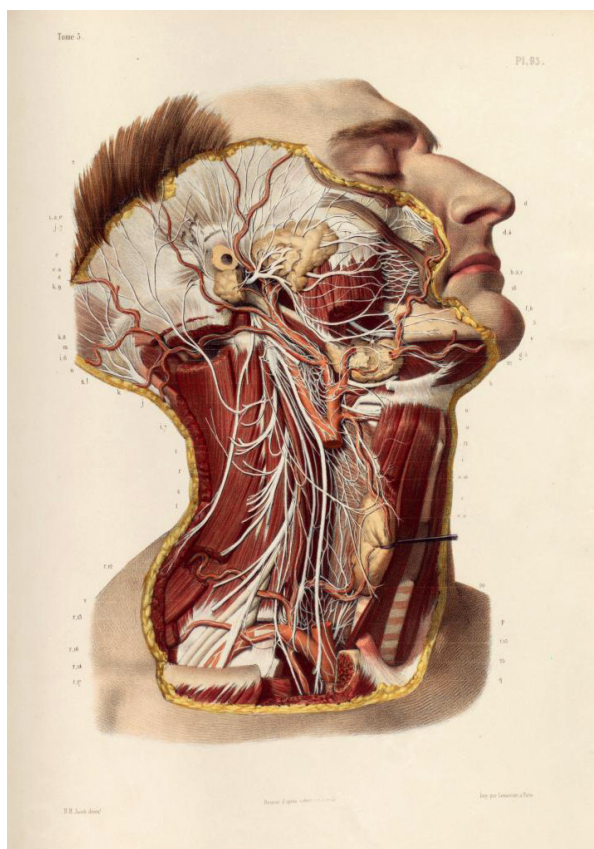


## Manual de semiología oral (1968)\*

Joaquín Rubiano Melo<sup>1</sup>



Disección cabeza y cuello, craneal, espinal y nervios simpáticos.

Artista: Jacob, Nicolas Henri, 1781-1871.

Tomada de: <http://www.flickr.com/photos/thomasfisherlibrary/12288500023>

Enlace original: <http://link.library.utoronto.ca/anatomia/application/highlights.cfm>

\* Este artículo fue publicado originalmente en la *Revista Odontología UN de Colombia* 1968 y hacía parte del Manual de Semiología que orientaba la cátedra de semiología en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Se ha transcrito en su totalidad, conservando su contenido original, solo en algunos casos fue adecuado su lenguaje.

1 El Dr. Joaquín Rubiano Melo nació en el municipio de Turmequé (Boyacá) el 19 de enero de 1924. Realizó estudios de pedagogía en la Escuela Normal Nacional de Tunja y es Bachiller del colegio Hispano-Americano de Bogotá en 1951. Ingresó a la carrera de Odontología en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia en el año 1953. Se destacó como monitor de la cátedra de anatomía descriptiva y miembro del consejo directivo en representación de los estudiantes por haber obtenido el primer puesto durante toda la carrera. En 1957 obtiene su título de Doctor en Odontología con grado de honor. Durante el primer semestre de 1958 ejerce como sub-secretario de la Universidad Nacional y secretario del consejo académico. En 1959 realiza estudios de especialización de un año en Cirugía Maxilo-Facial en la Academia de Medicina de Düsseldorf, Alemania. En 1960 realiza estudios de especialización de un año en Estomatología y Cirugía Oral en el Instituto de Cirugía Dental de la Universidad de Londres.

Se desempeñó como docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional desde septiembre de 1960, siendo profesor de las cátedras de semiología oral, cirugía oral, jefe de clínica de semiología oral, jefe de clínica de cirugía oral y jefe de la sección de cirugía. Odontólogo del Instituto de los Seguros Sociales en la Unidad de cirugía oral, durante veinte años a partir de 1961. Secretario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, durante cinco años, a partir de 1979. Entre sus publicaciones se cuenta: "Antibióticoterapia en cirugía oral" en 1981, "Importancia de la evaluación del paciente ambulatorio" en 1981, "Tratamiento quirúrgico de las inclusiones dentales" en 1976 y "Manual de semiología oral" en 1968, publicados en la Revista de la Facultad de Odontología.

### Citación sugerida:

Rubiano J. Manual de semiología oral. Acta Odontológica Colombiana [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 4(2): 163-188. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

## Introducción

Una etapa muy importante y frecuentemente omitida por el odontólogo en el examen del paciente ambulatorio es la relacionada con la evaluación previa del estado de salud general de quien se presenta a su consulta. Con frecuencia el odontólogo debe tratar pacientes con trastornos locales o generales que, eventualmente, representan un factor desfavorable en el curso de un tratamiento dental o en su resultado final, cuando no se reconocen oportunamente y se adoptan las precauciones necesarias.

Por esta razón es absolutamente indispensable, en primer lugar, que el profesional tenga un conocimiento adecuado de los fundamentos médicos que le permitan descubrir o por lo menos sospechar una condición anormal durante un examen de rutina. En segundo lugar, debe estar familiarizado con los principios básicos fundamentales para adelantar un interrogatorio correcto y realizar un examen clínico completo para llegar a un diagnóstico exacto y establecer un plan de tratamiento.

Las estructuras dentarias y los elementos y tejidos afines a la cavidad oral, no pueden considerarse aisladamente del resto del organismo del cual forman parte y que funciona como una unidad biológica definida. Por consiguiente, el odontólogo no solamente se ve abocado al reconocimiento y análisis de los signos y síntomas de las diversas afecciones orales, debe estar capacitado para comprender los principios biológicos que regulan el funcionamiento normal del organismo en general y sus alteraciones más comunes.

El éxito de un tratamiento se basa esencialmente en un buen diagnóstico, este puede lograrse mediante los datos obtenidos del paciente a través de una buena historia, un examen clínico completo y en ocasiones con la ayuda de los diversos procedimientos de laboratorio u exámenes complementarios.

El concepto de diagnóstico oral implica el reconocimiento y análisis de los diversos signos y síntomas que permiten identificar una entidad patológica la cual debe ser eliminada. El proceso para lograr este objetivo es relativamente simple, pero es necesario adquirir una disciplina especial que permita poner en práctica en forma racional todos los conocimientos disponibles. El método hipocrático de la observación y descripción sistemática constituye el fundamento del diagnóstico oral. El profesional debe, por lo tanto, estar en capacidad de reconocer las condiciones patológicas, describir su proceso, clasificarlo dentro de ciertos límites, determinando, por ejemplo, el tipo de lesión, los tejidos afectados, el agente etiológico, etc., para llegar finalmente al reconocimiento de la entidad clínica o diagnóstico.

El proceso de interrogar y examinar correctamente un paciente para consignar en la Historia Clínica la información obtenida, es un arte que se desarrolla y perfecciona con la experiencia y ésta a su vez se logra a través de la práctica. El dominio de estos principios se adquiere mediante la formación de una disciplina mental que le permite al profesional reducir la Historia Clínica a una extensión mínima sin omitir las informaciones importantes, ni juzgarlas a la ligera. Una historia breve pero buena, refleja el dominio de una rutina o sistema, producto de un entrenamiento racional a través de las prácticas de la clínica.

Cuando el estudiante adquiere una rutina para interrogar y examinar un paciente tiene mayores posibilidades de cubrir todos los aspectos y obtener más información, dentro de un tiempo relativamente corto, que cuando se dedica a improvisar procedimientos diferentes.

Para ser buen clínico es necesario adquirir una habilidad mental y manual mediante la aplicación sistemática de un método previamente estudiado y evaluado. El objetivo primordial de este resumen, está encaminado precisamente a concretar los aspectos más importantes acerca del proceso de elaboración de una Historia Clínica completa.

### La Historia Clínica

Historia Clínica es el conjunto de datos escritos, ordenadamente, sobre los cuales se puede formular un diagnóstico. Está reconocida universalmente como el fundamento de toda investigación clínica y sus objetivos primordiales son:

1. Comprensión total del caso clínico en forma individual, de esta manera se facilita el raciocinio lógico conducente al diagnóstico, constituyendo, además, una fuente de entrenamiento para la "experiencia clínica".
2. Determinar cualquier condición patológica de orden general que requiera cuidados especiales previos al tratamiento o durante él, a fin de proteger la salud y la vida del paciente.
3. Acumular datos suficientes para lograr valoraciones estadísticas que permitan emitir conceptos nuevos acerca de determinados aspectos clínicos.

Para su elaboración correcta es preciso seguir determinadas normas que pueden resumirse así:

1. Tanto en el interrogatorio del paciente como el examen físico deben acomodarse a un plan establecido previamente, siguiendo siempre una rutina o sistema, esto facilita la colección de todos los datos indispensables en un tiempo relativamente corto; la anotación de ellos quedará así en forma ordenada y sistemática sin lugar a omisiones.
2. Es conveniente obtener y anotar los datos sin encaminar la mente del profesional hacia una entidad patológica determinada por cuanto existe el peligro de caer bajo la autosugestión, capaz de hacer modificar en forma inconsciente el registro de los signos y síntomas, y por consiguiente el diagnóstico.
3. Emplear una terminología científica en la descripción y análisis de los signos y síntomas, evitando el uso de la nomenclatura que el vulgo usa al hacer referencia a ellos.

### División de la historia clínica

La Historia Clínica consta de dos partes esenciales, a saber: el interrogatorio o anamnesis y el examen del paciente.

El interrogatorio o anamnesis comprende a su vez:

1. Motivo de la consulta o queja principal.
2. Historia de la enfermedad actual o anamnesis próxima.
3. Antecedes o anamnesis remota.

El examen físico comprende:

1. Inspección, palpación, percusión y auscultación. Se hace extraoral como intraoral.
2. Exámenes complementarios.

En resumen, la Historia Clínica completa de un caso comprende los siguientes pasos, aun cuando es preciso anotar que no siempre hay necesidad de hacerla en forma completa, quedando a criterio del profesional omitir los puntos que considere superfluos en el caso particular:

I. Encabezamiento, comprende los datos personales del paciente:

1. Nombre.
2. Dirección.
3. Edad.
4. Sexo.
5. Ocupación.
6. Estado Civil.
7. Lugar de origen.

II. Interrogatorio o anamnesis:

1. Motivo de la consulta o queja principal.
2. Historia de la enfermedad presente o anamnesis próxima.
3. Antecedentes o anamnesis remota:
  - a. Historia dental pasada.
  - b. Historia médica.
  - c. Historia familiar.
  - d. Historia personal y social.

III. Examen clínico:

1. Extraoral: inspección, palpación, percusión, auscultación.
2. Intraoral: inspección, palpación, percusión.

IV. Diagnóstico provisional o diagnóstico de impresión (impresión diagnóstica).

V. Exámenes complementarios:

1. Examen radiográfico.
2. Pruebas pulpares.
3. Exámenes de sangre.
4. Exámenes de orina.
5. Biopsia.
6. Aspiración.
7. Cultivos.

8. Frotis.
9. Sensibilidad.
10. Antibiograma.
11. Transiluminación.
12. Modelos de estudio.

VI. Diagnóstico definitivo.

VII. Pronóstico.

VIII. Plan de tratamiento.

## I. Encabezamiento

La importancia de registrar el nombre y dirección de una persona que está siendo sometida a tratamiento es obvia; todo paciente generalmente aprecia el interés demostrado por el profesional al dirigirse a él por su propio nombre y presenta además un simple acto de cortesía.

La edad es un factor muy importante a tener en cuenta al practicar un examen, pues ciertas condiciones patológicas afectan al individuo en determinadas épocas de la vida. Así, por ejemplo, es un hecho bien conocido que la caries dental representa el factor principal en la pérdida de los dientes antes de los 30 años de edad, mientras que, después de esta época de la vida, son las paradenciopatías en sus diferentes manifestaciones las responsables de este hecho. Algunas condiciones especiales de ciertos tejidos, que pueden ser consideradas como normales en personas de edad avanzada, deben examinarse cuidadosamente cuando se manifiestan en el niño (abrasiones, retracciones gingivales, queratinizaciones, etc.).

Por lo tanto, debe procederse de acuerdo con la edad del paciente al practicar el examen, formular el diagnóstico, hacer el pronóstico y establecer el plan de tratamiento para evitar un fracaso.

Observaciones análogas pueden establecerse al mencionar el factor sexo; ciertas entidades patológicas tienden a afectar con mayor frecuencia un determinado sexo y algunas son propias, bien del hombre o la mujer. Por ejemplo, el llamado *éupilis del embarazo* (granuloma piógeno o piogénico), el Síndrome de Albright, etc., son del sexo femenino; la leucoplasia de la cavidad oral es más frecuente en el sexo masculino.

La ocupación del paciente constituye un factor igualmente importante al tratar de establecer los factores etiológicos para llegar a un diagnóstico correcto. Serían numerosas las entidades patológicas que podrían mencionarse originadas por la clase de trabajo del individuo. Basta con poner algunos ejemplos: los choferes exponen generalmente parte de la cara a la intemperie, por esto sufren en ocasiones neuralgias del trigémino o parálisis facial. Los obreros o marineros, que en los climas tropicales trabajan a la intemperie, están expuestos a sufrir de carcinoma basocelular. Las personas que viven en contacto con ciertas sustancias químicas como el bismuto, mercurio, plomo, etc., pueden sufrir de gingivostomatitis, difíciles de diagnosticar al no tener en cuenta la etiología.

Es importante conocer el estado civil del paciente a fin de determinar factores familiares, psicológicos o sociales que puedan incidir en la etiología de cierta condición. Además, en ciertas

enfermedades y deformaciones hereditarias o congénitas requieren para su diagnóstico una historia completa que incluye lógicamente la prole (hemofilia, diabetes, sífilis, etc.).

La procedencia del paciente o lugar de nacimiento, o mejor, el lugar donde se ha vivido la mayor parte de su vida, tiene importancia al tratar de identificar ciertas enfermedades de carácter endémico en determinadas zonas geográficas (paludismo, bocio, etc.).

## II. Interrogatorio o anamnesis

Anamnesis significa recordar o hacer memoria de algo. En este caso, es el acto por el cual el profesional mediante la entrevista directa del paciente y a través de una serie de preguntas bien dirigidas, obtiene toda la información indispensable para llegar al diagnóstico. Para lograrlo es preciso observar los siguientes principios fundamentales:

- a. Oír cuidadosa y atentamente el relato del paciente sin apurarlo ni interrumpirlo, a menos que se extienda demasiado mencionando detalles superfluos. Saber oír representa en sí mismo un arte. De esta manera, se obtiene no solamente del paciente, la información voluntaria esencial que no podría lograrse por preguntas directas, también es posible apreciar su personalidad y su estado emocional. Una vez hecho el relato de sus padecimientos en sus propias palabras, pueden formularse algunas preguntas para lograr la información adicional necesaria o aclarar algunas de sus afirmaciones.

Las preguntas deben ser concretas, claras, cortas y fáciles de entender, evitando el uso de términos científicos. Nunca deben formularse preguntas que puedan inducir al paciente a describir síntomas que realmente no existen, ya que son fácilmente sugestionables y lo hacen inconscientemente, sólo con el ánimo de colaborar con el diagnóstico.

- b. Aun cuando la observación forma parte del examen físico, es también parte muy importante del interrogatorio. La observación debe empezar desde el momento en que el paciente entra a la consulta y debe continuar a través de todo el interrogatorio, ella nos permite lograr valiosas informaciones adicionales como son: la conducta general del paciente, su estado mental, su reacción a las preguntas, el nivel de inteligencia y cultura, la actitud asumida frente a su enfermedad y hacia el profesional o la profesión, todo esto permite formarse un criterio que determinará la conducta a seguir para un adecuado y mutuo entendimiento.
- c. Una vez obtenida toda la información relacionada con el padecimiento del paciente como resultado de oírlo, interrogarlo y observarlo, se integran todos los datos cronológicamente, acomodando cada hecho en su sitio apropiado para formar un todo que permita formular la impresión más exacta acerca de la afección del paciente y la reacción de éste frente a ella.

Uno de los factores más importantes que debe tenerse en cuenta al entrevistar un paciente para hacerle la Historia Clínica es el referente a la armonía, mutua confianza y respeto que deben existir entre el profesional y el paciente. Del estricto cumplimiento de estas normas depende no solamente la cantidad de información lograda sino su exactitud. Debe pues, el odontólogo adoptar una actitud que inspire confianza al paciente, demostrando interés por el estado de su salud desde la primera entrevista, pues, generalmente, es la más importante desde el punto de vista relaciones odontólogo-paciente.

La apariencia personal y buenas maneras del odontólogo desempeñan un papel muy importante para el paciente. Los pacientes sospechan, y en ocasiones con razón, que si un profesional es negligente en su presentación personal, lo será igualmente en el diagnóstico y tratamiento.

Finalmente hay que considerar el caso de un paciente que se presenta por emergencia; por ejemplo, un absceso agudo. En estos casos el interrogatorio debe limitarse a los signos y síntomas relacionados con la afección, sus posibles agentes etiológicos y la presencia o ausencia de enfermedades sistémicas de importancia inmediata, a fin de hacer un diagnóstico y establecer un tratamiento inmediato que alivie los síntomas agudos. La Historia Clínica completa se concluirá posteriormente cuando hayan pasado estos síntomas.

### 1. Motivo de consulta o queja principal

Es el síntoma o síntomas descritos por el paciente, en sus propias palabras, que indican la presencia de una condición anormal. Se obtiene preguntando al paciente: ¿cuál es el motivo de su consulta? Sin embargo, no siempre la respuesta corresponde a la manifestación de una anomalía. Generalmente los pacientes responden: "vengo para un chequeo", "deseo que me hagan un puente", o "el médico me envió para que me arreglen la boca". Naturalmente estas afirmaciones no pueden catalogarse como queja principal porque no son síntomas. Existe posiblemente una razón por la cual el paciente cree que necesita una revisión de su dentadura, un puente o alguna razón para que el médico lo haya enviado a tratamiento odontológico.

La queja principal se refiere a una manifestación subjetiva o síntoma, que es una sensación desagradable o anormal por una alteración en el organismo o enfermedad la cual debe ser diagnosticada y tratada por el odontólogo no simplemente satisfacer el deseo de un paciente.

También es posible que el paciente, al consultar al odontólogo, no presente una queja principal; hecho igualmente importante y debe registrarse en la Historia Clínica. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que el paciente muchas veces no puede apreciar o describir fácilmente los síntomas o éstos son tan leves que no es posible localizarlos, especialmente cuando han subsistido por largo tiempo y el sujeto se ha adaptado a una condición anormal. Condiciones tales como masticación defectuosa, halitosis, gingivitis, superficies dentarias ásperas, etc., que en un principio causaron algún efecto desagradable, pueden volverse imperceptibles a medida que el paciente se va acostumbrando a ellas.

También es necesario tener en cuenta los diversos factores que pueden influir inconscientemente sobre el paciente al tratar de determinar el síntoma principal, tales como la edad, estado mental, miedo, fatiga, preocupaciones y experiencias anteriores. En esta forma, un mismo síntoma puede ser manifestado de diferente manera por cada paciente según su estado actual. Corresponde pues al profesional poner en juego su habilidad y experiencia en los casos difíciles, determinando cuál es realmente la queja principal e interpretarla, correctamente, para evitar un fracaso en el diagnóstico.

La queja principal no incluye diagnóstico alguno ni se refiere a enfermedades. Aun cuando el diagnóstico propuesto por el paciente puede ser correcto, en ocasiones está equivocado y puede inducirnos a cometer un gran error. Como odontólogos es responsabilidad nuestra, y no del paciente, llegar a un diagnóstico después de haber obtenido toda la información indispensable.



En resumen, el motivo de la consulta se concreta en unas pocas palabras que indican el síntoma principal, su localización y fecha en que apareció; por ejemplo: "dolor en el lado derecho de la cara desde hace tres días".

## 2. Historia de la enfermedad presente

Es un registro cronológico de la queja o síntoma principal junto con los demás síntomas concomitantes, desde su fecha de aparición hasta el momento de la Historia Clínica; esta parte se denomina también anamnesis próxima. Todos los síntomas que aparecieron, su forma de evolución y relaciones con el síntoma principal, deben registrarse en orden cronológico para comprender racionalmente la naturaleza del proceso patológico. Siempre que sea posible, la evaluación de los síntomas debe ser no sólo cualitativo sino cuantitativo; por ejemplo, cuando se trata de "dolor" es preciso establecer el grado de intensidad averiguando si ha impedido el sueño, la masticación, el trabajo, etc.

La historia se inicia determinando la fecha de aparición del síntoma principal; cuando hay dificultades en recordarla, puede formularse al paciente la siguiente pregunta: "¿cuándo fue la última vez que usted se sintió completamente bien?"; para algunas personas es más fácil recordar este dato. A continuación, por medio de preguntas adecuadas, se determina la forma como apareció el síntoma, su evolución posterior, síntomas asociados o complicaciones, tratamiento que ha recibido y su resultado, cuál le parece al paciente en ese momento que sea el trastorno principal, qué grado de incapacidad le ha causado y cuál cree sea la afección que padece.

Cada síntoma debe ser explicado con suficientes detalles respecto a su evolución y relaciones con otros síntomas del mismo órgano o sistema afectados; por ejemplo, si el paciente sufre de dolor en la lengua (glosodinia, glosopirosis), se intentará determinar la presencia de otros síntomas asociados que pudieran sugerir una alteración de orden general como la anemia perniciosa.

Tanto los síntomas negativos como positivos deben ser cuidadosamente analizados, estos sirven para identificar una alteración o su grado de severidad; por ejemplo, un diente aparentemente sano que previamente fue muy sensible al frío, posteriormente al calor y finalmente no ha manifestado ninguna reacción a estos dos factores, sugiere la presencia de una necrosis pulpar.

Esta parte de la historia incluye el registro de los síntomas generales o funciones posiblemente afectadas, a saber: apetito, aumento o pérdida de peso, fatiga, fiebre, sudores nocturnos, menstruación, sueño, etc.

La elaboración de esta parte de la historia implica el conocimiento, por parte del profesional, de la patología oral y general, en forma más o menos extensa, para poder dirigir el interrogatorio en forma correcta y llegar a una conclusión correcta en un tiempo razonable.

### Antecedes o anamnesis remota

Se refiere a los antecedentes que conviene establecer para la correcta comprensión del estado general del paciente y sus relaciones con la condición actual. Comprende, a la vez, varios aspectos que conviene registrar separadamente para simplificar la obtención de los datos.



- a. **Historia dental:** la información obtenida en este aspecto suministra valiosos datos en cuanto a diagnóstico y pronóstico se refiere. Se averiguan las experiencias dentales anteriores relacionadas con enfermedades, operaciones y tratamientos, así como la tolerancia o las reacciones del paciente a éstos. De esta manera es posible determinar, en el paciente, la frecuencia de visitas al odontólogo, la tolerancia a los anestésicos, las reacciones alérgicas, tendencia a las hemorragias o las infecciones, etc.

Del resultado de estas informaciones dependen los exámenes complementarios requeridos, la necesidad de premedicación o cuidados especiales y el plan de tratamiento del caso particular. Muchos pacientes no soportan bien los tratamientos dentales o se sienten insatisfechos, entonces se presentan como víctimas de profesionales incompetentes, cuando en realidad son individuos que no cooperan o han sido indiferentes y negligentes respecto a los cuidados de su dentadura. Este es un factor decisivo para optar por el plan de tratamiento adecuado.

- b. **Historia médica:** la historia médica pasada comprende el registro de las enfermedades generales, accidentes y operaciones que ha sufrido el paciente en cualquier época de su vida, muchas de las cuales pueden tener alguna relación directa o indirecta con el tratamiento odontológico. Muchos de los procedimientos o drogas utilizadas en la práctica dental pueden estar contraindicados en ciertos pacientes. Por tanto, es de responsabilidad ética y legal del odontólogo adoptar las precauciones necesarias para evitar efectos perjudiciales en dichos pacientes.

En general, la historia médica contiene toda la información relacionada con enfermedades de la infancia, enfermedades graves, traumatismos y operaciones, irradiaciones y alergias. Entre las enfermedades de la infancia se menciona la fiebre reumática, aun cuando es conocido que también afecta a los adultos; esta es una enfermedad sistémica de carácter inflamatorio que generalmente lesiona el endocardio en forma permanente. La lesión se localiza especialmente en la válvula mitral de modo que, en muchos casos, la estenosis de esta válvula es el signo característico de la secuela de esta enfermedad.

Para el odontólogo, esta enfermedad es de importancia pues la presencia de tales secuelas predispone al paciente a sufrir una endocarditis bacteriana sub-aguda en los casos en que haya bacteremia. Es indispensable, por lo tanto, realizar profilaxis antibiótica cuando se practique un tratamiento que implique traumatismo en los tejidos en la cavidad oral.

La historia de otras enfermedades de la infancia, como la escarlatina o la difteria, requiere medidas similares y cuidados especiales por cuando existe igualmente la posibilidad de secuelas en el corazón. En ocasiones se puede presentar el paciente para tratamiento odontológico con motivo de dolor y tumefacción en la región parotídea; es importante en estos casos establecer la historia pasada de parotiditis infecciosa (paperas) con el fin de aclarar el diagnóstico.

La presencia de ciertos signos en los tejidos de la cavidad oral en los niños, pueden indicar la posibilidad de ciertas fiebres eruptivas como sarampión, escarlatina o varicela.

Entre las enfermedades graves más frecuentes es preciso obtener la historia acerca de tuberculosis, enfermedades venéreas, trombosis coronaria, insuficiencia cardíaca, hipertensión,

hemorragias cerebrales, diabetes o ictericia. El paciente tuberculoso requiere cuidados permanentes y control médico durante toda la vida, así como cuidados especiales del odontólogo para evitar la contaminación. Igual cosa puede afirmarse acerca del paciente que ha sufrido sífilis; hay que tener en cuenta que la sífilis también lesiona el sistema cardiovascular dejando secuelas permanentes. La artritis gonocócica de la articulación temporomandibular puede ocurrir en pacientes que han sufrido esta infección en el tracto genitourinario.

La trombosis coronaria es una condición patológica, hoy en día muy frecuente en personas de cierta edad, y para su tratamiento y prevención se usan generalmente los anticoagulantes. Estas drogas también son utilizadas en el tratamiento de la tromboflebitis, para prevenir la embolia pulmonar, y en ciertos problemas vasculares del ojo. Lógicamente un paciente bajo la acción de los anticoagulantes está expuesto a hemorragias excesivas cuando se somete a tratamientos quirúrgicos. Conviene en estos casos solicitar la colaboración del médico, para que por medio de drogas apropiadas restablezca el mecanismo normal de la coagulación por un período de tiempo determinado. Los pacientes cardíacos deben estar en permanente control médico para determinar la clase de precauciones por adoptar al practicar un tratamiento dental. Los pacientes con historia de hemorragia cerebral o con hipertensión, requieren cuidados especiales evitando ante todo la aprehensión o miedo para prevenir accidentes vasculares.

La diabetes mellitus es una enfermedad cuyo reconocimiento en el paciente, por el odontólogo, es muy importante dados los problemas potenciales que representa en el tratamiento dental. En general, las personas diabéticas presentan retardo en la cicatrización de los tejidos, susceptibilidad a las infecciones, están expuestas al shock insulínico o al coma diabético, además de complicaciones en varios órganos como consecuencia de la evolución de la enfermedad. La historia de ictericia debe alertar al odontólogo para esterilizar las agujas en autoclave y evitar la transmisión de la hepatitis infecciosa. Puede sugerir además una lesión residual del hígado y la posibilidad de la disminución de la protrombina en la sangre con la consiguiente alteración de la coagulación. Puede ser el resultado de alcoholismo crónico o de un tumor secundario del hígado. En ocasiones puede indicar una anemia hemolítica u obstrucción de los conductos biliares.

En cuanto a traumatismos, interesan especialmente los que afectan los tejidos de la cara. Cuando existe historia de traumatismos conviene determinar la fecha de ocurrencia, su localización y extensión. Esta puede ser la clave al tratar de diagnosticar la artritis temporomandibular, irregularidades o maloclusiones, las regiones radiolúcidas que aparecen en las radiografías. Siempre que haya historia de traumatismos es necesario radiografiar la zona correspondiente y practicar las pruebas de vitalidad pulpar.

Cualquier operación que haya sufrido el paciente es importante, particularmente las practicadas en la cabeza, el cuello y las regiones faciales. Es preciso determinar la fecha de realización, localización y si es posible el resultado.

Siempre que el paciente tenga historia de irradiaciones en la región de los maxilares es preciso pensar en el efecto de estas sobre los tejidos, especialmente el hueso y las glándulas salivares. Es conveniente consultar con el médico radiólogo que ha adelantado el tratamiento a fin de establecer las posibilidades de instaurar un tratamiento dental en esta clase de pacientes, especialmente cuando se trata de cirugía.

La historia de alergia, reacción o intolerancia a ciertas drogas es muy importante no solo en lo referente al reconocimiento de las manifestaciones de tales condiciones, sino en cuanto al plan de tratamiento odontológico. Ciertos pacientes se presentan con lesiones orales que son la manifestación de una reacción alérgica; estas reacciones anormales pueden ser también ocasionadas por tratamientos dentales a través de los materiales o drogas usados en ellos. Por lo tanto, es importante estar familiarizados con los siguientes aspectos:

- Una condición patológica de la cavidad oral puede ser la manifestación de una reacción alérgica.
- Cuando hay historia de reacción alérgica a determinada sustancia, no debe aplicarse ésta, a menos que se haya aplicado un tratamiento especial.
- Los pacientes que sufren de asma, eczema, urticaria o fiebre del heno, están predispuestos a sufrir reacciones alérgicas a cualquier sustancia.

Las manifestaciones alérgicas son de diversa índole, van desde aquellas que producen molestias ligeras hasta las que producen la muerte. Por consiguiente el interrogatorio en este aspecto debe ser muy completo y cuidadoso.

Además de las condiciones patológicas ya enumeradas, existen otras enfermedades igualmente importantes de registrar en la historia médica que no se han mencionado aquí.

Todo depende de la habilidad del profesional al conducir el interrogatorio para que la historia resulte lo más completa y exacta. Algunos pacientes presentan a menudo dificultades al tratar de recordar sus enfermedades; en estos casos se formulan las preguntas de varias maneras, por ejemplo: "¿ha estado alguna vez enfermo?", "¿ha consultado alguna vez médico?", "¿ha estado alguna vez hospitalizado?", "¿ha tenido necesidad de guardar cama alguna vez?". Si las respuestas son negativas se pregunta con aire de duda: "durante toda su vida ¿ha sido una persona completamente sana?". En ocasiones el paciente admite haber sufrido alguna afección que él no considera realmente una enfermedad digna de mencionar.

Con frecuencia es preciso formular con precaución, preguntas directas acerca de ciertas enfermedades que el paciente no menciona espontáneamente por ser consideradas como estigma social, tales como las enfermedades venéreas o mentales.

- Historia familiar:** se incluyen en esta parte de la historia las afecciones hereditarias o congénitas que pueden ser la clave para el diagnóstico. Entre las más importantes están: diabetes mellitus, cáncer, alergias, afecciones mentales. Hay que averiguar por los parientes consanguíneos más cercanos: los padres, hermanos e hijos. En ciertos casos es preciso averiguar por parientes más distantes como en casos de hemofilia. A menudo conviene establecer la causa de la muerte de los familiares y la edad en que esto ocurrió.
- Historia personal y social:** comprende un breve resumen de los siguientes aspectos, que abarcan toda la vida del paciente: vida escolar y educación, ocupaciones, hábitos, condiciones hogareñas, alimentación, vacaciones, deportes, problemas y preocupaciones. Conociendo estos aspectos es posible determinar la causa de ciertas condiciones patológicas como la deficiencia de vitamina B y la cirrosis hepática en los alcohólicos; leucoplasia, estomatitis nicotínica o higiene oral deficiente en los fumadores; abrasiones dentarias en pacientes con hábitos especiales.

### III. Examen clínico

El examen clínico debe basarse en una disciplina que permita al examinador reconocer la causa de la enfermedad por la cual consulta el paciente y al mismo tiempo descubrir cualquier otra condición patológica concomitante. Constituye una etapa muy importante en el diagnóstico de una lesión. Se relaciona particularmente con la apreciación y evaluación de los signos o manifestaciones objetivas de una alteración patológica.

El examen clínico se basa en los principios de inspección, palpación, percusión y auscultación. En general son aplicables al examen completo de la cavidad oral y las regiones anatómicas afines.

1. **Inspección:** es la apreciación visual sistemática del paciente en general o de las áreas anatómicas por examinar. Por este medio es posible observar el color de los tejidos; el contorno, la forma y las proporciones del cuerpo o sus partes; los movimientos y la constitución fisiológica y síquica del individuo; la estatura, el tamaño y relaciones de las distintas partes del cuerpo; las asimetrías y deformidades congénitas o adquiridas. El examen debe practicarse bajo buenas condiciones de iluminación. Aun cuando la luz natural es la más apropiada, es suficiente utilizar una buena fuente luminosa artificial.

Al inspeccionar la piel y las mucosas pueden apreciarse en primer lugar las alteraciones del color. Deben tenerse en cuenta las variaciones normales según la raza y condiciones personales del paciente. El color amarillento de la piel y las mucosas sugiere la presencia de ictericia o anemia perniciosa; el color pálido puede hacer sospechar una anemia severa y el color rojo generalmente es característico de enfermedades como la púrpura o la policitemia. En la hipoxia la piel y las mucosas toman un color azulado, esto se denomina cianosis; este signo puede indicar varias condiciones, entre otras, las enfermedades pulmonares crónicas o afecciones cardíacas. Las manchas bronceadas de la encía sugieren enfermedad de Addison. El color rojo intenso acompaña generalmente a la inflamación.

Al observar el contorno de la superficie del cuerpo pueden apreciarse las asimetrías, tumefacciones, obesidad, edema generalizado, caquexia, acromegalia, gigantismo, enanismo, etc.

2. **Palpación:** procedimiento por medio del cual el examinador presiona o palpa las diversas estructuras u órganos del cuerpo. Puede hacerse digital, bidigital, manual o bimanual, según el área a examinar. Puede ser igualmente unilateral o bilateral cuando se desea establecer por medio de la comparación, el estado normal o anormal de una estructura anatómica. Mediante la palpación pueden apreciarse la localización, extensión y límites de una lesión; la consistencia (dura, firme, blanda, etc.); la presencia de fluctuación, pulsación o crepitación; la temperatura local y la reacción del paciente a la presión (dolor).

Al practicar la palpación de los dientes, se establece manualmente el mayor o menor movimiento de estos durante la oclusión o los movimientos de la mandíbula; la movilidad del diente en reposo se averigua usando la presión con dos instrumentos rígidos en varios sentidos.

**La fluctuación:** es uno de los signos más comunes en la cavidad oral y regiones afines; para apreciarlo se pueden utilizar varios métodos, el más común consiste en colocar el dedo índice de cada mano en la parte media de la vertiente lateral de la tumefacción y desplazando

suavemente uno de ellos hacia el otro; cuando el contenido es líquido se siente el golpe del fluido al desplazarse. Las tumefacciones de menos de 2 cm de diámetro presentan dificultades para demostrar la presencia de fluctuación por este método. En tales casos se usa la prueba de Paget consistente en aplicar una ligera presión digital en la parte más sobresaliente de la tumefacción: cuando el contenido es líquido la parte central es más blanda, en caso contrario es más dura.

Al tratar de establecer la pulsación, es bastante difícil determinar si es transmitida o producida directamente por la tumefacción. En el primer caso las pulsaciones provienen de una arteria vecina y en el segundo se deben a un aneurisma. Pero no hay que olvidar que un neoplasma vascular de crecimiento rápido, especialmente un sarcoma del hueso, presenta a menudo el signo de la pulsación.

**La crepitación:** es un signo fundamental en el diagnóstico de varias condiciones. Se percibe al examinar una fractura y sirve como medio de diagnóstico cuando no se dispone de radiografías o cuando éstas no muestran claramente la fractura. Las articulaciones que han sufrido alteraciones en los cartílagos o ligamentos presentan este signo. El enfisema subcutáneo o presencia de gas en los tejidos subcutáneos produce crepitación al aplicar los dedos de la mano en forma de abanico sobre la región afectada.

El aumento de la temperatura local puede investigarse colocando la parte dorsal de los dedos de la mano del examinador sobre la región afectada y comparando con la temperatura de una región normal; en casos de inflamación aguda la temperatura local está aumentada.

3. **Percusión:** es la técnica de golpear los tejidos con los dedos o con un instrumento para apreciar el sonido resultante o la reacción del paciente. Es indispensable para la evaluación y localización de la inflamación de los tejidos periodontales y de la pulpa. Los cambios de densidad del diente y los tejidos de soporte pueden apreciarse hasta cierto punto por el análisis de los sonidos producidos mediante la percusión. En general, un diente sano y con tejidos de soporte normales produce un sonido de tono alto mientras que un diente cuyos tejidos están afectados produce un sonido de tono más bajo.

Los sonidos producidos por el paciente al golpear sus dientes sirven para establecer el grado y localización de los contactos prematuros. La percusión de un diente se practica golpeándolo dos o tres veces con el mango de un explorador; el golpe debe ser perpendicular a la superficie y puede hacerse en sentido apical y horizontal; en este último caso se realiza en sentido vestibulo-lingual y proximal.

Los músculos y los huesos se percuten golpeando suavemente el área por examinar con la punta de dos o tres dedos doblados en ángulo recto. La región se golpea dos o tres veces y el sonido o reacción del paciente se compara con el resultado de efectuar la misma operación en la región correspondiente del lado opuesto. El método de la percusión es también útil para observar los reflejos musculares, la sensibilidad, la hipertonicidad de los músculos de la masticación como ocurre en el signo de Chvostek-Weiss; este consiste en, a partir de un golpe suave al trayecto de nervio facial en la región anterior al conducto auditivo externo, una contracción muscular brusca de esa región cuando el paciente sufre de tétanos.

La percusión por medio de la punta de los dedos sirve para localizar las áreas dolorosas de los maxilares. Para determinar la densidad de las estructuras óseas, se ejecuta colocando un dedo sobre la región correspondiente y golpeando encima de éste con la punta del dedo de la otra mano. Las diferencias en densidad del hueso y de las estructuras vecinas pueden apreciarse cuando existen. Como en otros casos ya mencionados debe compararse con el lado opuesto correspondiente.

4. **Auscultación:** es el acto de oír los sonidos producidos dentro del cuerpo. El examinador debe ejercitar la capacidad de apreciación al evaluar los sonidos producidos por la respiración anormal, los ruidos de la articulación temporomandibular y cualquier sonido normal o patológico con el fin de valorar, convenientemente, los signos indispensables para el diagnóstico de una entidad clínica. También se usa para determinar las relaciones de las diferentes estructuras orales en la producción normal de los sonidos del lenguaje articulado. La pérdida de los dientes, el uso de prótesis, el paladar y las parálisis musculares pueden ocasionar alteraciones en la pronunciación. En ocasiones los pacientes sufren de ruidos en forma de "chillidos" al ocluir fuertemente los dientes, estos son difíciles de localizar. Estos ruidos por lo general son causados por el movimiento anormal de los dientes cuyas caras oclusales han sido defectuosamente restauradas con amalgama.

#### Examen clínico extraoral

El examen clínico o físico del paciente consta esencialmente de dos partes: el examen extraoral o general y el intraoral. El primero incluye el examen de las partes externas del cuerpo y se realiza en forma completa, siguiendo sistemáticamente el mismo orden previamente adoptado por el profesional para no omitir ningún detalle que podría ser útil en el diagnóstico.

En términos generales el proceso se realiza siguiendo el esquema descrito a continuación:

1. Apreciación general del paciente, incluye una inspección completa y registro de la temperatura, pulso y presión sanguínea cuando están indicados.
2. Examen de la cabeza, comprende: la inspección y palpación del cráneo; dimensiones y proporciones fáciles; examen de los ojos, especialmente de las pupilas, las conjuntivas y los párpados; examen de la nariz, para establecer deformidades, obstrucciones, respiración bucal, etc. Y finalmente palpación cuidadosa de los senos paranasales.
3. Examen de la piel, con el fin de apreciar los cambios de coloración, cicatrices, estructura, apariencia y conformación de pelos, uñas y glándulas.
4. En el cuello deben examinarse los diferentes grupos de ganglios linfáticos, las tumefacciones, pulsaciones, sensibilidad a la palpación, desviaciones de la línea media, etc.
5. Examen de los maxilares para determinar su conformación, relaciones de oclusión en las diferentes posiciones y a través de los movimientos de la masticación, examen especial de la articulación temporomandibular, tumefacciones, dolor, desviaciones, etc.

El examen clínico, de primera vez, debe iniciarse con una apreciación general del paciente. A través de estas observaciones, el odontólogo puede hacer una evaluación de las alteraciones más visibles, conformación general, constitución anatómica y fisiológica, personalidad, higiene general, estado síquico, etc. Cuando las circunstancias así lo requieren se registran la temperatura, el pulso, la presión sanguínea, el peso, la estatura y la respiración.

El examen general del paciente hecho por el odontólogo no es propiamente un examen médico sino una revisión que permite al profesional darse cuenta del estado de salud general para establecer las posibles relaciones con la salud oral a fin de prestarle un mejor servicio.

La apariencia general del paciente puede indicar o hacer sospechar la existencia de ciertas condiciones clínicas tales como la anemia perniciosa, tirotoxicosis, tic doloroso, *tabes dorsalis* o alteraciones endocrinas. Por lo tanto estas observaciones sirven como guía para orientar el resto del examen.

El examen del niño debe empezarse por la apreciación general de su crecimiento y desarrollo. Para mayor exactitud pueden utilizarse las tablas especiales que sirven para relacionar la edad con el peso y la estatura en casos normales. Deben considerarse los factores que pueden influir en el desarrollo normal, por ejemplo: la herencia, las enfermedades, la desnutrición y las alteraciones endocrinas. Es importante que el odontólogo reconozca las anomalías del crecimiento y desarrollo, así como la conformación y hábitos del individuo, para formular un diagnóstico acertado de las alteraciones orales y establecer un plan de tratamiento correcto. Al describir el estado del paciente se emplean comúnmente las expresiones "bien desarrollado" para significar que las proporciones del cuerpo concuerdan con la edad, tamaño, peso y sexo, y "bien nutrido" para indicar que no sufre ninguna enfermedad por deficiencia alimenticia.

Una apreciación parcial del sistema neuromuscular puede hacerse al observar la forma de caminar del paciente; esta tiene variaciones normales según el individuo pero en presencia de afecciones de los órganos locomotores o de alteraciones nerviosas como la ataxia, hemiplejía, apoplejía, etc., hay características especiales.

La temperatura del cuerpo debe ser registrada cuando el paciente presenta síntomas febriles. La temperatura se toma generalmente en la boca colocando el termómetro debajo de la lengua durante tres minutos y manteniendo la boca cerrada; normalmente no debe exceder de 38°C (98,6 F). También puede tomarse en la axila (36,5° C).

La fiebre es una reacción del organismo causada por una alteración patológica que se manifiesta con el aumento de la temperatura. La causa más común es la infección por bacterias o virus, pero también se presenta en casos de neoplasmas malignos, leucemias, traumatismos, accidentes cerebrovasculares, hemorragias internas, etc. Las causas más comunes de fiebre, en los pacientes que acuden a consulta odontológica, se relacionan con abscesos dentales, gingivitis necrótica aguda y gingivitis herpética.

La fiebre es generalmente de tres tipos: continua, intermitente y remitente, y puede desaparecer bien sea por lisis o por crisis.

La respiración debe examinarse para determinar el ritmo y la frecuencia, especialmente si el paciente va a ser sometido a una cirugía, con el fin de investigar cualquier alteración cardíaca o



pulmonar o alguna afección asmática. Los asmáticos pueden presentar ortopnea y zumbidos durante la inspiración y la expiración. Los casos sospechosos deben ser enviados a consulta médica para mayor seguridad.

El pulso debe registrarse cuando haya sospecha o historia de afección cardíaca. El pulso arterial puede palparse en cualquier punto donde haya arterias superficiales que puedan comprimirse contra una superficie firme como hueso. Por lo general se toma en el antebrazo comprimiendo suavemente con los tres primeros dedos de la mano la arteria radial sobre el extremo distal del radio, manteniendo la palma de la mano del paciente hacia arriba y ligeramente levantada. Cuando es difícil su percepción, puede tomarse en los grandes vasos como las arterias carótidas, femorales, etc. Al examinar, el pulso deben considerarse los siguientes aspectos: frecuencia, ritmo y calidad.

La **frecuencia** o número de pulsaciones por minuto, varía normalmente con la edad, el sexo, la actividad física y el estado emocional. La frecuencia del pulso en el recién nacido es de 135 pulsaciones por minuto y puede aumentar hasta 170 en períodos de llanto o de actividad. El número de pulsaciones por minuto va disminuyendo paulatinamente a medida que aumenta la edad hasta llegar a un promedio de 72 en el adulto con variaciones normales entre 60 y 90, siendo ligeramente más alta la frecuencia en la mujer que en el hombre. La frecuencia aumenta normalmente con la actividad física y la ansiedad; puede aumentar (taquicardia) también por varias causas patológicas como son las anemias severas, fiebre alta, hemorragias graves, varios tipos de arritmias cardíacas, hipertiroidismo y en ciertas alteraciones cardíacas. La disminución de la frecuencia o bradicardia se presenta en el síncope, ictericia obstructiva, hipotiroidismo y ciertas lesiones cardíacas.

El ritmo del pulso en una persona normal es regular y cualquier alteración de este se denomina arritmia. La arritmia consiste en pulsaciones continuas a diferentes intervalos de tiempo. Así encontramos el pulso bigeminal, trigeminal, la arritmia paroxística, las arritmias causadas por extrasístoles, etc.

En cuanto a la **calidad de la pulsación** se puede apreciar según la frecuencia del cambio y la magnitud de la presión del pulso. Así tenemos el *Pulsus Magnus* o Pulso de Corrigan, caracterizado por una presión amplia con ascensos y descensos rápidos del movimiento ondulatorio de la sangre, se presenta en pacientes con regurgitación aórtica y a veces en el hipertiroidismo o las anemias.

Existe también el *Pulsus Parvus* caracterizado por un estrechamiento de la presión del pulso y los movimientos ondulatorios de la sangre que son de escasa amplitud ascienden y descienden lentamente; se presenta en casos de estenosis de la aorta y estenosis mitral.

El Pulso Alternante se caracteriza porque cualquier pulsación es más débil que la precedente y ocurre más comúnmente en hipertensión arterial y enfermedad de las coronarias. El pulso Paradójico se caracteriza por una disminución de la amplitud de la pulsación. El pulso Dicroítico presenta una pequeña pulsación después de cada pulsación normal y generalmente se presenta en enfermedades febriles.

Durante el examen del pulso es importante también apreciar el estado de las paredes de las arterias mediante la palpación. Normalmente las arterias son de consistencia blanda y flexible, pero en presencia de arterioesclerosis ofrecen mayor resistencia y se desplazan fácilmente bajo la piel al comprimirlas. Pueden presentar igualmente un curso tortuoso con abultamiento y estrechamientos sucesivos.

Las palpitations cardíacas pueden indicar la contracción, velocidad o irregularidad de la acción del corazón. Aun cuando hay algunas formas extremadamente serias, el fenómeno debe considerarse desde el punto de vista de la angustia que causa en el paciente. En ocasiones pueden estar acompañadas de taquicardias y arritmias paroxísticas, esto puede producir miedo, debilidad, disturbios y vasomotores o síncope. Tales síntomas pueden presentarse en cualquier individuo normal que está recibiendo tratamiento dental, especialmente, ante la generación de ansiedad o por el uso de drogas o anestésicos locales.

Los pacientes cardíacos pueden presentar algunos signos de gran importancia como son los dedos de la mano en forma de "palillo de tambor" y las venas del cuello distendidas. Cianosis con dedos en forma de palillo de tambor puede indicar cardiopatías o enfermedad pulmonar. Si un paciente sentado en el sillón dental que respira normalmente, presenta distensión pronunciada de las venas del cuello, debe sospecharse afección cardíaca u obstrucción del mediastino.

En algunos casos es preciso registrar la presión sanguínea, esta se toma generalmente en la arteria braquial. Normalmente los valores pueden variar según la edad, el sexo, la raza, las condiciones ambientales o con la actividad física y el estado emocional. Se acepta que en los adultos menores de 40 años la presión sistólica debe ser de 110 a 140mm de Hg y la presión diastólica de 60 a 90mm de Hg. Cuando estos valores son inferiores a los ya mencionados, se considera que hay hipotensión y generalmente se presenta en casos de enfermedad de Addison, infarto cardíaco, hemorragias y shock. Cuando los valores son superiores habrá hipertensión y entre las causas más comunes tenemos la hipertensión esencial, afecciones renales, cardiopatías, alteraciones endocrinas, afecciones neurogénicas, etc.

La presión del pulso es la diferencia entre la presión sistólica y la diastólica, normalmente es de 30 a 40mm de Hg. La presión del pulso puede estar aumentada en la arterioesclerosis de la aorta y de las arterias mayores, hipertiroidismo, regurgitación de las válvulas de la aorta, ejercicio intenso y fiebre. Puede estar disminuida en estenosis de la aorta, estenosis mitral y algunas otras afecciones.

Cuando a través de los signos y síntomas se sospeche en el paciente que va a recibir tratamiento dental sufre alguna afección cardíaca, es preciso hacer una evaluación correcta de su estado general a fin de evitar cualquier complicación que pueda poner en peligro su vida. El examen no debe orientarse a tratar de descubrir o diagnosticar la enfermedad cardíaca sino a buscar los signos y síntomas con el fin de enviar el paciente para un examen médico.

Para hacer una apreciación y evaluación correctas del estado general de la salud del paciente, es indispensable que el examinador, sistemáticamente, ponga en práctica todos sus conocimientos para poder descubrir cualquier anormalidad por insignificante que ésta sea. Al examinar con más detalle cada una de las partes del cuerpo como se describe a continuación, es posible hallar mejores informaciones.

## Cabeza

El objetivo del examen de esta parte del organismo es evaluar brevemente aquellas anormalidades de la cabeza que pueden tener alguna influencia en el estado de salud general del paciente o relacionarse directa o indirectamente con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones oral del dominio del odontólogo.

Las características externas del cráneo pueden dar alguna clave acerca de deformidades congénitas, afecciones de crecimiento y desarrollo, asimetrías, aspectos generales de alguna enfermedad, alteraciones endocrinas, etc. Existen diversas manifestaciones en cuanto a tamaño, forma y contorno del cráneo que pueden sugerir la presencia de osteítis deformante, leontiasis ósea, acromegalia, hidrocefalia, etc. Las eminencias frontales pronunciadas que dan la apariencia de "cara cuadrada" pueden ocurrir en la cicatrización de las lesiones óseas del raquitismo o en la sífilis prenatal.

Al observar el aspecto facial del paciente pueden apreciarse ciertas anormalidades; por ejemplo, la *facies adenoidea* en los niños o los signos característicos de alteraciones como la acromegalia, el mongolismo, el cretinismo, el bocio exoftálmico, la acondroplasia y el mixedema. En casos de deshidratación se observa la piel arrugada y los ojos y mejillas hundidos. El edema puede apreciarse por la piel pálida e hinchada, esto se hace más aparente en los párpados. En general, la inspección cuidadosa de la cara puede revelar la presencia de una enfermedad crónica o dental del paciente.

El examen del perfil facial revela ciertas malposiciones dentarias o de los maxilares y debe considerarse no solamente en relación con las estructuras óseas sino también los músculos inervados por el quinto y el séptimo par craneanos. Las malposiciones dentarias generalmente están acompañadas de alteraciones de la tonicidad muscular.

Al encontrarse una asimetría facial debe hacerse una evaluación correcta para tratar de establecer si se trata de una desviación ósea, como consecuencia de un defecto de desarrollo o por un traumatismo anterior, o bien se debe a alguna enfermedad cuyo comienzo se manifiesta con una ligera asimetría. Las asimetrías más comúnmente observadas por el odontólogo en la región facial son causadas por la presencia de abscesos de origen dental, celulitis, parálisis del nervio facial, tumores, enfermedades de las glándulas salivares y traumatismos. Alguna vez la asimetría puede aparecer únicamente cuando el paciente abre la boca y en tales casos deben tenerse en cuenta las alteraciones de la articulación temporomandibular mandibular, fracturas y afecciones musculares o nerviosas.

Los pacientes que han sufrido traumatismos, en quienes se sospecha una fractura, requieren un cuidadoso examen por medio de la inspección y la palpación para determinar la presencia de edema, hematoma, hemorragia, equimosis, crepitación, dolor a la palpación, soluciones de continuidad o movimientos y desviaciones anormales de los segmentos óseos. La palpación se efectúa en el siguiente orden:

1. Los huesos que forman la bóveda craneana.
2. Las arcadas orbitarias.
3. Los rebordes infraorbitarios, incluyendo las apófisis cigomáticas y los huesos de la nariz.
4. El reborde alveolar superior desde una tuberosidad a la otra.
5. El reborde alveolar inferior desde la apófisis coronoides hasta la del lado opuesto.
6. El borde inferior de la mandíbula desde un cóndilo hasta el contralateral.

El examen de los ojos es muy importante por cuanto estos órganos son, comúnmente, alterados por las enfermedades sistémicas y pueden revelar numerosas informaciones acerca de la verdadera naturaleza de la enfermedad oral o la necesidad de un examen oftalmológico. Los signos que más interesan desde el punto de vista odontológico se describen a continuación:

Exoftalmos: es una protrusión de los globos oculares, es un signo característico de la enfermedad de Graves (tirotoxicosis) pero puede presentarse también en casos de tumores, inflamaciones o traumatismos.

Enoftalmos: es un desplazamiento hacia atrás del globo ocular. Puede apreciarse, ocasionalmente, en casos de fracturas del cigoma o del maxilar superior.

Los signos anteriores pueden apreciarse más fácilmente usando el método de examen de Faffziger. Para esto se sienta el paciente en el sillón y se le hace inclinar ligeramente la cabeza hacia atrás, colocado el profesional detrás del sillón observa los globos oculares y su plano de visión, el cual debe corresponder normalmente con los bordes superciliares.

La conjuntiva pueda dar signos de deficiencia de vitamina A (punto de Bitot) y de ictericia; puede presentar petequias asociadas con endocarditis bacteriana subaguda o púrpuras.

La queratitis intersticial da a la córnea la apariencia de vidrio opaco de color grisáceo, es un signo que forma parte de la tríada de Hutchinson en los casos de sífilis prenatal. En la córnea pueden manifestarse igualmente las deficiencias de vitaminas A y de riboflavina o presentar ulceraciones y pérdida del reflejo corneal por alteraciones del nervio trigémino.

La esclerótica que normalmente tiene un color blanco azulado puede presentar alteraciones de esta coloración en los casos de ictericia, en la osteogénesis imperfecta y la odontogénesis imperfecta.

*Ptoxis* es el descenso de un párpado debido a parálisis por alteración del tercer par craneano. La causa puede ser congénita por *tabes dorsalis*, neoplasmas, esclerosis múltiples o inflamaciones. La imposibilidad para cerrar los párpados es ocasionada por la parálisis de Bell. La imposibilidad del párpado para seguir el movimiento del ojo o signo de Graefe, se presenta en pacientes con enfermedad de Grave.

Las pupilas normalmente son redondas, iguales en tamaño y se contraen visiblemente con la luz y durante la acomodación. Miosis o pupila más pequeña de lo normal, es el signo más importante desde punto de vista odontológico. Está presente en casos de pacientes adictos a los narcóticos. Cuando la pupila no reacciona a la luz se denomina pupila de Argyll-Robertson y es característica de sífilis del sistema nervioso central. Las pupilas de diámetro diferente pueden ser de origen congénito o por enfermedad del sistema nervioso.

Existen algunos síndromes importantes desde el punto de vista odontológico que afectan, simultáneamente, las mucosas orales, la conjuntiva, la piel y las mucosas de algunas otras regiones, entre ellas tenemos: el síndrome de Behcet, caracterizado por iritis recurrente, aftas en la región oral y ulceraciones en los genitales; el síndrome de Stevens Johnson, comprende conjuntivitis severa asociada con fiebre y estomatitis (lesiones en forma de eritema multiforme); el síndrome de Sjögren, caracterizado por conjuntivitis debida a sequedad, estomatitis causada por disminución de las secreciones de la boca y la faringe; la enfermedad de Reiter, caracterizada por artritis, generalmente poliarticular, conjuntivitis y uretritis.

El examen de la nariz incluye en primer lugar la apreciación de las deformidades como la nariz en silla en los sifilíticos o las alteraciones causadas por la acondroplasia, fracturas, neoplasmas, etc.

En segundo lugar deben apreciarse las inflamaciones de las mucosas de las fosas nasales y considerar su posible relación con las odontalgias, examinar la presencia de rinorrea, epistaxis, oca, alergias, las obstrucciones nasales y la capacidad del individuo para respirar normalmente por la nariz. La obstrucción puede ser causada por la presencia de pólipos, cuerpos extraños, cornetes demasiado grandes, tejido hiperplásico, etc. La respiración bucal o nasal es un factor de extraordinaria importancia a tenerse en cuenta al planear los tratamientos de periodoncia o de ortodoncia.

La respiración bucal crónica puede ser la consecuencia de un hábito del niño o también de una obstrucción nasal. Con frecuencia el hábito de respirar por la boca resulta de la imposibilidad de hacerlo por la nariz debido a la presencia de adenoides, tabique desviado, rinitis alérgica, catarros frecuentes, pólipos o dilatación de los vasos de las mucosas. El respirador bucal debe ser tratado previamente por el médico especialista para lograr buenos resultados en el tratamiento odontológico.

El examen de los senos paranasales se realiza por medio de la inspección y palpación de los tejidos superpuestos a estas estructuras anatómicas, estableciendo la presencia de drenaje y por medio de la transiluminación. La palpación se efectúa presionando ligeramente los tejidos que yacen, exactamente, sobre los senos maxilares o frontales y comprobando la reacción del paciente. Un seno inflamado es doloroso a la presión. Para establecer la presencia de empiema en los senos, se examina cuidadosamente las fosas nasales y los maxilares superiores por vía intraoral para comprobar la presencia de drenaje.

La transiluminación se efectúa en cuarto oscuro introduciendo un foco luminoso en la boca y con ésta cerrada, se observan los resplandores que alcanzan a pasar a la región externa y se comparan ambos lados. Cuando un seno maxilar contiene pólipos o hay un empiema, los resplandores casi no alcanzan a percibirse. El foco luminoso puede colocarse también extraoralmente y observar el resplandor por vía intraoral.

La piel debe examinarse para establecer su contextura, los cambios de coloración, las pigmentaciones, cicatrices, erupciones y la presencia de signos de enfermedades locales y generales tales como palidez, cianosis, edema infraorbitario e ictericia. La correcta apreciación de estos signos permite establecer el diagnóstico diferencial de muchas enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales solamente o acompañadas de manifestaciones cutáneas.

Normalmente la piel presenta cierta elasticidad y consistencia, al arrugarla o presionarla, rápidamente toma su forma normal. La elasticidad se va perdiendo con la edad y se torna además delgada, atrófica y de aspecto apergaminado. En el hipertiroidismo la piel es lisa, sedosa, húmeda y elástica. En el hipotiroidismo y el mixedema, es seca y elástica.

Al observar los cambios de coloración es preciso tener en cuenta el efecto normal de los rayos solares. El color está determinado principalmente por la cantidad y distribución de su pigmentación y por la cantidad de vasos capilares que la irrigan. Varía con la edad, la región anatómica, el sexo, el clima y el medio ambiente donde trabaja el individuo. Los cambios de coloración que comúnmente presenta la piel son: amarillento, verde oliva, amarillo limón, rojo azulado, carmelita claro y carmelita oscuro. La palidez es un signo indicativo de anemia pero puede estar asociado con disminución de la irrigación por fenómenos vasomotores, con el coma o con la disminución de los pigmentos melánicos. Para apreciarla con mayor facilidad se busca en las regiones que no tengan demasiada melanina, que no sean queratinizadas y que el estrato córneo sea mínimo tales como los labios, la

conjuntiva, conjuntiva palpebral y las membranas mucosas; puede observarse también a través de las uñas de los dedos de las manos.

Eritema, cianosis y palidez deben observarse siempre en aquellas regiones que tienen una pigmentación melánica mínima. El enrojecimiento de la piel puede ser ocasionado por dilatación capilar, puede estar asociado a fiebre o rubor, exposición excesiva a los rayos solares y a la telangectasia debida a radioterapia. En algunos casos el enrojecimiento generalizado se debe a policitemia vera.

El tejido inflamado y las ulceraciones presentan color rojo, así como la piel y las mucosas que han sufrido descamación excesiva concurren en algunas glositis y gingivitis. Los hemangiomas dan una coloración de vino rojo.

Cianosis es un término para designar el aumento de hemoglobina reducida en la sangre y se manifiesta cuando ella alcanza a 5g/dL, esto puede ocurrir en casos de enfermedades cardíacas o pulmonares.

Los cambios de coloración de la piel o las mucosas causados por alteraciones de la melanina pueden estar asociados con alteraciones locales como la irritación crónica o a enfermedades sistémicas como la enfermedad de Addison. La mayor parte de los casos de alteraciones del color de la piel no causados por la hemoglobina se deben a los pigmentos que dan un color amarillento. La causa más común de esta coloración es la bilirrubina que está asociada con ictericia obstructiva hepática y puede apreciarse en la piel, la esclerótica y las membranas mucosas. El color amarillento puede ser causado también por drogas, sustancias químicas o uremia crónica.

La melanina es un componente normal de la piel y la intensidad de la pigmentación varía de un individuo a otro según su constitución, la exposición a rayos solares, el grupo racial, etc. Generalmente las alteraciones de estas pigmentaciones solo son importantes cuando el cambio es de origen reciente.

La melanosis o aumento de la pigmentación melánica puede ser causada por factores extrínsecos como los rayos solares, la irritación melánica, el viento y el calor o por causas intrínsecas como las enfermedades generales o dermatológicas. Puede presentarse en casos de deficiencia nutricional como la pelagra o por desarreglos hormonales como el Síndrome de Albright, la Enfermedad de Addison y el cloasma. La melanosis no es generalmente uniforme, se acentúa en ciertas áreas del cuerpo, especialmente en aquellas expuestas a la intemperie. En la cavidad oral no se aprecia en individuos blancos pero sí es frecuente en los negros, visible especialmente en la lengua. En la boca se denomina melanoplaquia y tiene significación cuando se presenta en una persona blanca o cuando su aparición es reciente. De interés para el odontólogo es el Síndrome de Peutz-Jägher o poliposis intestinal, caracterizado, entre otras cosas, por la presencia de una pigmentación en forma de puntos alrededor de la cavidad oral y los labios.

Algunos pigmentos metálicos externos pueden ser los responsables de la coloración de la piel, por esto es necesario establecer la ocupación del paciente para determinar si existen metales, pinturas, insecticidas, tintas, etc., que puedan ocasionar la alteración. Aun cuando la mayoría de estas sustancias metálicas son de origen exógeno, hay una excepción importante: la hemosiderina, un pigmento que contiene hierro y es producto de la destrucción de la sangre o de un defecto en el metabolismo del hierro.

La ausencia congénita del pigmento melánico de la piel se denomina Leucoderma y se caracteriza por la presencia de zonas blancas, irregulares y lisas en la superficie cutánea. Cuando la condición es adquirida se denomina Vitiligo.

El examen de la piel incluye también el examen de sus anexos, los pelos y las uñas. La textura del pelo así como su cantidad pueden indicar la presencia de disturbios endocrinos. En el hiperpituitarismo el pelo es sedoso, de tipo lanugo (veloso) y abundante en las mejillas. En el Hirsutismo la distribución es general (tipo masculino), grueso, negro y abundante en el mentón y el labio superior, muy notorio en la mujer. En el hipotiroidismo hay pérdida difusa del pelo; este es áspero, seco y frágil. La piel seca y las uñas igualmente frágiles. Signos contrarios a los anteriores se presentan en el hipertiroidismo. La pérdida de las cejas del tercio externo se ve en ocasiones en pacientes con hipotiroidismo o sífilis.

Onicofagia o hábito de morderse las uñas es una condición que puede estar asociada con maloclusión, traumatismos en los dientes o gingivitis. En casos de onicomiosis, el hábito de morderse las uñas puede ser la vía de contaminación de la infección a la cavidad oral. El efecto de los rayos X puede manifestarse en las uñas en forma de arrugas del limbo ungueal, crecimiento lento y fragilidad.

Coiloniquia o uñas en forma de cuchara se ven en casos de anemia y es un signo que forma parte del Síndrome de Plummer–Vinson. La Paroniquia crónica o infección del lecho ungueal con la osteoartropatía hipertrófica. Este signo puede ser de origen idiopático o el resultado de atelectasia, bronquiectasia, enfermedad cardíaca o alguna otra lesión pulmonar.

Los dedos con abundantes manchas de nicotina indican el grado de adicción al tabaco del paciente. En general el odontólogo debe estar capacitado para hacer una evaluación correcta de los signos ya mencionados, no para hacer el diagnóstico propiamente de las enfermedades del dominio del médico, sino para sospechar los casos anormales y su relación con alguna condición clínica oral o general. Con frecuencia los pacientes con bruxismo, onicofagia, que fuman con exceso o que tienen cualquier otro hábito sufren de disturbios emocionales que requieren tratamientos dentales.

## Cuello

El examen del cuello, por medio de la inspección y la palpación, es un procedimiento de rutina que debe practicar el odontólogo antes de iniciar el examen de la cavidad oral. En esta región del organismo pueden localizarse lesiones, cicatrices, linfadenopatías, desviaciones de la tráquea, defectos de desarrollo medianos o laterales, etc.

Al practicar la palpación ganglionar, el examinador se coloca detrás del paciente y le hace inclinar ligeramente la cabeza hacia adelante. Siempre debe compararse con el lado opuesto palpando alternativamente uno y otro lado o haciéndolo simultáneamente. Generalmente se efectúa en el siguiente orden: ganglios submentonianos, submaxilares yugulares, supraclaviculares, suboccipitales auriculares posteriores y preauriculares. Los ganglios pueden ser afectados por inflamación local, neoplasmas o enfermedades generales. El diagnóstico diferencial de cualquier tumefacción localizada en el cuello hace indispensable, en primer lugar, la diferenciación del tejido afectado, a saber: los elementos glandulares, los ganglios linfáticos, los espacios faciales, los huesos y los músculos.



En el individuo normal muy pocos ganglios pueden percibirse a la palpación pero su localización estratégica a lo largo de los vasos linfáticos que forman la red colectora de las distintas regiones de la cabeza los hacen susceptibles a las alteraciones inflamatorias o neoplásicas. Sus alteraciones pueden estar acompañadas de los signos fundamentales de la inflamación cuyas secuelas pueden dar lugar a necrosis, supuración y formación de senos. Siempre que se encuentre un ganglio aumentado de volumen es preciso comprobar si es único o múltiple, si el proceso es unilateral o bilateral, si son dolorosos a la presión, la consistencia que ofrece, su localización exacta y si están libres o adheridos a los tejidos profundos o superficiales.

Las adenopatías del cuello en general pueden tener como causas:

1. Un proceso infeccioso de cualquier región de la cabeza especialmente si está localizado en la cavidad oral o la garganta.
2. Ciertas enfermedades generales capaces de afectar los ganglios del cuello, por ejemplo la mononucleosis infecciosa, el sarampión, la sífilis, la tuberculosis, linfadenitis, causada por el rasguño del gato (Cat-Scratch disease).
3. Neoplasmas malignos como el linfosarcoma, leucemia, enfermedad de Hodgkin y metástasis de carcinoma y sarcomas.

Entre los procesos infecciosos de la cavidad oral que comúnmente producen linfadenopatías pueden mencionarse las enfermedades de la pulpa, gingivoestomatitis de Vincent, gingivoestomatitis herpética, etc. En ocasiones la causa puede ser la pediculosis *capitis*.

Las adenopatías asociadas a la lesión primaria de la sífilis se caracterizan por una tumefacción firme e indolora. La tuberculosis afecta especialmente el ganglio tonsilar, es frecuente en los niños y se manifiesta como una tumefacción indolora no fluctuante. Puede estar afectado uno o varios ganglios, generalmente no son dolorosos, se deslizan libremente dentro de los tejidos vecinos y aumentan su consistencia. En ocasiones los tumores malignos de otras regiones distintas a la cabeza hacen metástasis en los ganglios del cuello.

El examen del cuello incluye la inspección de las venas yugulares, éstas pueden presentar pulsaciones en casos de hipertensión vascular, tiroxicosis severa y falla cardíaca, la posición del paciente en el sillón odontológico permite apreciar este signo.

Además de las tumefacciones de origen ganglionar, la región lateral del cuello es asiento de otras condiciones manifestadas en forma de tumefacción. Tenemos así, el tumor de Whartin, localizado en el ángulo del maxilar inferior, de consistencia blanda, a veces fluctuante, raro en el sexo femenino, se manifiesta después de los cuarenta años de edad y nunca se ve en personas negras.

El quiste branquial se aprecia como un levantamiento hacia el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, de consistencia firme, superficie lisa y presente generalmente desde la infancia. En ocasiones en lugar del quiste se encuentra la fistula branquial. Ambas alteraciones son de origen congénito.

El Higroma quístico es una masa blanda de consistencia quística, translúcida y brillante, se encuentra desde el nacimiento o la infancia.

El tumor del cuerpo carotídeo, localizado en la bifurcación de la carótida, de consistencia dura, contorno regular, se puede mover horizontalmente pero no vertical, aparece generalmente hacia la edad media de la vida.

El laringocele es un divertículo lleno de aire, unilateral a veces bilateral, que resulta al herniarse la mucosa a través de la membrana tirohioidea y forma una tumefacción a veces resonante en la región lateral del cuello. Frecuente en músicos que tocan trompeta, sopladores del vidrio y personas con catarro crónico.

En la parte media se localiza la glándula tiroides la cual está adherida a la laringe y la tráquea y por esto realiza un movimiento de ascenso durante el acto de la deglución. Esta glándula sufre varias afecciones de diversa sintomatología que se manifiestan con un aumento de volumen. Las más comunes son el Bocio simple o coloidal, causado por una deficiencia de yodo en el organismo y enfermedad de Grave, caracterizada por hiperplasia del parénquima con aumento de la hormona. Bocio nodular o adenomatoso y, raramente, la enfermedad de Hashimoto y de Riedel o carcinomas.

En la parte media se localiza el quiste tirogloso, un defecto de desarrollo que se hace visible en la infancia en forma de un abultamiento y puede localizarse en la región suprahioidea, en la región subhioidea, a nivel del cartílago tiroides o a nivel del cartílago cricoides; esta tumefacción se caracteriza por moverse hacia arriba cuando el paciente saca la lengua. En ocasiones aparece en vez del quiste tirogloso una fístula como consecuencia de la ruptura o incisión del quiste o por su remoción cuando no se ha extirpado en su totalidad el tirogloso.

Las glándulas salivares, cuando sufren alguna alteración, se hacen perceptibles a la inspección y la palpación. La glándula parótida no es palpable a menos que haya induración o sufra un aumento de su volumen; la glándula submaxilar generalmente es perceptible a la palpación y fácilmente se nota su aumento de volumen o la alteración de su consistencia. El examen incluye la inspección y palpación de los conductos de Stenon y de Warton en su trayecto y desembocadura. La palpación de estos elementos se hace bimanual con una mano intraoral y la otra extraoral. Las glándulas sublinguales normalmente no se perciben a la palpación ni se aprecian fácilmente los conductos excretores.

Las alteraciones más comunes en las glándulas salivares son de tres clases: inflamatorias, obstrucción de los conductos excretores y neoplasmas.

La parotiditis epidémica o paperas es la inflamación más frecuente de la parótida. Se caracteriza por una tumefacción difusa y dolorosa de la región preauricular con desplazamiento lateral del lóbulo de la oreja. La sialolitiasis o formación de cálculos en los conductos o las glándulas es más común en las glándulas submaxilares y da lugar a tumefacción y dolor por retención de la secreción salivar. Los tumores pueden ser adenomas o adencarcinomas siendo uno de los más frecuentes el llamado adenoma pleomórfico. Una condición bastante rara que afecta las glándulas salivares es la enfermedad de Mikulicz.

El examen completo del cuello requiere además la apreciación de los demás elementos anatómicos que allí se localizan, especialmente los músculos y las alteraciones de los movimientos normales. En términos generales todo paciente que presente una tumefacción en el cuello, requiere un examen cuidadoso de la cavidad oral para localizar las posibles causas; cuando éstas no se hacen aparentes debe solicitarse un examen médico.

## Articulación temporomandibular

Este elemento anatómico, frecuentemente, sufre alteraciones ocasionadas por las modificaciones de la oclusión, por esto requiere un cuidadoso examen por medio de la inspección, la palpación y la auscultación.

El examen se inicia con la inspección de los movimientos de la mandíbula. Se pide al paciente abrir la boca al máximo y luego cerrarla para apreciar las limitaciones y las desviaciones de estos movimientos, así como el dolor que pueden causar. Cuando hay limitación en la apertura conviene registrar la extensión del movimiento midiendo en milímetros con una regla especial la longitud entre los bordes incisales superiores e inferiores para futuras comparaciones. Los pacientes que presentan chasquidos en la articulación, sufren generalmente de incoordinación de los músculos, esto produce movimientos asimétricos de los cóndilos dando como resultado trayectos irregulares de fácil observación.

Cuando el movimiento está acompañado de dolor es preciso que el paciente lo localice. Cuando el dolor se localiza en la porción profunda del masetero o en los pterigoideos internos, se percibe generalmente en la región facial pero el paciente lo describe como deslocalización profunda. Se continúa luego con los movimientos de lateralidad, de protrusión y retrusión para efectuar las mismas observaciones.

La palpación del cóndilo se efectúa por vía extraoral, en su parte externa y posterior. La porción externa se palpa con el dedo índice, con los dientes en oclusión. La región posterior se puede palpar de dos maneras: con el dedo índice colocado en la región preauricular manteniendo el paciente boca abierta o con la boca cerrada y con el dedo meñique a través del conducto auditivo externo. La palpación se efectúa también con el objeto de apreciar los movimientos del cóndilo durante los movimientos de la mandíbula. Se practica palpando con los dedos índices simultáneamente los dos lados y colocado el examinador primero detrás del paciente y luego frente a él. Normalmente los movimientos deben ser regulares y deben estar exentos de dolor.

A continuación se examinan los músculos de la masticación con el fin de establecer su funcionamiento, tamaño, rigidez, fuerza y localización de las áreas dolorosas. La hipertrofia del masetero se hace aparente cuando el paciente ocluye fuertemente los dientes. Su palpación se practica con el músculo relajado, colocando el dedo pulgar en su borde anterior y los demás dedos de la mano en el borde posterior. La porción o haz profundo se palpa colocando una mano sobre la parte externa y el dedo índice de la otra entre la mejilla y los molares. Cuando el músculo está contraído el borde anterior se aprecia fácilmente.

El pterigoideo interno se palpa colocando una mano sobre el masetero y el dedo índice de la otra por vía intraoral localizando las partes superiores, media e inferior. El temporal puede palparse tanto extraoral como intraoralmente. Los músculos depresores sufren alteraciones por disfunción de las articulaciones o de los músculos elevadores. Cuando hay una limitación prolongada, los depresores se afectan secundariamente. En estos casos el paciente solo es capaz de efectuar movimientos muy limitados de apertura y cierre y cuando intenta abrir la boca ampliamente o efectuar movimientos de protrusión con la mandíbula puede sufrir de espasmos dolorosos de los pterigoideos externos. Para investigar esto, se desliza el dedo índice por encima de los molares superiores hasta palpar detrás de la tuberosidad la superficie lateral del pterigoideo externo. En caso de espasmo hay dolor a la palpación.

La presencia de chasquidos o crepitación en la articulación puede apreciarse, fácilmente, mediante la auscultación con el fonendoscopio colocado sobre la región preauricular. Al pedir al paciente que efectúe los movimientos de la mandíbula se aprecian los sonidos. El sonido del contacto de los dientes se percibe como un chasquido de castañuelas, más agudo y más claro que el chasquido producido por la articulación.

La articulación temporomandibular es asiento de varias condiciones clínicas: luxaciones, subluxaciones, artritis traumática, artritis supurativa aguda, artritis reumatoide y osteoartritis asociada con enfermedades degenerativas de todas las articulaciones del cuerpo.

### Nervios

En el examen extraoral nos interesa fundamentalmente el examen del trigémino y el facial. Este último es el nervio motor que inerva los músculos faciales y su alteración da lugar a la llamada parálisis facial. El examen se practica haciendo que el paciente arrugue la frente, trate de cerrar los párpados, muestre los dientes y estire los labios hacia adelante en ademán de silbar. Cuando el nervio está afectado, el paciente solo puede efectuar estas maniobras en el lado sano. Las principales causas de la parálisis del facial son: traumatismos, operaciones quirúrgicas en la región de la parótida, infecciones, neoplasmas, afecciones del ganglio geniculado y parálisis de Bell.