



Localizador: 15010

Examen físico de la cavidad oral

Physical examination of the oral cavity

Juan Enrique Berner,* Patrick Will,* Rodrigo Loubies,*‡,§ Pedro Vidal*‡,§

Palabras clave:

Examen físico,
cavidad oral, anatomía.

Key words:

Physical examination,
mouth, anatomy.

RESUMEN

En el proceso diagnóstico de un paciente, uno de los elementos de importancia indiscutida es el examen físico. Entre las áreas que más pueden aportar signos locales se destaca la cavidad oral. No existe otra zona de la anatomía humana que presente tantas variables como la boca, esto mismo hace que la sistematización del examen sea esencial para proveer la información disponible y necesaria. Este artículo revisa la cavidad oral de manera topográfica y ordenada, su anatomía normal o patológica y los posibles hallazgos para el diagnóstico en cualquier especialidad médica.

ABSTRACT

It is undeniable that one of the most important features of the medical diagnostic procedure is the physical exam. Among the different body parts, the oral cavity stands out because of the amount of local signs that can be found. There is no other spot in human anatomy that can present so many variables, and that is why systematization is essential during the exam to provide reliable and useful information. This article pretends to review the physical examination of the oral cavity following a topographical order of the anatomy, normal and pathological, and the possible findings that may be useful for diagnosis any medical specialty.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la cavidad oral es, y debería ser siempre, parte del examen médico físico. Dada la cantidad de patologías que pueden cursar con síntomas o signos en las estructuras que comprenden la cavidad oral, su examen tiene que ser parte del arsenal de cualquier especialista.

La clave del examen físico es que debe ser metódico y sistemático. Aunque no existe una forma estandarizada de realizar el examen, es necesaria la sistematización por parte del examinador para no pasar por alto ninguna estructura.

Antes de comenzar, el paciente debe estar semisentado cómodamente con la cabeza apoyada. El instrumental básico consiste en una buena fuente de luz, ya sea directa (por medio de una lámpara o luz natural) o indirecta (espejo dental o espejo frontal). También se deberá contar con instrumental para desplazar tejidos blandos, como un espejo dental o un bajalenguas y siempre utilizar guantes.

El objetivo de este artículo es presentar de manera topográfica la anatomía a ser exami-

nada así como los hallazgos que pudieran ser relevantes.

LABIOS

Los labios se componen de piel, semimucosa y mucosa. La semimucosa es un área de transición correspondiente al bermellón, de color rojizo y que en su porción central se encuentra el filtrum que termina en la eminencia labial. El límite entre la semimucosa y la mucosa está marcado por las líneas de Klein.

El examen de los labios comienza con la inspección de la forma, la textura, el volumen, simetría y la coloración de los mismos.

Luego se procede a la palpación en búsqueda de zonas elevadas, deprimidas o cambios en la textura de la piel del labio (*Figura 1*). Se continúa con la mucosa labial, revirtiendo los labios con los dedos del examinador y realizando la palpación bidigital tanto de la mucosa labial inferior como superior.

El examen físico de los labios orienta al diagnóstico diferencial a diversas patologías. Por ejemplo, las máculas pueden corresponder a petequias o signos carenciales. En cambio las placas hiperpigmentadas pueden incluso corres-

* Instituto Clínico White & Co, MCR.

‡ Departamento de Dermatología, Hospital El Pino. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

§ Fundación Cienmanos.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido: 05/Mayo/2015.
Aceptado: 21/Junio/2016.



ponder a lesiones precancerosas como queratitis actínica o cancerosas como el melanoma.¹ El hallazgo de depresiones podría orientar a una úlcera oral como herpes labial o signos de enfermedades venéreas (por ejemplo el chancro sifilítico).

SURCOS VESTIBULARES Y MUCOSA BUCAL

Los surcos vestibulares están limitados por el mucogingival, continuando por la cara interna de la mucosa labial y mejilla hasta el límite posterior del vestíbulo. Contienen el frenillo medio superior, el medio inferior y los laterales. La mucosa bucal, en tanto, se extiende desde su límite anterior en las comisuras labiales hacia el límite posterior hasta la zona de la tuberosidad y del trígono retromolar. Verticalmente la mucosa bucal se encuentra entre el surco vestibular inferior y el surco vestibular superior.

Para el examen debe solicitarse al paciente que abra la boca y con un espejo dental (o un bajalenguas) se expone



Figura 1. Palpación bidigital del labio superior en boca sana.

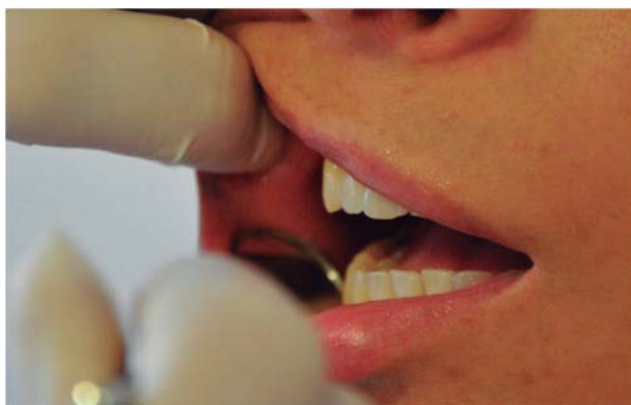


Figura 2. Examen de la mucosa bucal con espejo de boca.

la mucosa para la inspección (Figura 2). Es importante notar textura, humedad, coloración e indemnidad anatómica. Luego se hace una palpación bidigital de las mejillas.

Es importante identificar el orificio de la papila parotídea donde desemboca el conducto parotídeo de Stenon ubicado en la mucosa bucal que se enfrenta al segundo molar maxilar. El flujo salival es normalmente constante, claro y de consistencia acuosa. El flujo puede ser purulento o estar ausente en caso de una sialoadenitis, mientras que por ejemplo en el síndrome de Sjögren es sumamente espeso.²

Las lesiones observables en la mucosa oral pueden ser las mismas que las descritas para la mucosa labial.

PALADAR DURO Y BLANDO

El paladar duro se encuentra entre las arcadas dentarias y corresponde a la apófisis palatina del hueso maxilar y la placa horizontal del hueso palatino cubierto por mucosa. Se inspecciona fácilmente solicitando al paciente que abra la boca mientras hiperextiende el cuello (Figura 3). Para lograr visualización completa deben retirarse las prótesis dentales y luego de removidas, complementar con inspección indirecta utilizando un espejo bucodental. Finalmente hay que palpar suave con un dedo.

Posterior al paladar duro se encuentra el paladar blando que es de coloración amarilla y en su porción terminal se suspende la úvula. Suele ser necesario deprimir la lengua con un bajalenguas para realizar una correcta inspección (Figura 4). No es recomendable la palpación del paladar blando debido a que produce reflejo nauseoso en la mayoría de los pacientes.

Aparte de las lesiones que también se pueden encontrar en la mucosa labial y oral existen lesiones características del paladar. Destaca el torus palatino que es un crecimen-



Figura 3. Observación directa del paladar duro con paciente hiperextendiendo cuello y boca abierta.

to óseo anormal en el paladar duro, bastante prevalente y que generalmente no representa una complicación para el paciente. La relación del paladar con el resto de la cavidad oral es parte importante de la clasificación de Mallampati utilizada para predecir la dificultad de una eventual intubación.

AMÍGDALAS Y OROFARINGE

Las amígdalas palatinas o amígdalas son estructuras de tejido linfoide perteneciente al anillo de Waldeyer y como característica deben ser del mismo tamaño y forma aproximadamente. Su examen consiste básicamente en la inspección estructural buscando ausencia de ulceración, exudado o tumoración.

Los exudados en las tonsilas son un hallazgo inespecífico que pudiera corresponder a una amigdalitis bacteriana o viral, regularmente asociada a *Streptococcus pyogenes*, adenovirus y con el síndrome mononucleósico por virus de Epstein-Barr.³ Cualquier aumento marcado de una amígdala puede ser sospecha de tumores primarios o secundarios, principalmente el linfoma de no Hodgkin.

La orofaringe, al igual que las amígdalas, se caracteriza por tener una mucosa rosada que también es susceptible de inflamarse y ulcerarse frente a distintas infecciones virales.

LENGUA Y PISO DE LA BOCA

La lengua es un órgano móvil cuya raíz comienza superior a la epiglotis en el límite entre la laringe y la faringe, proyectándose sobre el piso de la boca. Permite la correcta fonación y participa en la generación del bolo alimenticio.

A la inspección es esencial evaluar el tamaño, la movilidad, la simetría y las posibles alteraciones de la mucosa

lingual (Figura 5). Un aumento de tamaño de la lengua o macroglosia puede deberse a patologías como hipotiroidismo, acromegalia o incluso amiloidosis. Una gasa es útil para manipular la lengua y así examinar el dorso lingual y los bordes laterales. La palpación debe realizarse en búsqueda de tumores. Las amígdalas linguales y la papilitis son variantes normales.

La glositis o inflamación de la lengua puede deberse a una gran variedad de diagnósticos diferenciales como patologías autoinmunes, reacciones adversas a medicamentos y carencias de folato o vitamina B12.⁴

La inervación de la lengua es provista por el nervio hipogloso (XII par) y evaluar su movilidad es parte del examen neurológico de pares craneanos.

Mientras que la porción anterior del piso de la boca se visualiza fácilmente, la porción posterior necesita movilizar



Figura 5. El examen de la lengua debe comprender la inspección de todas sus caras, así como su motilidad.



Figura 4. Examen del paladar blando, orofaringe y amígdalas deprimiendo lengua con espejo de boca.



Figura 6. Inspección del piso de la boca y visualización de las carúnculas.



Figura 7. Inspección y palpación de dientes y encías.

la lengua (Figura 6). La carúncula sublingual por donde drenan las glándulas salivales sublinguales se encuentra en la región anterior del piso de la boca y es posible evaluar su permeabilidad con masaje suave. La palpación bidigital permite detectar aumentos de volumen quísticos o tumorales.

DIENTES, PROCESOS ALVEOLARES Y ENCÍAS

Las encías son estructuras que sirven de soporte estructural y funcional a la arcada dentaria. Su mucosa se extiende desde los pliegues vestibulares superiores e inferiores hasta el paladar duro y el piso de la boca respectivamente. Deben ser inspeccionadas traccionando los labios y luego palpadas recorriendo el dedo por su cara anterior y posterior (Figura 7). El hallazgo más frecuente es edema e inflamación de las encías o gingivitis producto de mala higiene y tabaquismo. En estos casos la mucosa se ve edematosa y teñida de un rojo más intenso, sangrando fácilmente a la palpación y si progresa puede producirse una periodontitis que aparte de ser un factor de riesgo cardiovascular independiente,⁵ puede causar pérdida de piezas dentarias. No es frecuente que las encías aumenten

de volumen visiblemente en síndromes carenciales o por infiltración de células neoplásicas al cursar una leucemia mieloide aguda.⁶

Los dientes deben ser inspeccionados en busca de caries, que además de ser resultado de mala higiene y de una dieta rica en carbohidratos refinados, suelen ser los factores principales de riesgo de erosiones dentales, asimismo pueden ser producto de xerostomía secundaria a un síndrome de Sjögren o de la constante exposición a jugos gástricos en pacientes con reflujo gastroesofágico o bulimia nerviosa.

El hálito del paciente también debe considerarse en el examen, siendo característico por ejemplo en la intoxicación por alcohol, cetoacidosis diabética o *fetor hepaticus*. La halitosis puede indicar mala higiene, así como causas extraorales como diabetes mellitus, insuficiencia hepática o insuficiencia renal.⁷

COMENTARIOS

Ningún médico debe pasar por alto el examen físico de la cavidad oral por el gran espectro de patologías que expresan signos en sus diferentes estructuras.

Se recomienda realizar el examen de la cavidad oral en un orden sistemático para no olvidar ninguno de sus pasos. Una buena fuente de luz, un bajalenguas y un espejo son herramientas útiles, así como un paciente cómodo y relajado durante el examen. Lo anterior facilita la inspección, que junto con la palpación e incluso el olfato permitirán al examinador hallar los factores que lo lleven al correcto diagnóstico.

Correspondencia:

Juan Enrique Berner

Av. Las Condes Núm. 13.305,
7590932, Santiago, Chile.

Teléfono: (569) 73326958

E-mail: jeberner@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Grady D, Greene J, Daniels TE et al. Oral mucosal lesions found in smokeless tobacco users. *J Am Dent Assoc.* 1990; 121: 117-123.
2. McKenna JP, Bostock DJ, McMenamin PG. Sialolithiasis. *Am Fam Physician.* 1987; 36: 119-125.
3. Huovinen P, Lahtonen R, Ziegler T, Ernster VL, Robertson PB. Pharyngitis in adults: the presence and coexistence of viruses and bacterial organisms. *Ann Intern Med.* 1989; 110: 612-616.
4. Graells J, Ojeda RM, Muniesa C, González J, Saavedra J. Glossitis with linear lesions: an early sign of vitamin B12 deficiency. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60: 498-500.
5. Dietrich T, Jiménez M, Krall-Kaye EA, Vokonas PS, García RI. Age-dependent associations between chronic periodontitis/edentulism and risk of coronary heart disease. *Circulation.* 2008; 117: 1668-1674.
6. Blum W, Mrózek K, Ruppert AS, Carroll AJ, Rao KW, Pettenati MJ et al. Adult de novo acute myeloid leukemia with t(6;11)(q27;q23): results from Cancer and Leukemia Group B Study 8,461 and review of the literature. *Cancer.* 2004; 101: 1420-1427.
7. Durham TM, Malloy T, Hodges ED. Halitosis: knowing when "bad breath" signals systemic disease. *Geriatrics.* 1993; 48: 55-59.