

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO

ESTUDIANTES:

Sofia Botero Ortiz

Yeremmy Alejandro Graciano Agudelo

David Alejandro Muñoz Trejos

Isabella Sánchez Arbeláez

Natalia Vélez Yepes

INVESTIGACIÓN V

UNIVERSIDAD CES

2023

Definición:

La odontología se compone de múltiples áreas que buscan un objetivo en común: la salud, bienestar y mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Para esto es necesario conocer las condiciones locales, sistémicas y ambientales que afectan la salud de la persona. (1) Una de las herramientas fundamentales para la evaluación específica de la salud oral es el examen estomatológico. Se trata de un procedimiento ordenado y sistematizado en donde se observa, se palpa y se examina de forma meticulosa la cavidad oral y todas aquellas estructuras asociadas, con el fin de identificar signos, síntomas y manifestaciones clínicas que puedan indicar alguna patología. El objetivo del examen estomatológico es diferenciar entre lo sano y lo enfermo, para así poder intervenir de forma rápida y eficiente. (2)

Examen estomatológico

El examen estomatológico inicia interrogando el motivo de consulta, preguntando al paciente la razón por la que ha decidido consultar. Este debe quedar escrito en la historia clínica en palabras exactas y entre comillas. A partir de esto se construye la enfermedad actual, donde se registra en términos técnicos la sintomatología, percepciones y condiciones relacionadas con el motivo de consulta. Para obtener la información necesaria la consulta debe estar guiada con preguntas que conduzcan a establecer un diagnóstico, pero sin nombrarlo todavía. Dentro de la información debe quedar registrada de manera cronológica la sintomatología, además de la localización, duración, presencia de estímulos exacerbantes o atenuantes (calor, frío, masticación, etc.), intensidad, y si ha recibido algún tratamiento desde la aparición de los síntomas relatados. (1)

A continuación, se realiza la recolección de datos personales, la historia médica-odontológica, y los antecedentes personales y familiares de importancia. Para esto son necesarias una serie de preguntas con el fin de obtener la información para establecer un diagnóstico y un pronóstico para la condición, de modo que se le pueda ofrecer al paciente algún tratamiento con el fin de dar manejo a su motivo de consulta. Las preguntas deben hacerse siempre en el mismo orden para no omitir ninguna, y las respuestas deben quedar consignadas en la historia clínica. (1)

Examen extraoral

La primera parte del examen estomatológico es el examen extraoral, para visualizar y palpar las estructuras asociadas a la cabeza y el cuello, como músculos, articulación temporomandibular y ganglios linfáticos regionales. El paciente debe estar sentado de frente a nivel de las pupilas del examinador, de manera que se pueda inspeccionar la presencia de asimetrías y dar un reporte general de las estructuras faciales. El examen continúa con la palpación secuencial de los músculos: temporal (Fig.1), masetero (Fig.2), pterigoideos externos e internos, trapecios (Fig. 3), esternocleidomastoideos (Fig.4) y cervicales (Fig.5); cada músculo se inspecciona de forma individual, utilizando tres dedos, y con

movimientos circulares y presión sostenida, desde su origen hasta su inserción. Durante la evaluación de las sensaciones dolorosas el uso de la escala del dolor de Wong Baker proporciona una guía para sectorizar el estímulo y medirlo, durante el examen la persona debe indicar si siente dolor, reportando la intensidad en una escala numérica de 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso que ha percibido. (3)

Para la examinación de la articulación temporomandibular (Fig.6), se revisa presencia de ruidos, sintomatología y alteraciones anatómicas por medio de la palpación y observación. (3)



Figura 1. Palpación de músculo Temporal.



Figura 2. Palpación del músculo Masetero.



Figura 3. Trapecios



Figura 4. Esternocleidomastoideos



Figura 5. Cervicales



Figura 6. ATM

El examen concluye con la exploración de los ganglios linfáticos (suboccipitales (Fig.7), retroauriculares, preauriculares (Fig.8-9), submentales (Fig. 10), submandibulares (Fig.11), yugulares (Fig.12), ganglios del triángulo cervical posterior (Fig.13) y supra e infraclaviculares (Fig.14-15), la palpación debe realizarse de forma bidigital, con presión sostenida y profunda. (2)



Figura 7. Ganglios Suboccipitales



Figura 8. Ganglios Retroauriculares



Figura 9. Ganglios Preauriculares



Figura 10. Ganglios Submentales



Figura 11. Ganglios Submandibulares

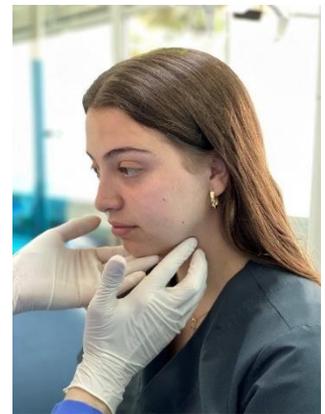


Figura 12. Ganglios Yugulares



Figura 13. Ganglios del triángulo cervical posterior



Figura 14. Ganglios Supraclaviculares



Figura 15. Ganglios Infraclaviculares

En condiciones de normalidad los ganglios linfáticos deben ser imperceptibles; pero en condiciones de inflamación, infección o neoplasias adquieren un tamaño perceptible y suelen sentirse indurados, firmes e inmóviles. (1).

Examen intraoral

La segunda parte es el examen intraoral que busca detectar problemas dentales y periodontales, al igual que alteraciones de la mucosa y los tejidos circundantes; éste, al igual que el extraoral, se hace de manera visual y táctil. El orden puede ser a preferencia del clínico, siempre y cuando no falte ninguna estructura. Para su realización es recomendado tener una fuente de luz adecuada, gasas, espejos y los tejidos deben estar secos. (2) Las estructuras que hacen parte del examen son: labios, carrillos, piso de boca, lengua, orofaringe, paladar, mucosa bucal, encía y saliva. Un cambio en el color, la forma o la textura de alguna de estas estructuras podría indicar la presencia de alguna patología. A continuación, está el aspecto normal de cada una. (4). El borde de los labios con relación a la piel en condiciones de normalidad se encuentra bien delimitado y su color es rojo pálido (Fig. 16-17-18). La encía tiene un color uniforme y textura de cáscara de naranja (Fig. 19). La mucosa es color rosa pálido, consistencia uniforme y al ejercer presión son perceptibles las glándulas salivares menores. La superficie dorsal de la lengua (Fig. 20) presenta una variedad de papilas especializadas (circunvaladas, fungiformes, filiformes y foliadas) que presentan distribución y características diferentes; la superficie ventral (Fig. 21), da continuidad con el frenillo lingual y por su revestimiento mucoso delgado, permite observar las venas linguales profundas. En el borde lateral de lengua debe observarse la presencia de las papilas foliadas, estas presentan orientación vertical con respecto a la lengua y se caracterizan por presentar forma alargada y regular (Fig.22). En el piso de boca los cambios son difíciles de observar o muy sutiles; la palpación debe ser bimanual, con un dedo en la parte intraoral y otro extraoral para poder palpar el tejido blando intermedio (Fig. 23). Carrillos (Fig. 24). El paladar duro es de consistencia firme e inmóvil y color rosa pálido, se encuentra dividido en región derecha e izquierda por el rafe medio palatino y en la porción anterior se observan proyecciones en forma de líneas onduladas que se dirigen a ambos lados del paladar, conocidas como las arrugas palatinas (Fig. 25). La orofaringe está compuesta por paladar blando, úvula, istmo de las fauces, pared posterior de la faringe, amígdalas palatinas y base de la lengua (Fig. 2), se inspecciona de forma adecuada descendiendo la base de la lengua. (4)



Figura 16. Labios



Figura 17. Labio Inferior



Figura 18. Labio superior



Figura 19. Encía



Figura 20. Dorso de la lengua



Figura 21. Vientre de la lengua



Figura 22. Borde lateral de lengua derecho



Figura 23. Piso de boca



Figura 24. Carrillo izquierdo



Figura 25. Paladar duro



Figura 26. Orofaringe

Enfermedades más prevalentes de la cavidad oral

En Colombia se realiza un estudio que se denomina ENSAB (estudio nacional de salud bucal), en la versión IV la cantidad de personas estudiadas fue 20.493, de edades entre 1 y 79 años. El estudio encontró que las enfermedades más prevalentes de la mucosa bucal son: leucoplasia, eritroplasia, queilitis actínica y fumador de tabaco invertido; todas son lesiones potencialmente malignas, lo que quiere decir que pueden convertirse en cáncer. (5)

La leucoplasia es un desorden multifactorial potencialmente maligno, caracterizado por la aparición de lesiones blanquecinas en forma de placa. Puede estar asociado con el consumo de cigarrillo o tabaco, el alcoholismo, la presencia de otras enfermedades infecciosas bacterianas, fúngicas o virales, alteraciones metabólicas o reacciones a materiales extraños. (3) Su prevalencia en la población global es de 2.6% con riesgo de transformación maligna del 0,1 al 17.5%, mientras que en la población colombiana está alrededor del 0.1% común más encontrada en el género femenino y en personas mayores de 60 años. (5)

La leucoplasia es de dos tipos homogénea y no homogénea (4). La homogénea se caracteriza por presentar una placa de color blanquecino de bordes definidos, de superficie lisa y regular, que no presenta sintomatología y se asocia a un menor riesgo de malignidad. La leucoplasia no homogénea se presenta como lesiones de diferentes colores, generalmente blanco y rojo, de bordes irregulares, que puede tener una superficie plana o nodular, y en algunas ocasiones puede presentarse con ulceraciones. En comparación con la homogénea, esta sí puede presentar sintomatología en el paciente, y tiene un mayor riesgo de transformación maligna. (5)

La eritroplasia suele encontrarse como una lesión solitaria, de color rojo intenso y mate, bordes irregulares, bien definidos y puede ser plana o deprimida. El paciente que padece esta condición suele presentar dolor a la palpación y al comer alimentos picantes y calientes; los sitios comúnmente afectados suelen ser el paladar blando y la superficie ventral de la lengua. (6) Su prevalencia en la población colombiana es de 0.17% siendo más frecuente en hombres y en personas mayores de 65 años. (5)

El diagnóstico de eritroplasia se establece cuándo se descartan otras patologías, por lo tanto, la realización de un análisis histopatológico es el principal método para realizar el diagnóstico diferencial; y realizarlo de manera temprana es esencial ya que esta lesión es potencialmente maligna. (7)

La queilitis actínica es una lesión caracterizada por la presencia de placas blancas frecuentemente localizadas en la piel y el borde bermellón del labio inferior que no se desprenden al raspado. Pueden presentarse también como lesiones rojizas escamosas superpuestas. La lesión se origina por exposición constante y crónica a la radiación, especialmente a la luz ultravioleta (luz solar). (5) Existen algunos factores de riesgo para el desarrollo de estas lesiones; como el tabaquismo, el alcoholismo, las enfermedades sistémicas y las ocupaciones que impliquen mucha exposición al aire libre y por ende a la radiación UV. (6) La prevalencia de esta patología en la población colombiana es del 0,12%, con una mayor prevalencia en la población masculina y en edades entre los 45 y 64 años. (5)

El diagnóstico de la queilitis actínica es determinado por medio de la anamnesis y análisis clínico, la mayoría de los pacientes suelen reportar sensación de boca seca, erosiones, úlceras, elevaciones de tejido, áreas atróficas, pliegues marcados,

manchas blancas o costras en los labios o zonas expuestas a la luz solar. La queilitis actínica se clasifica según su severidad en tres tipos: leve, moderada y severa. Cuando es leve se caracteriza por descamaciones y resequedad; cuando la lesión es acompañada de agrietamiento y los signos anteriormente descritos se exacerban, se conoce como moderada, cuando los casos son más avanzados y hay presencia de ulceraciones o costras que hacen que se pierda la continuidad entre los límites de la piel y mucosa, se considera severa. El potencial de malignidad de esta patología es del 11 al 34%, por lo que es recomendado realizar un estudio histopatológico en presencia de lesiones moderadas y severas. El herpes labial, el eritema multiforme, el liquen plano erosivo y el lupus eritematoso son diagnósticos diferenciales, en estos casos también se indica realizar un estudio histopatológico cuando el diagnóstico es dudoso. (8)

El fumador invertido más que una lesión es una práctica inusual del hábito del tabaquismo, que consiste en situar el extremo encendido del cigarrillo en la cavidad oral, lo que puede generar una temperatura interna en la boca de hasta 120 °C. La prevalencia en la población colombiana es de 0.21%, siendo más frecuente en mujeres mayores de 65 años. El paladar duro es el sitio más comúnmente afectado, seguido de la lengua y la encía.(9) Las lesiones asociadas a esta práctica son la queratosis palatina, las hiperplasias, la leucoplasia, la eritroplasia y ulceraciones.(10) Las temperaturas alcanzadas por la boca pueden generar alteraciones en la mucosa oral que son potencialmente malignas, es por esto que la presencia de tumores malignos es más frecuente en paciente fumadores invertidos que en fumadores convencionales. (11) La anamnesis es el primer paso ya que es necesario asociar las lesiones con el hábito antes de recurrir a un estudio histopatológico. (9)

Conclusiones

El diagnóstico temprano de las enfermedades de la cavidad oral es esencial para prevenir la aparición de cáncer; además, las enfermedades sistémicas con frecuencia presentan manifestaciones en la cavidad oral. Es por esto que los profesionales de la salud deben conocer bien la apariencia normal de las estructuras bucales, para poder detectar oportunamente las anormalidades y realizar un diagnóstico oportuno o remitir al paciente a un especialista de ser necesario. También es importante enseñar a los pacientes cómo deben verse las estructuras de la boca en el paciente sano, de modo que tengan la capacidad de identificar prontamente cualquier alteración que presenten y así poder consultar al profesional de forma temprana.

Referencias:

1. Idahosa CN, Kerr AR. Clinical Evaluation of Oral Diseases. In: Farah CS, Balasubramaniam R, McCullough MJ, editors. Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 137–71. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-72303-7_3
2. Uribe Restrepo GA, Uribe Trespalcios P. Ortodoncia Teoría y clínica: Énfasis en biomecánica. Vol. 1. CIB - CORPORACION PARA INVESTIGACIONES BIOLOGICAS; 2019. 1076 p.
3. Akintoye SO, Mupparapu M. Clinical Evaluation and Anatomic Variation of the Oral Cavity. *Dermatol Clin*. 2020;38(4):399–411.
4. Perkins SW, Sandel HD. Anatomic considerations, analysis, and the aging process of the perioral region. *Facial Plast Surg Clin N Am*. 2007;15(4):403–7, v.
5. ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
6. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis*. 2021;27(8):1862–80.
7. S W. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2018;125(6). Available from: <https://pubmed.cesproxy.elogim.com/29673799/>
8. Hernández Osorio C, Fuentes Palma B, Cartes-Velásquez R. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. *Rev Cuba Estomatol*. 2016;53(2):45–55.
9. Lorduy MC, Vásquez LP, Puerta IP, Martínez MP. Caracterización epidemiológica de pacientes fumadores invertidos en Cartagena, Colombia. *Acta Odontológica Colomb*. 2016;9(2):47–58.
10. Bharath Ts, Kumar Ng, Nagaraja A, Saraswathi Tr, Babu Gs, Raju Pr. Palatal changes of reverse smokers in a rural coastal Andhra population with review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP* [Internet]. 2015;19(2). Available from: <https://pubmed.cesproxy.elogim.com/26604494/>
11. Naveen-Kumar B, Tatapudi R, Sudhakara-Reddy R, Alapati S, Pavani K, Sai-Praveen Kn. Various forms of tobacco usage and its associated oral mucosal lesions. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2016;8(2). Available from: <https://pubmed.cesproxy.elogim.com/27034758/>

Realizamos la evaluación de plagio en dos partes debido a que la página presenta límite de 1000 palabras.

Plagiarism Scan Report

Check Grammar **Make it Unique**

Characters: **6513** Words: **999** Sentences: **43** Speak Time: **8 Min**

GO PRO Deep Search NO ADS SUPPORT Accurate Reports! **Go Pro**

Definición: La odontología se compone de múltiples áreas que buscan un objetivo en común: la salud, bienestar y mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Para esto es necesario conocer las condiciones locales, sistémicas y ambientales que afectan la salud de la persona. (1) Una de las herramientas fundamentales para la evaluación específica de la salud oral es el examen estomatológico. Se trata de un procedimiento ordenado y sistematizado en donde se observa, se palpa y se examina de forma meticulosa la cavidad oral y todas aquellas estructuras asociadas, con el fin de identificar signos, síntomas y manifestaciones clínicas que puedan indicar alguna patología. El objetivo del examen estomatológico es diferenciar entre lo sano y lo enfermo, para así poder intervenir de forma rápida y eficiente. (2) Examen

0% Plagiarized 100% Unique

100%

[View Plagiarized Sources](#)

Plagiarism Scan Report

Check Grammar **Make it Unique**

Characters: **6410** Words: **997** Sentences: **38** Speak Time: **8 Min**

GO PRO Deep Search NO ADS SUPPORT Accurate Reports! **Go Pro**

presenta una variedad de papilas especializadas (circunvaladas, fungiformes, filiformes y foliadas) que presentan distribución y características diferentes; la superficie ventral da continuidad con el frenillo lingual y por su revestimiento mucoso delgado, permite observar las venas linguales profundas. En el borde lateral de lengua debe observarse la presencia de las papilas foliadas, estas presentan orientación vertical con respecto a la lengua y se caracterizan por presentar forma alargada y regular. En el piso de boca los cambios son difíciles de observar o muy sutiles; la palpación debe ser bimanual, con un dedo en la parte intraoral y otro extraoral para poder palpar el tejido blando intermedio. Carrillos. El paladar duro es de consistencia firme e inmóvil y color rosa pálido. La orofaringe está compuesta por paladar blando, úvula, istmo de las fauces, pared posterior de la faringe, amígdalas palatinas y base de la lengua, se inspecciona

0% Plagiarized 100% Unique

100%

[View Plagiarized Sources](#)