

# HISTORIA CLÍNICA EN CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL



**DR. MARCELO SCARRONE**

  
Programa de Especialización en  
CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

**Cátedra de Cirugía BMF**

**Facultad de Odontología  
Universidad de la República**

# HISTORIA CLÍNICA EN CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>pág. 3</b>
<b>DEFINICIÓN Y CONCEPTOS INICIALES</b>	<b>pág. 3</b>
<b>INTERROGATORIO</b>	<b>pág. 3</b>
<b>DATOS PATRONÍMICOS</b>	<b>pág. 4</b>
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>pág. 4</b>
<b>HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>pág. 5</b>
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>pág. 6</b>
<b>ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS</b>	<b>pág. 6</b>
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>pág. 7</b>
<b>EXAMEN DEL PACIENTE</b>	<b>pág. 8</b>
<b>APRECIACIÓN GENERAL DEL PACIENTE</b>	<b>pág. 8</b>
<b>EXAMEN REGIONAL</b>	<b>pág. 8</b>
<b>EXAMEN DEL PLANO SUPERFICIAL CUTÁNEO-MUCOSO</b>	<b>pág. 9</b>
<b>EXAMEN DEL PLANO MEDIO MÚSCULO VISCERAL</b>	<b>pág. 10</b>
<b>EXAMEN DEL PLANO PROFUNDO OSTEO-ARTICULAR</b>	<b>pág. 16</b>
<b>EXAMEN LOCAL</b>	<b>pág. 19</b>
<b>CONTINENTE</b>	<b>pág. 19</b>
<b>CONTENIDO</b>	<b>pág. 22</b>
<b>EXAMEN DE LA ZONA MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>pág. 27</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>pág. 33</b>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>pág. 34</b>
<b>EXAMEN PARACLÍNICO</b>	<b>pág. 34</b>
<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>	<b>pág. 38</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>pág. 39</b>
<b>DESCRIPCIÓN OPERATORIA</b>	<b>pág. 41</b>
<b>INDICACIONES POSTOPERATORIAS</b>	<b>pág. 43</b>
<b>EVOLUCIÓN</b>	<b>pág. 44</b>
<b>ALTA</b>	<b>pág. 44</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>pág. 45</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS</b>	<b>pág. 47</b>

# HISTORIA CLÍNICA EN CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo de este trabajo es guiar al profesional y estudiantes en el abordaje del paciente en el área de Cirugía Bucomaxilofacial, comenzando con los conceptos básicos de la historia clínica necesaria para los pacientes ambulatorios de cirugía bucomaxilofacial complementando posteriormente con capítulos específicos para el paciente con alteraciones más complejas como el trauma o las dismorfosis maxilofaciales.

## **DEFINICIÓN Y CONCEPTOS INICIALES**

La Historia Clínica es un *documento* y como tal tiene *valor legal*, que surge del *interrogatorio y examen del paciente* (clínico y paraclínico en caso de ser necesario). Esta se realiza mediante un *método reglado* y tiene como objetivo llegar a un *diagnóstico, un planteamiento terapéutico, el registro del tratamiento y evolución* del paciente en el tiempo.

Refleja la relación entre uno o varios profesionales y el paciente quedando plasmada en ella gran cantidad de información sensible de carácter personal. Su uso adecuado y custodia están regulados por diversas normas legales así como por obligaciones de carácter ético que deben ser conocidas por los estudiantes y profesionales, como el respeto a la confidencialidad y la veracidad de los datos.

Para cumplir con los objetivos iniciales de la historia clínica, quien se enfrenta al paciente de Cirugía Bucomaxilofacial, debe sistematizar el estudio del mismo comenzando con *la anamnesis o interrogatorio*, para posteriormente realizar el *examen del paciente*. Es así entonces que surge la estructura de la historia clínica, la cual desarrollaremos a continuación.

## **INTERROGATORIO O ANAMNESIS**

Es la primera etapa del estudio de todos los pacientes en el área de la salud médica, habitualmente se realiza mediante una *entrevista personal* con el paciente, sus padres o tutores en caso de pacientes menores o quienes no estén en condiciones de responder en forma apropiada al mismo. Sin embargo, esta entrevista puede estar precedida de un *cuestionario escrito* el cual sirve como documento firmado por el paciente o su responsable y a su vez éste puede ayudar a guiar el interrogatorio hacia áreas de interés en la evaluación del paciente y su diagnóstico.

En el interrogatorio se obtendrán una serie de datos, los cuales desarrollaremos a continuación, sin embargo el valor de esta etapa de la historia

clínica no se limita a la mera recolección de información, sino que también el profesional puede y debe comenzar con la evaluación del paciente (su grado de colaboración, lucidez, predisposición al tratamiento que entre otros elementos se hacen evidentes durante la entrevista inicial del paciente).

Analizaremos a continuación los aspectos que deben estar presentes en el interrogatorio:

### Datos patronímicos

Los mismos incluyen: **nombre, edad, domicilio, ocupación, teléfono, estado civil, etnia.**

Estos datos cumplen una doble función: por un lado asocian el documento (historia clínica) con el paciente y también crea un "perfil epidemiológico" del mismo (existen alteraciones frecuentes a determinada edad, o en alguna etnia, así como ciertas ocupaciones generan un mayor riesgo de padecer algunas enfermedades).

El registro de los datos patronímicos en general se ubican en el encabezado de la primer página de la *ficha clínica* (ya sea en papel o electrónica). Es importante en este momento diferenciar la *ficha* de un paciente que es el medio escrito o digital en el que se plasma la historia clínica, la que es el resultado de un acto profesional que incluye como estamos desarrollando, una serie de maniobras clínicas, interpretación, seguimiento y evaluación permanente del paciente y sus síntomas hasta el alta del mismo.

### Motivo de consulta

El motivo de consulta es definido como lo expresa su nombre como **aquella causa que motivo al paciente a consultar con el profesional.** El mismo debe ser expresado en forma concisa y clara de forma tal que en una simple frase quien lea la ficha del paciente comprenda porque un paciente concurre a asistirse en esa fecha.

Existen autores que afirman que el motivo de consulta debe ser expresado citando textualmente las palabras del paciente. No adherimos a esta postura, ya que como expresamos anteriormente la historia clínica implica un ejercicio intelectual, interpretar los motivos de un paciente para ser asistido. Solamente comprendiendo cabalmente porque un paciente concurre a asistirse, podremos satisfacer sus necesidades.

Asimismo, tampoco se debe confundir el motivo de consulta de un paciente, con sus aspiraciones de tratamiento. El ejemplo más frecuente en la clínica de Cirugía Bucomaxilofacial es la extracción dentaria, el mismo no puede ser considerado un "motivo" de consulta, la extracción es el tratamiento que tiene sus indicaciones y contraindicaciones y es resorte del profesional determinar si este es el tratamiento que se adapte al paciente y su padecimiento.

Indagando un poco más podremos descubrir por ejemplo que un paciente tiene la intención de que le hagan una extracción por dolor, tumefacción facial, estética u otros, los cuales resultarán en el verdadero motivo de consulta del paciente.

### Historia de la enfermedad actual

Es la **serie de eventos ordenados cronológicamente desde que el paciente notó un cambio en la salud de su zona motivo de consulta hasta el momento de la consulta** (actual)

Es importante entender que la historia de la enfermedad actual no se trata de la historia de un síntoma como puede ser el dolor, sino que el profesional debe indagar profundamente en la historia del sector que está afectado incluyendo todos los cambios que surgen, los tratamientos recibidos así como el resultado de los mismos.

Para ordenar cronológicamente esta etapa de la historia clínica se distinguen 3 pasos:

**Comienzo:** ¿Cuándo, cómo y dónde? el paciente comenzó a percibir un cambio de la zona motivo de consulta. Se debe indagar en la forma más precisa cuanto hace que surgen las alteraciones que finalmente llevaron a consultar al paciente, si fue en forma espontánea o provocada, y si la zona donde comenzaron las alteraciones es la misma que la actual.

**Evolución:** Se registran los cambios que surgen, síntomas que cambian en cantidad o calidad, otros que se pueden agregar o desaparecer. También en esta etapa se debe registrar los tratamientos que recibió el paciente (incluyendo quien los indicó, si los cumplió y que resultados obtuvo con los mismos).

**Estado Actual:** Se debe expresar en esta etapa el estado del paciente en el momento que está consultando. Es el punto o episodio final de la evolución de la enfermedad que motivo al paciente a consultar. En definitiva es “el ahora” que puede medirse en horas o días.

Si bien el motivo de consulta y la historia de la enfermedad actual son dos puntos claramente diferenciados de la historia clínica, muchas veces el paciente en su ansiedad de resolver su padecimiento al ser interrogado por el mal que le aqueja, comienza con un relato desordenado y extenso que incluyen estos dos puntos.

El profesional que se enfrenta esta situación debe tener la habilidad como para dejar de lado los elementos que parecen ser irrelevantes y profundizar en aquellos que ayudarán en el diagnóstico del paciente. De aquí surge entonces el concepto de *interrogatorio dirigido*, que debe aplicarse en la anamnesis de todos los pacientes, logrando así un interrogatorio lo más conciso pero completo que nos aclare cómo fueron estas tres etapas bien definidas de la evolución de la enfermedad.

## Antecedentes Personales

**Antecedentes médicos:** Se debe interrogar a todos los pacientes en el área de Cirugía Bucomaxilofacial en relación a sus antecedentes médicos, los mismos se pueden sistematizar en preguntas generales que evalúan la salud del paciente y en aquellas que se dirigen específicamente a descartar las enfermedades más frecuentes de cada aparato y sistema de la economía. Existen muchos protocolos para sistematizar este interrogatorio, a continuación desarrollamos una lista de las afecciones más relevantes a nuestro criterio, tomado del capítulo de *Valoración y preparación pre anestésica del Manual de Anestesiología Básica (Dr. Gustavo Grünberg)*:

- Antecedentes *anestésicos y quirúrgicos*: problemas anestésicos específicos (alergia a fármacos anestésicos, problemas de la vía aérea, etc.), dolor, náuseas y vómitos postoperatorios. Presencia de cirugías anteriores.
- Antecedentes de *alergia* a fármacos en general.
- Antecedentes *cardiovasculares*: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, valvulopatías, arteriopatía obstructiva crónica de miembros inferiores, etc.
- Antecedentes *respiratorios*: asma, bronquitis crónica, EPOC, tabaquismo, tos y expectoración actual, etc.
- Antecedentes *renales*: insuficiencia renal, diálisis, infecciones urinarias, cólicos nefríticos, hematuria, retención urinaria, sonda vesical, etc.
- *Enfermedades hepáticas*: hepatitis, hepatopatía, alcoholismo, cólicos hepáticos.
- *Enfermedades neurológicas*: stroke, neuropatía periférica, convulsiones, etc.
- Antecedentes *endócrinos y metabólicos*: diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, etc.
- *Hábitos* del paciente: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.
- Antecedentes *digestivos*: reflujo gastroesofágico, úlcera gastroduodenal, gastritis, emesis fácil, etc.
- Antecedentes *obstétricos*: embarazos, partos, cesáreas, complicaciones de los embarazos (síndrome preeclampsia eclampsia, diabetes gestacional, etc.).
- Antecedentes *hematológicos*: sangrados, hematomas, petequias, etc.
- *Consumo habitual de fármacos*. Se marcarán los que no deben suspenderse para la intervención quirúrgica como los antihipertensivos y los antianginosos y los que si deben suspenderse como los inhibidores de la monoaminooxidasa. Es necesario conocer todos los fármacos que recibe el paciente, dado que muchos tienen interacciones (1).

**Antecedentes odontológicos:** Son la serie de antecedentes que refieren específicamente a la experiencia previa odontológica del paciente. Con estos

antecedentes podremos tener una idea de la motivación general de un paciente para los tratamientos odontológicos, si recibió anestesia o fue sometido a procedimientos quirúrgicos del área odontológica. Para algunos de los pacientes pueden llegar a aportar datos relevantes (en relación fundamentalmente a reacciones alérgicas a los anestésicos locales, alteraciones en la crisis o cicatrización de sus heridas).

El valor de estos antecedentes se encuentra sobredimensionado en la actividad odontológica, si bien puede aportar algunos datos, en el paciente de Cirugía Bucomaxilofacial, es más relevante realizar una evaluación sistémica profunda.

### Antecedentes Familiares

En esta etapa de la anamnesis, se debe indagar acerca de ciertos antecedentes del núcleo familiar del paciente. Es importante comprender que los antecedentes familiares del paciente que son relevantes para su evaluación son aquellos que sean transmitidos por la herencia (como la Hemofilia) o por lo menos la tendencia a padecerlos (como la Hipertensión Arterial) y en relación a este tipo de antecedentes se debe interrogar por los familiares consanguíneos, aunque el paciente no tenga contacto con ellos.

También es importante investigar las alteraciones infectocontagiosas en el núcleo familiar del paciente, pero en relación a las personas que viven con él sin importar el grado de consanguinidad.

Una vez que se ha recabado la información de antecedentes del paciente y su entorno, se puede determinar el *riesgo quirúrgico* del paciente, es decir como influye su salud general en la posibilidad de ser tratado desde el punto de vista quirúrgico para resolver su afección. Existen varias clasificaciones de riesgo quirúrgico, las más usada es la de la Sociedad de Anestelistas de América (ASA):

- ASA I: Paciente sin trastornos fisiológicos, bioquímicos o psiquiátricos. La enfermedad por la cual se opera al paciente es localizada y no ocasiona alteraciones sistémicas.
- ASA II: Trastorno sistémico leve a moderado ocasionado por la enfermedad que lo llevó a la intervención quirúrgica o por otras alteraciones. En ésta categoría se ubican los pacientes con: Hipertensión arterial bien controlada, asma, anemia, tabaquismo, diabetes mellitus bien controlada, obesidad leve, edad menor a 1 año o mayor a 70 años, embarazo.
- ASA III: Trastorno sistémico grave de cualquier causa, aunque no se pueda definir el grado de incapacidad: angina de pecho, etapa posterior del infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial mal controlada, enfermedad respiratoria sintomática, obesidad mórbida.
- ASA IV: Paciente moribundo con poca sobrevida que se somete a la cirugía como último recurso.
- ASA V: Donante cadavérico. (1)

## EXAMEN DEL PACIENTE

Esta etapa de la Historia Clínica no comienza al terminar el interrogatorio, sino que comienza cuando el profesional toma contacto con el paciente para su entrevista. Ya fue mencionado, pero cabe recalcar que durante el interrogatorio el clínico ya va evaluando aspectos del paciente como su grado de colaboración, lucidez, entre otros.

Si bien el examen del paciente es un proceso dinámico que sigue un orden preestablecido el mismo se divide con efectos didácticos de lo general a lo particular en las siguientes etapas: *Apreciación general del paciente, examen regional, examen local y examen de la zona motivo de consulta.*

### **Apreciación general del paciente**

La descripción general del paciente al momento de la consulta, suele ser en el paciente ambulatorio, poco relevante en el diagnóstico del mismo, sin embargo en enfermos de malformaciones o traumatizados su relevancia es fundamental.

Los aspectos que se describen desde el punto de vista general solo se mencionarán en este capítulo, realizaremos un estudio en mayor profundidad en capítulos específicos de cirugía Bucomaxilofacial (trauma, dismorfosis).

*Lucidez, colaboración, orientación en tiempo y espacio, grado de desarrollo en relación a la edad, estado nutricional y de hidratación, enfermedades o estados alterados de la salud general evidentes* son los elementos que se evalúan y registran en esta etapa de la historia clínica.

### **Examen regional**

Es importante recordar que el examen clínico (a diferencia de lo que ocurre con la "apreciación") consta de una primera etapa de *observación visual* y otra de *palpación o inspección instrumental*, y que el mismo va de lo general a lo particular, en el caso del área bucomaxilofacial se realiza desde lo extra oral (regional), a lo intra bucal (local) y finalmente a la zona motivo de consulta.

**Observación visual:** En esta etapa se describe a grandes rasgos las características más destacables del paciente desde el punto de vista de cabeza y cuello:

- **Facies o expresión** (característica de alguna alteración como la adenoidea del respirador bucal, o de un estado transitorio como la dolorosa o la febril).
- **Simetría de cabeza y cuello** permanente o de aparición reciente por patología (inflamación, neoplasias, etc.)
- **Proporcionalidad de la cara.** Si bien profundizaremos en otros capítulos específicos, la cara debe ser proporcional en sus 3 tercios (superior

medio e inferior) y en 5 quintos desde el punto de vista vertical (FOTOS 1, 2).

- Perfil del paciente. Básicamente podremos definir al perfil del paciente como recto (armónico), cóncavo o convexo en base a la relación entre su cráneo el tercio medio facial y la mandíbula. Se desarrollará este ítem en profundidad junto con el anterior en un capítulo dedicado al diagnóstico clínico de las dismorfosis (FOTOS 3, 4, 5).
- Lesiones en piel de cabeza y cuello, que deben ser descriptas como se relatará más adelante en el capítulo de semiología de las lesiones.

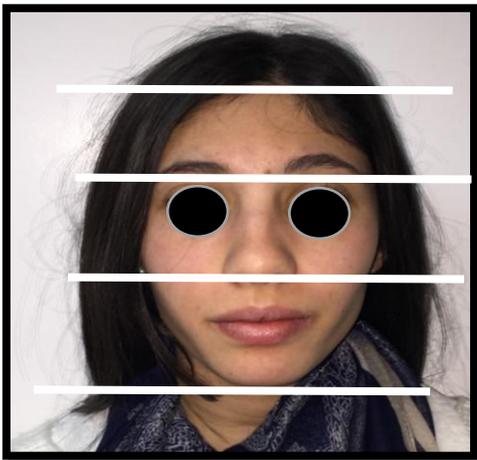


FOTO 1 - PROPORCIONALIDAD DE TERCIOS FACIALES



FOTO 2 - PROPORCIONALIDAD DE QUINTOS FACIALES



FOTO 3 - PERFIL CONVEXO



FOTO 4 - PERFIL RECTO



FOTO 5 - PERFIL CÓNCAVO

**Palpación e investigación instrumental:** Luego de "mirar" es el momento de realizar maniobras diagnósticas instrumentales y palpar en busca de alteraciones que no puedan ser percibidas a simple vista, para ello dividiremos a la cabeza y cuello en 3 planos que van de la superficie a la profundidad:

I Plano superficial (muco - cutáneo):

*Sensibilidad de la piel.* La misma se evaluará fundamentalmente en relación al área de inervación de las ramas terminales del V par y se hará hincapié en la misma cuando se sospeche de alguna lesión de estos nervios (traumática, neoplásica, etc.).

La sensibilidad debería ser evaluada con el paciente con los ojos cerrados y asistido con fibras delicadas como un algodón o un pincel delicado para valorar la percepción delicada y con un instrumento punzante (sonda o aguja) para valorar en casos de pérdida de sensibilidad (FOTO 6).

Las alteraciones en la sensibilidad se denominan disestesias, y son clasificadas en déficit (desde la hipoestesia hasta la anestesia) y en hiperalgesias (sensibilidad aumentada).

*Motilidad de los tejidos blandos faciales.* Al igual que la sensibilidad, la función motora de la cara puede verse afectada cuando existen alteraciones de los nervios motores de la misma (ramas del VII par esencialmente). Estas alteraciones se manifiestan como parálisis que en ocasiones se aprecian solo en función (limitación funcional) y en otras por las asimetrías generadas por la diferencia de tono muscular en reposo (FOTO 7).



FOTO 6 - COMPROBACIÓN DE SENSIBILIDAD PIEL MEDIANTE SONDA (V PAR)



FOTO 7 - EVALUACIÓN DE MOTILIDAD FACIAL (VII PAR)

## II Plano medio (músculo visceral):

Este plano lógicamente cubierto por los tejidos superficiales debe ser estudiado mediante la palpación de las estructuras de interés:

*A.-Cadenas linfáticas:* En cirugía Bucomaxilofacial se investiga habitualmente los grupos del collar peri cervical de Poirier (submentales, submaxilares, parotídeos, mastoideos y occipitales), y las cadenas profundas de cuello, fundamentalmente de la yugular interna.

La presencia de adenopatías del tipo neoplásica es un elemento pronóstico fundamental en la patología oncológica bucomaxilofacial, por lo que es imprescindible

un estudio detenido y detallado de las cadenas ganglionares de cuello en todos los pacientes y no solo en los que sospechemos de este tipo de alteración.

La técnica de la palpación es diferente para cada área, sin embargo las características que se analizan son las mismas para todas las adenopatías.

En primera instancia debemos comprender que si un ganglio linfático puede ser palpado es debido a que el mismo se encuentra aumentado de tamaño, por lo que surge el término de Adenomegalia o Adenopatía palpable. Las características que ayudarán al clínico en su diagnóstico en relación a las adenomegalias son las siguientes:

\* *Tamaño* (expresado en milímetros habitualmente).

\* *Consistencia*, la misma puede ser firme (no hay adenopatías "blandas") típica de las adenitis (inflamación) o bien pétreo, típica de las neoplasias linfáticas.

\* *Movilidad*, puede que la adenopatía sea móvil (adenitis) o bien que esté adherida a los planos profundos (adenopatía neoplásica, o proceso inflamatorio con afección del tejido peri ganglionar "periadenitis").

\* *Piel que recubre al área* del ganglio, puede estar indemne o con cambios de coloración y temperatura típicas de los procesos supurados peri ganglionares.

#### **Características clínicas de las distintas adenomegalias**

<b>Adenomegalia</b>	<b>Consistencia</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Dolor</b>	<b>Piel del área</b>
Adenitis aguda	Firme	Si	Si	Sin afección
Adenitis crónica	Firme	Si	No	Sin afección
Adenoflemón	Firme	No	Si	Rubor, calor
Neoplasia *	Pétreo	No	No	Sin afección

\*las neoplasias ganglionares pueden ser primarias (linfomas) o metastásicas.

La técnica de palpación de cada una de los distintos grupos ganglionares se detalla a continuación:

**Ganglios submentales:** El paciente debe llevar el mentón hacia el cuello, de esa forma el músculo milohioideo pierde tensión permitiendo la maniobra más fácil. La palpación es bimanual y bidigital con una mano en el piso de la boca y la otra en la piel submentoniana en oposición a la anterior (FOTO 8).



FOTO 8 - PALPACIÓN GANGLIOS SUBMENTALES

**Ganglios submaxilares:** Para palpar este grupo ganglionar el paciente debe acercar el borde inferior mandibular a su cuello, de tal forma que permita al clínico buscar con sus dedos y haciendo oposición con el borde mandibular las posibles adenomegalias (FOTO 9).



FOTO 9 - PALPACIÓN DE GANGLIOS SUBMAXILARES

**Ganglios mastoideos y occipitales:** estos se palpan fácilmente por encima de la mastoides o la línea occipital por encima del cráneo y en el espesor de los tejidos blandos simplemente comprimiendo suavemente los tejidos en busca de estas anomalías.

**Ganglios de la cadena de la yugular interna:** Los mismos se palpan en el borde anterior del músculo Esternocleido-occipitomastoideo (ECOM), en forma bidigital con los dedos índice y mayor por delante del mencionado músculo y el pulgar haciendo oposición en el borde posterior del mismo. Para esta maniobra se pide al paciente que gire su cabeza hacia el lado que está siendo examinado así disminuye la tensión del ECOM (FOTO 10) aunque en ocasiones la maniobra opuesta es usada para topografiar al músculo en un primer tiempo (FOTO 11).



**FOTO 10 - PALPACIÓN DE GANGLIOS DE LA CADENA YUG. INTERNA**



**FOTO 11 - TENSIÓN DEL ECOM PARA REFERENCIAR BORDE ANTERIOR**

*B.- Eje visceral de cuello:* La palpación del eje visceral del cuello, tiene como objetivo acercarse al diagnóstico del agrandamiento de las glándulas tiroides fundamentalmente. Al palpar suavemente y lateralizar un par de milímetros la laringe, se produce un resalte denominado "craqueo laríngeo" que es el signo clínico de ausencia de nódulos. También puede palparse (desde atrás del paciente) con ambos índices simultáneamente los bordes laterales del eje visceral en busca de agrandamientos nodulares en el área (FOTOS 12, 13).



**FOTO 12 - PALPACIÓN DEL EJE VISCERAL CUELLO DESDE EL FRENTE**



**FOTO 13 - PALPACIÓN DEL EJE VISCERAL DE CUELLO DESDE ATRÁS**

*C.- Músculos:* La palpación muscular rutinaria en Cirugía Bucomaxilofacial, tiene como objetivo valorar el tono, descartar la presencia de nódulos inflamatorios (miositis) o dolor en los músculos (mialgia). La presencia de dolor muscular muchas veces es confundida con otras alteraciones frecuentes del área como las alteraciones de la Articulación Témporo Mandibular o las neuralgias, la investigación cuidadosa de

los músculos, en estática o función permite al profesional diferenciar los distintos cuadros patológicos.

Los músculos que se examinan habitualmente son los siguientes:

**Músculo temporal:** Este músculo se encuentra en la fosa temporal y se palpa en forma bidigital realizando presión leve del músculo contra el cráneo en toda la extensión de su superficie, recordando la dirección de sus fibras anteriores medias y posteriores que convergen hacia su inserción inferior y terminan en el tendón de dicho músculo en el área retro molar. Como ya fue expresado se investiga en busca de dolor, o presencia de nódulos (FOTO 14).

La palpación de su tendón debe realizarse intraoralmente en el borde anterior de la rama mandibular por detrás del área del 3er molar inferior. La palpación simultánea de ambos lados permite comparar ambos temporales y facilita el diagnóstico de las alteraciones.



FOTO 14 - PALPACIÓN DEL MUSCULO TEMPORAL

**Músculo masetero:** El músculo más potente de la región, se topografía en la cara externa de la rama ascendente mandibular y sus inserciones inferiores se encuentran en su borde inferior, mientras que las superiores se ubican en el arco cigomático. Es así que la dirección del fascículo superficial del musculo es de abajo y atrás a arriba y delante. En casos de pacientes con poca potencia muscular, se puede pedir al mismo que apriete sus dientes para facilitar la localización de este músculo (maniobra válida también para el temporal). La palpación bidigital nuevamente en estática y dinámica de este músculo permite evaluar su tonicidad y la presencia o no de patología (FOTO 15).



FOTO 15 - PALPACIÓN DEL MUSCULO MASETERO

**Músculo pterigoideo medial o interno:** Este músculo conforma junto con el masetero la cincha pterigo-maseterina que se inserta en el borde inferior mandibular en el área del ángulo. Su palpación puede realizarse únicamente en la inserción inferior, es decir precisamente en el área del ángulo mandibular por dentro del borde inferior de la misma. Es así que la técnica de palpación se asemeja a la de la palpación de los ganglios sub ángulo mandibulares (FOTO 16). Ante la presencia de dolor en esta área, el clínico debe diferenciar si el mismo es originado en el músculo (mialgia) o si se asocia a una adenitis del tipo aguda, en cuyo caso se debe palpar el ganglio afectado.



FOTO 16 - PALPACIÓN DEL MÚSCULO PTERIG. INTERNO

**Músculo pterigoideo lateral o externo:** Este músculo involucrado en la dinámica mandibular debido a su trayecto horizontal desde la articulación tèmpero mandibular hacia la apófisis pterigoides, no puede ser palpado en el examen extra oral. Únicamente se puede palpar con el dedo meñique por detrás de la tuberosidad maxilar, sin embargo, esta zona es muy sensible y puede generar dolor aunque no exista patología muscular. Es por esta causa que preferimos realizar el examen de este

músculo por oposición funcional y no por palpación directa. Es así que lo que realizamos es pedirle al paciente que protruya la mandíbula y realizar presión opuesta a este movimiento desde el mentón (FOTO 17). En caso de patología del músculo que estamos estudiando, el paciente percibirá dolor en el área pre auricular.



**FOTO 17 - PALPACIÓN INDIRECTA DEL PTERIOGOIDEO LATERAL**

Si bien es frecuente realizar la palpación de otros músculos fundamentalmente ECOM, trapecios, y otros del cuello fundamentalmente en el estudio de los desórdenes temporomandibulares, el estudio detallado de los mismos excede los objetivos de este trabajo.

### III Plano profundo. Osteoarticular:

Este plano, el último del examen extraoral o regional se investiga clínicamente mediante la palpación de las bases óseas y la articulación temporomandibular (ATM). Lógicamente en ocasiones la imagenología asiste en el estudio en profundidad de estas estructuras, como detallaremos más adelante en el capítulo referente a examen paraclínico.

*A.- Articulación temporomandibular (ATM):* El estudio clínico de la ATM aporta una serie de elementos que permite llegar al diagnóstico de una gran variedad de alteraciones patológicas. El estudio de la patología articular excede a los objetivos de esta revisión, sin embargo, enumeraremos los elementos que se recaban para llegar al mismo, dando alguna idea de la patología que podría estar presente.

La palpación de la ATM se realiza en el polo externo del cóndilo (área por delante del tragus) y el polo posterior del mismo (conducto auditivo externo, hacia delante) según ilustran las imágenes (FOTO 18, 19, 20, 21, 22, 23).



FOTOS 18, 19, 20 - PALPACIÓN DEL POLO EXTERNO DEL CÓNDILO EN ESTÁTICA Y DINÁMICA



FOTOS 21, 22, 23 - PALPACIÓN DEL POLO POSTERIOR DEL CÓNDILO EN ESTÁTICA Y DINÁMICA

La palpación se realiza en estática y en dinámica con el objetivo de confirmar o descartar los siguientes signos o síntomas:

Dolor, puede estar presente en muchas alteraciones (traumáticas, inflamatorias) de la ATM es un síntoma inespecífico. El umbral doloroso del paciente puede "medirse" palpando las mastoides con la misma intensidad a modo de evaluar la presión que no le genera dolor al paciente en condiciones de salud.

Ruidos articulares, los mismos pueden percibirse en forma objetiva por el paciente y el clínico o solo en forma subjetiva por el paciente, esto dependerá de la magnitud de los mismos. Los ruidos pueden ser de diversos tipos, chasquidos (cliking) –característicos de la des coordinación entre el cóndilo y disco presente en varias alteraciones de la articulación-, estos a su vez pueden surgir en forma recíproca –en apertura y cierre-, y en todos los movimientos o solamente en los iniciales de una serie luego del reposo articular.

Otros ruidos de menor intensidad como la crepitación suelen percibirse solamente mediante la asistencia de un estetoscopio (estos son característicos de alteraciones donde hay contacto directo entre las superficies duras articulares por perforación o ruptura del disco articular).

Finalmente se pueden percibir ruidos de intensidad media pero asociados a alteraciones de las estructuras óseas o de su función, como aquellos que se perciben al

dislocarse el cóndilo de la cavidad glenoidea en la subluxación articular, o la crepitación característica del desplazamiento de dos cabos de fractura entre si cuando hay solución de continuidad ósea en la ATM (fundamentalmente cuello condíleo).

Cambios morfológicos del cóndilo. Para que estos cambios sean percibidos en el examen clínico de la ATM deben ser muy significativos, sin embargo en ocasiones se pueden presentar. Los principales cambios son el aumento de tamaño (hiperplasia condílea o neoplasias), la disminución del tamaño (hipoplasias) o la ausencia del cóndilo (agenesia, o fracturas del cuello condíleo con desplazamiento).

Alteraciones de la dinámica, aquí se encuentran alteraciones en la cantidad y/o en la calidad de la apertura bucal. de la magnitud y otras de la trayectoria de la apertura bucal. Si bien estos cambios no responden siempre a cambios en la articulación exclusivamente los mismos se hacen evidentes al estudio dinámico de la misma.

La *disminución de la dinámica* (apertura y cierre, protrusión y lateralidades) puede responder a alteraciones articulares como la patología tumoral, anquilosis, traumatismos y desarreglos internos de la ATM además de otras causas extra articulares.

La *hipermovilidad* en la ATM se relaciona con la subluxación articular de diversa etiología pero dónde el cóndilo mandibular se desplaza más allá de los límites naturales de la articulación.

Otro signo de alteración en la dinámica es la *ausencia de movimiento transmitido* dónde uno o ambos cóndilos permanecen inmóviles cuando el paciente realiza movimientos mandibulares, estos son característicos de las fracturas del cuello condíleo.

**B.- BASES ÓSEAS:** El estudio de los huesos del área maxilofacial, es pertinente realizarlo cuando se pesquisa en busca de alteraciones de los mismos, cobra relevancia en los pacientes traumatizados y en aquellos donde es evidente una alteración morfológica atribuible a patología de origen óseo.

Es muy importante sistematizar esta etapa del examen regional del paciente para no omitir ningún área. La preferencia del operador indicará si se realiza de atrás a delante, de arriba abajo o de fuera a dentro de la cabeza y cara, pero es aconsejable adoptar un método que siempre se repita en la misma forma, para evitar omisiones.

El clínico debe palpar cuidadosa pero firmemente las basales de los huesos faciales y del cráneo en busca de las siguientes alteraciones:

*Dolor*, el dolor a la palpación es indicativo de patología a nivel óseo, por sí solo no es suficiente para realizar el diagnóstico de su origen sin embargo nos alerta de una alteración

*Escalones*, la discontinuidad de las basales óseas en general se asocia a fracturas o a la secuela de las mismas.

*Tumefacción*, indicativo de patología de tipo malformativa, inflamatoria o neoplásica es importante además evaluar la consistencia de la misma (del tipo ósea o blanda) y la presencia de signos adicionales como la crepitación, fluctuación y renitencia. Signos clínicos de las distintas etapas de exteriorización de la patología osteolítica (quística o neoplásica).

*Movilidad*, ya sea la movilidad de estructuras que deberían ser inmóviles (signo característico de fractura) como la disminución de la movilidad del único hueso móvil del territorio maxilofacial –la mandíbula- son indicativos de patología.

### **Examen local**

El examen local o intrabucal del paciente implica como toda etapa de estudio clínico una exploración visual asistida por buena iluminación, espejos y/o separadores, seguida de la palpación y/o exploración instrumental dependiendo del área a estudiar. Si bien estas etapas son las lógicas a los efectos del estudio didáctico de la cavidad bucal, ésta se deberá dividir topográficamente en áreas que se analizarán cada una de ellas mediante la observación visual y palpación o exploración.

Es así que clásicamente se divide a la cavidad bucal en 2 sectores: el continente (paredes) de la misma y el contenido como veremos a continuación.

#### **I Continente**

Para el estudio de las paredes de la cavidad bucal no hay un orden preestablecido, sin embargo es conveniente sistematizar su estudio de forma tal de no obviar ningún elemento. Personalmente y como la mayoría de los autores comenzamos por el acceso a la cavidad bucal para seguir con sus paredes laterales, techo, piso y finalmente el istmo.

A.- *Esfínter oral anterior*: El mismo está compuesto por los labios superior e inferior. En relación a la observación visual se debe descartar la presencia de lesiones y cambios de la forma. Es importante recordar que los labios se estudian en su aspecto

facial –área cutánea y semimucosa- y sector intraoral –mucosa- (para esta área es necesario evertirlos con un espejo o tomándolos con los dedos) (FOTO 24).



**FOTO 24 - OBSERVACIÓN VISUAL DE MUCOSA LABIAL Y PALPACIÓN BIDIGITAL**

Como ya fue mencionado, más adelante se sistematizará el estudio de las lesiones ya sean de piel como de la mucosa. En caso de encontrar una lesión debe ser estudiada en detalle en el examen de cada área estudiada salvo que esta sea el motivo de consulta del paciente ya que para este estudio existe un apartado más detallado en el examen clínico.

Además de la observación visual se debe palpar los labios, esta se realiza para buscar lesiones profundas que no se observen a simple vista y para evaluar la tonicidad de los mismos. La palpación es bidigital según se aprecia en la FOTO 24.

*B.- Mejillas:* Para poder observar apropiadamente las paredes laterales de la cavidad bucal es imprescindible asistirse con un espejo o baja lengua y una buena fuente de luz. Es importante el estudio del área retro comisural –asiento frecuente de patología- que puede pasar desapercibida, y recordar elementos anatómicos que pueden simular patología como la desembocadura del conducto parotídeo. La palpación de las mejillas es bidigital intra y extraoral (FOTO 25).



**FOTO 25 - PALPACIÓN BIDIGITAL DE LA MEJILLAS**

*C.- Paladar:* El mismo se observa con el paciente en hiperextensión cervical y luz directa o reflejada por el espejo, la mucosa del mismo es de un color más claro debido a su queratinización y a la ausencia de tejido celular subyacente (FOTO 26). La palpación del paladar duro permite descartar alteraciones del hueso subyacente. Son relativamente frecuentes los torus que no deben ser confundidos con neoplasias.



**FOTO 26 - OBSERVACIÓN VISUAL DEL PALADAR**

*D.- Piso de boca:* La observación de la herradura que forma al piso bucal se debe realizar desplazando la lengua asistido por el espejo o un baja lenguas (FOTO 27). Es importante recordar la presencia de las glándulas sublinguales y su expresión clínica. La palpación del piso de boca, al igual que las mejillas, se realiza en forma bimanual y bidigital intra y extraoral (FOTO 28).



FOTO 27 - OBSERVACIÓN VISUAL DEL PISO DE BOCA



FOTO 28 - PALPACIÓN BIMANUAL Y BIDIGITAL DEL PISO DE BOCA

*E.- Esfínter oral posterior:* El esfínter oral posterior es el istmo de unión entre la cavidad bucal y la orofaringe. Sus estructuras no pueden ser palpadas sin anestesia debido a los reflejos de náusea que se genera en esa zona. Debido a esto es que en general el examen de esta área se limita a la observación visual de la coloración de la mucosa y la presencia o no de lesiones.

Las estructuras que forman a este esfínter son el velo del paladar, los pilares anteriores y la base lingual. Al fondo del mismo se observa la pared posterior de la orofaringe, y a los lados las amígdalas entre el pilar anterior y el posterior.

La anatomía de esta zona –fundamentalmente la longitud del velo del paladar– es fundamental para prever las dificultades que pueden existir para la intubación de un paciente, elemento fundamental en la evaluación preoperatoria de un paciente que será sometido a cirugía bajo anestesia general, en conjunto con otros elementos como la apertura bucal y la distancia mentón – cuello determinan la clasificación de Mallampati utilizada con este fin.

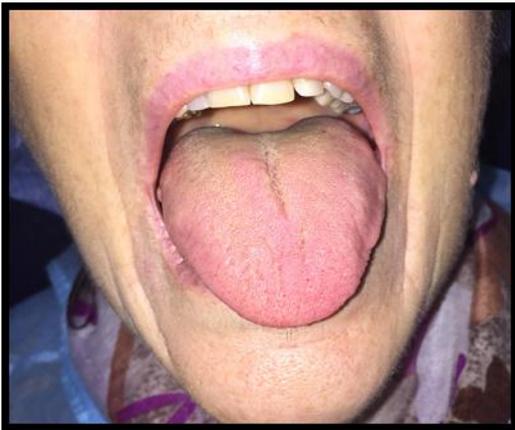
## II Contenido

El contenido de la cavidad bucal se divide desde el punto de vista didáctico en saliva, lengua y rebordes alveolares.

*A.- Saliva:* El estudio clínico de la saliva incluye la cantidad y en relación a este elemento solo podemos distinguir la disminución de la saliva (xerostomía) característica de algunas alteraciones autoinmunes o en pacientes irradiados entre otras alteraciones sistémicas, o bien el exceso de saliva (sialorrea) cuando el paciente no puede contener la misma. También se evalúa la consistencia de la saliva y en relación a esta característica distinguimos la saliva fluida que es aquella que humecta normalmente las estructuras intraorales y la saliva viscosa que es la que forma filamentos al abrir la boca el paciente y no humecta apropiadamente la cavidad bucal.

*B.- Lengua:* En el estudio lingual debemos recordar las características normales de la misma para no confundir elementos anatómicos con patología. Estudiaremos en forma sistemática el dorso, bordes laterales y cara ventral lingual.

Cara dorsal El dorso lingual es naturalmente irregular por la presencia de los distintos tipos de papilas linguales, la presencia de áreas depapiladas puede ser indicativo de patología o tratarse de una alteración anatómica sin significado clínico como la glositis geográfica. Es habitual la presencia de saburra por falta de higiene lingual y para el examen de su sector posterior es menester asistirse de un baja lenguas o tomar su punta con una gasa (FOTOS 29, 30).



**FOTO 29 - OBSERVACIÓN DEL DORSO LINGUAL**



**FOTO 30 - TRACCIÓN LINGUAL CON GASA PERMITE OBSERVAR LA CARA DORSAL POSTERIOR**

Bordes de lengua Para el examen clínico de esta área, el profesional debe tomar la punta lingual con una gasa para poder desplazarla a ambos lados y separando la mejilla con un espejo poder observar claramente la zona de interés (FOTO 31). En este sector cuando la mandíbula es endognásica o el tamaño lingual excesivo se puede observar indentaciones que emulan a la forma de la cara lingual de las piezas dentales.



**FOTO 31 - OBSERVACIÓN DEL BORDE LATERAL DE LENGUA**

Cara ventral Al solicitar al paciente que lleve la punta de la lengua hacia el paladar con la boca abierta queda expuesta la cara ventral de la lengua. (FOTO 32)

En la línea media de la misma destaca el frenillo lingual, el cual si se inserta muy cerca de la punta lingual o es corto impide la dinámica natural de la lengua constituyendo un estado patológico conocido como anquiloglosia o "lengua atada"(FOTO 33). En condiciones normales este frenillo permite la observación de la superficie ventral de la lengua que debido al poco espesor de la mucosa que la tapiza permite ver por transparencia los vasos sanguíneos linguales.

Como se indicó en el examen del *piso de boca*, a ambos lados del frenillo, próximo a su inserción inferior se observan las carúnculas sublinguales (desembocadura del conducto excretor de las glándulas submaxilar y sublingual).



FOTO 32 - CARA VENTRAL DE LENGUA



FOTO 33 - ANQUILOGLOSIA (FRENILLO LINGUAL CORTO)

*C.- Rebordes alveolares:* Los rebordes alveolares deben clasificarse de acuerdo a varias características generales para posteriormente ir a los componentes de los mismos.

Presencia de dientes	Desdentado total	Parcialmente dentado	Dentado
Tipo de dentición	Dentición caduca	Dentición mixta	Dentición permanente
Tamaño	Endognásicos	Normales	Hipertróficos
Forma	Semicirculares	Cuadrangulares	Triangulares

**Cuadro de clasificación de los distintos tipos de rebordes alveolares**

También se deben evaluar los rebordes en conjunto, es decir a la relación que poseen entre ambos en sentido anteroposterior y lateral (clase I, II y III de Angle, overbite normal o cruzado, etc.).

Luego de realizar la evaluación general de los rebordes se pasará al estudio de los componentes incluidos dentro de los rebordes alveolares, las brechas, el paradencio y el sistema dentario.

Brechas. Las brechas, así como los rebordes residuales en el desdentado total incluyen el estudio clínico de la mucosa, las inserciones (frenillos o músculos), y el componente óseo.

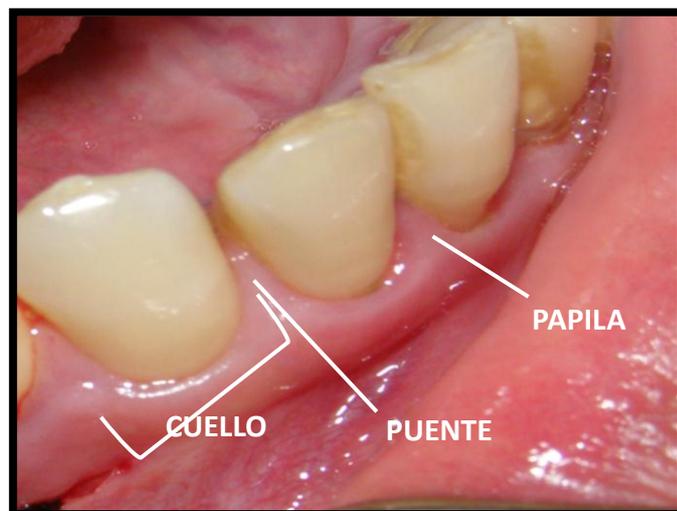
En relación a la mucosa se evaluará la presencia o no de lesiones, así como la coloración y la presencia de impronta de prótesis removibles.

Las inserciones como bridas, frenillos y músculos condicionan fundamentalmente el terreno protético, su estudio detallado excede los objetivos de esta publicación.

En relación al componente óseo en primera instancia debe evaluarse la presencia de exostosis, espículas o irregularidades visibles a simple vista y se debe realizar la palpación de los rebordes para descartar alteraciones más sutiles así procesos patológicos en etapa de exteriorización, escalones y alteraciones en la sensibilidad. Asimismo, debemos estudiar el grado de reabsorción ósea de los sectores desdentados tanto en cantidad como en calidad. Otro aspecto a tener en cuenta es la sensibilidad en distintos territorios de la mucosa que pueden alertarnos acerca de posibles alteraciones centrales. (Signo de Vincent D´Arger)

Paradencio El estudio detallado del paradencio es tema de estudio de periodoncia, sin embargo el diagnóstico general paradencial debe ser realizado en todo paciente incluido el de cirugía Bucomaxilofacial.

*Paradencio superficial.* El paradencio superficial se divide en encía libre y adherida. Los componentes anatómicos de la encía libre son los cuellos, las papilas y los puentes, la encía adherida se encuentra hacia apical de la encía libre y hasta la unión mucogingival (FOTO 34).



**FOTO 34 - PARADENCIO SUPERFICIAL ELEMENTOS ANATÓMICOS DE LA ENCIA LIBRE**

Las características que se evaluarán son color, consistencia y configuración de la encía libre así como de la adherida.

El color y la configuración se evalúan a simple vista siendo el color rosa pálido y la configuración graneada los característicos de salud gingival. Cuando se produce la inflamación de la encía (gingivitis) el color pasa a ser rojo intenso y la configuración se torna lisa.

Para evaluar la consistencia se utiliza el borde de la sonda o periodontómetro realizando presión moderada, la presencia de una isquemia que perdura un par de segundos en el área estudiada se considera consistencia "edematosa" (signo de Godet) y es característico de la inflamación gingival (FOTO 35).



**FOTO 35 - EXPLORACIÓN DE CONSISTENCIA DEL PARADENCIO SUPERFICIAL (S. GODET)**

Finalmente, el sangrado al explorar el surco gingival (maniobra para evaluar el paradencio profundo también) es signo clínico de gingivitis.

*Paradencio profundo.* La enfermedad periodontal o parodontosis, progresa a partir de una gingivitis y es un estado irreversible de afección periodontal.

Los signos clínicos de esta alteración son 3:

**Bolsa patológica**, es decir un surco gingival (medido con un periodontómetro) que excede los 2mm en las caras libres o los 3 en la zona de las papilas interdetales (FOTO 36).

**Movilidad dentaria**, la misma se evalúa con una pinza de algodón tomando la cara vestibular y lingual de las piezas anteriores, o las fosas mesial y distal de molares y premolares. Cuando esta no excede al milímetro en sentido vestíbulo lingual es considerada de Grado 1, cuando este movimiento es mayor a 2 milímetros pero sólo en sentido vestíbulo lingual es Grado 2, y finalmente si permite movimientos mesio distales o corono apicales es movilidad de Grado 3 (FOTO 37).

**Aumento de corona clínica**, es producida por la pérdida de inserción ósea, cabe aclarar que si la misma no se acompaña de gingivitis puede tratarse de la secuela de la enfermedad periodontal tratada pero no activa, ya que como fue expresado la misma es irreversible. (FOTO 38)



FOTO 36 - MEDICIÓN DE BOLSA PERIODONTAL



FOTO 37 - EVALUACIÓN DE MOVILIDAD DENTARIA



FOTO 38 - AUMENTO DE CORONA CLINICA

Sistema dentario Se describirá en este momento en forma general el estado de las piezas dentarias del paciente sin entrar en los detalles de cada una de ellas. Como ejemplo podemos citar "múltiples restauraciones, policaries, apiñamiento, ausencia de varias piezas dentales". El estudio detallado de las piezas dentales se realizará cuando sea necesario, es decir cuando estas involucren la zona motivo de consulta del paciente.

### **Examen de la zona motivo de consulta**

El examen detallado del área que motivo la consulta del paciente es indispensable para llegar a un diagnóstico clínico. Evidentemente la gran cantidad de posibles "motivos" que hagan consultar a un paciente hace que este capítulo no pueda abarcarse en su totalidad en esta publicación, por lo que detallaremos a continuación el estudio clínico de las lesiones de piel y mucosa por su relevancia en la práctica de la cirugía Bucomaxilofacial y el estudio de las piezas dentarias en relación a la caries y sus complicaciones infecciosas por su gran frecuencia. Algunos de los otros motivos de consulta serán motivo de otras publicaciones complementarias (piezas retenidas, traumatismos, dismorfosis, etc.)

#### **I Estudio de las lesiones de piel y mucosa**

Ante la presencia de una lesión percibida durante el examen regional o local del paciente aunque esta no sea el motivo de consulta del paciente pero siempre que el clínico la considere relevante debe analizarla como lo detallaremos a continuación.

Para recordar las características de una lesión existe una nemotecnia que permite recordar la mayoría de los elementos de la misma: SI LI TA FO SU BO CO MO RE SEN.

**SI** es el sitio de la lesión, es decir donde se asienta la misma.

**LI** los límites de la lesión, si son definidos o difusos, involucran algún área anatómica de interés, etc.

**TA** el tamaño de la lesión expresado en milímetros o centímetros según el caso.

**FO** refiere a la forma de esta lesión.

**SU** la superficie de una lesión puede tener diferentes características, como lisa, rugosa, con o sin solución de continuidad.

**BO**, refiere a los bordes de la lesión. Las características más destacables son la definición de los mismos (es decir si son nítidos o difusos) si están elevados o son planos y si están indurados (característica de las lesiones crónicas).

**CO**, consistencia de la lesión puede ser blanda, firme o pétrea.

**MO**, movilidad en relación a los planos que la rodean, lógicamente puede ser móvil o adherida a los planos subyacentes.

**RE**, relaciones con la base, es decir si es una lesión sésil o pediculada para las lesiones elevadas o bien si se encuentra por debajo del plano muco cutáneo o bien si hay una solución de continuidad del mismo.

**SEN**, sensibilidad a la palpación o inspección instrumental o bien espontánea.

A estos elementos se debe agregar que lesión elemental es la que provocó la consulta y el color de la misma.

LESIONES ELEMENTALES	PRIMARIAS	LESIONES SECUNDARIAS
QUE NO ALTERAN RELIEVE	QUE ALTERAN EL RELIEVE	
<b>Manchas</b>	<u>A - Con contenido sólido</u>	<b>Erosión</b>
	<b>Pápula</b>	<b>Ulceración</b>
	<b>Máculo pápula</b>	<b>Úlcera</b>
	<b>Placa</b>	<b>Fisura o grieta</b>
	<b>Vegetación</b>	<b>Perforación</b>
	<b>Nódulo</b>	<b>Pseudomembrana</b>
	<b>Tubérculo</b>	<b>Costra</b>
	<b>Tumor</b>	<b>Escara</b>
	<u>B De contenido líquido</u>	<b>Escama</b>
	<b>Vesícula</b>	<b>Atrofia</b>
	<b>Ampolla</b>	<b>Cicatriz</b>
	<b>Quiste</b>	<b>Necrosis</b>
	<u>C Plieques y surcos</u>	<b>Necrobiosis</b>
		<b>Gangrena</b>

*Cuadro de lesiones elementales creado a partir del texto Clínica estomatológica de Ceccotti (2)*

### II Estudio de las piezas dentarias por caries y sus complicaciones

El principal motivo de consulta por frecuencia es sin dudas el relacionado a la caries dental y sus complicaciones pulpares, periodontales, óseas y del tejido celular.

A continuación esquematizaremos una guía para el estudio del paciente con una afección de esta naturaleza.

Es importante recalcar en este momento que el examen clínico debe abarcar en sus maniobras la totalidad de las mismas que permita confirmar o descartar la patología posible de acuerdo al diagnóstico presuntivo clínico.

También es imprescindible que el clínico conozca el objetivo de cada una de las maniobras que realiza para poder interpretarlas y llegar a un diagnóstico clínico por lo que dividiremos a las mismas de acuerdo con su objetivo para finalizar con un cuadro integrado de las afecciones más frecuentes.

Antes de comenzar esta etapa del examen, el profesional debe tener claro los elementos que rescato de la Historia de la Enfermedad. Si esta se realizó correctamente se deberá tener una presunción de diagnóstico que será *ratificado o rectificado* en esta etapa.

Como todo examen clínico comienza con la **observación visual** de la o las piezas dentales afectadas, el clínico deberá describir el proceso carioso ubicándolo topográficamente dentro de la pieza dentaria (es decir que superficies abarca), o bien el grado de extensión de este proceso desde una pequeña cavidad o mancha hasta la destrucción coronaria total con lo que la pieza motivo de consulta se describe como "resto radicular".

Antes de comenzar con las maniobras clínicas es importante resaltar que en este tipo de afecciones es frecuente que el paciente concorra con dolor espontáneo y por lo tanto enmascarar parte de los signos que se evaluarán a continuación. El profesional debe, sin duda alguna evitar por todos los medios aumentar el padecimiento de su paciente, obviando alguna de las maniobras si es que estas no cambiaran el plan de tratamiento definitivo. Por otro lado tomaremos como "positivo" un signo de dolor cuando el mismo se intensifica en caso de existir en forma espontánea.

#### *A.- Maniobras destinadas a evaluar la vitalidad y tipo de patología pulpar*

La palpación de las piezas dentarias se sustituye por la **inspección instrumental**, en este caso con una sonda. En esta etapa el profesional debe mediante maniobras delicadas y sin perturbar al paciente, buscar o descartar la presencia de **dolor** frente a la inspección con sonda, confirmar o descartar la **comunicación entre la cavidad y la cámara o conductos pulpares** (hecho evidente en las piezas con gran destrucción coronaria) y la presencia de **sangrado de origen pulpar** (si es que existe comunicación). Se debe ser cuidadoso en esta maniobra en relación a la intensidad de la misma, y tener cuidado que si hay dolor el mismo no sea de origen periapical por la presión sobre el mismo al realizar la inspección con sonda enérgica en el sentido del eje mayor del diente.

**Test térmico**, se realiza habitualmente con un chorro de agua de la jeringa del equipo, cuidando aislar la pieza de las vecinas para no obtener "falsos positivos". También puede ser realizado con elementos fríos (cubos de hielo o tubos de anestesia congelados) o bien calientes (gutapercha o godiva). La sensación de dolor frente al

estímulo térmico se denomina test térmico positivo y por oposición la ausencia de reacción negativo. Es importante evaluar también para el diagnóstico de la patología presente si el dolor cesa una vez retirado el estímulo o si por el contrario se mantiene en el tiempo unos segundos más (incluso pueden ser algunos minutos). Debemos recordar que existen cuadros clínicos con dolor espontáneo que se alivian frente a los estímulos térmicos de frío.

Por otro lado, el test térmico al frío puede en ocasiones, aliviar el dolor espontáneo, mientras que el calor exacerba el mismo. Esto es característico de un cuadro patológico: la pulpitis aguda purulenta o abscedada.

Existen otros métodos que se utilizan con menor frecuencia en la práctica de cirugía Bucomaxilofacial para evaluar la vitalidad pulpar estos son el **test de fresado**, y los **test eléctricos** (vitalómetro).

#### *B.- Maniobras destinadas a evaluar la patología periapical*

La **percusión** es la maniobra por excelencia para evaluar la patología inflamatoria del periápice. La misma se realiza con el mango del espejo o la sonda, con una intensidad moderada y se realiza en sentido **vertical** (eje mayor del diente) para evaluar el área periapical estricta y **horizontal** (perpendicular al eje mayor del diente) para evaluar un área más extensa y lateral a la del ápice radicular. Se considera positivo el test cuando el mismo produce dolor o exacerba un dolor espontáneo.

Es conveniente cuando el operador tiene poca experiencia o bien frente a un paciente muy aprensivo realizar esta maniobra en piezas dentales sanas para medir el "umbral de dolor" del paciente frente a la misma y no obtener de esta manera falsos positivos por una maniobra muy intempestiva o un paciente atemorizado.

Si bien el objetivo inicial de la percusión es evaluar la presencia de patología periapical inflamatoria, el cirujano puede obtener más información de esta maniobra al escuchar el ruido que produce la misma. En ocasiones el ruido que se escucha al realizar la percusión es diferente al habitual, se siente como al golpear una superficie más firme, un sonido más agudo, esto debería alertarnos de la posibilidad de una anquilosis de la pieza dentaria, donde prácticamente no existe ligamento periodontal con las implicancias que esta eventualidad tendrá en la elección de un tratamiento para la misma.

**Evaluación de la movilidad dentaria**, esta maniobra ya fue explicada en el estudio del periodonto, debemos recordar que las piezas dentales no sólo pueden tener movilidad por pérdida superficial de inserción, sino que también por pérdida periodontal originada por patología periapical, es por esto que esta maniobra debe repetirse en las piezas motivo de consulta. La presencia de movilidad de Grado 2 o 3 en una pieza que no tiene bolsa patológica o aumento de corona clínica podemos

intuir que existe patología periapical que produce destrucción del ligamento periodontal.

### *C.- Maniobras destinadas a evaluar la patología ósea-periostica*

La evolución natural de las afecciones infecciosas originadas en la pulpa dental pueden llevar a la instalación de patología periapical como ya fue estudiado, y la misma puede continuar hacia el hueso alveolar y exteriorizarse finalmente pudiendo dar manifestaciones en los rebordes alveolares, el fondo de surco y tejido celular.

**Observación visual** de la mucosa que recubre el reborde alveolar y el fondo de surco del área motivo de consulta. En esta primera acción clínica el cirujano debe observar el color de la mucosa y si se perciben cambios en el volumen o existen lesiones (fundamentalmente fístulas).

**Palpación de tablas óseas**, esta maniobra se realiza en la zona motivo de consulta y busca confirmar o descartar la presencia de dolor, así como las alteraciones de la forma y o consistencia del reborde alveolar. Si existe una deformación de la tabla ósea el clínico deberá describir las características de las mismas, es decir si la deformidad es de la misma consistencia del hueso normal, si hay signos como la fluctuación, la renitencia o la crepitación apergaminada. En ocasiones esta maniobra se acompaña de drenaje purulento o de líquido cetrino a través del cuello de la o las piezas involucradas.

### *D.- Maniobras destinadas a evaluar la patología del tejido celular.*

La evolución de las infecciones de origen dentario a cuadros clínicos celulares es frecuente de ver en la práctica de la cirugía Bucomaxilofacial. El diagnóstico de los diversos cuadros clínicos se basa en las siguientes maniobras clínicas:

**Observación visual**, en la misma el cirujano debe observar la deformación e intentar discernir que espacios anatómicos están involucrados, ver si existen cambios en la coloración de la piel (enrojecimiento) ya sean difusos o concentrados un área puntual (próxima a fistulizar), y la presencia de fístulas activas o cicatrices de las mismas.

A continuación se realiza la **palpación** de la tumefacción y en este momento es importante evaluar si el paciente rechaza la palpación (la misma produce dolor), si existe un aumento de temperatura de la misma, si existe el signo de Godet (isquemia persistente después de presionar la deformación), si la piel que recubre el área permite el pliegue, si existe renitencia y/o fluctuación.

A modo de resumen adjuntamos una serie de tablas que permiten integrar las maniobras clínicas con la patología pulpar, periapical, ósea y celular cuyo origen es la caries dental y sus complicaciones.

### PATOLOGÍA PULPAR

Afección	Dolor al sondaje	Comunicación buco cameral	Sangrado	Test térmico
Hiperemia	No	No	No	+ cesa con el estímulo
Pulpitis Aguda serosa	Si (espontáneo)	No	No	+ persiste sin el estímulo
Pulpitis Aguda purulenta	Si (espontáneo)	No	No	- alivia dolor espontáneo
Pulpitis crónica	Si (provocado)	Si	Si	+ persiste sin estímulo
Pulpitis crónica reagudizada	Si (espontáneo)	Si	Si	+ persiste sin estímulo
Necrosis séptica (Gangrena)	No	Si	Si	-

### PATOLOGÍA PERIAPICAL

Afección	Percusión	Movilidad	Imagen Radiográfica (*)
Periodontitis incipiente (a)	Vertical +	No	No
Periodontitis apical aguda (b)	+	No	No
Periodontitis apical crónica (c)	-	Depende de estado evolutivo	Si
Periodontitis apical crónica reagudizada (d)	+	Depende de estado evolutivo	Si

(\*) El estudio radiográfico se detallará más adelante, el mismo es fundamental para el diagnóstico definitivo de la patología periapical.

- (a) Es el único cuadro periapical que puede presentarse con vitalidad pulpar.
- (b) Incluye la periodontitis apical aguda serosa, y el absceso dentoalveolar agudo. Puede haber dolor espontáneo
- (c) Incluye la periodontitis apical crónica serosa, el absceso dentoalveolar crónica, el granuloma periapical, el quiste periapical, la osteítis condensante y la osteítis rarefaciente.
- (d) Incluye las sobreinfecciones o reagudizaciones de la patología crónica puede o no haber dolor espontáneo.

## PATOLOGÍA ÓSEA

Afección	Dolor a la palpación	Tumefacción	Otros signos
Osteoperiostitis	Si	No	Enrojecimiento en ocasiones
Absceso sub perióstico	Si	Si	Fluctuación, enrojecimiento, calor
Absceso submucoso	No	Si	Fluctuación, enrojecimiento, calor
Absceso crónico	No	No o muy leve	Fístula activa
Quiste en exteriorización	No	Depende de etapa (a)	Depende de etapa (b)

(a) En la etapa intra ósea no hay tumefacción, la misma comienza cuando el quiste se exterioriza,

(b) Inicialmente la tumefacción es dura, luego surge el signo de crepitación apergamada, siguiendo la evolución hay fluctuación y finalmente renitencia cuando el quiste ha reabsorbido las tablas óseas lo suficiente como para manifestarse clínicamente.

## PATOLOGÍA DEL TEJIDO CELULAR

Cuadro clínico	Dolor	Rubor	Calor	Godet	Permite pliegue piel
Celulitis Aguda Serosa	No	No	Leve	No	Si
Celulitis Aguda Flemonosa	Si	Si	Si	Si	No
Celulitis Crónica (a)	No	Si	Leve	Si	No

(a) En este cuadro clínico existe una fístula activa. Existen cuadros clínicos difusos o de evolución reagudizada que exceden los objetivos de esta publicación. Referimos al lector a los textos de patología y cirugía para profundizar en los mismos.

### **Resumen**

En esta etapa el cirujano debe redactar en pocas frases los elementos positivos de la historia hasta el momento.

Este resumen también llamado **“en suma”** incluye todos los elementos que tienen relevancia en la obtención del diagnóstico del paciente, y por lo tanto condicionará el tratamiento del mismo. Es así que se debe incluir en pocas palabras, la presentación del paciente (edad, sexo y otros datos que puedan ser relevantes), su evaluación de riesgo (antecedentes que condicionen el diagnóstico o su tratamiento), y los hallazgos que tengan interés desde el punto de vista del diagnóstico clínico.

### Diagnóstico

Una vez que se realiza un interrogatorio dirigido, así como un examen clínico completo, se realiza un análisis e interpretación de los datos obtenidos para llegar así a un diagnóstico el cual llamamos por obtenerse con maniobras clínicas como **diagnóstico clínico**.

El diagnóstico es el objetivo inicial de la historia clínica, significa etiquetar al padecimiento de un paciente, así como su estado de salud local, regional y general, y otros elementos que puedan condicionar el tratamiento del mismo. Es indiscutible que el objetivo último de las profesiones del área de la salud sea curar, limitar el daño y/o rehabilitar a los pacientes; para ello es imprescindible llegar a un diagnóstico lo más preciso posible.

El diagnóstico clínico, como ya fue expuesto es aquel que se obtiene del análisis de los elementos obtenidos durante la anamnesis y examen clínico del paciente. En ocasiones (generalmente las menos en cirugía Bucomaxilofacial) este diagnóstico brinda un grado de certeza que permita tratar al paciente sin necesidad de información adicional.

En el caso más frecuente dónde se necesite más información el diagnóstico clínico es también una "presunción" diagnóstica, que debe ser confirmada mediante estudios paraclínicos, hablamos de un **diagnóstico presuntivo**. Por el contrario cuando hay certeza en el diagnóstico se utiliza el término de **diagnóstico definitivo o de certeza**, y es a este último al que debemos aspirar para instaurar un plan de tratamiento del paciente.

### Examen paraclínico

Ya fue expresado que en pocas ocasiones con el examen clínico e interrogatorio el clínico podrá llegar a un diagnóstico de certeza, es así que se impone la realización de un análisis más profundo del paciente para obtener un grado de certeza que permita instaurar un plan de tratamiento apropiado.

En la indicación de estudios paraclínicos se debe evaluar el equilibrio entre "costo y beneficio", y no debemos limitarnos a evaluar costos económicos, sino también a costos biológicos (radiación) o de tiempos de espera del paciente para ser tratado.

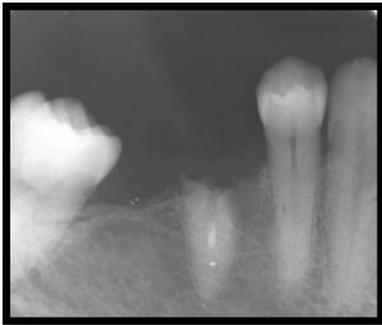
Por esto mismo debemos realizarnos una pregunta fundamental al indicar un estudio paraclínico: ¿El resultado de este estudio, cambiará el tratamiento del paciente o la forma en la que el mismo será realizado?. Evidentemente si la respuesta es negativa, no hay indicación del estudio paraclínico.

El estudio en profundidad de los diversos exámenes paraclínicos excede por lejos los objetivos de esta publicación, sin embargo mencionaremos algunos de los más frecuentes y sus indicaciones, no así su interpretación o técnica para realizarlos.

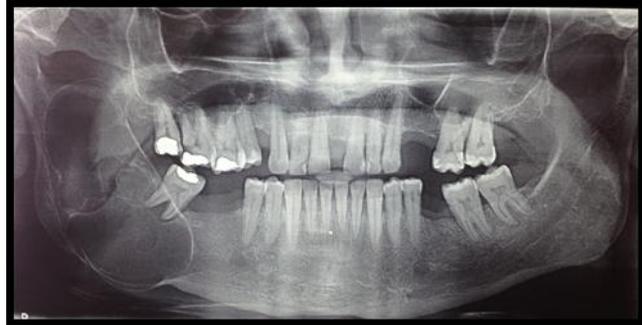
## Imagenología

La imagenología incluye una gran cantidad de técnicas de radiología, resonancia magnética nuclear y ecografía con múltiples indicaciones en cirugía Bucomaxilofacial.

Las técnicas de radiología convencional se utilizan para el estudio de las piezas dentarias, tejidos de soporte (periodonto), huesos de la cara y estructuras blandas asociadas a los mismos (elementos nobles, músculos, vía aérea, etc.) Es importante recordar que estas incluyen radiología intraoral, extraoral plana, tomografía axial computada, reconstrucciones 3D, entre otras. (FOTOS 39, 40, 41, 42).



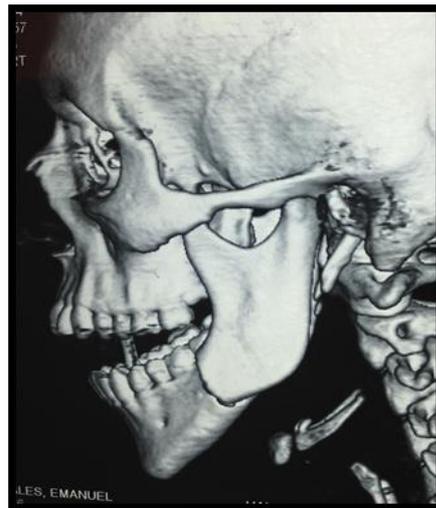
**FOTO 39 - RADIOGRAFÍA PERIAPICAL**



**FOTO 40 - ORTOPANTOMOGRAFÍA**

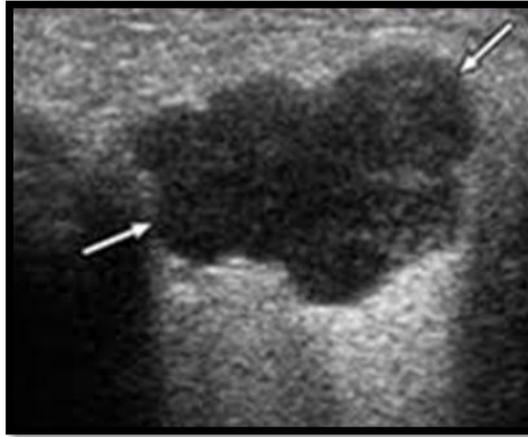


**FOTO 41 - TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (TAC)  
CORTE CORONAL**



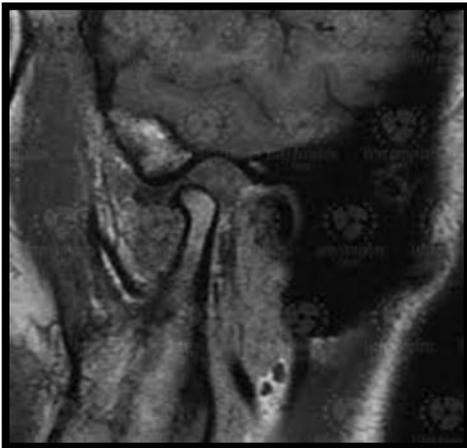
**FOTO 42 - TAC RECONSTRUCCION 3D**

La ecografía permite en forma inocua obtener información en profundidad de la patología de los tejidos blandos teniendo la limitante que no puede atravesar las estructuras duras del organismo. Es de gran utilidad en el estudio de patología de glándulas salivares, linfática o vascular (FOTO 43).



**FOTO 43 - ECOGRAFÍA DE PARÓTIDA  
(SE SEÑALAN LIMITES DE NEOPLASIA)**

La resonancia magnética nuclear (RMN) está dirigida al estudio de las estructuras blandas, tiene una precisión mayor que la ecografía y no tiene la limitante de no atravesar los tejidos duros, es así que se utiliza fundamentalmente para el estudio detallado de la articulación tèmpero mandibular (FOTOS 44, 45).



**FOTO 44 - RESONANCIA MAGNÉTICA DE ATM**



**FOTO 45 - RMN DE CABEZA Y CUELLO**

La Centellografía es una técnica que asocia imágenes planas de todo el organismo (o área de interés) con contraste por inyección de isótopos radioactivos, de gran utilidad para evaluar actividad celular asociada a neoplasias, crecimiento activo, o procesos inflamatorios.

Se utiliza fundamentalmente para evaluar el crecimiento articular o descartar la presencia de metástasis ósea de tumores (FOTO 46).

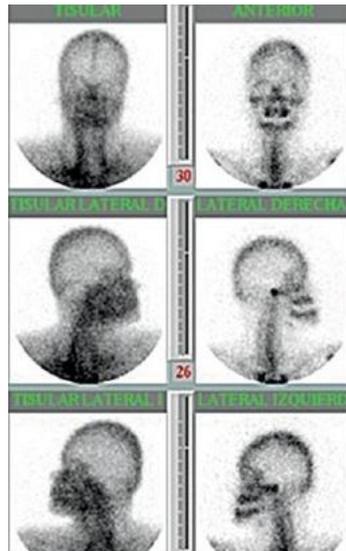


FOTO 46 - CENTELLOGRAFÍA ÓSEA DE CABEZA Y CUELLO

Existen técnicas de tomografía asociada a elementos radioactivos como el PET, que combina imágenes tomográficas con elementos de actividad celular (neoplásica o inflamatoria).

La estereolitografía, o confección en resina de un modelo tridimensional a partir de la imagen tomográfica, permite planificar con precisión la cirugía, “realizarla” fuera de la sala de operaciones, ajustar elementos de osteosíntesis o confeccionar prótesis precisas en casos de malformaciones, tumores y traumatismos severos disminuyendo los tiempos operatorios (FOTO 47).



FOTO 47 - MODELO ESTEREOLITOGRAFICO DE MAXILAR

### II Biopsia

El procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la toma de un tejido vivo para ser estudiado histopatológicamente (es así que se define a una biopsia), es en ocasiones parte del estudio paraclínico del paciente fundamental para llegar a un diagnóstico de certeza; sin embargo en ocasiones será también el medio de tratamiento definitivo del paciente.

Esto depende de la extensión de la biopsia, si se trata de una biopsia excéresis, este procedimiento será el tratamiento final del paciente, en las biopsias incisionales (donde se toma solo un fragmento representativo de las lesiones) la misma forma parte de los estudios paraclínicos que permitirán llegar a un diagnóstico de certeza.

La indicación de una biopsia incisional como parte del examen del paciente está relacionada al grado de certeza del diagnóstico clínico. En lesiones que el profesional dude de su conducta terapéutica deberá realizar una biopsia incisional para obtener así un grado mayor de certeza en su diagnóstico.

### III Estudios paraclínicos para evaluar el estado de salud general del paciente

En ocasiones debido a alteraciones sistémicas del paciente, o bien por la magnitud del procedimiento a realizar es menester realizar una serie de análisis paraclínicos. En la consulta habitual de cirugía Bucomaxilofacial suele solicitarse la evaluación sistémica del paciente al médico internista o al anestesiólogo que actuará en la cirugía, sin embargo es importante tener en cuenta cuales suelen ser los principales estudios que se utilizan para evaluar al paciente.

*Hemograma completo y crisis sanguínea:* los mismos deben ser interpretados por el cirujano Bucomaxilofacial o el odontólogo, aunque el tratamiento de las alteraciones que puedan sugerir es de índole médica. Existen otros análisis paraclínicos habituales en cirugía Bucomaxilofacial, que se realizan según el paciente, su padecimiento y el procedimiento a realizar que en general son indicados y analizados por el médico internista o el anestesista, entre ellos encontramos el electrocardiograma, radiografía de tórax, glicemia, velocidad de eritrosedimentación, azoemia, creatinemia.

A continuación se expone la tabla de análisis sugerida para pacientes que serán sometidos a anestesia general, sin tener en cuenta el tipo de procedimiento quirúrgico.

Edad	Hombres	Mujeres
6 meses a 40 años	Nada	Hemograma
18 a 50 años		Prueba de embarazo
18 a 50 años	ECG	ECG, hemograma
Mayor de 40 años	ECG, hemograma, glicemia, azoemia	ECG, hemograma, azoemia
Mayor de 65 años	Ídem	Agregar glicemia

#### **Normas recomendadas para indicación de exámenes paraclínicos en pacientes sanos (ROIZEN 1994)**

A estos elementos debemos agregar la clasificación según grupo sanguíneo y Rh de los pacientes que son plausibles de necesitar transfusión sanguínea.

### **Plan de Tratamiento**

Una vez se ha llegado al diagnóstico del mal que aqueja a nuestro paciente, así como las comorbilidades que puedan condicionar el tratamiento desde el punto de vista local, regional o general es momento de realizar el "plan" que permita resolver en la mejor forma el o los problemas del mismo. Es sabido y a riesgo de caer en lugares comunes debemos recordar que no existen tratamientos estandarizados que se

apliquen a todos los pacientes (existen si las técnicas estandarizadas), es así que deberemos resolver que tratamiento será el ideal para nuestro paciente en ese momento específico. Por otro lado, el tratamiento de los pacientes no puede estar limitado a las técnicas que realice el profesional que lo está atendiendo, si consideramos que existe un mejor tratamiento para el paciente que el que nosotros podemos brindarle, es de orden derivarlo a quien si pueda ofrecerle una opción mejor a la nuestra.

Definamos pues unos conceptos que en ocasiones suelen confundirse y deben figurar en la historia clínica:

- **El Plan de Tratamiento** es el “que haremos por nuestro paciente” (por ejemplo la extracción de una pieza incluida)
- **La táctica** es “como lo haremos” (por ejemplo la extracción a colgajo de una pieza incluida)
- **La técnica** es la descripción detallada paso a paso de como planeamos llevar a cabo el tratamiento. Incluimos aquí la forma con la que cumpliremos con los pilares de la cirugía, es decir técnica aséptica, anestesia, diéresis, excéresis, hemostasia y síntesis.

Antes de cerrar este ítem del “plan de tratamiento”, debemos recordar que la buena práctica profesional nos indica plantear a los pacientes, por lo menos dos posibilidades de tratamientos para que él mismo tome la decisión final integrándose de esta forma al equipo de tratamiento. La excepción a esta norma es la presencia de paciente con patología oncológica.

### **Consentimiento Informado**

Una vez establecido el plan de tratamiento, es necesario evaluar los beneficios y contras de realizar el mismo. Es lógico pensar que un tratamiento traerá beneficios a la salud del paciente y por ello se plantea realizar el mismo, sin embargo ningún procedimiento está libre de efectos colaterales, accidentes y complicaciones. Es así que es menester redactar un documento personalizado para nuestro paciente donde figuren los datos del mismo, su diagnóstico y el tratamiento (o los tratamientos) propuestos con sus beneficios y fundamentalmente los riesgos de no realizar el tratamiento, los accidentes y las complicaciones que puedan surgir durante o después de realizado el mismo: esto es el **Consentimiento Informado**.

El consentimiento informado es un derecho de los pacientes (derecho a ejercer su autonomía) y un deber de los profesionales e instituciones; el realizarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica.

Existen múltiples formularios estandarizados que sin duda pueden ser una guía para la confección del consentimiento, sin embargo este debe estar dirigido a exponer los elementos ya mencionados para el paciente en particular que estemos tratando y con la técnica escogida de manera tal que el mismo tenga un valor de información

precisa del paciente y por lo tanto también un valor legal. El consentimiento debe ser leído, analizado y comprendido por el paciente o su tutor antes de ser firmado y conservado en la historia clínica. Es por eso que en ocasiones es conveniente que haya un "testigo" o acompañante cuando se explique al paciente el plan de tratamiento, sus beneficios e inconvenientes. Si el paciente se niega a ser tratado, es en este documento donde se debe asentar la negativa del paciente a recibir el tratamiento y su firma en conocimiento cabal de las consecuencias que su decisión puede acarrear.

Se presenta a continuación modelo de Consentimiento informado para Cirugía Bucal, adaptado del mismo de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM).

### **Consentimiento informado para cirugía bucal**

Yo, \_\_\_\_\_ como paciente o representante legal del paciente  
\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,  
DECLARO que he sido debidamente INFORMADO(A) por el Dr. \_\_\_\_\_ y en  
consecuencia AUTORIZO a \_\_\_\_\_  
Para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado:

---

Me doy por enterado(a) de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior)
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y el gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Sinusitis
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamientos de dientes a estructuras vecinas.
- Deglución o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia
- Infección de los puntos de sutura.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística:

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento \_\_\_\_\_

Además en entrevista personal con el Dr. \_\_\_\_\_

He sido informado(a), en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho(a) con la información que se me ha proporcionado y, por ello,

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mi sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones \_\_\_\_\_

### **Descripción Operatoria**

Cuando se realiza el procedimiento planeado, este hecho debe ser registrado en detalle en la historia clínica. Esta etapa es conocida como la descripción operatoria.

En ésta debe figurar, la fecha y hora de realizado el procedimiento, el equipo que intervino en la misma (Cirujanos, Ayudantes, Anestesiastas, Instrumentistas y otros profesionales si aplica). También se describe paso a paso las etapas realizadas, los accidentes y complicaciones que pudieron surgir, el material utilizado (protésico, sutura, etc.) así como la medicación utilizada. Si el plan de tratamiento fue correctamente planeado y no ocurrieron eventos inesperados, la descripción operatoria coincidirá con la técnica del plan de tratamiento.

A continuación adjuntamos un modelo de "Ficha Operatoria" hospitalaria:

<b>FICHA OPERATORIA</b>		Fecha ___/___/___	
Nombre y Apellidos _____		Registro _____	
CI _____	Edad _____	Sexo ___	institución _____
<b>Oportunidad</b>		<b>Urgencia</b>	
Coordinación	Internado	Ambulatorio	Emergencia
<b>Resistencia y Estado General</b>		<b>Cirugía del día</b>	
Bueno		Regular	Malo
Hora de inicio _____		Hora Finalización _____	
Diagnóstico Preoperatorio _____			
Operación Propuesta _____			
Cirujano _____		1er Ayudante _____	

Equipo      2do Ayudante \_\_\_\_\_      3er Ayudante \_\_\_\_\_  
                 Anestesiista \_\_\_\_\_      Instrumentista \_\_\_\_\_  
Anestesia    General      Local ( \_\_\_\_\_ %) Otra \_\_\_\_\_  
Clasificación ASA \_\_\_\_\_  
Diagnóstico operatorio \_\_\_\_\_

Operación Realizada \_\_\_\_\_

**DESCRIPCION OPERATORIA**

Atb Profiláctico    NO    SI    Nombre \_\_\_\_\_    Dosis \_\_\_\_\_  
Atb Terapéutico    NO    SI    Nombre \_\_\_\_\_    Dosis \_\_\_\_\_  
Atb i/op refuerzo    NO    SI    Nombre \_\_\_\_\_    Dosis \_\_\_\_\_  
Profilaxis Tvp: Heparina BPM    NO    SI    Nombre \_\_\_\_\_    Dosis \_\_\_\_\_  
Material de Sutura    Tipo \_\_\_\_\_    Calibre \_\_\_\_\_    Marca \_\_\_\_\_  
Sutura Mecánica    Tipo \_\_\_\_\_    Calibre \_\_\_\_\_    Marca \_\_\_\_\_  
Implante Protésico    Tipo \_\_\_\_\_    Marca \_\_\_\_\_    No serie \_\_\_\_\_  
Anatomía Patológica                    NO    SI    **Biopsia extemporánea**                    NO    SI  
Transfusión    Gr    Vol \_\_\_\_\_    Plasma Vol \_\_\_\_\_  
Rx i/operatoria                    NO    SI \_\_\_\_\_  
Muestras para Bacteriología:                    NO    SI \_\_\_\_\_  
Recuento de Material Blanco \_\_\_\_\_  
Accidentes intraoperatorios    NO    SI \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO:**

Posición del paciente      Decúbito Dorsal \_\_\_\_\_      Ginecología \_\_\_\_\_  
   Dec. Lat IZQ \_\_\_\_\_      Otra \_\_\_\_\_  
   Dec. Lat DER \_\_\_\_\_

Desinfección con: \_\_\_\_\_  
Abordaje (s) \_\_\_\_\_

Exploración: \_\_\_\_\_

Táctica y Técnica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Actuante

### Indicaciones postoperatorias

Las indicaciones postoperatorias deben ser claras y concretas, sin confundir a quien las reciba pero sin descuidar ningún detalle. En relación a esta etapa de la historia clínica realizaremos la diferenciación entre dos situaciones:

#### Indicaciones al paciente ambulatorio

En estos pacientes es ideal que las indicaciones sean dadas al paciente frente a un acompañante. En caso que esto no sea posible es indispensable esperar que el paciente se encuentre calmado y lo suficientemente lúcido como para comprender las indicaciones.

Todas las indicaciones deben ser explicadas claramente al paciente en forma verbal y entregadas por escrito.

Las mismas deben incluir los cuidados en relación a reposo del paciente, hábitos, alimentación e higiene. También se debe incluir la medicación que el paciente debe tomar insistiendo en las dosis, tiempo entre las tomas y duración de la medicación.

Es oportuno también explicar al paciente que es lo que se espera ocurra en la evolución postoperatoria, que elementos surgirán seguramente y cuales pueden llegar a ocurrir (edema, trismus, dolor, etc.)

Finalmente y no menos importante dar al paciente por escrito y explicarle cuando deberá ser controlado y un teléfono de contacto para imprevistos.

#### Indicaciones en el paciente internado

Cuando un paciente se encuentra internado, además de darle al mismo y a su acompañante las indicaciones en forma verbal, las mismas deberían ser reiteradas al personal de enfermería o nurse del piso donde está internado el paciente.

También es fundamental asentar las mismas en la historia clínica hospitalaria de nuestro paciente. Existen distintos formatos de historia clínica impresa o electrónica en los centros de salud, sin embargo en todas debemos escribir en 2 sectores en relación a esta etapa:

- En la "Evolución" donde se describirá las condiciones generales del paciente y que eventos son esperables (heridas que sangren, edema, febrícula, etc.) también se puede dar indicaciones generales como que el paciente puede levantarse u otras, un teléfono de contacto y cuando se controlará nuevamente al paciente.
- El otro sector que debe ser completado en la historia clínica hospitalaria es el de "Indicaciones" donde figurarán todos aquellos elementos mencionados con anterioridad para el paciente ambulatorio (dieta, posición, medicación, medidas de higiene, y otros que consideremos pertinentes).

### **Evolución**

Ya sea en la historia hospitalaria como en la historia clínica ambulatoria, se debe registrar la evolución del paciente. La forma apropiada de realizarlo es escribiendo una somera reseña de cada visita que se realice al paciente, con los actos que realice el profesional (cambios de medicación, retiro de sutura, cambios de curas, etc.), así como los elementos normales o alterados que veamos del paciente.

Es fundamental que se registren todos y cada uno de los eventos del postoperatorio, aunque sea una consulta telefónica, el conjunto de estos formarán la evolución del paciente hasta que termine la atención del mismo. Se hará hincapié en los eventos adversos o inesperados de la evolución.

### **Alta**

El alta es el momento donde se decide dar por finalizado el tratamiento del paciente. Las condiciones del alta deben ser registradas en la historia clínica, ya sea que el paciente este curado, en evolución favorable o bien desfavorable, incluyendo el fallecimiento del paciente.

En la historia clínica hospitalaria existe una hoja de cierre para resumir las condiciones de alta del paciente. En la historia ambulatoria debe haber un equivalente a esta.

En ocasiones el alta se da por la derivación a otro especialista, eventualidad que también debe ser registrada.

Es fundamental especificar si el alta es definitiva o transitoria, es decir si el paciente debe volver a control a distancia.

Ejemplo de formato de Hoja de Cierre Hospitalario:

Nombre ..... N° de Registro .....  
Edad ..... Sexo ..... Estado Civil ..... Raza ..... Nacionalidad .....  
Procedencia ..... Institución .....  
Ingreso: ..... Operación .....  
Condiciones del Alta ..... Tiempo de Asistencia .....

### **HOJA DE CIERRE**

Diagnóstico 1º.....	Pronóstico
2º.....	al ingreso
3º.....	B R M
4º.....	— — —

Síntomas Principales .....	TRATAMIENTO		
Signos .....	Médico __	Emergencia __	Sintomático __
Operación .....	Quirúrgico __	Urgencia __	Curativo __
Reparación .....	Elección __	Paliativo __	
COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO .....			
.....			
ANESTESIA	L	R	G
Diagnóstico .....	ANATOMIA PATOLOGICA SI __		NO __
.....			
EXAMENES ESPECIALES IMPORTANTES	Definitiva __	MUERTE	
	ALTA	SI __	
Rx.....	Transitoria __	Autopsia	
.....	Bien __	NO __	
SANGRE.....	Igual __	CAUSA DE MUERTE	
.....	Peor __	.....	
ECO .....	Curado __	.....	
.....			
IMC .....			
No DE INGRESOS POR ESTA PATOLOGIA	RESULTADO DEL TRATAMIENTO		
1 2 3 4 5 6 7	B	R	M

Medico tratante \_\_\_\_\_

Es fundamental recordar hacer el registro por escrito minucioso de cada etapa de la historia clínica, desde el ingreso, pasando por la evolución y tratamientos realizados hasta el alta. Desde el punto de vista legal “Lo que no está escrito no existe”, por lo tanto es deber del profesional registrar cada evento e indicación que se considere pertinente.

### **Conclusiones**

A modo de resumen es importante recordar que el objetivo de esta publicación es la de acercar al profesional o estudiante que inicia su actividad en cirugía Bucomaxilofacial, sin importar el grado de complejidad de su actividad, a un método reglado para el estudio del paciente.

Este método debe según nuestro criterio estar presente cada vez que se decida atender a un paciente, ya sea para un procedimiento ambulatorio, como para el tratamiento más complejo. Evidentemente el contenido de esta presentación debe ser complementado con el estudio teórico de la cirugía, la técnica quirúrgica y la patología.

Es nuestro objetivo continuar colaborando con el método del estudio semiológico del paciente en diversas instancias que son imposibles abarcar en esta presentación con nuevas publicaciones complementarias.

Finalmente, y a modo de conclusión debemos recordar que la historia clínica es un acto médico que se plasma en una ficha (impresa o electrónica), que tiene un valor desde el punto de vista profesional, pero también desde el punto de vista legal. Una historia bien confeccionada, registrada apropiadamente y acompañada de un consentimiento informado es la base para el ejercicio profesional apropiado y avalado por documentos que permitirá a todos aquellos que tengan acceso a la misma poder comprender cabalmente que ocurrió en determinado momento con un paciente, que actos profesionales se desarrollaron y cómo evolucionó el mismo. Este punto no es menor ya que los pacientes deben poder ser tratados por varios profesionales, contando cada uno de ellos con la suficiente información como para poder hacerlo correctamente.

Además en los pacientes que son asistidos siempre por un mismo profesional, la historia clínica hará las veces de "ayuda memoria" en el tiempo para el mismo profesional que la confeccionó.

## BIBLIOGRAFIA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. Grünberg G. Valoración y preparación pre anestésica. En: Anestesiología Básica. Montevideo: Facultad de Medicina, 2010. Capítulo 7.
2. Ceccotti E. Lesiones elementales. En: Clínica Estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones. Montevideo: Panamericana, 1993. Capítulo 3.
3. Sole F, Muñoz F. Historia Clínica. En: Cirugía Bucal para Pregrado y el Odontólogo general. Bases de la Cirugía Bucal. Caracas: Amolca, 2012.
4. Sailer H, Pajarola G. Exploración del paciente. En: Atlas de Cirugía Oral. Barcelona: Masson, 1997. p19-22.
5. Silva Celso. "Evaluación y preparación preoperatoria del paciente quirúrgico". En: Introducción a la Cirugía. Montevideo. Librería Médica Editorial, 1998. Capítulo 2.
6. López Arranz JS, García Perla A. Preoperatorio: historia clínica y exploración general. En: Cirugía Oral. Madrid: McGraw-Hill, 1991. p53-63.
7. Nelson E. Colombini. "Considerações Acerca do Diagnóstico, Pre, Trans e Pós-Operatório" En: Cirurgia do terço inferior da face. São Paulo: Pancast Editora. 1991. Capítulo 3.
8. Clark Henry. "Confección de la historia" En: Práctica de la Cirugía Oral Philadelphia USA. Editorial Bibliográfica Argentina, 1957. Capítulo 2.
9. Reyneke J. Systematic Patient Evaluation. En: Essentials of Orthognathic Surgery. 2ed. Chicago: Quintessence, 2010. p11-56.
10. Miloro Michael, Kolokythas Antonia. "Prevention of Complication in Ambulatory Anesthesia. Patient Characteristics/Selection". En: Management of Complications in Oral and Maxillofacial Surgery. Oxford USA. Ed. Wiley Blackwell, 2012. Capítulo 1.
11. Giglio JA, Abubaker O. Preoperative evaluation. En: Abubaker O, Benson KJ. Oral and Maxillofacial Secrets. St Louis: Mosby-Elsevier, 2007. p13-22