y participación en el seguimiento de casos quirúrgicos y traumáticos. Otra técnica radiográfica que se usa en casos especiales es la radiografía cefalométrica ya que permiten estudiar el tipo facial, formas de crecimiento, relaciones entre los maxilares y entre los dientes, patrones de tejidos blandos, relaciones en el plano oclusal y de otro tipo y por último tenemos la sialografía la cual es utilizada para detectar patologías en las glándulas salivales como procesos tumorales, quistitos, estreches de conductos y fístulas. (MOSBY 1996),(MATLON 1995), (DETNER 1997) (GOLMAN 1987).

8. BIOSEGURIDAD EN LA SEMIOTECNIA

Para la aplicación de las semiotecnicas es necesario que el profesional haga uso de las medidas de precaución universal con el fin de evitar que la práctica odontológica se convierta en fuente de propagación de enfermedades como la infección por VIH sida, hepatitis B, enfermedades de transmisión sexual o cualquier otra enfermedad. La denominación de medidas de precaución universal refleja el principio técnico que se debe tratar a todas las personas cualquiera que sea su edad y origen, son una posible fuente de contagio para el odontólogo que realiza la exploración; por este motivo deben tomarse las precauciones adecuadas cuando se entra en contacto con sangre y fluidos corporales de cualquier paciente. Estas medidas incluyen:

- Uso de barrera o equipo de protección individual, guantes, mascarilla, protectores oculares, gabachas y gorros.
- Prevención de la exposición de la sangre, fluidos orgánicos, y especial énfasis en prevención de accidentes corto punzantes como también lavado de manos.
- Manejo adecuado de accidentes de trabajo que incluye no exponerse a sangre y fluidos orgánicos.
- Manejo adecuado de procedimiento de desinfección y esterilización, así como disposición adecuada de desechos sólidos peligrosos en los servicios de salud y consultorios privados.

Se deben utilizar guantes cuando se toca piel, mucosas ya que se entrará en contacto con fluidos corporales (saliva), y estos deben ser cambiados después del contacto con cada paciente.

Las manos y otras superficies cutáneas deben lavarse de forma inmediata y completa antes de colocarse los guantes para el examen físico y después de quitárselos.

Es también necesario usar mascarillas faciales y gafas como protectores oculares así como también la bata, delantal o gabacha (tela o desechable) que sean de materiales que ofrezcan una protección de barrera eficaz, (ver figura 94) ya que existe el riesgo que durante el examen físico se produzcan salpicaduras de gotas de sangre y otros líquidos corporales. (MISPAS 2001) (SEIDEL, 1998).



Figura 94.

CONCLUSIONES

- Algunos aspectos como ambiente del consultorio, aspecto del profesional y estatus socio-cultural del paciente, tienen gran influencia en la relación odontólogo paciente interviniendo al momento de recolectar los datos en el interrogatorio.
- El adecuado método para interrogar al paciente influye en la comprensión de las preguntas y facilitación de información durante la anamnesis.
- La aplicación adecuada de las técnicas semiológicas durante el examen físico nos permite complementar la anamnesis para establecer un diagnóstico certero.
- La técnica del interrogatorio y examen físico debe individualizarse para cada tipo de paciente acorde a su edad o condición especial para facilitar la obtención de los datos y así llegar a un diagnóstico preciso.
- Los métodos auxiliares de diagnóstico son el complemento de la anamnesis y examen físico ya que pone de manifiesto aspectos que no pueden ser determinados clínicamente.

RECOMENDACIONES

1.- Recomendamos a la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, que hagan más énfasis en la materia de semiología, a su vez, que se imparta de manera teórico-práctica.

2.-Se recomienda que en el área de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, existan estetoscopios y tensiometros para que los estudiantes puedan practicar la toma de presión arterial.

3.-Que los docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, apliquen las técnicas semiológicas no solo en el área de diagnóstico sino también en las diferentes áreas clínicas, así mejorará la calidad de enseñanza y formaran mejores profesionales en salud.

4.-A los estudiantes de odontología de la Universidad de El Salvador que le den la debida importancia a las técnicas semiológicas y que las apliquen en las diferentes áreas clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALEXANDER, Peter; BAHRET, Jean; CHAVES, Judith; et al; "Biología, 1º edición, USA, editorial lingüística prentice hall, 1999 cap. 29, 30 p.594, 615.
2. AREVALO ROMERO, Miguel; "Prostodoncia fija integral", 1º edición, El Salvador, editorial universitaria, 1999, cap. XIX, p.15-16, 207-209.
3. BARNES, "Exploración clínica en pediatría", 4ª edición, editorial medica panamericana, 1998. p. 81-87.
4. BETACOURT; Sigfredo, "Neurología, fundamentos de medicina", 3ª edición, 1997. P. 34-37.
5. BATES, Bárbara; "Propedéutica médica", 3º edición, México, editorial Harla, 1998, Cáp. 1, p. 2-7, 13-20, 24-37,41-44, 107, 272-275,559-602
6. BAUM-PHILLIPS; "Tratado de operatoria dental", 3º edición, México, editorial MC Graw- Hill interamericana, 1999, p.509.
7. BERKOW Robert, "Manual Merck" 9ª edición, España editorial Océano,

2000. p. 88, 966-967, 967, 289, 1240, 1274, 1314, 1325, 1834, 1835,
2655, 2848, 2849.

8. BLACKLOW, Robert; “signs and symptoms Applied Patología and clinical interpretation” 6ª edición, 1998. p. 240-243.
9. BRUCE L.E. “Fundamental diagnostic hematology, the bleeding and clotting disorder”, 2ª edición, 1999. p. 35-45.
10. CARRANZA Fermin, NEWMAN Michael; “Periodontología clínica”, 8º edición, México, editorial Mc graw-hill, interamericana, 1998
11. CASTRO, et. al.; “Bases fundamentales de pediatría”, 2ª edición, editorial Masyoy, 1997. p. 78-98.
12. CONASIDA, “El laboratorista frente al SIDA”, 1998.p. 5-9.
13. COSSIO, Pedro; et. Al; “Semiología médica fisiopatologica”, tomo I, 2º edición, Buenos Aires – Argentina, 1999, Cáp. 1,2. p.2-5, 7, 15, 31, 37, 46.
14. CURRIO, Borrell, “Manual de entrevista clínica”, 1ª edición editorial

doyma. 1997. p. 76.

15. DEPARTAMENTO DE MEDICINA E.U., “Manual Washington de terapéutica medica”, décima edición España, editorial Masson, 1999. E.U. Washington San Luis misuri. P. 101-112, 250-225.
16. DETNER, William, manual de pruebas diagnosticas 1ª edición, España, editorial moderno Santa Fe Bogota. 1997. p. 43, 89, 60, 80-81, 94-96, 105,136-138, 184, 205, 234, 239, 231, 211, 383-384, 388
17. DIANE H. SCHOEN, MARY DEAN; “Instrumentación periodontal”, España, editorial Masson, 1999. p 24-25-27-60
18. DONALD W., Novey. “Guía de exploración clínica”, 1º edición. México D.F., editorial Interamericana MC Graw-Hill, 1997, Cáp. 2. p.32-58, 84, 88, 90, 96-99, 418-425, 232.
19. FRIEDMAN, Harold; “Manual de diagnóstico médico” editorial salva, 1995. p. 35-37, 59-70.
20. GIBILISCO, Joseph; TURLINGTON; EASATWOOD; “Diagnóstico

radiológico en odontología”, 5º edición, Uruguay Montevideo, editorial medicas panamericana S.A. de C.V, 1996, cap. 24-25. p.3,6,36,417.

21. GIGILIO, Máximo J.; NICOLOSI, Liliana N. “Semiología en la práctica de la Odontología”, 1º edición, Productora Gráfica Andros Ltda.; editor Federico Polotto. 2000. Cáp. 1. P. 1-3, 6-7, 13-17, 43, 65, 11,12, 73, 75, 83, 84, 41-45, 59, 65, 84, 148-169,155,157,158, 166, 170, 248-249,275, 284, 292-294 , 214,327, 247, 243, 241,251,253, 354, 366, 367-369,352 376,386, 394-397,255, 272,331-333.
22. GOIC G., Alejandro; CHAMORRO Z., Gastón; “Semiología medica”, 1º edición, Santiago de Chile, editorial publicaciones técnicas mediterráneo, 1997, Cáp. 18, 19,20. P. 3-90, 94, 209-214,216,217,225-227, 244,246-247, 249,250, 251.
23. GOLMAN, Mervin; “Principios de electrocardiografía clínica”, 9ª edición, editorial manual moderno, 1997. p. 98-100.
24. GONZALES, Mario; “Manual de terapéutica”, 4ª edición, 1998. p. 98.
25. GUTIERREZ, Pedro; “Urgencias medicas en el paciente odontológico”; 2º

edición, México, Edición cuellar, 1998, cap.44, p.333-337.

26. HANS GOLDECK, “Manual de diagnóstico diferencial, signos y síntomas en medicina interna” 1º edición, Barcelona España, editorial toray Barcelona 1998. p. 55-57.

27. KATS, Simón; DONALD, James; “Odontología preventiva en acción”, 3º edición, México D.F, editorial medica panamericana S.A de C.V., 1998, cap. 4,15, P. 51-54, 308.

28. KRAWS, Bertram; JORDAN, Ronald; ABRAMS, leonard; “Anatomic dental y oclusión”, 1º edición, España, editorial interamericana, cap. 1 p. 1-4.

29. KRUPP, Chaton; “Diagnostico clínico y tratamiento”, 24ª edición, editorial interamericana, 1998. p. 25-30.

30. LASSALA, F.; “Temas de terapéutica clínica, N° 2 urgencias clínicas”, editorial acadia, 1997. p.43.

31. LECTUM; El hombre y la medicina, 1º edición, España Barcelona,

editorial plancton, 1998, cap. 2, p. 205.

32. LYNCH M.J., “Métodos de laboratorio”, 3ª edición, vol. II, 1996. p. 806.

33. MATLON H.; MANNING, MD.; “Propedéutica médica de Major”, 9ª edición, México, editorial Interamericana, 1995, Cáp. 2, p. 1-12, 14-16, 17-24, 60, 102, 107-111, 149, 155, 171-172, 138, 140, 141-143, 159, 161, 168-169, 179, 259, 478-480.

34. MATTHEW CAHILL, “Signs and Symptoms, edit. Interamericana. McGraw Hill., 1998. p. 8-15, 102-104.

35. MAX BLOCH, “Manual de procedimientos de hematología para los laboratorios del MSPAS” 1ª edición, San Salvador , El Salvador, 2002. p. 38-42.

36. MESA, Uribe; “Manual para el examen físico del normal”, 1998. p. 13-19.

37. MOSBY, “Diccionario de medicina”, 1ª edición, España, editorial océano, 1996, P. 59, 381, 385-386, 516, 532, 556, 767, 1051, 1165, 1168.

38. MSPAS, Unidad de salud bucal; “Manual de bioseguridad para el control de infecciones en estomatología e infecciones relacionadas a las ITS/VIH/SIDA”, 1º edición, El Salvador C.A., editorial tecnoimpresos S.A. de C.V., 2001, cap 7, p. 1-13.
39. MSPAS, Unidad de laboratorio, “Técnicas básicas de hematología, guía normativa” 1ª edición, El Salvador , C.A., 1997. p. 9-11, 23-25.
40. NESTER Robert, “Microbiology “ 1ª edition, USA editorial, edit brown publisher 1995. p. 52-78.
41. NICHOLS, “Intralingual injection site for emergency stimulant drugs”, 1997.667-684.
42. NOGUER MOLINS, Luis; BALCELLS GORINA A.; “Exploración clínica”, 19ª Edición, Barcelona España, editorial científico médica. 1995, Cáp. 1, p. 76-85, 100-107.
43. NORTON, Greenberger; “Guía de diagnóstico diferencia en medicina interna” 3ª edición , editorial interamericana, USA., 1997. p. 71-83.
44. OLLE Berseus, “Sangre y compuestos sanguíneos en terapia medica”,

Quito Ecuador, 1996. p. 8-43.

45. PARMER, et. al.; “Manual de interpretación radiográfica para el medico general”, OMS, 1995. p. 25-27.
46. RIFKIND R.A., “Hematología clínica” 3ª edición, México D.F, 1996. p. 15-18, 21-23.
47. RODRIGUEZ R., “Historia clínica completa” 2ª edición, editorial medi-data, 1998, p.190-198.
48. SALDAÑA, Napoleón; “Infectología clínica”, 3ª edición, editorial trillas, 1995. p. 103-110.
49. SANGUINETTI, C.A.; “Semiología, semiotécnica y medicina interna, 6ª edición, editorial López librerías, 1996. p. 453-509.
50. SEELEY, Rod; STEPHENS, Trent; TATE, Philip; “Anatomy & physiology”; 2º edition, USA, Mosby-year book inc., 1997; chapter 8, p.239.
51. SEIDEL, Henry M.; BALL, Jane W.; et al.; “Manual Mosby de

exploración física”, Tercera Edición, Harcourt Brace España S.A.
1998, Cáp. 3. P.2-4, 11-18,21,23-27 36-42,60-61, 63-66,67, 226,229-
230,236-238,305-308, 312, 313,325,390, 199, 556, 677, 678, 748-753.

52. SEELEY, Rod; STEPHENS Trent;TATE Philip; “Anatomy &
Physiology”, 4º edition, USA, 1998, Ch 1,6. P.14, 174,465,
619,727,782.

53. SERDEL, “El examen físico” 1ª edición, editorial panamericana, 1998., p
83-90, 24, 103-110, 98, 122.

54. SHAFER W.G.; LEVY, B.M.; et. Al; “Tratado de patología bucal”, 4º
edición, México, editorial interamericana, 1996, Cap 1,2,3,5; p. 13, 26-
30,44,61-65,93,124,176,382-384,248, 333, 575-581, 759

55. SURÖS BATILLO, Juan; SUROS BATLLO, Antonio.; “Semiología
médica técnica Exploratoria”, 7º edición, Barcelona, España, editorial
Salvat, 1996, Cáp.1, p. 1-3, 21, 25,33-38,41-44,122,241-252, 376, 378,
380, 386, 388.

56. PADILLA, Tiburcio; “Síndromes clínicos”, 11ª edición, Librería el Ateo,
buenos aires. p. 78-100.

57. VAN DE GRAAFF KEN; “Human anatomy”, 5° edition, USA, Mc GraW Hill, 1998, Ch.14,15. P. 464,480,481.
58. VASQUEZ A. “Manual practico síntesis de medicina” 2ª edición, El Salvador, editorial Wendermac. P. 10-45, 47-71, 104-142, 396-400.
59. VER KOVITZ, B.K.B ; HOLLAND, E.R; MOXHAM, B.J., “Atlas en color y texto de anatomía oral y embriología”, 2° edición, Madrid España, editorial Mosby/Doyna S.A., 1995, p. 14, 50-51, 290-291.
60. VOGEL, P.; “Oral manifestations in hematologic disorders, oral surg”, 1997. cap. 16, p. 21-23. 27-30.
61. WALKER H.K; HALL W.D.; HURST J.W.; “Métodos Clínicos historia Clínica, Exámenes. Físicos y de laboratorio”; 2° edición, México. D.F., Nueva editorial Interamericana. 1998, Cáp. 5. p. 24, 26-29, 917, m 918, 943, 975, 983,984.
62. WALLACE, “Diccionario Médico”, 3ª edición, Salvat editores, S.A.; Barcelona (España),1996. p. 254, 189, 343.)

ANEXOS

ANEXO N° 1

CREENCIAS RELIGIOSAS QUE INFLUYEN EN LA DIETA Y ALIMENTACION.

RELIGION	CREENCIAS SOBRE EL NACIMIENTO Y LA MUERTE	CREENCIAS SOBRE LA DIETA Y LAS COMIDAS
Bautistas	Se oponen al bautizo de los lactantes.	Algunos grupos desaprueban el café, el te y el alcohol.
Iglesias budistas de América	Se oponen al bautismo de los lactantes.	No tienen exigencias ni restricciones, algunas sectas son vegetarianas.
Mormones	No al bautismo al nacer.	Prohibidos el te, el café y el alcohol se aconseja el consumo escaso de carne. Ayuno durante las 24 horas del primer domingo de cada mes(desde la cena del sábado a la del domingo)
Episcopalistas (anglicanos)	Bautismo obligado del lactante	Abstención de carne en días de ayuno. Se pueden ayunar los miércoles y los viernes, durante la cuaresma y antes de navidad. Algunos ayunan 6 horas antes de la comunión.
Testigos de Jehová	Sin bautismo	No comen nada con sangre pueden comer carne animal desangrada.

ANEXO N° 2

CREENCIAS RELIGIOSAS QUE IIFLUYEN EN LA ASISTENCIA

MÉDICA

RELIGION	CREENCIA SOBRE LA CIENCIA MEDICA
Bautistas	Algunos creen en la curación divina, se pueden encontrar resistencia a ciertas terapias, como el aborto. Creen que Dios actúa por medio del médico
Iglesia budista de América	Consideran que la enfermedad es una ayuda para el desarrollo del alma; la enfermedad es debida a causas del karma. Pueden rechazar cirugías o ciertos tratamientos en días santos.
Mormones	Los devotos creen en la curación divina mediante la unción y la imposición de manos por los ancianos de la iglesia. La terapia medica no esta prohibida.
Episcopalistas	Algunos creen en la curación espiritual. Rito de la unción de los enfermos esta disponible
Testigos de Jehová	Los fieles suelen oponerse totalmente a las transfusiones sanguíneas, incluyendo del banco de sangre propia; a veces se puede persuadir a algunos individuos en caso de urgencia. Pueden oponerse al empleo de albúmina, globulina, reposición de factor (hemofilia), vacunas.

ANEXO 3

TABLA DE GEIRY

en cm	Talla				en cm	talla			
	peso en kg					pesos en kg			
	15 años	30 años	23 años			15 años	20 años		
	40,8	43,0	44,0	45,3	150	41,7	45,8	47,6	49,4
142,5	45,3	47,5	49,0	50,3		46,2	50,7	53,0	54,8
	51,3	53,0	55,3	56,6		51,6	57,4	59,3	61,6
	41,2	43,5	44,8	46,2	152,5	42,6	46,7	48,5	50,3
145	45,8	48,5	49,8	51,2		47,1	51,6	53,8	55,7
	51,6	53,9	56,2	57,5		53,0	58,0	60,7	62,5
	41,7	44,4	45,8	47,1	155	43,5	47,6	49,4	51,2
147,5	48,2	49,4	50,7	52,1		48,5	53,0	54,8	56,6
	52,1	55,7	57,1	58,4		54,4	59,3	61,6	63,4
	42,6	45,3	46,7	47,6	157,5	44,9	48,9	50,7	52,1
150	47,1	50,3	51,6	53,0		49,8	54,4	56,2	58,0
	53,0	56,6	58,0	59,8		56,2	61,2	63,0	65,2
	43,5	46,7	47,1	48,5	160	46,2	50,3	52,1	53,5
152,5	48,5	51,6	52,6	53,9		51,2	55,7	58,0	59,3
	54,4	58,0	59,3	60,7		57,5	62,5	65,2	66,6
	44,8	47,6	48,5	49,8	162,5	47,8	51,6	53,9	55,3
155	49,8	53,8	53,9	55,3		53,0	57,5	59,8	61,2
	55,3	59,8	60,7	62,1		59,3	64,8	67,0	68,9
	46,2	48,9	50,3	51,2	165	49,4	53,5	55,7	56,6
157,5	51,2	54,4	55,7	56,6		54,8	59,3	61,6	63,0
	57,5	61,2	62,5	63,9		61,6	66,6	69,3	70,7
	47,1	50,3	51,2	52,5	167,5	51,2	55,3	57,1	58,4
160	52,5	55,9	57,1	58,4		56,6	61,2	63,4	64,8
	59,3	62,5	64,3	65,7		63,4	68,9	71,1	72,9
	48,9	51,2	52,5	53,9	170	52,5	56,6	58,9	59,6
162,5	54,4	57,1	58,4	59,8		58,4	63,0	65,2	66,6
	61,2	64,3	65,7	67,5		65,7	70,7	73,4	74,7
	50,7	53,0	54,4	55,7	172,5	54,4	58,4	60,2	61,6
165	56,2	58,9	60,2	61,6		60,2	64,8	67,0	68,4
	63,4	66,1	67,5	69,3		67,5	73,0	75,2	77,0
	52,1	54,5	55,7	57,1	175	55,7	59,8	62,1	63,9
167,5	58,0	60,7	62,1	63,4		62,1	66,6	68,9	70,7
	65,2	68,4	69,8	71,6		69,8	74,7	77,5	79,3
	53,9	56,2	57,5	58,9	177,5	58,0	61,6	63,9	65,7
170	59,8	62,5	63,9	65,2		64,3	68,4	71,1	72,9
	67,5	70,2	71,6	73,4		72,0	77,0	79,7	82,0
	55,3	57,5	59,3	60,2	180	59,8	63,9	66,1	68,0
172,5	61,6	63,9	65,7	67,0		66,6	70,7	73,4	75,7
	69,3	72,0	73,8	75,7		74,7	79,3	82,4	85,2
	57,1	59,3	60,7	61,6	183	62,1	65,7	68,4	70,7
175	63,4	65,7	67,5	68,4		66,9	72,9	76,1	78,4
	71,6	73,8	75,7	77,0		77,5	82,0	85,6	87,9
	59,5	60,7	62,1	63,4	185,5	63,8	68,6	71,1	72,9
178	65,7	67,5	68,9	70,2		71,1	75,2	78,8	81,1
	73,9	76,1	77,5	78,9		79,1	84,3	88,3	91,1
	61,2	63,0	63,4	64,8	188	65,1	69,8	73,0	75,7
180	68,0	69,8	70,7	72,0		73,4	77,5	81,1	83,8
	76,1	78,4	79,7	81,1		82,4	87,0	91,1	94,2

La tabla de Geigy contiene los valores medios y extremos del peso en adultos. Suministra edemas tres pesos para cada talla según el desarrollo esquelético: 1. peso correspondiente a personas con esqueleto medio (en negritas). 2. peso de personas con esqueleto ligero (por encima de negrita). 3. Peso de individuos con esqueleto vigoroso (por debajo de negritas).