

1. Historia clínica

La historia clínica es un instrumento básico en nuestra actividad profesional, que tiene como finalidad recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria, además supone un imperativo legal, un deber del profesional y un derecho del paciente. Consta de las siguientes partes:

- 1 La anamnesis. El interrogatorio ha de ser riguroso para poder orientarnos hacia el diagnóstico correcto y la decisión terapéutica adecuada. En este apartado se incluyen los datos de filiación, motivo principal de la consulta e historia médica.
- 2 Exploración física. A través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente.
- 3 Pruebas complementarias. Mediante el diagnóstico por imagen, analítica y otras pruebas específicas.
- 4 Diagnóstico. Basado en la información obtenida en el interrogatorio y la exploración física. Es preciso establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades menos probables.
- 5 Plan de tratamiento. Debemos establecer un orden prioritario en las actuaciones clínicas sobre el paciente.
- 6 Pronóstico o evolución. Predicción de los sucesos o cambios que pueden producirse en el curso de una de una enfermedad o patología.

1.1. Exploración extraoral

Se realizará la inspección seguida de la palpación de las principales estructuras. La inspección extraoral debe ser sistemática y ordenada, se explorará ambos lados con el paciente de frente, en reposo, comprobando que existe simetría facial.

En primer lugar realizaremos un examen general externo de las estructuras craneofaciales y observaremos la expresión facial. Debemos detectar la existencia de anomalías o patologías como asimetrías, deformaciones, cicatrices y lesiones en cara y cuello.

En el caso de localizar una lesión o alteración, se registrará usando una terminología descriptiva indicando color, morfología, textura de la superficie, tamaño y presencia de síntomas asociados.

Teniendo en cuenta, que en ocasiones el primer contacto con el sistema sanitario del paciente, es a través del odontólogo, éste debe valorar la patología extraoral potencialmente maligna para derivarlo al médico de Atención Primaria o especialista correspondiente.

1.1.1. Ganglios linfáticos

En la evaluación del aumento de volumen o inflamación de los ganglios linfáticos (adenopatías), el explorador se debe ayudar de una anamnesis detallada, así como una exploración física, pruebas analíticas y si procede, biopsia mediante punción por aspiración (PAAF) o escisión, para su estudio anatómico-patológico. Algunos autores consideran adenopatías a aquellas superiores a 1 cm de diámetro y otros, a cualquier ganglio que sea visible o palpable, independientemente del tamaño.

La adenopatía puede ser una manifestación primaria o secundaria de múltiples enfermedades. La palpación de los ganglios superficiales se realizará de forma metódica, bimanual, con una postura relajada del paciente, siguiendo la trayectoria de las cadenas ganglionares, de forma bilateral y se ejecuta con la superficie ventral de las manos con los dedos segundo, tercero y cuarto.

Si se detecta alguna adenopatía, se intenta aislar con los dedos primero y segundo, intentando movilizarla en dos ejes transversales, para comprobar la adhesión de ésta a los planos profundos.

La localización, agrupación, extensión (local o generalizada), tamaño, número, consistencia, movilidad, sensibilidad dolorosa y adherencia a planos profundos de los ganglios linfáticos son parámetros útiles en el estudio del paciente que presenta adenopatías.

Las adenopatías benignas (inflamatorias, agudas, autolimitadas) suelen ser dolorosas, fluctuantes y presentan piel enrojecida y caliente. Las adenopatías malignas (neoplásicas) suelen ser duras, adheridas a planos profundos y no causan dolor.

Se considera importante la exploración de las fosas supraclaviculares, ya que la presencia de una adenopatía en esta localización nos orientaría sobre un proceso patológico a nivel torácico o abdominal.

Según Hajek, podemos clasificar los ganglios de cabeza y cuello por su ubicación, diferenciando cadenas ganglionares de la parótida, superior, media e inferior, triángulo cervical posterior, la fosa supraclavicular y las áreas submentoniana y submandibular. Desde el punto de vista odontológico, son de interés:

- 1 Ganglios submandibulares. Situados en el borde inferior de la mandíbula cerca del arco de la misma. Se palpan con los dedos índice y medio lateralizando y rotando la cabeza al lado contrario. Drenan la mucosa de la cavidad oral, encías, suelo de la boca, parte anterior, media y posterior de la lengua, labio superior, parte de la mejilla, mentón, encías, suelo de la boca, amígdalas, glándulas submandibulares. En esta región es preciso conocer la ubicación del ganglio subdigástrico de Küttner ya que en ocasiones drenan los carcinomas del suelo de la boca y la lengua.
- 2 Ganglios de la glándula parotídea. Situada por detrás del borde posterior de la rama ascendente mandibular. Existen ganglios

linfáticos intra y extraparotídeos, drenan la zona frontal de la bóveda craneana, tegumentos faciales y raíz de la nariz, párpado superior y mitad del inferior, oído externo, trompa de Eustaquio y glándula parotídea. La mayor incidencia de los tumores de glándulas salivales se ubican en la parótida y de ellos, el 80 % son benignos. La etiología más frecuente es el adenoma pleomorfo o tumor mixto.

- 3 Ganglios supraclaviculares. Ubicados en la fosa supraclavicular. Área de drenaje; pulmón, estómago, páncreas y mama.

1.1.2. Articulación temporomandibular (ATM)

La exploración se realizará de forma bilateral, en reposo y en movimiento, con el paciente en posición de máxima intercuspidad y máxima apertura. Se observarán los movimientos mandibulares, en los que podemos encontrar una disfunción, como disminución en la amplitud del movimiento o desviaciones.

El explorador se colocará por detrás del paciente para proceder a su palpación. Debemos registrar la presencia de ruidos articulares, el dolor a la palpación y al movimiento, ya que éstos son los principales síntomas de los trastornos temporomandibulares. Podemos proceder a la auscultación de la ATM, con un fonendoscopio colocándolo en la región preauricular para detectar posibles ruidos articulares.

El chasquido es un ruido breve que puede producirse al inicio, durante el movimiento o al final de la apertura o cierre. En ocasiones lo escuchamos al inicio de la apertura y al final del cierre, por lo que lo denominamos "clic recíproco". La crepitación es un ruido prolongado, que podríamos comparar con el ruido al arder la madera.

Movimientos mandibulares. Para realizar esta exploración utilizamos un pie de rey o regla milimetrada y registramos el rango de movimiento en la apertura, lateralidad derecha, lateralidad izquierda, la protusión y el espacio en reposo mandibular. También debemos registrar, si el end-feel es duro, blando o doloroso. La amplitud de movimiento se mide desde el borde del incisivo superior al inferior durante la apertura con una regla milimetrada. La apertura mínima normal, es aproximadamente 40 mm. El movimiento lateral debería ser 7-10 mm a ambos lados y el movimiento de protusión entre 6 y 9 mm.

Posteriormente procederemos a un examen neuromuscular, palpando los siguientes músculos o grupos musculares: temporal, masetero, esternocleidomastoideo y músculos pterigoideos.

1.1.3. Pares craneales

Es preciso tener conocimientos básicos sobre la valoración sensorial y motora de los pares craneales, ya que nos pueden aportar información relacionada con las estructuras bucales. Los pares craneales pueden ser sensitivos, motores o mixtos.

- 1 Pares sensitivos o aferentes. El olfatorio (I par), el óptico (II par) y el vestibulococlear (VIII par).
- 2 Pares motores o eferentes. El motor ocular común (III par), el patético (IV par), el motor ocular externo (VI par), el espinal accesorio (XI par) y el hipogloso (XII par).
- 3 Pares mixtos. El trigémino (V par), el facial (VII par), el glossofaríngeo (IX par) y el vago (X par).

Aunque nos centraremos en la exploración del trigémino y el facial, debemos realizar la detección de patologías que puedan requerir la valoración de otro especialista.

1.1.3.1. Nervio trigémino (V)

Este par es el responsable de la inervación sensitiva de la cara y nervio motor de la musculatura de la masticación. El trigémino sensitivo, se explora mediante pruebas de estimulación, para ello utilizamos objetos punzantes, fríos, calientes para tocar o pinchar la zona. Debemos además explorar los reflejos conjuntival (mediante un algodón tocar la conjuntiva o la córnea produciéndose un cierre del párpado), mandibular y nasal (introduciendo un pañuelo en las fosas nasales produciéndose un estornudo).

El trigémino motor se valora palpando los músculos temporales y maseteros, mientras el paciente aprieta los dientes, de esta forma podemos percibir la contracción. Posteriormente solicitamos al paciente la apertura de la boca, el explorador debe oponer el movimiento con la mano. En este acto, valoraremos además si existe desviación en la apertura, descartando una alteración en la ATM.

Para la exploración de los pterigoideos, el paciente deberá realizar un movimiento de lateralidad contra el dedo del examinador.

Una patología que podemos encontrar y que es preciso establecer diagnóstico diferencial con el dolor de las patologías orales, es la neuralgia del trigémino, afectando preferentemente a las ramas maxilar y mandibular. Presenta una clínica de episodios recurrentes de dolor intenso, de tipo lancinante, con puntos *trigger* (puntos gatillo) que se desencadenan con la presión o el roce, en el trayecto de la rama afectada.

Su aparición es brusca y de breve duración, aunque puede permanecer días con un dolor sordo.

1.1.3.2. Nervio facial (VII)

Función somatomotora. Inerva los músculos de la mímica y músculo del estribo. Para valorar la capacidad motora, se solicitan ciertos movimientos que nos permiten comprobar la función del nervio facial superior y del nervio facial inferior. Pedimos al paciente que arrugue la frente, frunza el ceño, que cierre y abra los párpados, que seríe, que hable, que silbe, que sople y observamos la simetría labial.

Exploramos la fuerza de cierre de los párpados pidiendo al paciente que mantenga los ojos fuertemente cerrados, mientras el explorador intenta abrirlos elevando los párpados con los pulgares.

Mediante la inspección visual, observamos si existe desviación de la comisura labial al hablar, salida de saliva o líquidos por el lado afectado.

Función parasimpaticomimética. Inerva las glándulas lagrimales, las glándulas de la cavidad nasal (nervio petroso superficial superior), glándulas sudoríparas de la cara, glándulas submaxilar y sublingual, además posee fibras vasodilatadoras que inervan la arteria auditiva y sus ramas, los vasos de la mucosa del paladar nasofaríngeo y fosas nasales.

Fibras aferentes. Inervan los dos tercios anteriores de la lengua, (nervio intermediario de Wrisberg), la cuerda del tímpano y la parte sensitiva del nervio facial. La función sensitiva se explora a nivel de los dos tercios anteriores de la lengua (gusto) y la sensibilidad del conducto auditivo externo (zona de Ramsay-Hunt).

Podemos encontrar parálisis facial central, que afecta a la musculatura facial inferior (peribucal), de forma unilateral, no comprometiendo a la musculatura de la frente y del orbicular de los párpados, son parálisis centrales (supranucleares), debidas fundamentalmente a accidentes vasculares, aunque también podemos encontrar otras causas como patologías infecciosas, tumorales o degenerativas.

Las parálisis faciales periféricas, son parálisis nucleares (infranucleares), siendo las más frecuentes de los nervios craneales. En estos pacientes, los rasgos faciales se encuentran desviados hacia el lado sano, presentan una cara asimétrica con desaparición de la expresión facial en el lado afectado, incapacidad para ocluir el ojo, produciéndose la desviación del globo ocular hacia arriba y hacia afuera al cerrar el párpado superior (signo de Bell), lagofalmia, epífora y disgeusia.

1.1.4. Senos maxilares y paranasales

Inspeccionamos si existe algún aumento de volumen valorando la sensibilidad dolorosa, para ello presionamos con los dedos sobre las prominencias maxilares y en la región de la raíz paranasal, para descartar sinusitis u otros procesos agudos o crónicos.

1.2. Exploración intraoral

La exploración intraoral debe realizarse en un área adecuada y con buena iluminación, siguiendo siempre el mismo orden, sin dejar ninguna región anatómica sin explorar.

1.2.1. Labios

Se evaluará mediante la inspección visual el color, forma y consistencia del bermellón y comisuras labiales, descartando lesiones inflamatorias, infecciosas, traumáticas o tumorales.

En el bermellón podemos encontrar lesiones como el herpes labial (VHS), úlceras o pigmentaciones. Podemos encontrar malformaciones congénitas, como el labio leporino en la que observamos una hendidura labial, pudiendo afectar de forma unilateral o bilateral e incluso otras estructuras como las fosas nasales o el paladar (paladar hendido).

La palpación ayuda a determinar la consistencia, para descartar la presencia de nódulos, realizándose con la yema de los dedos pulgar e índice. Las lesiones inflamatorias propias de los labios se denominan queilitis.

Debemos mencionar la queilitis actínica que es una degeneración tisular acelerada del tejido labial, en la que se presentan lesiones elevadas, placas eritematosas secundarias a la exposición crónica y prolongada a la radiación solar. Su localización más frecuente es en el labio inferior, siendo más prevalente en varones mayores de 40 años, con profesiones que realizan trabajos al aire libre y fenotipo de piel clara y ojos azules. Puede evolucionar a una leucoplasia o carcinoma, por lo que se considera una lesión potencialmente maligna, por ello realizaremos revisiones periódicas de estos pacientes.

La porción mucosa se explora con la inspección mediante la eversion del labio y realizando una palpación bidigital. También revisaremos el fondo de vestíbulo superior e inferior, desde la línea media hasta las comisuras bucales.

Debemos observar los seis frenillos vestibulares, comprobando si se produce isquemia en papila interincisiva al traccionar del labio superior con la presencia de diastemas.

La mucosa del labio es una localización frecuente de mucocele (labio inferior) y adenomas (labio superior), estas patologías se presentan como lesiones de aspecto quístico.

1.2.2. Mucosa yugal

Observaremos una superficie lisa, brillante y húmeda, de color rosa pálido. Inspeccionaremos toda la superficie con la ayuda

de los espejos, sin olvidar la zona retromolar (asiento frecuente de carcinoma oral).

Debemos recordar que el conducto de Stenon de la glándula parótida, desemboca en esta mucosa, a nivel de la cara vestibular de los segundos molares superiores. También podemos observar los gránulos de Fordyce (glándulas sebáceas) distribuidos por la superficie de la mucosa de la cavidad oral.

Otra variación es la línea alba, que corresponde a una hiperqueratosis de color claro que aparece a nivel del plano oclusal y suele ser bilateral. Debemos prestar especial interés a lesiones premalignas detectadas en esta zona como leucoplasias, eritroplasias y liquen plano.

El factor relacionado claramente con la aparición de leucoplasias es el tabaco, aunque también pueden intervenir otros factores irritativos de tipo traumático e infeccioso.

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es el más frecuente de los tumores malignos de cabeza y cuello, representan aproximadamente el 3% de los tumores malignos en el cuerpo.

1.2.3. Lengua

En la inspección de la lengua se examinará la superficie dorsal, ventral y bordes laterales.

Podemos observar una superficie áspera característica, ya que exceptuando la cara ventral, el resto está cubierto por una mucosa especializada con la presencia de las papilas gustativas (caliciformes, fungiformes, filiformes y foliadas). Comprobaremos si existe variación en el tamaño, color y textura. Para examinar la movilidad, se solicita al paciente que la protruya hacia afuera, hacia el lado derecho e izquierdo.

Posteriormente, se tracciona de la parte anterior con una gasa, se inspeccionan los bordes laterales y las papilas foliadas. Debemos detectar variaciones de la normalidad, como la lengua fisurada, geográfica o dentada. Inspeccionar cuidadosamente la parte ventral, es de suma importancia porque un porcentaje elevado de tumores malignos se presentan en esta zona, principalmente en la base de la lengua y por lo general se diagnostican en etapas avanzadas, por lo que presentan metástasis a distancia, requieren una intervención quirúrgica agresiva y su pronóstico es peor.

También procederemos a su palpación bidigital en busca de lesiones profundas. Suelo de la boca. La inspección se realiza levantando la lengua y la exploración con las dos manos, intra y extraoralmente.

En esta región anatómica, encontraremos el frenillo lingual, carúncula sublingual, pliegues sublinguales, pliegue fimbriado y vena lingual. Debemos observar el conducto de Wharton, vía de drenaje de la glándula submandibular al suelo de la boca, acompañado

por el nervio, la arteria y venas linguales y situado por encima del músculo milohioideo.

Las localizaciones intraorales más frecuentes del cáncer oral son, la lengua (25,1 %) y el suelo de la boca (10,2 %). Más del 90 % de todos los carcinomas de la cavidad oral son carcinomas epidermoides o variantes de éste. Algunas lesiones benignas o malignas pueden ser confundidas con el carcinoma epidermoide de la cavidad oral y requieren un diagnóstico diferencial. Algunas de las afectaciones de la glándula sublingual son la ránula y sialolitiasis. Si a este nivel se detecta una masa, hay que descartar neoplasias de glándulas salivales.

1.2.4. Paladar duro

Las estructuras anatómicas normales que podemos encontrar en la bóveda palatina, son la papila incisiva, las rugosidades palatinas y el rafe palatino medio. Se inspecciona por visualización directa solicitando al paciente que eleve la cabeza.

Si el paciente lleva prótesis, deberá ser retirada, para inspeccionar la totalidad de la superficie palatina. En ocasiones observamos hiperplasias, en portadores de prótesis mal ajustadas. Se puede palpar ejerciendo una compresión digital con uno o dos dedos contra la superficie palatina.

Podemos encontrar alteraciones congénitas, como el paladar hendido (comunicación cavidad oral y nasal), alteraciones en la forma, paladar elevado y estrecho (paladar ojival) o torus palatinos, entre otras.

El carcinoma mucoepidermoide (MEC) representa aproximadamente el 30 % de los tumores malignos de las glándulas salivales y el 30 % se producen en las glándulas salivales menores, donde el paladar es la localización más frecuente.

1.2.5. Paladar blando

Con la ayuda de un espejo deprimimos la lengua para observar el paladar blando, las amígdalas y la úvula. En el paladar blando es frecuente encontrar lesiones de enfermedades infecciosas de tipo vírico.

Las amígdalas, son tejido linfoide situadas en la faringe, en los niños y adolescentes suelen estar hipertrofiadas y en ocasiones se indica la extirpación ante las infecciones de repetición.

Es posible encontrar amígdalas atróficas, enrojecidas y con exudados blanquecinos. La úvula está formada por tejido conjuntivo, mucosa y por el músculo propio de la úvula, músculo tensor y elevador del paladar. Debemos observar su tamaño, movilidad y la existencia de alguna desviación que podría indicar un trastorno nervioso.

1.2.6. Dientes

Comenzaremos por una inspección ordenada e individual, contando e identificando cada diente. Comprobaremos también forma y color. En el odontograma registraremos por cuadrantes las patologías y tratamientos realizados en el paciente.

Posteriormente, observaremos la relación entre las arcadas, las líneas interincisivas y la oclusión. Con el paciente en máxima intercuspidación, observaremos si las líneas interincisivas están centradas y comprobaremos la oclusión en los planos anteroposterior, transversal y vertical, registrando si detectamos alguna anomalía.

Las maloclusiones pueden ser de origen dentario, esquelético, funcional y mixto, por lo que para determinar un diagnóstico correcto debemos realizar un estudio exhaustivo y sistemático de modelos, fotografías y cefalometría.

Una forma sencilla de registrar la oclusión (plano antero-posterior) es a través de la clasificación de Angle, indicando normoclusión o maloclusión (Clase I, II y III).

Realizaremos el diagnóstico visual de caries, anotando cada diente afectado pudiendo seguir los criterios de ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System) que es un sistema internacional de detección y diagnóstico de la caries.

Para la confirmación diagnóstica de caries incipientes, podemos recurrir a métodos como la transiluminación con fibra óptica, medición de la conductividad eléctrica y sistemas con láser fluorescente.

Para conocer el perfil epidemiológico de caries de una población y para comparar con otras poblaciones, existen índices que miden la caries dental tanto en dientes temporales como permanentes, tomando como unidad el diente (CAOD, CAOM, cod) o la superficie del diente (CAOS, cos).

En los dientes podemos observar patologías como la abrasión por cepillado, en la que se observa una pérdida de sustancia a nivel cervical de caninos y premolares.

En pacientes que presentan parafunciones, debemos detectar desgastes cervicales de forma generalizada, denominándose abfracción o milolisis.

La percusión de los dientes, se realiza para diagnosticar un dolor periapical. Para ello, usamos el mango de un espejo, aunque es recomendable realizar una presión digital leve previa, en casos de presentar un dolor severo. También, se emplea para el diagnóstico de dientes no vitales, en los que apreciaremos un color más oscuro y un sonido "mate" en comparación con el resto de dientes adyacentes.

1.2.7. Encías

Observaremos su color, textura y posición con respecto a los dientes. Las encías se deben explorar, incluso en pacientes edéntulos, por lo general presentan un color rosa pálido con aspecto de "piel de naranja". Revisaremos la encía marginal (pared externa del surco gingival, 1-3 mm de profundidad y 1 mm de anchura), encía adherida y papilas interdentes. Las patologías más frecuentes son la inflamación o gingivitis, retracción gingival y fistulas por patología pulpar o periodontal.

Debemos inspeccionar la mucosa que recubre los rebordes alveolares, ya que podemos encontrar lesiones malignas, que suelen aparecer con más frecuencia (70 %) en el maxilar inferior, presentando un comienzo insidioso. En ocasiones, se confunden y tratan como patología periodontal.

Podemos encontrar aumentos de volumen localizados o generalizados, de origen farmacológico, (fenitoína, nifedipino, etc), infeccioso o en determinados estados fisiológicos (embarazo). Existen diversos índices para medir el grado de inflamación gingival, su extensión y localización.

El índice de gingivitis se calcula sumando el número de superficies o sectores inflamados y dividiendo por el número total de sectores presentes en boca (número de dientes x 4) y multiplicando el total por 100.

La exploración general de las encías la realizaremos con una sonda periodontal milimetrada, comprobando si existe sangrado o bolsas superiores a 3 mm.

En pacientes con afectación periodontal, se le realizará una valoración con el periodontograma, mediante un registro gráfico del sangrado, profundidad al sondaje, pérdida de inserción y anotando el grado de movilidad de los dientes afectados.

Un índice propuesto por la OMS, para valorar el periodonto, es el Índice Periodontal Comunitario, CPI, que se realiza en los dientes 16/17, 11, 26/27, 46/47, 31 y 36/37, explorando 6 puntos: vestibular, palatino, mesio-vestibular, mesio-palatino, disto-vestibular y disto-palatino. Anotaremos la presencia de sangrado, tártaro, bolsas superiores a 3 mm o sextante excluido, cuando presenta menos de dos dientes.