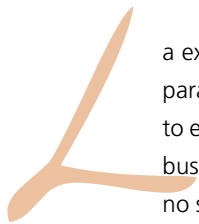


Exploración de cavidad bucal y variaciones de lo normal

Autora: Beatriz C. Aldape Barrios

Profesora de patología bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM



La exploración debe llevarse a cabo en un área adecuada y con luz suficiente, lo cual es muy importante para no dejar pasar ningún cambio, ya sea de forma, tamaño, color, superficie o consistencia. Otro aspecto esencial es retraer y manipular los tejidos blandos con un abatelenguas o espejo, y siempre palpar para buscar cambios. Se debe preguntar inicialmente al paciente si no es alérgico al látex de los guantes, y si no se sabe, se recomienda utilizar guantes de vinil. Se usará una gasa de 4 x 4 cm para retraer perfectamente la lengua y secar los orificios de salida de la saliva a fin de observar la permeabilidad de éstos.

La exploración debe ser sistemática y rutinaria en cada paciente para no equivocarse y dejar de observar alguna región. Este es el tipo de exploración que se sugiere. Los límites de la cavidad bucal son: el labio tanto superior como inferior, el paladar, la mucosa bucal, la región retromolar, la lengua y el piso de la boca, hasta la orofaringe, istmo de las fauces y las tonsilas (amígdalas).

Objetivo

Describir sistemáticamente la técnica utilizada para examinar la cavidad bucal y mencionar en cada localización las variaciones de lo normal o lesiones más comunes que deben ser identificadas, conocer el manejo terapéutico y, en los casos necesarios, tener la información indispensable para remitir al paciente a centros oncológicos o especializados.

Regiones anatómicas

Labios. La zona bermellón debe ser evaluada mediante inspección y palpación. Es fundamental observar elevaciones o depresiones, cambios en la consistencia y el color, úlceras y descamación. Los pacientes de tez blanca deben ser cuestionados sobre la exposición al sol y determinar el daño solar (elastosis solar). Las glándulas sebáceas ectópicas (gránulos de Fordyce), várices, herpes simples, queilitis actínica, máculas melanóticas y queilitis angular son las lesiones que afectan con más frecuencia al labio.

Mucosa labial. Se debe retraer la mucosa con los dedos, hacer palpación bidigital y ver el fondo de saco tanto superior como inferior, así como observar los frenillos. Una de las variaciones más comunes es la persistencia de la arteria labial; también hay que buscar masas a



Foto 1. Labios



Foto 2. Orofaringe

través de la palpación interna y externa. El mucocele en el labio inferior y los adenomas en el labio superior son las lesiones más frecuentes que se presentan como masas elevadas del mismo color de la mucosa adyacente; son asintomáticas y de crecimiento lento.

Mucosa yugal o bucal. Se debe efectuar la retracción con el abatelenguas para observar el triángulo retromolar; debe hacerse de atrás hacia delante para no obstruir la visibilidad y la salida del conducto parotídeo o de Stenon. A la altura del primer molar superior se puede ver una zona nodular y un orificio de salida en el que se

tiene que determinar si está permeable con el fin de establecer si existe xerostomía por Sjögren u obstrucción. Se sugiere realizar la sialometría. Las variaciones identificadas son la línea blanca o de oclusión, gránulos de Fordyce y leucoedema. Otras lesiones comunes diagnosticadas en esta área son liquen plano, *morsicatum bucarum* (morderse la mucosa), tatuaje por amalgama, úlcera traumática u aftosa y várices.

Paladar duro. Se observa directamente al levantar la cabeza del paciente; las prótesis tienen que ser removidas, luego se debe palpar para buscar cambios de consistencia, torus palpable, úlceras traumáticas o por cambios de temperatura (por calor o por frío), estomatitis nicotínica e hiperplasia papilar inflamatoria por el uso de prótesis. También hay que detectar neoplasias benignas o malignas de glándulas salivales, ya que hay 450 glándulas mucosas, tejido linfóide ectópico y linfomas. ▶



Foto 3. Leucoplasia

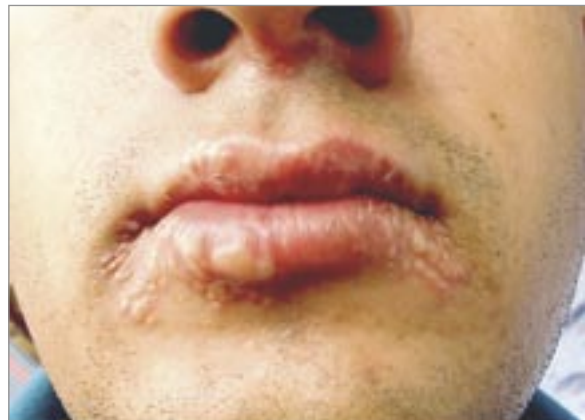


Foto 4. Herpes simple



Foto 5. Úlcera y hematoma

Paladar blando. La lengua se debe deprimir con un abatelenguas o espejo para ver todo el paladar blando y la úvula, no se recomienda la palpación porque se puede provocar el reflejo de vómito en el paciente. La lesión común es el papiloma ocasionado por el VPH 6 y 11.

Tonsilas y orofaringe. La lengua debe permanecer deprimida, cada tonsila debe tener el mismo tamaño; son



Foto 6. Mucocele

rojas, brillantes y lisas, cualquier cambio debe ser monitoreado o enviado a interconsulta con un otorrinolaringólogo. El tejido linfoide es más evidente en la adolescencia y disminuye a través de los años. Si existe asimetría de las tonsilas no hay que tomarlo a la ligera porque se tiene que descartar linfoma o metástasis.

Lengua. Se le solicita al paciente que la extienda hacia afuera lo más que pueda para poder observar la zona dorsal y ver todas las papilas, filiformes, fungiformes y calciformes y la función para descartar una neoplasia de la base de la lengua. Después, con la gasa, se retrae a la izquierda y la derecha para observar el borde lateral y las papilas foleadas, que pueden ser confundidas con neoplasias. Esta área es de suma importancia porque



Foto 7. Hiperplasia epitelial focal (multifocal). Enfermedad de Heck

90% del carcinoma epidermoide se presenta en la lengua, principalmente en esta zona. También se pueden ver agregados linfoides que se consideran una variación de lo normal, aunque siempre se debe descartar carcinoma epidermoide. La lengua fisurada y geográfica se presenta en 30% de la población; la lengua saburral se debe a falta de higiene, en tanto que la lengua crenada (indentaciones en los bordes de la lengua) es otra variación que se observa con frecuencia.

Piso de la boca. La inspección del piso de la boca se hace levantando la lengua que toca el paladar y se revisa toda la zona ventral, donde se ven las raninas y los apéndices, que son considerados variaciones de lo normal; se observa si las carúnculas (salidas del conducto de Warthon) submandibulares están permeables u obstruidas por un sialolito. Las ránulas y quistes dermoides son las lesiones más frecuentes; si se encuentra una masa, hay que descartar neoplasias de glándulas salivales.

Proceso alveolar y encía. Se debe palpar todo el reborde alveolar de los pacientes edéntulos para detectar cambios de consistencia y expansiones, sin olvidar la zona lingual y platina o vestibular de la mandíbula y el maxilar. Los torus y las exostosis bucales son las variaciones más comunes. Si se siente una expansión se recomienda realizar una radiografía panorámica para determinar los cambios óseos. En la encía puede existir la enfermedad periodontal, la gingivitis, la parulis (abscesos), manifestaciones de padecimientos sistémicos (leucemias), tatuajes por amalgama, granulomas piógenos, granuloma periférico de células gigantes y fibroma osificante periférico. Estas lesiones se presentan como una respuesta inflamatoria a un estímulo.

Dientes. La caries es la enfermedad infecciosa más importante que se debe identificar en todas sus fases, ya sea manualmente o con ayuda de tinciones. Es fundamental asociarla a padecimientos como síndrome de Sjögren, xerostomía o tratamientos de radio y quimioterapia. La erosión del esmalte por la parte palatina y lingual debe ser un aviso de que el paciente puede ser bulímico. La falta de higiene y prevención se puede complicar con caries y provocar una diseminación de la infección por los espacios virtuales musculares y desarrollar abscesos y celulitis, lo que podría poner en riesgo la vida del paciente. ▶



Foto 8. Úlceras aftosas recidivantes



Foto 9. Gránulos de Fordyce



Foto 10. Leucoedema



Foto 11. *Torus*

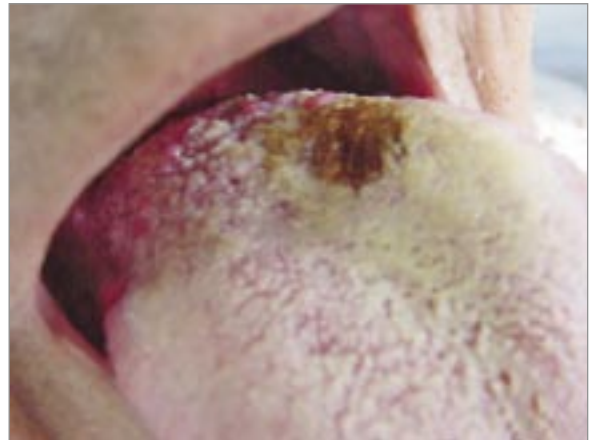


Foto 14. *Lengua sabural*



Foto 12. *Candidosis atrófica crónica*



Foto 15. *Sialolito*



Foto 13. *Leucoplasia*



Foto 16. *Ránula*



Foto 17. Tatuaje por amalgama

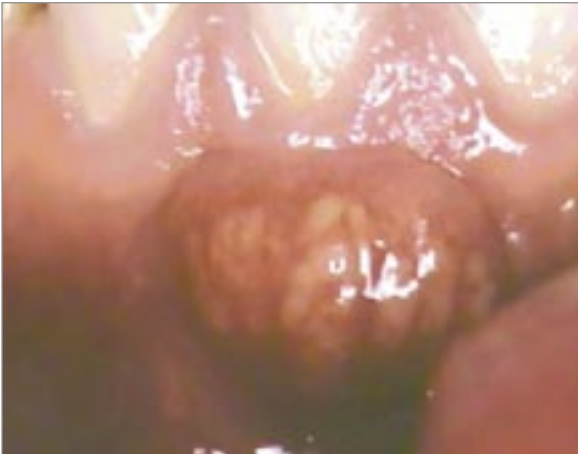


Foto 18. Absceso periodontal



Foto 19. Granuloma periférico de células gigantes



Foto 20. Agrandamiento gingival

Conclusión. La examinación bucal y peribucal, sistemática y rutinaria, cada vez que se atiende al paciente en la consulta puede ayudar a identificar variaciones de lo normal, lesiones benignas o malignas en estadios iniciales y manifestaciones de enfermedades sistémicas con ayuda de los auxiliares de laboratorio. Conocer el aspecto normal de las estructuras bucales es básico para distinguir los cambios y no dejarlos pasar a fin de que el paciente reciba un diagnóstico oportuno. ∞

Bibliografía

1. Neville B. *Oral and maxillofacial pathology*, 3rd edition, 2009.
2. Regezi J. *Oral pathology*, 5th edition. *Clinical pathologic correlations* 2008.
3. Cawson & Odell. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*, 8th edition, 2008
4. Sapp P. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*, 2nd edition, 2005