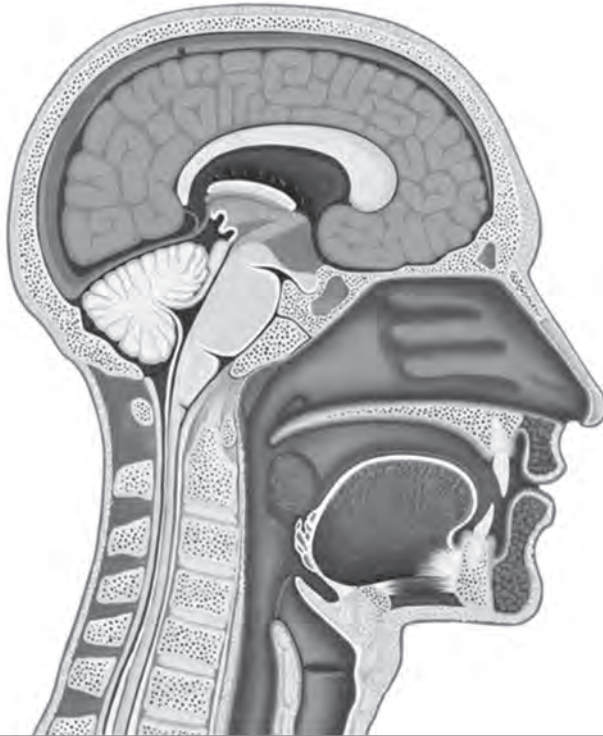


# Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofaringe



Mario Sergio Briones Quiroz  
Martha Adelina López Hernández  
Sandra Peña Rodríguez  
Marisela Torres Vaca  
Alejandro Zarco Villavicencio

**COMPONENTE:**  
Clínicas Médicas de primero y segundo años

**ACTIVIDAD:**  
Práctica



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

# Médico Cirujano

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Mario Sergio Briones Quiroz, Martha Adelina López Hernández, Sandra Peña Rodríguez, Marisela Torres Vaca, Alejandro Zarco Villavicencio

Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofaringe

UNAM, FES Zaragoza, diciembre de 2016.

32 pp.

Diseño de portada: Carlos Raziél Leaños Castillo  
Diseño y formación de interiores: Israel Álvarez Mundo

PROYECTO PAPIME PE 210012



---

#### 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 la orofaringe

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

Formar médicos generales con capacidad crítica y creativa, en constante formación y desarrollo profesional, poseedores de conocimiento científico, actitud ética, humanística y de amplia cultura universal, que les permita el estudio de la problemática de salud de nuestro país y contribuir en su solución.

## VISIÓN

Ser una carrera de calidad reconocida como una de las mejores del país en la formación de médicos generales competentes, éticos, humanistas, divulgadores de la cultura y el conocimiento, con amplia capacidad de desarrollo profesional en las áreas de asistencia, docencia e investigación.

## PERFIL DEL EGRESADO

El egresado de la carrera de Médico Cirujano, poseerá los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, así como habilidades, destrezas y actitudes para realizar las siguientes funciones:

1. Planificación de programas de atención a la salud en unidades aplicativas.
2. Prevención primaria
3. Diagnóstico
4. Tratamiento
5. Comunicación y didáctica
6. Investigación

## CONTENIDO

	Página
Objetivo .....	7
Introducción .....	7
Anatomía y Fisiología .....	9
Técnica de exploración .....	15
Características normales .....	17
Alteraciones y padecimientos en que se presentan .....	19
Bibliografía .....	31

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



## 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 en que pueden presentarse.

## INTRODUCCIÓN

La exploración de la boca, cavidad oral y la orofaringe es de gran importancia en la exploración general de un paciente, 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, su fácil abordaje y el uso de técnicas de exploración e instrumentos sencillos, la hacen imprescindible.

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





## 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 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 gingivodentarias en dos partes, una periférica o vestíbulo y otra central, o cavidad oral propiamente dicha.

Dentro del vestíbulo se encuentran los orificios de los conductos parotídeos o de Stenon.

La cavidad oral está limitada hacia delante y hacia los lados por las arcadas gingivodentarias, hacia arriba por la bóveda palatina y hacia abajo por el piso de la boca. Hacia atrás, se comunica con la faringe por un orificio formado por el velo del paladar, los pilares anteriores del velo y la base de la lengua, llamado istmo de las fauces.

Las arcadas dentarias superior e inferior están formadas por el conjunto de 32 piezas en los adultos, 16 en cada una respectivamente y 20 en los niños, 10 en cada arcada.

La bóveda palatina tiene dos partes: una anterior o paladar duro formado por los huesos palatinos y las apófisis palatinas del hueso maxilar constituyendo una superficie rígida contra la cual la lengua presiona para mover los alimentos al masticar, tiene una sutura medial formando un rebordo llamado rafé palatino, a cuyos lados la mucosa es rugosa para aumentar el rozamiento; y una posterior o paladar blando.

Entre el tercio medial y anterior, se encuentra el foramen incisivo, que marca el límite del paladar primitivo, a través del cual pasan el nervio y arteria esfenopalatina. El borde posterior se continúa con el paladar blando o velo del paladar que es un tabique musculomembranoso que prolonga la bóveda palatina hacia atrás y abajo, y separa la nasofaringe de la orofaringe. Se eleva de manera refleja durante la deglución para cerrar el paso a la nasofaringe.

El borde posterior 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 rodeado por tejido denso que forma la cápsula amigdalina. La cara medial de la amígdala tiene la desembocadura de las criptas amigdalinas.

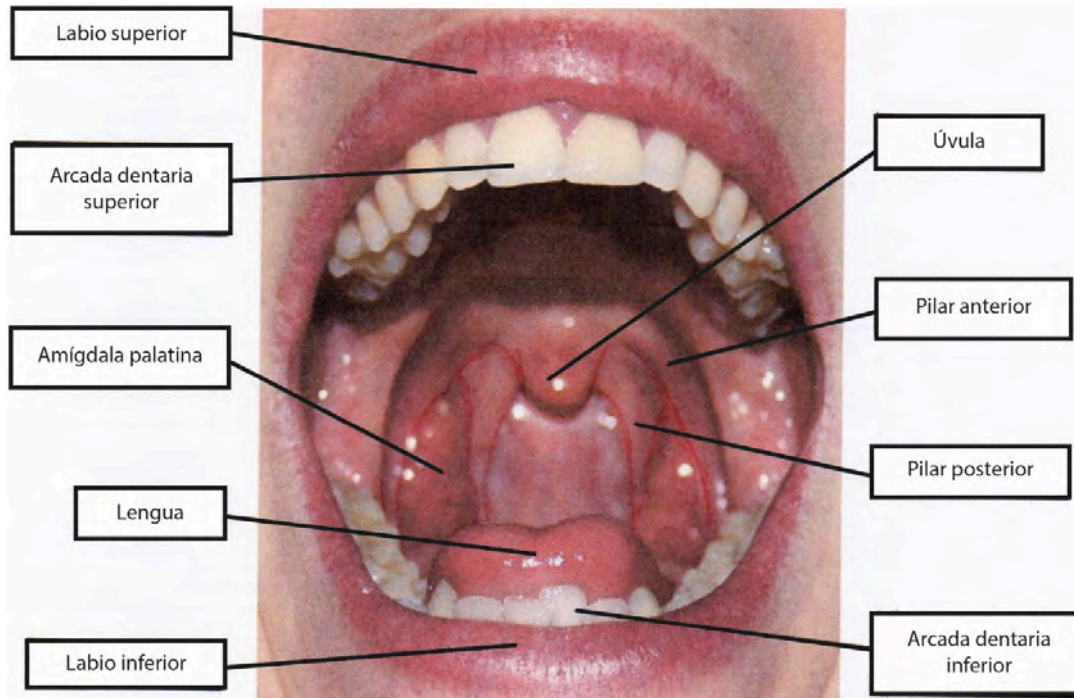


Figura 1. Esquema de cavidad oral.

El suelo de la boca está formado principalmente por el músculo milohioideo. En él encontramos el frenillo, pliegue mucoso que une la cara dorsal de la lengua con la mucosa del piso de la boca. A cada lado del frenillo se localiza tanto el pliegue sublingual, bajo el cual está la glándula sublingual como el orificio del conducto de la glándula submandibular o de Wharton que se abre en la carúncula o papila sublingual.

La lengua ocupa la parte media del piso de la boca, su cara superior está dividida por el surco terminal o V lingual abierto hacia adelante, en dos parte, una anterior o bucal y otra posterior o faríngea. La parte faríngea presenta pequeñas prominencias dispuestas oblicuamente, debido a la presencia de folículos cuyo conjunto constituye las papilas de la V lingual y el foramen caecum, que es el remanente del conducto tirogloso. En el tercio posterior se encuentra la amígdala lingual.

La lengua tiene órganos sensoriales llamados papilas. Las papilas filiformes contienen aferencias táctiles, son abundantes, y se ubican en la región central. Las fungiformes, son pequeñas en forma de hongo, se observan como manchas rojizas a la inspección. 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 los bordes laterales. Las 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 3).

La musculatura de la lengua está conformada por racimos de músculos estriados entrelazados, que sirven para sujetar los alimentos y colocarlos constantemente entre los dientes. Estos movimientos, mezclan los alimentos con la saliva y forman el bolo, que es empujado hacia la faringe para iniciar la deglución. La lengua también es importante para la pronunciación de las consonantes.

La musculatura de la lengua incluye fibras intrínsecas y extrínsecas, las intrínsecas están confinadas al interior de la lengua y no se fijan a hueso, mientras que las segundas corren desde la lengua hasta los puntos de origen en los huesos del cráneo y el paladar duro.

La innervación motora de la lengua procede del nervio Hipogloso (XII), la sensación del gusto 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 sensibilidad lingual está dada por la rama lingual de la división mandibular del nervio Trigémico (V) y los nervios Glossofaríngeo y Laríngeo interno.

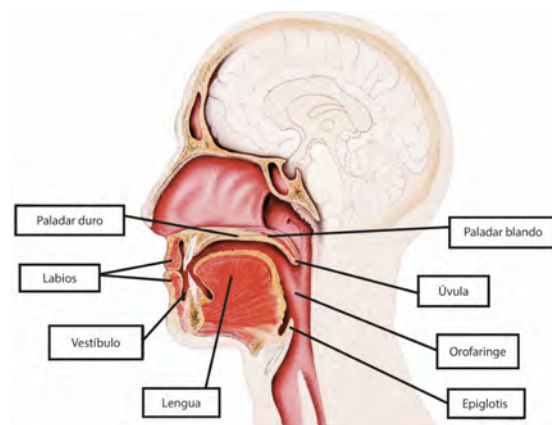


Figura 2. Corte transversal de la cavidad oral.

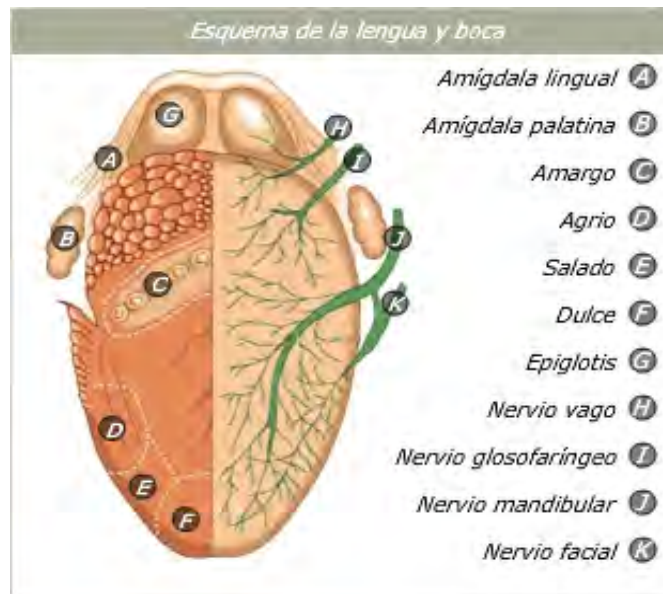


Figura 3. Inervación de la lengua.

El istmo de las fauces es el límite posterior de la cavidad oral, y comunica a ésta con la orofaringe. Está constituido por 4 pilares, 2 de cada lado (anterior y posterior), entre los cuales se localizan las amígdalas palatinas. La faringe es una estructura tubular que conecta La cavidad nasal y cavidad oral con esófago y laringe, permitiendo el paso de aire y alimentos.

## TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

La exploración física de la cavidad oral se realiza básicamente a través de la inspección y la palpación, ya que la percusión y la auscultación no son útiles.

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 de látex así como el empleo de abatelenguas para evertir los labios y movilizar la lengua.

La inspección inicia por la cara externa de los labios, observando su coloración, hidratación, simetría, lesiones en la piel y las mucosas, inspección de la cara interna observando coloración, hidratación así como integridad de los frenillos labiales superior e inferior.

Continuamos con las encías, observamos forma, tamaño, coloración así como las arcadas dentarias superior e inferior e inspección 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 de las arcadas superior e inferior y a la vez que separe los labios para observar la relación anatómica entre los 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.



Para inspección de la lengua se le pide al paciente que la saque y la eleve, observando su cara superior, inferior y 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 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 para lo que es necesario el uso de guantes. Con una o ambas manos buscamos dolor, en caso de lesiones se determina movilidad, confluencia y límites; la palpación es útil especialmente en tumores localizados en lengua, encías, frenillos, paladar y piso de la boca.





## CARACTERÍSTICAS NORMALES

La coloración normal de los labios es rosada y uniforme, aunque en personas de piel oscura los labios pueden presentar una coloración marrón, su superficie lisa y brillante nos manifiesta una adecuada hidratación. Las encías deben ser de color rosado y cubrir la raíz de las piezas dentarias, la mucosa de los carrillos y el paladar debe observarse rosada y brillante y 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, encontramos el frenillo lingual y a cada lado del frenillo se puede observar la desembocadura de los conductos excretores de las glándulas submandibulares.

La lengua tiene forma de pirámide triangular, la mucosa que la cubre es de color rosado y su aspecto es áspero en la cara superior, debido a la presencia de las papilas; en las caras laterales e inferior la superficie es lisa, en la cara inferior 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, pero no deben observarse ulceraciones y no debe haber secreciones ni placas en la superficie.



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 4. Cavidad oral aparentemente sana.

## 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 (Fig. 5), hiperpigmentados como en la enfermedad de Adisson, 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.

La asimetría labial se observa principalmente en las comisuras y se debe casi siempre a parálisis facial. Puede haber aumento de volumen de los labios en enfermedades como hipotiroidismo, acromegalia, angioedema (Fig. 6). La queilosquisis conocida también como labio hendido o leporino (este último término está en desuso) es una anomalía congénita por alteración en el desarrollo facial.(Fig.7)

Los labios pueden presentar también: ulceraciones (de origen infeccioso, tumoral o traumático), vesículas y costras (en la infección por virus del herpes) (Fig. 8), telangiectasias (en la enfermedad de Rendu-Osler), tumoraciones como hemangioma, mucoclele (Fig. 11) y carcinoma, fisuras en los ángulos labiales (Fig. 9) (por candidosis, deficiencia de vitamina B, uso de prótesis), disminución del orificio de la boca (en la esclerodermia) (Fig. 10).



Figura 5. Cianosis bucal.



Figura 6. Angioedema.



Figura 7. Labio hendido.



Figura 8. Herpes labial.



Figura 9. Queilitis angular.



Figura 10. Microstomía.



Figura 11. Mucocele labial.

### MUCOSA DE LOS CARRILLOS

En la infección por el virus del sarampión se pueden observar máculas blancas rodeadas de un halo rojo (manchas de Koplik) (Fig. 12).



Figura 12. Manchas de Koplik.

### 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 (Fig. 13), hiperplasia gingival (Fig.14)



Figura 13. Gingivitis

en las leucemias agudas, embarazo, escorbuto o tratamiento prolongado con fenitoína, ulceraciones como en la agranulocitosis y el escorbuto, manchas hipercrómicas en la intoxicación por plomo, mercurio, plata o bismuto, placas blanquecinas (algodoncillo o muguet) en la candidosis oral y tumoraciones, como el épulis (Fig.15), que puede presentarse durante el embarazo o los granulomas provocados por el roce de prótesis dentales.



Figura 14. Hiperplasia gingival.



Figura 15. Épulis.

## PALADAR

En el paladar pueden encontrarse alteraciones como: paladar hendido (Fig.16), paladar ojival (Fig.17) en la sífilis congénita o la obstrucción nasal crónica, perforación palatina por traumatismos, gomas sifilíticas o neoplasias, así como placas blanquecinas en la candidosis, petequias en la endocarditis bacteriana, tumoraciones.

La úvula puede estar ausente, ser demasiado larga o ser bífida (Fig. 18), 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 16. Paladar hendido.



Figura 17. Paladar ojival.



Figura 18. Úvula bífida.



## DIENTES

En las piezas dentarias puede encontrarse la presencia de caries (Fig. 19), falta de algunas piezas dentarias (edentulia) (Fig. 20) o de todas ellas (anodoncia), coloración anormal de los dientes que 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.

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.



Figura 19. Caries dentales.



Figura 20. Edentulia

## LENGUA

La lengua puede presentar algunas anomalías como: macroglosia (Fig. 21) en caso de hipotiroidismo congénito, acromegalia, síndrome de Down, microglosia (Fig. 22) en caso de deshidratación, lengua saburral en estados febriles, estomatitis, roja en la escarlatina, magenta en la deficiencia de riboflavina, lengua negra o velluda (Fig. 23), por hipertrofia de las papilas, lengua de color oscuro cuando se ingieren alimentos que contienen pigmentos o medicamentos como sales de bismuto, lengua de perico, de color café oscuro, seca y pequeña en la deshidratación severa, lengua escrotal (Fig. 24) la cual presenta fisuras longitudinales profundas, lengua geográfica (Fig. 25) que presenta áreas lisas de color rojo vivo por ausencia de papilas filiformes, aftas (Fig. 26) y 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, provocando alteraciones en la masticación y la pronunciación de las palabras (Fig. 27).



Figura 21. Macroglosia.



Figura 22. Microglosia.



Figura 23. Lengua negra.



Figura 24. Lengua escrotal.



Figura 25. Lengua geográfica.



Figura 26. Afta en lengua.



Figura 27. Frenillo lingual redundante.

### 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 o cuadros alérgicos crónicos, provocando en ocasiones obstrucción en el paso de los alimentos a la orofaringe. En los procesos infecciosos amigdalinos puede

observarse coloración rojiza y criptas en las amígdalas palatinas, así como acumulación de material purulento en la superficie (Fig. 28).



Figura 28. Amigdalitis.

## OROFARINGE

La presencia de infecciones (faringitis) (Fig. 29) puede provocar que la mucosa de la orofaringe tome una coloración roja, así como aspecto granuloso, debido al crecimiento del tejido linfoide submucoso. Pueden acumularse también secreciones mucosas o purulentas sobre su superficie.



Figura 29. Faringitis.

Algunas infecciones bacterianas graves pueden provocar un absceso retrofaríngeo (a veces denominado absceso amigdalino) (Fig. 30) que se observa como un abultamiento en la pared posterior de la orofaringe.



Figura 30. Absceso retrofaríngeo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. - LeBlond RF, Brown DD, De Gowin RL. De Gowin Examen Diagnóstico. 9ª edición, México: Mc Graw-Hill; 2010.
- 2.- Argente HA, Álvarez ME. Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. 2ª edición, Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2013.
- 3.- Martín-Abreu L, Martín-Armendáriz LG. Fundamentos del Diagnóstico. 11ª edición, México: Méndez Editores; 2008.
- 4.- Noguera ML. Exploración clínica. 1ª edición, México: Instituto Politécnico Nacional; 1996.
- 5.- Jinich H. Signos y Síntomas Cardinales de las Enfermedades. 6ª edición, México: Manual Moderno, 2013.
- 6.- Seidel MH. Manual Mosby de Exploración Física. 7ª edición, México: Elsevier; 2011.
- 7.- Papadakis MA, McPhee SJ. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 5ª edición, México: McGraw-Hill; 2013.
- 8.- Cuevas AF. Manual de Técnica Médica Propedéutica. 11ª edición, México: Méndez Editores; 2010.
- 9.- Arciniega VR, Bonilla MF. Exploración de cavidad oral. Rev Arch Med General Mex 2011; 2(3): 111-118.
- 10.- Bravo HI, Hernández SE, Márquez FF, Téllez BO. Identificación de mordidas en los diferentes tipos de oclusión. Tesis de Licenciatura en Odontología. CICS, IPN, 2013.

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

### IMÁGENES:

- Vista anterior cavidad oral, modificado de emaze.com
- Corte transversal cavidad oral, modificado de lexicoon.org
- Lengua, cincolivas.com/Oleosofia-analisis-sensorial-cata
- Cavidad oral, es.paperblog.com/consejos-basicos-de-higiene-bucal-679408/
- Cianosis labial, dvdetectiveconsultor.tumblr.com
- Angioedema, issoebizarro.com
- Herpes labial, blogmedicina.com
- Labio hendido, canauhtilostuxtlas.blogspot.com
- Queilitis angular, ecured.cu
- Microstomía, web.udl.es
- Mucocele labial, lookfordiagnosis.com
- Manchas de Koplik, urgenciasbidasoa.wordpress.com
- Gingivitis, rdnatural.es
- Hiperplasia gingival, uv.es
- Épulis, mastercirugia.com
- Paladar hendido, actaodontologica.com
- Paladar ojiva, ortodonciamg.com
- Úvula bífida, contraboli.ro
- Caries dentales, cariesdentallorena.blogspot.com
- Edentulia, scielo.org.ve
- Afta en la lengua, medeco.de
- Frenillo lingual redundante, asiscmaxilo.com
- Macroglosia, web.udl.es
- Microglosia, monografias.com
- Lengua escrotal, ghorayeb.com
- Lengua geográfica, buccasana.es
- Lengua negra, xatakaciencia.com
- Amigdalitis, medicoscr.net
- Faringitis, es.wikipedia.org
- Absceso retrofaríngeo, spononline.net



# Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofaringe



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>