

## ESTOMATOLOGÍA: IMPORTANCIA, PAUTAS PARA REALIZAR EL EXAMEN CLÍNICO SISTEMATIZADO

*Dra. Magdalena Mata de Henning\**

La mucosa bucal estructural y embriológicamente tiene una relación con la piel, se encuentra tapizando una cavidad que presenta una biodinámica diversa cumpliendo múltiples funciones como foniátrica y digestiva, soporta numerosos traumas de origen físico, químico y mecánico, conforma una barrera selectiva contra diversos microorganismos y constituye parte importante de un órgano sensorial por excelencia, la boca (Mata, en Rondón, 1995).

Tradicionalmente se considera que la caries dental y la enfermedad periodontal son las patologías más relevantes a nivel de cavidad bucal, pero cada día, los diferentes profesionales relacionados a la salud, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (Kleinman y col. 1990, 1994), reconocen la importancia que aporta un buen examen bucal, debido a la gran cantidad de patologías que se manifiestan a nivel de mucosa bucal y maxilares, como serían los lesiones de origen

traumático, de etiología infecciosa, por trastornos de desarrollo, como las más diversas expresiones de enfermedades sistémicas y síndromes.

Desde Marzo de 1985, funciona la consulta de Estomatología, adscrita al Servicio de Dermatología en el Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, debido a la necesidad de atención a un representativo grupo de pacientes que acuden al mencionado Servicio, con lesiones en mucosa bucal y maxilares.

En un estudio retrospectivo realizado entre marzo de 1985 y septiembre de 1989 por Oliver, Chirinos, Mandel, Vazquez, Mata y Rondón. (1995) se reportó que de 170 historias analizadas las 5 patologías más prevalentes fueron:

Aftas menores recurrentes	10.84%
leucoplasia	8,8%,
Estomatitis protésica	8,3%
liquen plano	5,9%
Queilitis angular	5,8%

De acuerdo a nuestra experiencia tanto en la consulta del Instituto de Biomedicina como en la del Servicio de

Clínica Estomatológica de la Facultad de Estomatología de la UCV. Las lesiones más frecuentes en una consulta de Estomatología son:

### LESIONES TRAUMATICAS:

Debido a que la mucosa bucal está sometida a numerosos traumas es relativamente frecuente la presencia de lesiones producto de los mismos: Ulcera traumática, quemaduras, lesiones relacionadas a prótesis como la estomatitis protésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria e hiperplasia papilar inflamatoria, la leucoplasia y estomatitis nicotínica.

### LESIONES INFECCIOSAS:

Especialmente observamos lesiones de origen infeccioso en mucosa bucal debido a su biodinámica al estar en contacto directo con diversas sustancias (alimentos, objetos, personas, etc.) puede ser puerta de entrada de diversos microorganismos, siendo las más frecuentes:

- a) **Origen bacteriano:**  
Infecciones Streptocóccicas y Estafilocóccicas

\* Coordinadora de la Maestría en la Medicina Estomatológica.  
Profesora de la Cátedra de Clínica Estomatológica. Fac. Odontología UCV.

de origen dentario y peridentario, Gingivitis úlcero necrosante, Granuloma telangiectásico, Sífilis, Gonorrea, Tuberculosis.

b) **Origen micótico:** Candidiasis, Paracoccidioidomicosis e Histoplasmosis.

c) **Origen viral:** Lesiones por Herpes simple como la gingivoestomatitis herpética y el herpes labial recurrente, lesiones eruptivas de la infancia como sarampión, varicela, parotiditis, herpangina. Lesiones por virus de papiloma humano como el papiloma escamoso, condiloma acuminado, verruga vulgar (Zeuss, 1995), y las manifestaciones bucales en personas infectada por el virus de Inmunodeficiencia adquirida encontrándonos con lesiones en etapas tempranas y muchas veces predictivas en cuanto a la evolución de ésta patología (Sandner, 1990)

#### **MANIFESTACIONES BUCALES DE LESIONES DERMATOLÓGICAS:**

Debido a que embriológico e histológicamente la mucosa bucal y la dermis están muy relacionadas, es relativamente frecuente observar lesiones a nivel de mucosa bucal en las diversas patologías tradicionalmente consideradas dermatológicas e inclusive en muchas oportunidades éstas preceden a las lesiones cutáneas y ocasionalmente son las únicas expresiones de esa patología, por lo que el examen intrabucal cobra mayor vigencia. Las lesiones más frecuentes son: Liquen plano en sus variantes

hiperplásica, ampollar, erosiva y atrófica; pénfigo vulgar, penfigoide benigno, eritema multiforme y lupus eritematoso (Mata, en Rondón Lugo, 1995).

Por lo anteriormente expuesto y al comprender mejor la etiología, distribución, patogenia, factores de riesgo y diversas variables relacionadas al sistema estomatológico, podremos sin duda llegar a un diagnóstico y manejo más acertado de la patología que padece nuestro paciente, quedando así resaltada la importancia de realizar un buen examen de la cavidad bucal.

Aportamos a continuación un esquema simplificado, sistematizado y ordenado que nos facilitará el examen clínico de la cavidad bucal, con el fin de no pasar por alto ninguna región o signo que nos oriente al diagnóstico.

El examen de la cavidad bucal deberá contar con una buena fuente de luz adecuada, de modo que se pueda inspeccionar acertadamente tanto la zonas anteriores como posteriores de la cavidad bucal. Por medio de la inspección, podremos evidenciar las formas anatómicas normales como patológicas, relacionadas en cuanto a tamaño, color, aspecto, textura; además durante el examen usaremos la palpación para determinar consistencia del tejido, extensión de la lesión, plano de implantación, etc.

El examen del paciente comienza inclusive desde el momento en que ingresa en nuestra consulta y más detenidamente al observar la expresión facial del mismo, inspeccionando las regiones malares y nasogenianas, mentoniana, cara externa de labios,

incluyendo sus comisuras. Luego indicamos al paciente abrir la boca y observamos como realiza éste movimiento, analizando si es armónico y está exento de brincos o "escalones", si no desvía lateralmente el maxilar; la apertura bucal normal de borde dentario superior a inferior está ubicada en el rango de los 33 a 42 mm. (Lamura, Lamura, 1996), una apertura bucal mayor o menor, cualquier otro signo en relación a lo anteriormente descritos debería orientarnos a pensar en una las múltiples patologías de la articulación temporomandibular (ATM) que ameritaría una evaluación más detenida de la misma.

#### **LABIOS:**

Para el examen intra bucal es necesario el uso de dos espátulas baja lenguas de madera o dos espejos exploradores bucales ; procedemos a examinar la cara interna de ambos labios, superior e inferior, la cual deberá estar de un color rosado pálido, lisa y algo más vascularizada hacia el fondo del surco o vestíbulo; debe notarse la presencia del frenillo labial superior e inferior, no deben estar hipertrofiados ya que podrían ser la causa de separaciones o diastemas y mal posiciones dentarios en los incisivos tanto superiores como inferiores. Si al inspeccionar la cara interna del labio notamos algún nódulo, procedemos a efectuar palpación bidigital para evaluar mejor la gran cantidad de glándulas salivales menores presentes en esa región, siempre protegiéndonos con guantes. Para describir alguna lesión en labios y precisar su ubicación, los dividimos topográficamente en: Cara externa

cara interna, labio superior e inferior, lado derecho e izquierdo (Fig. 1 ).

### MEJILLAS:

El siguiente paso sería el examen de cara interna de mejillas o carrillos, deben estar recubiertos por una mucosa de color rosado pálido, igualmente hacia el fondo del surco el rosado es más intenso por estar más vascularizado; topográficamente se dividen en tres tercios, anterior, medio y posterior; en el tercio medio cercano a donde contacta con los molares superiores, se observa la papila de Stensen (Giunta, 1991 ), de aproximadamente 6 mm de diámetro, en la cuál se observa el orificio de salida del conducto de la glándula Parótida. Es relativamente frecuente observar una línea horizontal que abarca lo porción media de los tercios medios y posterior, es la línea de indentación, que se forma al contacto de la mucosa con los bordes de molares y premolares superiores (Fig. 2).

### LENGUA:

Procedemos a examinar la lengua, topográficamente se divide en: a) Dorso lingual. b) Vientre lingual, c) Bordos derecho e izquierdo; cada región se subdivide en tres tercios, anterior o punta, medio y posterior. Para su examen le indicamos al paciente sacar la lengua, si no lo hace convenientemente, lo podemos ayudar sujetando la punta con una gasa. Veremos que el dorso lingual está marcado por un surco anteroposterior ubicado en la línea media, que indica la unión de los tubérculos linguales embrionarios (González, 1995). Esta cara de la lengua está tapi-

FIGURA 1



FIGURA 2



zada por diferentes tipos de papilas, las caliciformes que están dispuestas en forma de "V" invertida, ubicadas en la base del tercio posterior del dorso lingual, son redondas, eritematosas, en número de 9 a 12 y miden entre 4 y 5 mm de diámetro. Por detrás de las papilas caliciformes se pueden obser-

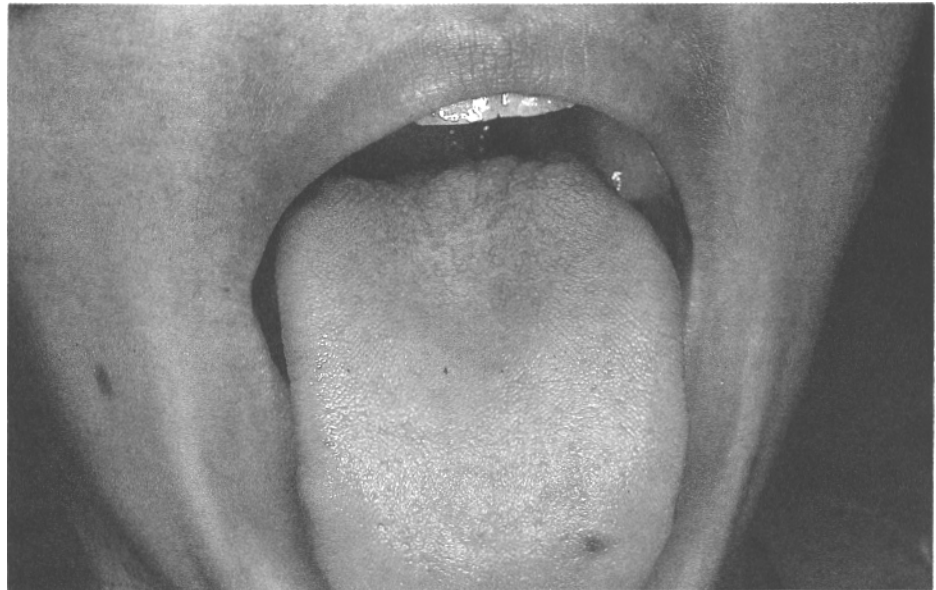
var a los lados de la línea media unos folículos que constituyen las amígdalas linguales (Grispan, 1975).

Los tercios medios y anteriores se encuentran tapizados de 150 a 200 papilas fungiformes, aproximadamente, las cuales son redondeadas, lige-

ramente eritematosas de 1 mm de diámetro y de papilas filiformes que son proyecciones delgadas y blanquecinas ubicadas en mayor cantidad cercanas a la línea media. Se le indica al paciente que gire la lengua a la derecha y la izquierda para examinar sus borde, en cuyos tercios posteriores están ubicadas de 5 a 7 papilas foliaceas (González, 1995). Para el examen de la cara ventral se le indica al paciente levantar la lengua y tocar con su punta la porción más posterior del paladar, se evidencia el trayecto longitudinal de las Venas Raninos. En personas de tercera edad, se presentan varicosidades linguales con relativa frecuencia. la mucosa del vientre lingual, es de color rosado intenso. Aprovechando ésta posición del paciente, se examina el piso de la boca (Figs. 3 y 4).

**PISO DE BOCA:**

Topográficamente se clasifica en derecho e izquierdo, tercio posterior medio y anterior. Es fácil observar el frenillo lingual que se inserta en la porción ventral media o anterior de la lengua y el piso de la boca; si este pliegue es corto, determina una limitación importante en el movimiento de la lengua, influyendo en la fonación y los movimientos de autoclisis. A ambos lados del frenillo se ubican dos orificios, los Ostium Umblicale, correspondientes a la salida del Conducto de Wharton de la glándula submaxilar, más periféricamente se pueden observar unos pliegues transversales, que corresponden a los Conductos Rivinus de las glándulas submaxilares (Gutiérrez, 1990). Al elevarse bien la lengua, en el piso



de la boca se demarcan dos elevaciones que corresponden a las glándulas submaxilar y sublingual, pudiéndose evidenciar mejor a la palpación bidigital, si las "ordeñamos" debe salir el fluido salival por los mencionados orificios. La mucosa que tapiza el piso de la boca es relativamente más

vascularizada, por lo que su color es de un rosado intenso.

**PARED POSTERIOR BUCAL:**

Indicamos al paciente a colocar la lengua en reposo y pronunciar la letra "a",

FIGURA 3

FIGURA 4

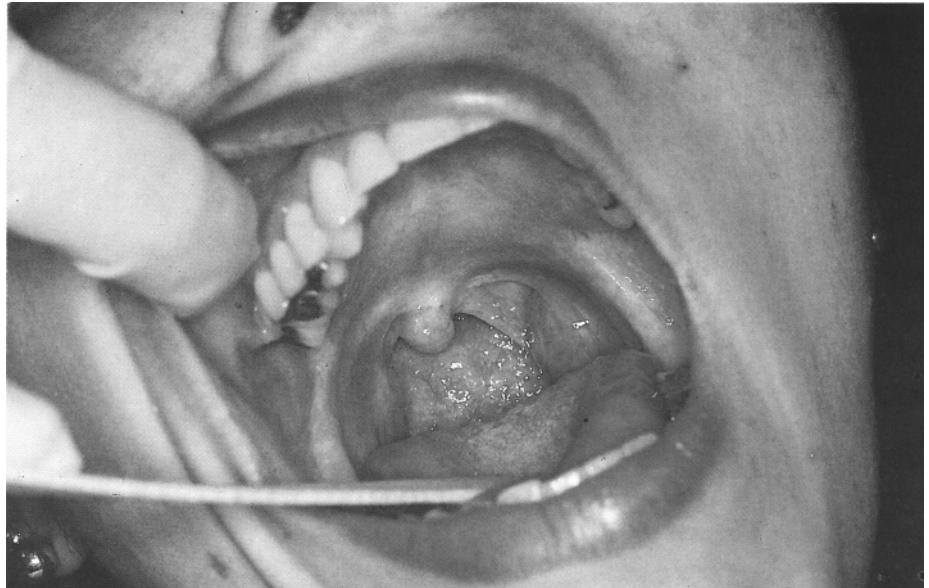
presionando suavemente el tercio posterior del dorso lingual, así podemos examinar la pared posterior bucal y región amigdalina, la cual presenta el pilar anterior y posterior de la faringe que conforman ambas criptas amigdalinas, donde se aloja dicha glándula (Giunta, 1991), la mucosa es más eritematosa, topográficamente se describe: pared posterior bucal, lado derecho e izquierdo, pilar anterior y posterior de faringe, cripta amigdalina y amígdala derecha e izquierda (Fig. 5).

### **PALADAR:**

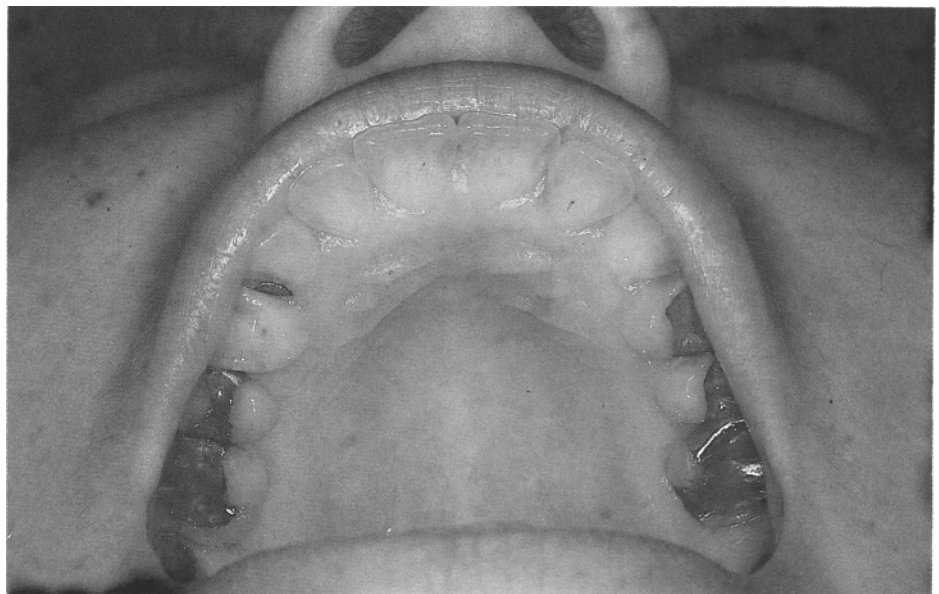
Luego se pasa a examinar al paladar, topográficamente se divide en: paladar blando y paladar duro, ambos en lado derecho e izquierdo, en el paladar duro también se hace la diferencia de región anterior y media. El paladar blando se encuentra tapizado por una mucosa relativamente más vascularizada que la del paladar duro, pero más pálida que la de la pared posterior bucal. En la línea media del borde libre del paladar blando, se observa una proyección o apéndice denominada úvula, que ayuda al cierre durante la fonación y deglución.

En el paladar duro la mucosa se encuentra tapizando la porción palatina del maxilar superior, es de color rosado muy pálido y en la porción correspondiente a la línea media, se observa el rafe palatino, pliegue que rememora la unión entre ambas porciones palatinas. En la unión del paladar duro y blando a ambos lados de la línea media, se pueden evidenciar dos depresiones o más, corresponden a las foveolas palatinas (Chen, 1980). En la porción anterior del paladar duro y en

**FIGURA 5**



**FIGURA 6**



la línea media se observa la papila incisiva, de forma oval o piriforme, la cual cubre y protege los elementos neurovasculares que emergen del orificio nasopalatino (González, 1995). Un poco más posterior y a ambos lados de la línea media, se observan pliegues transversales, son las rugosidades palatinas. En el

tercio medio y ambos lados de la línea media, la mucosa se observa más acolchada por la ubicación de las glándulas salivales accesorias palatinas (Lamura, Lamura, 1996), donde eventualmente se pueden observar los orificios de salida de dichas glándulas sobre todo en pacientes fumadores (Fig. 6).

## ENCÍA:

Por último intrabucalmente se debe examinar la mucosa que tapiza los rebordes alveolares de los maxilares, denominada también encía. Topográficamente se divide en cuatro cuadrantes: cuadrante 1 (superior derecho del paciente), cuadrante 2 (superior izquierdo) cuadrante 3 (inferior izquierdo) y cuadrante 4 (inferior derecho). A su vez se subdivide en: región palatina y labial o vestibular en el maxilar superior; región lingual y labial o vestibular en el maxilar inferior. Esta mucosa es de color rosado pálido. La encía que bordea los dientes se proyecta en forma de papilas y a su vez se divide en: encía libre y encía adherida. La encía libre recubre el diente y la encía adherida es la que tapiza directamente el hueso maxilar. La encía adherida sana, debe tener un aspecto parecido al de la cáscara de una naranja (ligeramente rugosa y con un puntillado) no debe haber sangramiento, ni un color rosado intenso.

## GANGLIOS CERVICOFACIALES:

El examen clínico bucal no está completo si no palpamos las cadenas ganglionares regionales, también llamadas cervicofaciales, pudiendo detectar en caso de adenopatías pequeños nódulos de aproximadamente 5 mm de diámetro, dolorosos o no, por lo general móviles, no adheridos a los planos profundos.

### Ganglios faciales:

- a) Submaxilares y Submentonianos: Inclinando la cabeza del pacien-

te ligeramente hacia abajo, se realiza la palpación guiándose por los bordes inferiores e internos del maxilar inferior.

- b) Preauriculares y Parotídeos: Palpando las regiones preauriculares por delante del Tragus y un poco más abajo y anterior en las regiones parotídeas.,
- c) Posauriculares y Occipitales: Palpando por detrás de los pabellones auriculares y regiones occipitales

### Ganglios Cervicales:

- a) Esternocleidomastoideo  
Anterior: Palpando los bordes anteriores del mencionado músculo y destacando el grupo superior hacia los ángulos mandibulares, grupo medio, porción media del cuello e inferior en las bases de inserción del músculo.
- b) Esternocleidomastoideo  
Posterior: Palpando los bordes posteriores, destacándose el grupo medio en la porción media e inferior en la base de inserción del músculo Ambos grupos se palpan ladeando ligeramente la cabeza del paciente, hacia el lado contrario a examinar, para resaltar el músculo Esternocleidomastoideo.
- c) bordes superior claviclar derecho e izquierdo (Giunta, 1991).

Es importante estar consciente que el examen de la cavidad bucal y sus anexos debe seguir una secuencia, con el fin de evitar que alguna alteración pase desapercibida ; el profesional de la salud debe entender que la boca no está divorciada del resto del organismo y en su territorio puede en-

contrar numerosas y valiosas "pistas" que lo orienten en el proceso de elaborar un diagnóstico y manejo acertado de su paciente. Tomemos en reflexión que dos siglos antes de Cristo, Galeno, el padre de la medicina, citaba la importancia del examen bucal y tomando en cuenta a uno de sus territorios, escribía: "Las condiciones de la lengua revelan al observador cuidadoso el estado de salud general, en especial de las partes duras, líquidos y jugos, órganos de la masticación y digestión y los pulmones del cuerpo humano" (en Burket, 1973).

## BIBLIOGRAFIA

1. Burkei L.: Medicina Bucal. Diagnóstico y Tratamiento. Interamericana 6° Ed. 1973; México.
2. Chen MS.: Reliability of the fovea palalini for determining the posterior borden oi the maxillary denture. J Prosthet. Dent. 1980 ; 43: 133-73.
3. Gunto JL: Patología bucal. 3° Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 1991, México.
4. Gonzalez MC.: El aparato Bucal. Desarrollo, estructura y función. Algunas aplicaciones clínicas. UCV. CDCH. 1995; Caracas.
5. Grispon D.: Enfermedades de la boca. Torno 1. Mundi. 1975; Argentina.
6. Gutierrez J.: Anatomía macroscópica de la cavidad bucal. Odontostomatol. 1990, 3:13-26.
7. Kleinman DV, Swango PA, Niessen LC.: Epidemiologic studies of oral mucosal conditions methodologic issues. Community Dent. Oral Epidemiol. 1991;19:129-40.
8. Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ.: Epidemiology oí oral mucosal lesion in United States schoolchildrens: 1986-87 Community Dent. Oral Epidemiol. 1994; 22:243-53.
9. Lamura A, Lornura G.: El interrogatorio o anamnesis con enfoque odontológico. Disinlimed. 1996; Caracas.
10. Mala M.: Lesiones más frecuentes en Estomatología. Cap. 110, pag. 1051-1063. En: Rondón Lugo A.: Dermatología.. Ed. Reinaldo Godoy. 1995. Caracas.
11. Oliver M, Chirinos ME, Mandel S, Vazquez F, Mata M, Rondón A.: Casuística de la consulta de Estomatología del Instituto de Biomedicina. 1 er Congreso Nacional de Investigación Odontológica. Caracas. 1995.
12. Sandner O.: Sida la pandemia del siglo. Ed Monte Avila. 1990. Caracas.
13. Zeuss M.: Virus de Papilorna Humano en lesiones bucales. CDCHT. 1995 Uni. de Carabobo.