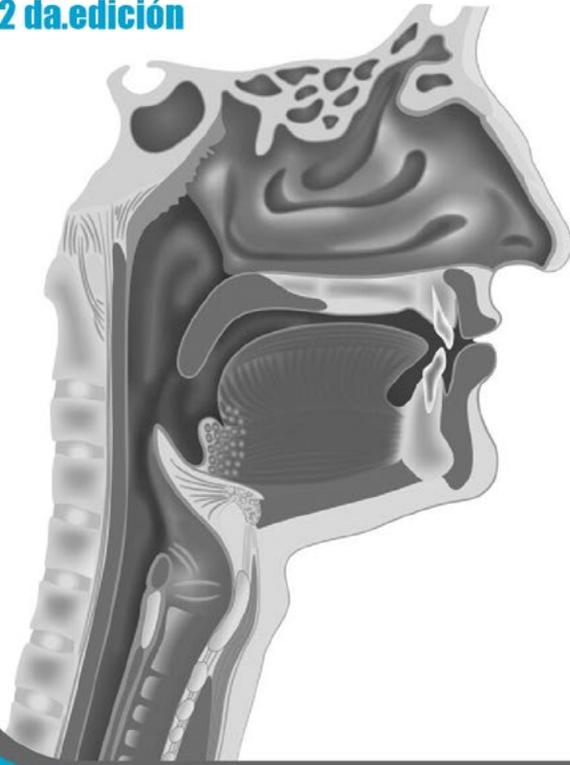


Manual para la exploración de la Cavidad Oral y la Orofaringe

2 da.edición



Marisela Torres Vaca
Alejandro Zarco Villavicencio
Inés Vásquez Díaz
Gabriela Alejandra Albiter Farfán
Martha Adelina López Hernández
Sandra Peña Rodríguez

COMPONENTE:

1. Carrera de Médico Cirujano: Clínica de primero a sexto año
2. Carrera de Cirujano Dentista: Área clínica y biológica de primero a cuarto año

ACTIVIDAD:
Teoría y práctica



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Médico Cirujano

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE.

2.^a edición

Marisela Torres Vaca

Alejandro Zarco Villavicencio

Inés Vásquez Díaz

Gabriela Alejandra Albiter Farfán

Martha Adelina López Hernández

Sandra Peña Rodríguez

COMPONENTE:

- 1. Carrera de Médico Cirujano: Clínica de primero a sexto año**
- 2. Carrera de Cirujano Dentista: Área clínica y biológica de primero a cuarto año**

ACTIVIDAD:

TEORÍA Y PRÁCTICA



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
**Jefa de la División de Planeación
Institucional**

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
**Jefe de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación**

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo
**Jefe de la Coordinación de Comunicación
Social y Gestión de Medios**

Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Marisela Torres Vaca, Alejandro Zarco Villavicencio, Inés Vásquez Díaz, Gabriela Alejandra Albitzer Farfán, Martha Adelina López Hernández, Sandra Peña Rodríguez.

Manual para la exploración de la Cavidad Oral y Orofaringe. 2.ª edición

UNAM, FES Zaragoza, enero de 2024.

55 pp.

Número de registro: 126-09-2024DPFESZ-A11.

Diseño de portada y formación de interiores: Andrea Bonilla Montes.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Manual para la exploración de la Cavidad Oral y Orofaringe. 2.ª edición

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Delegación Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F.

MISIÓN DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO

Formar médicos generales poseedores de conocimientos científicos y cultura universal para una práctica responsable, competente, ética y humanística que les permita contribuir a la prevención y solución de la problemática de salud del país, dotados de una actitud crítico-creativa, comprometidos con su actualización profesional y dispuestos a continuar con estudios de posgrado.

VISIÓN DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO

Ser una carrera con reconocimiento por sus innovaciones en la formación de médicos generales, que participen activamente en el ejercicio de la profesión dentro de la sociedad de la información y el conocimiento. Esto a través de mejoras curriculares, la promoción de la formación docente y la optimización de los recursos disponibles.



PERFIL DEL EGRESADO DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO

En el perfil de la Carrera de Médico Cirujano se resaltan los siguientes elementos:

Es un médico general de primer nivel de atención que proporciona promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud; la atención médica es integral y continua, da atención inicial a las urgencias médicas, refiere a los pacientes que requieren de un segundo y tercer nivel de atención. Su juicio clínico se basa en evidencia científica y posee una sólida formación en ciencias biomédicas básicas y desarrolla habilidades y destrezas teórico-prácticas para la solución de problemas clínicos. Se conduce con una actitud ética, humanista y responsable ante el paciente y sus familiares, se adapta a la diversidad sociocultural y económica de nuestro país. Asume una actitud autocrítica, está motivado para continuar con su formación y opta por estudios de posgrado y/o actividades de investigación. Aplica las estrategias de la epidemiología y la bioestadística en apoyo a la investigación clínica y comunitaria. Tiene el dominio del inglés suficiente para poder acceder a la literatura científica. Utiliza los diversos recursos de la informática médica y las telecomunicaciones como apoyo en la atención de sus pacientes, la comunicación con otros integrantes, trabaja con el equipo de salud y conoce el marco legal que rige la práctica médica en nuestro país.



MISIÓN DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Formar cirujanos dentistas críticos, reflexivos y propositivos, capaces de intervenir en el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático a nivel nacional, comunitario e individual.

VISIÓN DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Ser una de las mejores opciones educativas, formadora de cirujanos dentistas a nivel de pregrado con un sólido respaldo del personal académico que lleva a cabo prácticas pedagógicas innovadoras para desarrollar la docencia, la investigación y el servicio con compromiso social, a través de la vinculación con los diferentes sectores y con sus egresados.

PERFIL DEL EGRESADO DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

En el perfil de la Carrera de Cirujano Dentista se resaltan los siguientes elementos:

La formación profesional del Cirujano Dentista está orientada a la comprensión del proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático, para transformarlo a través de la integración de saberes de las diferentes áreas de conocimiento, clínica, biológica y social, así como de la relación teórico-práctica para realizar funciones profesionales de prevención, diagnóstico y tratamiento de los principales problemas del proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático a nivel individual, grupal y comunitario, en estricto apego a la normatividad y ética que rigen a la profesión estomatológica.

El profesional Cirujano Dentista al finalizar poseerá los siguientes conocimientos, habilidades y actitudes:

Obtendrá conocimientos sobre las bases biológicas del organismo humano, teorías, métodos, técnicas, procedimientos clínicos y de investigación, principios normativos, éticos y legales que le permitan intervenir en la transformación del proceso salud- enfermedad.



Poseerá habilidades para la identificación de problemáticas, toma de decisiones y resolución de problemas en el ejercicio de la práctica profesional (a partir de la integración de las áreas biológica, clínica y social) en sus tres dimensiones: producción de servicios, producción de conocimientos y formación de recursos humanos, así como de participación en trabajo multi e interdisciplinario y aplicación de los avances de la ciencia y tecnología en el marco del desarrollo sustentable.

Desarrollará una capacidad creativa, crítica, propositiva, reflexiva y de adaptación dinámica a los cambios sociales necesarios en la actividad profesional, acordes a contextos específicos, un espíritu científico de búsqueda, de estudio independiente y de mejora de la calidad del ejercicio profesional.

Ejercerá la práctica profesional con los más altos valores éticos, morales y humanos a partir del sentido de la responsabilidad, compromiso y respeto a la otredad, diversidad y al medio ambiente.

CONTENIDO

	Página
Objetivo	10
Introducción	10
Anatomía y Fisiología	11
Técnica de exploración.....	19
Características normales.....	22
Alteraciones y Padecimientos en que se Presentan.....	29
Bibliografía	43
Glosario	50

OBJETIVO

Que el alumno sea capaz de realizar las técnicas adecuadas para llevar a efecto la exploración de la cavidad oral y la orofaringe, aplicando los conocimientos básicos de anatomía y fisiología que le permitan conocer las características normales y aquellas que no lo son, relacionando estas últimas con los padecimientos médicos y odontológicos en que pueden presentarse.

INTRODUCCIÓN

La exploración de la boca, cavidad oral y la orofaringe es de gran importancia en la exploración general de los pacientes en medicina y odontología, ya que aporta datos relevantes para el diagnóstico de múltiples enfermedades del aparato digestivo y respiratorio, así como enfermedades sistémicas de tipo inflamatorio, infeccioso, nutricional, metabólico, neoplásico, alérgico, hematológico, etc. Además, el fácil abordaje y el uso de técnicas de exploración e instrumentos sencillos, hacen imprescindible la exploración orofaríngea.

En este manual se presentan tres apartados principales: las bases anatómicas y fisiológicas, técnica de exploración, características normales, alteraciones y patologías en las que se presentan.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

La boca es la abertura a través de la cual se ingieren los alimentos, ubicada en la región anterior de la cabeza, constituye la parte inicial del sistema digestivo. Se abre a un espacio previo a la faringe, llamado cavidad oral o bucal.

Constituidos por el músculo orbicular, se encuentran los labios superior e inferior, que confluyen hacia ambos lados (derecho e izquierdo) formando la comisura labial. Cada labio está anclado a su encía adyacente por un pliegue mucoso llamado frenillo.

La cavidad oral está dividida por las arcadas dentarias superior e inferior en dos partes: una periférica o vestíbulo y otra central o cavidad oral propiamente dicha, las cuales se encuentran revestidas por mucosa queratinizada o no queratinizada, dependiendo de la región anatómica. En la mucosa móvil del vestíbulo, a nivel del primer molar superior de ambos lados, podemos encontrar los orificios de salida de los conductos parotídeos, antes llamados de Stenon.

La cavidad oral propiamente dicha, está delimitada hacia adelante y hacia los lados por las arcadas dentarias superior e inferior, hacia arriba por la bóveda palatina y hacia abajo por el piso de la boca. Hacia atrás, se comunica con la faringe a través de un orificio denominado istmo de las fauces, formado por dos pilares de cada lado (anteriores también llamados palatoglosos y posteriores también llamados palatofaríngeos), la úvula y por la base de la lengua. Entre los pilares anteriores y posteriores se encuentran las amígdalas (figura 1)

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

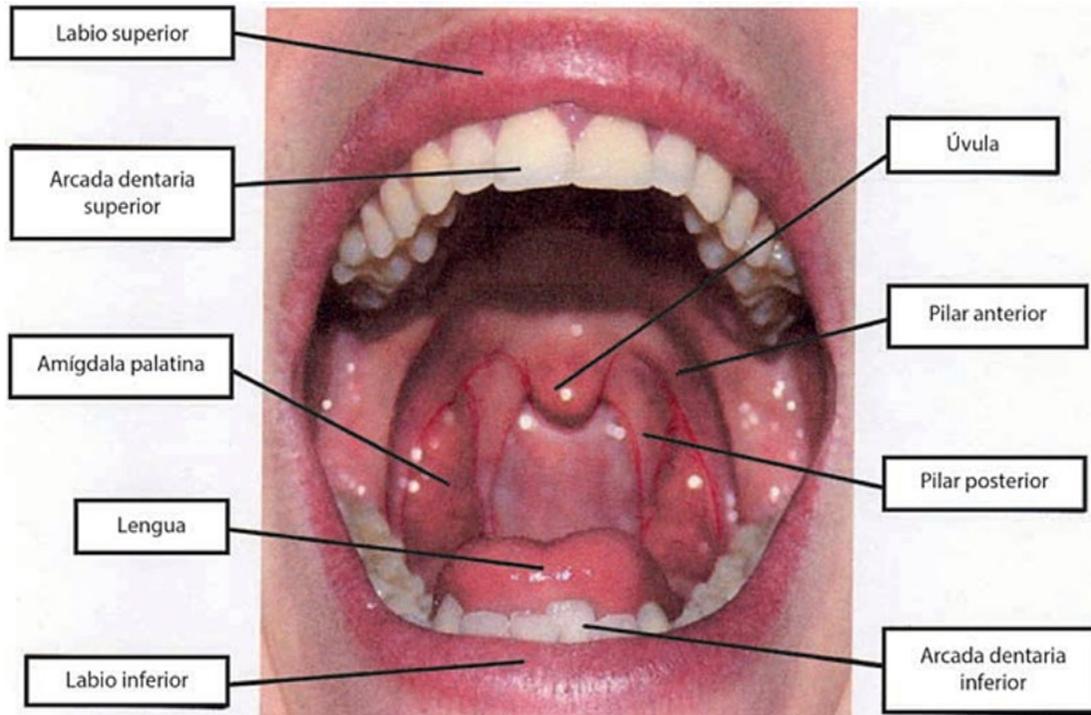


Figura 1. Esquema de cavidad oral

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

Las arcadas dentarias superior e inferior están formadas por el conjunto de 20 piezas en los niños, 10 en cada arcada (Figura 2), mientras los adultos tienen 32 piezas, 16 en cada una (Figura 3).

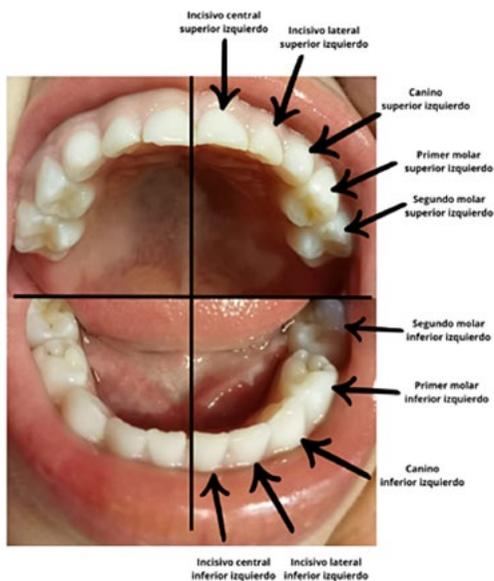


Figura 2. Dentición temporal o decidua

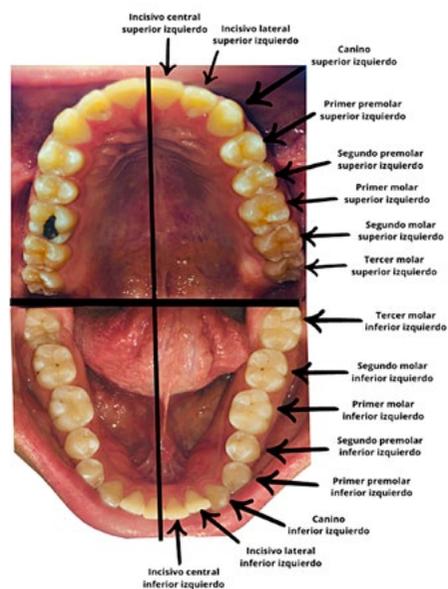


Figura 3. Dentición permanente

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

La bóveda palatina tiene dos partes: una anterior que corresponde al paladar duro, formado por los huesos palatinos y las apófisis palatinas del hueso maxilar o huesos maxilares, constituyendo una superficie rígida recubierta de mucosa queratinizada, contra la cual la lengua presiona para mover los alimentos al masticar, tiene una sutura medial que forma un reborde llamado rafé palatino, a partir del cual en la parte anterior y lateral se observan las rugas palatinas. La parte posterior, llamada paladar blando, es móvil, tiene pilares anteriores y posteriores que delimitan las fosas amigdalinas y la úvula ubicada en la parte posterior y media.

En la parte anterior del paladar duro, sobre la línea media se encuentra el foramen incisivo, por detrás de los incisivos centrales superiores, que marca el límite del paladar primitivo, a través del cual pasan el nervio nasopalatino y algunos ramos de la arteria esfenopalatina, en ese sitio se observa un engrosamiento de la mucosa en forma ovoide llamado papila incisiva, que brinda protección a dichas estructuras.

El borde posterior del paladar duro se continúa con el paladar blando o velo del paladar, que es un tabique musculo-membranoso que prolonga la bóveda palatina hacia atrás y abajo, y separa a la nasofaringe de la orofaringe. Este, se eleva de manera refleja durante la deglución para cerrar el paso del alimento hacia la nasofaringe.

El borde posterior del paladar blando presenta en su parte media una prolongación de 10 a 15 mm de longitud, la úvula, y a cada lado dos repliegues curvilíneos, llamados pilares anteriores y posteriores (Figura 1), que contribuyen a limitar la fosa amigdalina, cuya mitad superior está ocupada por la amígdala palatina, estructura

ovoide constituida por tejido linfoide cubierto por mucosa, misma que está rodeada por tejido denso que forma la cápsula amigdalina. La cara medial de la amígdala tiene la desembocadura de las criptas amigdalinas.

El suelo o piso de la boca está formado principalmente por el músculo milohioideo que se encuentra recubierto por mucosa no queratinizada. En él encontramos el frenillo lingual, pliegue mucoso que une la cara ventral de la lengua con el piso de la boca. A cada lado del frenillo se localiza tanto el pliegue sublingual, bajo el cual está la glándula sublingual, como las carúnculas sublinguales, en donde desembocan los conductos de las glándulas salivales submandibulares, antes llamados de Wharton.

La lengua es un órgano impar, muscular, simétrico, que se localiza en la cavidad bucal, es muy móvil y descansa en el piso de la boca, su forma es triangular o de cono, tiene un tercio posterior que corresponde a la porción faríngea y dos tercios anteriores que corresponden al cuerpo o porción bucal, presenta dos caras, una superior o dorsal y una inferior o ventral y dos bordes laterales. En la cara dorsal se encuentra en surco terminal que la divide en dos partes, una anterior o bucal y otra posterior o faríngea, la cual presenta de 8 a 12 pequeñas prominencias que conforman la V lingual, denominadas papilas caliciformes o circunvaladas, que se encargan de detectar el sabor amargo, así como el foramen caecum o agujero ciego, que es el remanente del conducto tirogloso. En el tercio posterior de la lengua se encuentra la amígdala lingual.

En la superficie dorsal también se encuentran otras papilas linguales, como las filiformes, que tienen forma de cono, son las más abundantes, se ubican en la región central, carecen de corpúsculos gustativos y transmiten sensibilidad general.

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

Las fungiformes, son pequeñas, tienen forma de hongo y a la inspección se observan como manchas rojizas en la punta y bordes laterales de la lengua. Las caliciformes, de mayor tamaño, ubicadas por delante del surco terminal, rodeadas por una depresión profunda con abundantes corpúsculos gustativos. Las foliáceas, poco desarrolladas, se encuentran hacia la zona posterior de los bordes laterales. Las papilas circunvaladas, foliáceas y fungiformes contienen receptores para el gusto en los corpúsculos gustativos, a través de los cuales se pueden reconocer los sabores: dulce, salado, amargo y ácido (Figura 4).

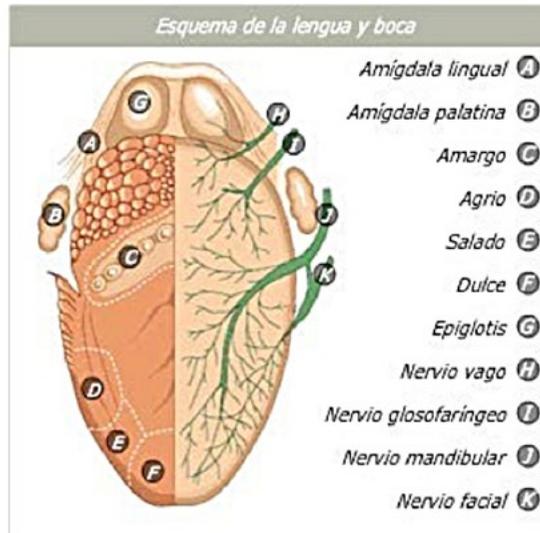


Figura 4. Inervación lingual

La inervación motora de la lengua procede del nervio Hipogloso (XII). La sensibilidad está dada por la rama lingual de la división mandibular del nervio Trigémino (V) y los nervios Glossofaríngeo y Laríngeo interno. La sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores es conducida por la cuerda del tímpano, rama del nervio Facial (VII), y la del tercio posterior, por el nervio Glossofaríngeo (IX).

La cara ventral de la lengua es lisa, debido a que carece de papilas gustativas. Contiene algunas glándulas salivales accesorias, en su parte media se observa un pliegue mucoso o frenillo lingual, que la mantiene unida al piso de la boca y limita sus movimientos. En esta cara se pueden observar las venas raninas a ambos lados del frenillo lingual.

La lengua además de ser el órgano principal del sentido del gusto, participa en la formación del bolo alimenticio, en la deglución, en la autolimpieza o autoclisis de la cavidad bucal y en la fonación, principalmente al pronunciar consonantes.

La musculatura de la lengua incluye fibras intrínsecas y extrínsecas, está conformada por racimos de músculos estriados entrelazados, que sirven para mover los alimentos y colocarlos constantemente entre los dientes; los movimientos de la lengua y carrillos mezclan los alimentos con la saliva y forman el bolo alimenticio, que es empujado hacia la faringe para iniciar la deglución.

La faringe es una estructura tubular que conecta la parte posterior de la cavidad nasal y cavidad oral con el esófago y la laringe, permitiendo el paso de aire y alimentos.

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

En un corte transversal de la cavidad oral y faríngea se distinguen los labios, el vestíbulo, el paladar duro y blando, la lengua, la úvula, la orofaringe y la epiglotis (Figura 5).

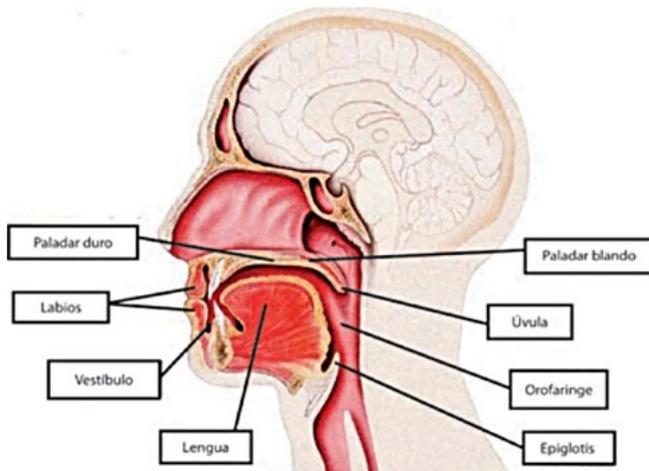


Figura 5. Corte transversal de la cavidad oral



La epiglotis es una estructura cartilaginosa, anclada a la raíz de la lengua y al hueso hioides y entre sus funciones principales está el cerrar el paso de alimentos y otras sustancias a la laringe y tráquea al deglutir. Ver esta función en el siguiente video:

<https://www.youtube.com/embed/Z-pT2-T5nvg?feature=oembed>

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

La exploración física de la cavidad oral se realiza básicamente a través de la inspección y la palpación, la percusión se puede utilizar para verificar si existe algún daño a nivel periapical de los diferentes órganos dentarios y la auscultación carece de utilidad diagnóstica en esta región anatómica.

Es necesario contar con iluminación adecuada, tanto natural como artificial, mediante el uso de lámpara de chicote o de mano. El paciente sentado sobre la mesa de exploración o un banquillo y el explorador frente a él. Es necesario el uso de guantes, así como el empleo de abatelenguas para evertir los labios y movilizar la lengua. Si el paciente es portador de prótesis dental removible parcial o total, es necesario solicitar que se la retire un momento para poder explorar los tejidos de esa zona.

La inspección evalúa en términos generales la forma, volumen, coloración, simetría, movilidad y condiciones patológicas de las estructuras exploradas. Para evitar la omisión de alguna estructura, se recomienda hacerlo en forma de óvalo comenzando por la región superior derecha para terminar en la región inferior derecha de la cavidad bucal. Se inicia por el borde bermellón del labio superior e inferior y las comisuras labiales, se continúa con la inspección de la mucosa labial superior e inferior, incluyendo el frenillo correspondiente y la mucosa de los carrillos, del lado derecho o izquierdo. Posteriormente se valora el paladar duro y blando, la movilidad de este último se evalúa pidiendo al paciente que diga la letra "A". Junto con el paladar blando se moverá la úvula.

En la exploración de las arcadas dentarias superior e inferior, se inspeccionan cada una de las piezas dentarias incluyendo posición, coloración y presencia de anomalías. Es conveniente pedirle al paciente que cierre la boca para poner en contacto las piezas dentarias superiores e inferiores y, a la vez, que separe los labios para observar la relación anatómica entre los dientes.

Para la inspección de la lengua se le pide al paciente que la saque, la eleve y la mueva hacia ambos lados para poder observar la superficie dorsal, ventral y los bordes laterales. La movilidad extrínseca se explora pidiéndole que la dirija hacia arriba, abajo y hacia los lados, observando que los arcos de movilidad sean simétricos. Para valorar la movilidad intrínseca, se le pide que la enrolle.

La inspección de la orofaringe solo nos permite observar su pared posterior a través del istmo de las fauces, para ello el paciente debe tener la boca abierta, la lengua afuera y deprimida por el abatelenguas, colocado en la porción central, evitando tocar el tercio posterior para no provocar el reflejo nauseoso. Se le pide al paciente que pronuncie la letra “A” para que eleve el velo del paladar y así incrementar el campo visual.

Siguiendo el mismo orden, continuamos con la palpación directa, para lo que es necesario el uso de guantes; con una o ambas manos buscamos dolor, en caso de lesiones se determina movilidad, confluencia, consistencia y límites; la palpación es útil especialmente en tumores localizados en lengua, encías, frenillos, paladar y piso de la boca. La palpación indirecta puede realizarse con un abatelenguas, especialmente para las amígdalas.

La percusión será de utilidad en forma directa o indirecta al explorar la sensibilidad de las piezas dentarias.



MATERIAL DE APOYO



Exploración de mucosa oral y glándulas salivales, video.

<https://www.youtube.com/embed/JWmmsSUHyI8?feature=oembed>



Exploración bucal en pacientes diabéticos.

https://www.youtube.com/embed/Gq_EorJewiQ?feature=oembed

CARACTERÍSTICAS NORMALES

La coloración normal de los labios, la mucosa de la cavidad oral y de la lengua, es en general rosada, uniforme y brillante (Ver Figura 6).



Figura 6. Cavidad oral normal

El límite entre el borde bermellón y la piel del labio debe estar bien definido (Ver Figuras 7 y 8).

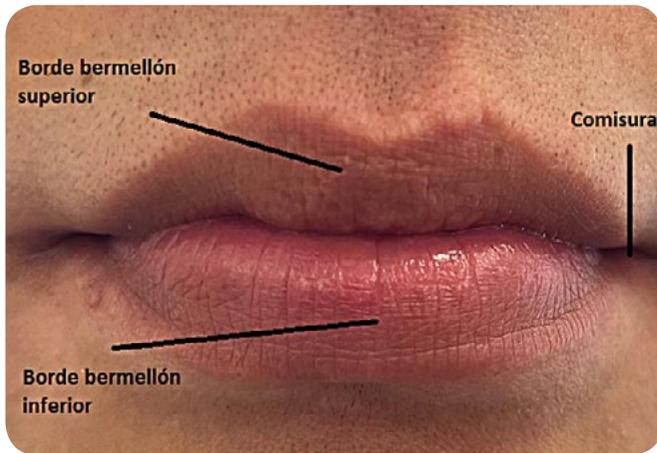


Figura 7. Labios, bermellón y comisura

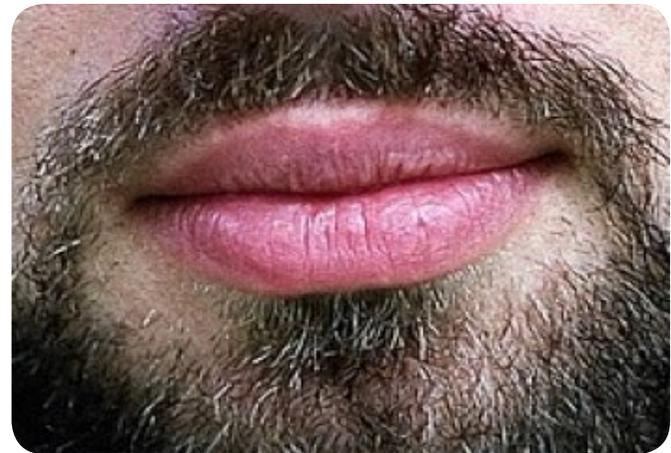


Figura 8. Boca región frontal

La mucosa labial y de los carrillos debe ser rosada, bien vascularizada, de superficie lisa, brillante y con buena hidratación (Figuras 9 y 10).



Figura 9. Mucosa labial inferior (con gotas de saliva)



Figura 10. Mucosa vestibular izquierda

Los frenillos labiales superior e inferior deben estar íntegros.

Las encías tienen color rosa coral (puede haber variabilidad en el tono, dependiendo de la tez del paciente), existen tres tipos de encía: libre o marginal, papilar o interdental y adherida o insertada (Figura 11), la encía insertada debe mostrar un aspecto de puntillado en “cáscara de naranja” y tiene que cubrir por completo la raíz de las piezas dentarias.



Figura 11. Tipos de encía: 1 libre, 2 Interdental, 3 Insertada

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

La mucosa del paladar duro y blando es rosa pálido, ya que al igual que la encía es una mucosa de tipo queratinizada (Figura 12). La úvula debe elevarse cuando la tocamos con el abatelenguas (reflejo palatino).

El piso de la boca se observa de coloración rosada, casi siempre presenta acumulación de saliva, al ser la parte más baja de la cavidad oral; al centro se puede observar un pliegue delgado de tejido fibroso entre el piso de la boca y la cara inferior de la lengua, el frenillo lingual, y a cada lado del frenillo se puede observar la desembocadura de los conductos excretores de las glándulas submandibulares (Figura 13).



Figura 12. Paladar duro (papila incisiva y rugas palatinas)



Figura 13. Piso de la boca

La lengua tiene forma de pirámide triangular, la mucosa que la cubre es de color rosado y su aspecto es áspero en su cara dorsal (Figura 14), debido a la presencia de las papilas gustativas; en los bordes laterales se observan los pliegues de las papilas foliáceas, que se extienden hasta la zona posterior y en la superficie ventral es lisa y brillante (Figura 15), además son visibles las venas raninas de color azulado, a ambos lados del frenillo.

Las amígdalas palatinas son de color rosado y pueden rebasar apenas el borde de los pilares anteriores, su superficie es irregular ya que presenta las criptas amigdalinas, pero no deben observarse úlceras, secreciones, ni placas en la superficie (Figura 16).

La mucosa de la pared posterior de la orofaringe debe observarse también de color rosado y brillante, a veces se aprecia una película delgada de moco transparente. Habitualmente la superficie es lisa, pero no es raro observar algunas pequeñas elevaciones que corresponden a folículos linfoides (Figura 16).



Figura 14. Dorso de la lengua



Figura 15. Vientre de la lengua y piso de la boca



Figura 16. Amígdalas y orofaringe

ALTERACIONES Y PADECIMIENTOS EN QUE SE PRESENTAN

LABIOS

Los labios pueden verse pálidos en caso de anemia, cianóticos cuando aumenta la cantidad de hemoglobina reducida (Figura 17), hiperpigmentados como en la enfermedad de Addison, la cirrosis hepática o la porfiria, secos en la deshidratación y estados febriles, inflamados (queilitis) en infecciones y traumatismos, con fisuras y descamación (queilosis) en la deficiencia de riboflavina.

Puede haber aumento de volumen de los labios en enfermedades como hipotiroidismo, acromegalia, angioedema (Figura 18); la queilosquisis conocida también como labio hendido o leporino es una anomalía congénita por alteración en el desarrollo facial (Figura19).

Los labios pueden presentar también: ulceraciones (de origen infeccioso, tumoral o traumático), vesículas y costras como en la infección por virus del herpes (Figura 20); fisuras en los ángulos labiales, también llamada queilitis (Figura 21); disminución del orificio de la boca llamada microstomía la cual se presenta en caso de esclerodermia (Figura 22); telangiectasias, presentes en la enfermedad de Rendu-Osler. La asimetría labial se observa principalmente en las comisuras y se debe casi siempre a parálisis facial (Figura 23); tumoraciones como hemangioma, carcinoma y mucocelo (Figura 24) y otras lesiones por candidiasis, deficiencia de vitamina B, uso de prótesis, verrugosidades (Figura 25) y nevos (Figura 26), entre otras patologías.



Figura 17. Cianosis bucal



Figura 18. Angioedema



Figura 19. Labio hendido



Figura 20. Herpes labial



Figura 21. Queilitis angular



Figura 22. Microstomía



Figura 23. Desviación del labio y comisura labial derecha en paciente con parálisis facial periférica izquierda



Figura 24. Mucocele labial



Figura 25. Verruga vulgar



Figura 26. Nevo

MUCOSA DE LOS CARRILLOS

En la infección por el virus del sarampión se pueden observar máculas blancas rodeadas de un halo rojo en la mucosa de los carrillos a nivel del segundo molar superior, manchas de Koplik (Figura 27) y otras lesiones pigmentarias como los nevos (Figura 28).



Figura 27. Manchas de Koplik



Figura 28. Nevo blanco esponjoso

También pueden presentarse la queratosis friccional, línea alba oclusal, leucoedema o hiperplasia fibrosa.

ENCÍAS

Es común encontrar hiperemia en la mucosa gingival, así como sarro acumulado entre las encías y los dientes; secreción purulenta (piorrea); sangrado gingival (gingivorragia); en ocasiones es posible observar tumefacción gingival, como en las gingivitis bacterianas (Figura 29); aumento de tamaño o

hiperplasia gingival (Figura 30), o hiperplasia fibrosa (Figura 31) y épulis, que es una hiperplasia localizada, frecuentemente de origen traumático por prótesis mal ajustadas (Figura 32), esta lesión se puede fisurar (Figura 33); los tumores también están presentes, como el papiloma escamoso (Figura 34).



Figura 29. Gingivitis



Figura 30. Hiperplasia gingival



Figura 31. Hiperplasia fibrosa



Figura 32. Épulis



Figura 33. Épulis fisurado



Figura 34. Papiloma escamoso

PALADAR

En el paladar pueden encontrarse alteraciones como: paladar hendido (Figura 35), paladar ojival (Figura 36), en la sífilis congénita o la obstrucción nasal crónica, perforación palatina por traumatismos o por el consumo de drogas como la cocaína (Figura 37), gomosis sifilíticas o neoplasias, así como placas blanquecinas en la candidosis, petequias en la endocarditis bacteriana o alteraciones óseas benignas, como el torus palatino (Figura 38).

La úvula puede estar ausente, ser demasiado larga o ser bífida (Figura 39), puede estar desviada al lado sano en la lesión de los nervios craneales IX y X. El reflejo palatino puede estar disminuido o abolido en la lesión de estos nervios o en la miastenia gravis.



Figura 35. Paladar hendido



Figura 36. Paladar ojival



Figura 37. Perforación por cocaína

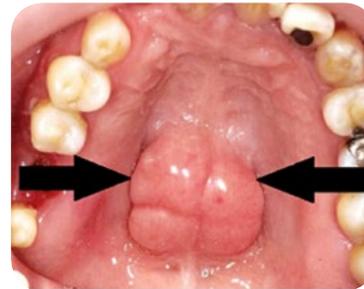


Figura 38. Torus palatino



Figura 39. Úvula bífida

DIENTES

En caso de presentar mordida cruzada, abierta o cerrada, será necesario referir al paciente con el estomatólogo para su corrección, ya que estas mordidas anómalas a menudo provocan problemas tanto estéticos como funcionales.

En la corona de las piezas dentarias puede encontrarse la presencia de caries (Figura 40), que se observa como zonas de color café oscuro o negro, con destrucción de tejido, que inicia en el esmalte y puede continuar en la dentina, provocando reblandecimiento y cavitación. En adultos mayores la caries

también puede afectar el cuello y la raíz de los dientes. La caries es más frecuente en niños y jóvenes, pero puede presentarse en cualquier edad.

La falta de algunas piezas dentarias o de todas ellas se denomina edentulismo parcial o total (Figura 41), la pérdida de los dientes puede afectar la masticación, digestión, fonación y estética, en conclusión, la calidad de vida del paciente.

La coloración anormal de los dientes puede asociarse a la ingesta de café, bebidas de cola, exposición al humo del tabaco. Pueden observarse también otras anomalías como apéndices dentales, desgaste anormal, etc.



Figura 40. Caries dentales



Figura 41. Edentulismo

Es conveniente palpar las piezas dentarias (siempre utilizando guantes), para corroborar que estén firmemente unidas al maxilar, además pueden percutirse con un abatelenguas para evidenciar si existe dolor en alguna de ellas.

LENGUA

La lengua puede presentar algunas anomalías como: macroglosia en caso de hipotiroidismo congénito o adquirido, acromegalia y síndrome de Down (Figura 42); aumento de volumen transitorio en casos de edema angioneurótico o angioedema que puede evolucionar a obstrucción de la vía aérea; microglosia en síndromes cráneo-faciales (Figura 43); lengua seca y pegajosa (de perico), en la deshidratación severa; lengua saburral en estados febriles; roja en estomatitis y en la escarlatina, donde se describe como “lengua aframbuesada”; magenta en la deficiencia de riboflavina; lengua de color oscuro (Figura 44) cuando se ingieren alimentos que contienen pigmentos o medicamentos como sales de bismuto, metronidazol y tetraciclina, que pueden producir lengua negra vellosa (por la acumulación de células epiteliales muertas en las papilas gustativas); lengua escrotal, la cual presenta fisuras longitudinales profundas (Figura 45); lengua geográfica, que presenta áreas lisas de color rojo vivo por ausencia de papilas filiformes (Figura 46); aftas (Figura 47); papiloma escamoso (Figura 48); tumoraciones como el carcinoma y el angioma.

En ocasiones la movilidad de la lengua se ve limitada cuando el frenillo lingual es demasiado corto o ancho y fija la cara ventral de la lengua a la encía inferior (Figura 49), provocando alteraciones en la masticación y la pronunciación de las palabras.



Figura 42. Macroglosia



Figura 43. Microglosia



Figura 44. Lengua negra



Figura 45. Lengua escrotal

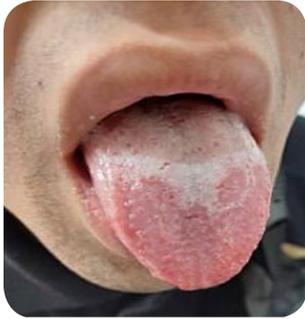


Figura 46. Lengua geográfica



Figura 47. Afta en lengua



Figura 48. Papiloma escamoso



Figura 49. Frenillo lingual corto

SECRECIÓN SALIVAL

Puede estar disminuida (hiposialia o asialia), como ocurre en los estados febriles graves o en el Síndrome de Sjögren, aumentada (sialorrea) en enfermedades bucales, intoxicaciones y neurosis. Cuando la sialorrea se hace evidente al fluir la saliva a través de los labios se denomina ptialismo y puede observarse en el embarazo.

AMÍGDALAS PALATINAS

Las amígdalas palatinas frecuentemente se observan aumentadas de tamaño cuando existen procesos infecciosos locales, puede observarse coloración rojiza, así como acumulación de material purulento en la superficie (Figura 50), también se encuentran aumentadas de tamaño en cuadros alérgicos crónicos, provocando en ocasiones obstrucción para el paso de los alimentos a la orofaringe.

OROFARINGE

La presencia de infección, provoca un proceso inflamatorio, faringitis, lo que provoca coloración rojiza de la mucosa, así como aspecto granuloso debido al crecimiento del tejido linfoide submucoso. Pueden acumularse también secreciones mucosas o purulentas sobre su superficie (Figura 51).

Algunas infecciones bacterianas graves pueden provocar un absceso retrofaríngeo (Figura 52), que se observa como un abultamiento en la pared posterior de la orofaringe.



Figura 50. Amigdalitis



Figura 51. Faringitis



Figura 52. Absceso retrofaríngeo

BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina de México. (2015). El examen estomatológico: un aliado subutilizado. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 58(2), 54-60. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v58n2/2448-4865-facmed-58-02-00054.pdf>
- Arciniega, V.R. & Bonilla, M.F. (2011). Exploración de cavidad oral. Rev Arch Med General Mex, 2(3), 111-118.
- Argente, H.A. & Álvarez, M.E. (2021). Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Ed. Médica Panamericana.
- Ball, J.W., Dains, J.E., Flynn, J.A., Solomon, B.S. & Stewart, R.W. (2023). Manual Seidel de Exploración Física. Elsevier.
- Berner, J.E., Will, P., Loubies, R., & Vidal, P. (2017). Examen físico de la cavidad oral. Medicina cutánea ibero-latino-americana, 44(3), 167-170. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>
- Bravo, H.I., Hernández, S.E., Márquez, F.F. & Téllez, B.O. (2013). Identificación de mordidas en los diferentes tipos de oclusión [Tesis de Licenciatura en Odontología, CICS, IPN].

MANUAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL Y LA OROFARINGE

- Echandía, C.A. & Daza, P. (2011). Semiología en otorrinolaringología. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/cd3fb82e-a680-425a-8f56-6b105860da6e/content>
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM (FESZ-UNAM). (2018). Plan de Estudios de la Licenciatura de Cirujano Dentista, Tomo I. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/cirujanodontista/LCD_TomoI_Final-cd2018.pdf
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. Licenciatura de Cirujano Dentista. <https://www.zaragoza.unam.mx/licenciaturas/cirujano-dentista/>
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM (FESZ-UNAM). (2021). Plan de Estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano 21-94, Tomo I. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Licenciaturas/Medico_Cirujano/Plan_de_estudios/TOMO_I_plan_estudios_MC_21-94.pdf
- Jinich, H. (2022). Signos y Síntomas Cardinales de las enfermedades. Manual Moderno.
- LeBlond, R.F., Brown, D.D. & De Gowin, R.L. (2010). De Gowin Examen Diagnóstico. Mc Graw- Hill.
- Martín-Abreu, L. & Martín-Armendáriz, L.G. (2016). Fundamentos del Diagnóstico. Méndez Editores.
- Martínez, C.L. (2024). Clínica Propedéutica Médica. Méndez Editores.



- Papadakis, M.A. & McPhee, S.J. (2017). Diagnóstico Clínico y Tratamiento. McGraw-Hill Interamericana.
- Prieto-Valtueña, J.M. & Argemi, B.J. (2022). Noguer-Balcells. Exploración Clínica Práctica. Elsevier.
- Swartz, M.H. (2021). Tratado de Semiología. Anamnesis y Exploración Física. Elsevier.

FIGURAS

- | | |
|--|--|
| 1. Esquema de la cavidad oral | Modificado de emaze.com |
| 2. Dentición temporal o decidua | Propiedad de los autores |
| 3. Dentición permanente | Propiedad de los autores |
| 4. Inervación lingual | cincolivias.com/Oleosofia-analisis-sensorial-cata |
| 5. Corte transversal cavidad oral | Modificado de lexicoon.org |
| 6. Cavidad oral anterior normal | bioblogm3.blogspot.com |
| 7. Labios. Bermellón y comisura | Propiedad de los autores |
| 8. Boca región frontal | Adaptado de Pixabay |
| 9. Mucosa labial inferior | Propiedad de los autores |
| 10. Mucosa vestibular izquierda | Propiedad de los autores |
| 11. Tipos de encía | Adaptado de https://lc.cx/Dk4jBO |
| 12. Paladar duro | Propiedad de los autores |
| 13. Piso de la boca | Propiedad de los autores |
| 14. Dorso de la lengua | Propiedad de los autores |
| 15. Vientre de la lengua y piso de la boca | Propiedad de los autores |
| 16. Amígdalas y orofaringe | Propiedad de los autores |



- | | |
|--|--|
| 17. Cianosis bucal | actual-medicina.blogspot.com |
| 18. Angioedema | gazettereview.com |
| 19. Labio hendido | saludiario.com |
| 20. Herpes labial | blogmedicina.com |
| 21. Queilitis angular | Propiedad de los autores |
| 22. Microstomía | dermatoweb2.udl.es |
| 23. Desviación labio y comisura labial derecha | Propiedad de los autores |
| 24. Mucocele labial | www.pediatriaintegral.es |
| 25. Verruga vulgar | Propiedad de los autores |
| 26. Nevo | Propiedad de los autores |
| 27. Manchas de Koplik | www.kidshealth.org.nz |
| 28. Nevo blanco esponjoso | Propiedad de los autores |
| 29. Gingivitis | health9.org |
| 30. Hiperplasia gingival | mavink.com |
| 31. Hiperplasia fibrosa | Propiedad de los autores |
| 32. Épulis | www.idntimes.com |
| 33. Épulis fisurado | Propiedad de los autores |

34. Papiloma escamoso	Propiedad de los autores
35. Paladar hendido	actaodontologica.com
36. Paladar ojival	quizlet.com
37. Perforación por cocaína	www.nejm.org
38. Torus palatino	www.amjmed.com
39. Úvula bífida	contraboli.ro
40. Caries dentales	sites.google.com
41. Edentulismo	www.researchgate.net
42. Macroglosia	www.researchgate.net
43. Microglosia	monografías.com
44. Lengua negra	xatakaciencia.com
45. Lengua escrotal	www.mic.com
46. Lengua geográfica	Propiedad de los autores
47. Afta en la lengua	medeco.de
48. Papiloma escamoso	Propiedad de los autores
49. Frenillo lingual redundante	alaiadental.com
50. Amigdalitis	diariomedico.com



51. Faringitis

hr-dental.com

52. Absceso retrofaríngeo

sponline.net

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Arcada gingivodentaria- Está constituida por la encía o gingiva, (mucosa adherente, densa y resistente que tapiza el borde alveolar del maxilar y la mandíbula) y las piezas dentarias. Adelante y a los lados se continúa con la mucosa del vestíbulo. La arcada superior se continúa hacia atrás con la mucosa de la bóveda palatina. La arcada inferior se continúa hacia atrás con la mucosa del piso de la boca.

Bermellón- El bermellón del labio es un tejido mucoso modificado seco y representa la zona de transición entre la piel del labio y la mucosa labial.

Bóveda palatina- Constituye el límite superior de la cavidad bucal, su forma es cóncava, tanto en sentido anteroposterior como transversal. Limita hacia adelante y hacia los lados con la arcada gingivodentaria superior, y hacia atrás con el velo del paladar. Presenta un rafe medio, llamado rafe palatino y varios surcos laterales, llamados crestas palatinas.

Caries- Es la destrucción del tejido dentario producido por el ácido que se libera durante el metabolismo de las bacterias de la placa dental, que fermentan los azúcares de los alimentos. Puede afectar el esmalte, el cemento, la dentina y la pulpa.

Carrillos- Son las paredes laterales de la cavidad bucal, que se extienden desde las comisuras labiales hasta el paladar blando, y entre la maxila y la mandíbula. Su cara interna está revestida por mucosa, luego se encuentra la lámina propia, después presenta una capa submucosa, en la que se encuentran



fibras elásticas, vasos sanguíneos, nervios, tejido adiposo y glándulas salivales, posteriormente se localiza el músculo (buccinador), tejido adiposo y finalmente la piel, que recubre la superficie externa. Son importantes para la masticación, la deglución, el habla y la expresión facial, además su forma y tamaño influyen en la estética facial.

Deglución- Es un mecanismo reflejo complejo en el cual el alimento y la saliva son empujados desde la cavidad oral hacia el esófago y luego transportados al estómago. Se inicia por una fase voluntaria en la que la lengua comprime el bolo alimenticio contra el paladar y lo impulsa hacia la faringe, donde mediante movimientos peristálticos (involuntarios) dirigen el bolo alimenticio al esófago y posteriormente al estómago. Existe una deglución automática para tragar la saliva, que permite mantener la humedad de la boca y la faringe, drenar las secreciones nasales y mantener una presión equilibrada en el oído medio.

Encías- También llamadas gingivas, es el tejido conectivo fibroso cubierto por epitelio escamoso estratificado que está alrededor del cuello de los dientes y cubre el hueso alveolar. Se divide en marginal, insertada (o adherida) e interdental. Su función principal es la protección del hueso, los ligamentos y los tejidos que soportan los dientes y sus raíces. Ayuda también a la fijación y estabilidad de los dientes en el maxilar.

Épulis- Es una hiperplasia fibrosa que se forma en las encías. La tumoración es de carácter benigno, pero puede llegar a afectar el hueso causando movilidad en los elementos dentarios y puede también ocasionar dolor y sangrado. El de tipo congénito se presenta en recién nacidos y puede dificultar

la respiración y la alimentación del bebé, su causa es desconocida, el fisurado es producido por el rozamiento de las prótesis dentales removibles sobre la encía. El épulis de la gestante se presenta en algunas mujeres embarazadas y se relaciona con el aumento de los estrógenos. El épulis de células gigantes puede ser causado por sarro e infecciones crónicas.

Faringe- Es un conducto fibromuscular en forma de embudo que une a la cavidad nasal, cavidad oral, la laringe y el esófago. Es una vía común para el paso los alimentos hacia el esófago y el aire hacia la laringe. Se puede dividir en tres regiones: nasofaringe, orofaringe y laringofaringe.

Folículo linfoide- Es una estructura microscópica formada por tejido linfoide. Tiene forma más o menos esférica, consta de una zona central denominada centro germinativo que está rodeado por el manto o región cortical. Comprende una red de células dendríticas foliculares y linfocitos B.

Frenillos labiales- Son repliegues de tejido conectivo fibroso que unen la cara posterior (vestibular) de los labios con la encía correspondiente, sobre la línea media. Por lo general el superior es de mayor tamaño y grosor. Cuando son más largos o más cortos pueden afectar la mordida, la pronunciación y la estética, además de dificultar la higiene dental.

Frenillo lingual- Es una banda de tejido fibroso, y a veces también muscular que une la cara inferior de la lengua con el piso de la boca. Su función es restringir un poco el movimiento de la lengua, lo que ayuda a la deglución y pronunciación, pero si es muy corto, muy grueso o se encuentra en una posición muy anterior puede alterar estas funciones.



Glándulas salivales- Son glándulas exocrinas localizadas dentro y alrededor de la cavidad oral y cuya función es secretar saliva y verterla en la boca, lo que ayuda a la digestión y deglución. Además, la saliva ayuda a mantener lubricada la mucosa oral, brinda protección antimicrobiana y facilita la percepción de los sabores. Existen 3 glándulas salivales pares mayores: parótidas, sublinguales y submandibulares, así como cientos de glándulas salivales menores alrededor de la cavidad oral.

Músculos extrínsecos de la lengua- Se originan fuera de la lengua y permiten moverla en diferentes direcciones. Son los siguientes: estilogloso, geniogloso, hiogloso y palatogloso. Todos son músculos pares.

Músculos intrínsecos de la lengua- Se originan dentro de la lengua y permiten cambiar su forma. Son los siguientes: longitudinal superior, longitudinal inferior, transversal y vertical. Todos son pares, a excepción del longitudinal superior.

Papilas gustativas- Son pequeñas estructuras localizadas en el dorso, punta y bordes laterales de la lengua, que se encuentran asociadas a los corpúsculos gustativos cuya función es reaccionar químicamente a los diferentes sabores de los alimentos que consumimos. Las papilas fungiformes, foliadas y caliciformes están involucradas en la detección de los cinco diferentes sabores (dulce, salado, ácido, amargo y umami) y las filiformes principalmente en la percepción de textura y temperatura de los alimentos.

Piezas dentarias- Los dientes son pequeños huesos encajados en los alveolos de la maxila y mandíbula del hombre y de muchos animales, quedando una porción descubierta y sirven como órganos de

masticación o de defensa. Los dientes son indispensables para masticar y triturar los alimentos y para hablar de forma clara y correcta. Cumplen también con una función estética. Hay cuatro tipos de piezas dentarias: incisivos, caninos, premolares y molares. La dentición temporal (del niño) consta de 20 piezas dentarias, mientras que la dentición permanente (del adulto) consta de 32.

Reflejo palatino- Se le pide al paciente que abra la boca ampliamente y se toca el velo del paladar con un abatelenguas, la respuesta es la elevación del velo del paladar del lado estimulado.

Sarro- También conocido como cálculo dental o tártaro. Es la acumulación de placa bacteriana en los dientes, que con el tiempo se endurece debido al depósito de calcio y fósforo. Suele tener superficie irregular y color amarillento o marrón y a menudo se acompaña de halitosis (mal aliento) y sabor amargo. La mala higiene dental favorece la formación del sarro.

Torus palatino. Es el crecimiento o protuberancia ósea benigna que aparece en el paladar a partir de la adolescencia.

Úvula- También conocida como campanilla, es una estructura de forma cónica que cuelga del velo del paladar en la parte media. desempeña un importante papel en funciones como la deglución (evita que alimentos y líquidos entren en la cavidad nasal), la fonación y la producción de saliva.

Velo del paladar- También llamado paladar blando, es una estructura musculo-membranosa localizada en la parte posterior de la cavidad bucal, que separa ésta de la nasofaringe. Se encuentra unido por



su borde anterior al paladar duro y sus bordes laterales forman los arcos palatogloso (anterior) y palatofaríngeo (posterior) del istmo de las fauces. Su función principal es regular el flujo de aire y comida hacia las vías respiratorias y el esófago, y también es importante en la pronunciación de algunas consonantes junto con la lengua.

Manual para la exploración de la Cavidad Oral y la Orofaringe

2 da.edición



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto. Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

