

La boca también existe

Odontología básica para médicos,
enfermeros y personal del equipo de salud

Autora

Amalia Alfonsín

Odontóloga.

Consultora docente y asistencial odontológica
del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Auditora odontológica del Plan de Salud
del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Profesora adjunta del Departamento Académico de Medicina.
Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Colaboradora

Nancy Giraudo

Médica de planta del Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Investigadora adscripta del Departamento de Investigación y
Jefa de trabajos prácticos del Departamento de Salud Pública.
Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

 **delhospital**
ediciones

Alfonsín, Amalia

La boca también existe: odontología básica para médicos, enfermeros y personal del equipo de salud / Amalia Alfonsín; con colaboración de Nanci Giraudo.- 1a ed.- Buenos Aires: delhospital ediciones, 2013.
128 p: il.; 21x16 cm.

ISBN 978-987-1639-18-2

1.Odontología. 2. Salud I. Giraudo, Nanci, colab. II. Título
CDD 617.1

Fecha de catalogación: 25/01/2013

ISBN 978-987-1639-18-2
IMPRESO EN ARGENTINA

Desarrollo editorial: María Gabriela Fabbro
Corrección de estilo: María Isabel Siracusa
Diseño: Guillermo Mendizábal para Estudio Thisign

Impreso en:
Fecha de impresión: marzo de 2013
Tirada: 500 ejemplares.

© delhospital ediciones
Departamento de Docencia e Investigación
Instituto Universitario Escuela de Medicina
Hospital Italiano de Buenos Aires
Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires

delhospital ediciones
Perón 4190, 1er piso, Departamento de Docencia e Investigación
CABA (C1181ACH)
Tel: (005411) 4959-0200 interno 2997
Web: www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/editorial
Mail: delhospital.ediciones@hospitalitaliano.org.ar

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723.
Todos los derechos reservados.

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiables, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de la Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires.

Dedicado a mi madre Lidia, odontóloga (entre muchas otras cosas)
y a mi padre Jorge, escritor (entre muchas otras cosas)

ÍNDICE

- 11** PRÓLOGO
- 13** EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL
- 17** EVALUACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL
- 32** CARIES DENTAL
- 42** ENFERMEDADES GÍNGIVO-PERIODONTALES
- 54** ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD ORAL, MEDICAMENTOS Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS
- 68** ODONTOPEDIATRÍA
- 77** MALOCLUSIONES
- 91** ODONTOGERIATRÍA
- 99** ODONTOLOGÍA PREVENTIVA
- 122** GLOSARIO

PRÓLOGO

“Durante los últimos años ha venido desarrollándose cada vez más fuerte, entre médicos y odontólogos, la convicción de que la boca es una puerta de entrada e incuba gérmenes patógenos que tienen un papel significativo en la producción de múltiples desórdenes en el cuerpo.”

“La odontología es una rama de la medicina y, en estos días, las dos profesiones parecen haberse alejado. Yo creo que, a medida que pase el tiempo, esta divergencia será corregida y la odontología asumirá un lugar lógico dentro de la clínica médica.”

Estas dos frases podrían ser parte de una conferencia o de una nota publicada en la actualidad, pero curiosamente la primera fue el prefacio de una publicación del **año 1891** escrita por el doctor Willoughby Millar, odontólogo de la Universidad de Pennsylvania, y la segunda fue formulada por el Dr. Russell Cecil, médico, durante un simposio en Nueva York en el **año 1930**.

La división entre la medicina y la odontología es un hecho establecido por las tradiciones pero no por la biología.

Los pacientes tienen un solo cuerpo en el cual todos los órganos y sistemas comparten los mismos principios físicos, químicos e inmunológicos, por lo que la salud oral y la salud general no son espacios aislados sino que están natural y biológicamente conectados.

Casi cien años después, este libro retoma ese desafío de cambio de paradigma e intenta legitimar la integración y el acercamiento entre la odontología y la medicina en beneficio de la atención de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Vieira C, Caramelli B. The history of dentistry and medicine relationship: could the mouth finally

return to the body? Oral Diseases 2009;15 (8):538-546.

- Miller WD. The human mouth as a focus of infection. Dent Cosmos 1891;33:689-713.

EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL

Nancy Giraudo

INTRODUCCIÓN

La boca es una región fundamental del organismo, puesto que una boca sana es muy importante para masticar, hablar y lucir bien. Además, la salud de los dientes y de las encías puede afectar la salud de todo el organismo, ya que los microorganismos de la boca pueden llegar a la sangre e invadir órganos vitales del cuerpo. Por otra parte, los dientes son importantes para:

- Comer: la comida se puede masticar y digerir mejor si la dentadura está completa (función nutricia).
- Hablar: la lengua y los labios tocan los dientes para formar sonidos y así las personas pueden hablar (fonación).
- Mantener el estado de salud: las infecciones dentarias pueden llegar a otras partes del cuerpo y causar enfermedades.
- Sonreír y lucir bien: dientes bonitos ayudan a sentirse bien (estética).

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD ORAL

Según el último informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales, como la caries, la periodontitis y los cánceres de boca y faringe, son un problema cada vez más frecuente en los países en vías desarrollo, sobretodo en las comunidades más pobres. Es probable que esto se deba, entre otras razones, al cambio en las condiciones de vida especialmente por el creciente consumo de azúcares y la exposición insuficiente al flúor.

Debido a la elevada morbilidad bucodental, en 1997 la OMS recomendó a sus países miembros trabajar en la prevención de las enfermedades bucodentales mediante el establecimiento de programas integrales de salud bucodental, enfatizando el fortalecimiento de la capacidad nacional y la promoción de intervenciones de salud bucodental sostenibles. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, las enfermedades bucodentales constituyen un problema muy importante respecto de otras regiones del mundo, con una atención desigual y deficiente.

En muchos países en desarrollo, entre ellos la Argentina, el acceso a la atención sanitaria bucodental es limitado y con frecuencia las enfermedades bucodentales no se tratan tempranamente o se extraen los dientes en primera instancia sin mediar tratamiento alguno para intentar salvar la pieza dentaria.

Por otro lado, si bien en la población más joven se ha avanzado en la reducción de la caries dental, para muchos adultos mayores esta enfermedad constituye aún una de las principales fuentes de dolor, enfermedad y ausencia de piezas dentarias.

Actualmente existe en el mundo una creencia muy arraigada respecto de que la pérdida de las piezas dentarias es una consecuencia natural del envejecimiento; sin embargo, existe evidencia que demuestra que esto puede prevenirse con la higiene bucodental adecuada, con la fluoración del agua (política pública) y con la disminución del consumo de azúcares.

Según la OMS, unos 5.000 millones de personas en el mundo tuvieron caries dental, y, en los países desarrollados, la caries afecta entre el 60 y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. También es la enfermedad bucodental más frecuente en diversos países asiáticos y latinoamericanos, por ejemplo la prevalencia en la población joven en la Argentina es del 100%.

Por otra parte, las enfermedades bucodentales disminuyen la calidad de vida ya que conllevan dolor, sufrimiento y deterioro funcional y representan un gasto sanitario importante. Según la OMS, en los países industrializados, los tratamientos odontológicos representan entre el 5 y el 10% del gasto sanitario, cifras que están muy por encima de los recursos disponibles en numerosos países en desarrollo.

Asimismo, según el mismo informe, la mayoría de los niños del mundo pre-

senta signos de gingivitis (sangrado de las encías) y entre los adultos son muy frecuentes las periodontopatías en sus fases iniciales. Se estima globalmente que entre el 5 y el 15% de la población mundial tiene periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de los dientes.

De acuerdo con algunos estudios realizados en países industrializados, el tabaquismo es un factor de riesgo importante para el desarrollo de periodontopatías.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Según la OMS, los países deberán implementar las medidas necesarias para el uso adecuado de flúor para prevenir la caries dental, además de considerar los factores como la insalubridad del agua o la falta de higiene. Del mismo modo, considera que los servicios de atención primaria de la salud deben contemplar programas de salud y prevención bucodental, en los cuales médicos y odontólogos trabajen de manera integrada.

Por ello, es muy importante que los médicos conozcan las condiciones, enfermedades o fármacos que frecuentemente afectan la cavidad oral y su relación con embarazo, enfermedad cardiovascular, enfermedades respiratorias, enfermedades sistémicas como diabetes, cáncer, afecciones reumatológicas e inmunológicas, síndrome de inmunodeficiencia humana, entre otras. Entre los fármacos que más frecuentemente afectan la cavidad oral por sus efectos adversos se encuentran la fenitoína, la nifedipina, los antidepresivos, bifosfonatos, antihipertensivos, corticoides, inmunosupresores, etcétera.

Además, la consulta médica es más frecuente que la consulta odontológica por lo que los médicos cumplen un papel fundamental en la detección temprana de enfermedades bucodentales en todos los grupos etarios.

Por otro lado, en los lugares donde los recursos sanitarios son limitados o en zonas rurales en las que el único contacto con el sistema de salud es el médico, es muy importante el manejo de los factores de riesgo, la promoción de la higiene bucodental y el flúor.

Por todo lo mencionado, es fundamental que los médicos tengan el entrenamiento necesario para examinar y detectar tempranamente los tumores y las lesiones precancerosas de la cavidad oral.

CÁNCER BUCOFARÍNGEO

El cáncer de boca es el octavo en frecuencia en la población masculina a nivel mundial, y en Asia Centromeridional figura entre los tres tipos de cáncer más frecuentes. Sin embargo, según datos disponibles, también se ha observado un aumento significativo del cáncer de boca y faringe en varios países y regiones como Alemania, Dinamarca, Escocia, Europa Central y Oriental y, en menor grado, en Australia, Estados Unidos, Japón y Nueva Zelanda. El tabaquismo, usar tabaco sin humo, mascar betel (planta que se cultiva en Asia Oriental) y consumir alcohol son factores de riesgo para desarrollar cáncer bucofaríngeo.

BIBLIOGRAFÍA

- PAHO. Oral Health in the Americas. Chapter 2: Health Conditions and Trends 2007; pág. 135-141.
- PAHO. Oral Health Promotion: an Essential Element of a Health-Promoting School-Based Oral Health (Internet). Geneva: World Health Organization 2003 (citado el 25 de julio de 2012). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH-st-sch.pdf>

- Petersen P. The World Oral Health Report 2003 (Internet). Geneva, Switzerland: World Health Organization 2003 (Citado 25 de julio 2012) disponible en: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf
- Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, et al. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. Community Dent Health 1998;15:3-7.

EVALUACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL

INTRODUCCIÓN

La historia clínica de un paciente incluye el interrogatorio y el examen físico. Este último, y según la especialidad, puede focalizarse en problemas de un sistema u órgano o ser más integral y valorar todas las partes del cuerpo. Para que el examen resulte completo es importante incorporar la evaluación de la cavidad oral, cuyos objetivos son:

- Realizar diagnósticos presuntivos de patologías orales (fundamentalmente diferenciar entre el tejido normal y sus alteraciones).
- Identificar los grupos de riesgo para derivar al odontólogo u otro especialista en los casos en que se considere necesario.
- Advertir las implicaciones sistémicas de las patologías orales y los efectos de las enfermedades y los tratamientos sistémicos en la cavidad oral.

Es importante considerar que para realizar el diagnóstico de patologías de la cavidad oral solo se necesitan la iniciativa y los conocimientos necesarios para efectuarlo. De todos los métodos diagnósticos disponibles para evaluar la cavidad oral será suficiente utilizar el método clínico o directo, que incluye inspección, palpación y, eventualmente, percusión. Asimismo, todos los hallazgos, recomendaciones e indicaciones de consulta con el especialista deberán quedar asentados en la historia clínica.

EVALUACIÓN INICIAL

Si bien la evaluación inicial puede realizarse de varias maneras y en distinto orden, se recomienda tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La posición ideal es con el paciente sentado. Si por alguna enfermedad el

paciente no puede incorporarse, puede evaluarse acostado.

- Para respetar las normas de bioseguridad, se recomienda en primer lugar la higiene de manos y la colocación de guantes de látex.
- Los elementos que se necesitan son guantes y bajalenguas. Si se cuenta con una pequeña linterna, se sugiere envolverla en un guante antes de introducirla en la boca.

Inicialmente se recomienda evaluar la parte externa de la boca con la inspección clínica de los labios: observar su color, textura y forma, tanto del borde libre externo semimucoso como del revestimiento mucoso interno. Para ello deben evertirse ambos labios, superior e inferior.

También es importante observar el estado de las comisuras, ya que en ellas asientan numerosas patologías como se mencionará más adelante.

Dentro de la boca se pueden encontrar:

- Aparatología
- Placa bacteriana o biofilm y sarro
- Piezas dentarias
- Tejidos blandos
- Saliva.

Aparatología

El paciente puede tener algún tipo de aparatología removible; en ese caso, para poder evaluar adecuadamente la cavidad oral, se le debe solicitar previamente que la retire.

Este tipo de aparatología no se encuentra cementada o fijada en forma permanente a las piezas dentarias, por lo que el paciente puede colocarla y retirarla de la boca por sus propios medios, como por ejemplo los niños que tienen aparatos removibles de ortodoncia u ortopedia o los adultos que tiene prótesis dentarias completas o parciales para reemplazar las piezas dentarias faltantes.

Placa bacteriana o biofilm y sarro

La falta de higiene adecuada de la cavidad oral conlleva la acumulación y la adhesión de placa bacteriana o biofilm sobre las superficies dentarias y sobre cualquier tipo de aparatología dental intrabucal. Si bien la placa bacteriana es

difícil de observar a simple vista, su acumulación por higiene deficiente sobre la superficie del esmalte puede pigmentarse de color amarillento, lo que facilita su identificación; además, puede acompañarse de halitosis. Esto indica que el paciente presenta uno de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades bucales. El sarro (fig. 1) es la calcificación de la placa bacteriana y se observa como una placa dura de color amarillento o marrón adherida generalmente al cuello de las piezas dentarias.

Figura 1.
Aspecto del sarro



Piezas dentarias

Los pacientes adolescentes y adultos pueden:

- Tener la dentición completa en maxilar superior, inferior, o ambos.
- Ser parcialmente desdentados, en uno o ambos maxilares.
- Ser desdentados totales, en uno o ambos maxilares.

Estas piezas dentarias pueden estar afectadas por caries que, según su estadio, pueden o no observarse a simple vista y ser sintomáticas o asintomáticas.

Cada rama de la medicina, incluida la odontología, tiene su terminología adecuada y específica e, independientemente de la especialidad, el médico es capaz de interpretar evoluciones o informes que recibe de un colega. Sin embargo, es probable que no cuente con los conocimientos necesarios para interpretar un informe odontológico u odontograma y determinar las implicaciones de ese informe para la salud del paciente.

Por ello, aunque no es imprescindible conocer la nomenclatura dentaria, esta le permitirá al profesional manejar una terminología adecuada y menos informal que la que se utiliza habitualmente para referirse a esta parte del cuerpo y ade-

más le brindará una herramienta que le posibilitará trabajar en forma interdisciplinaria con el odontólogo.

Identificación

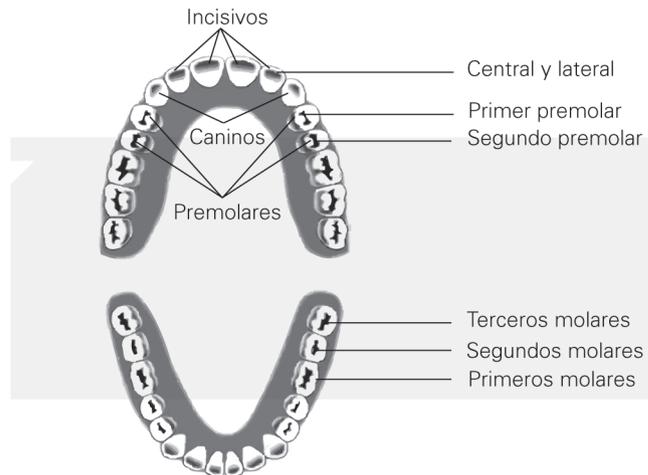
Cada diente puede identificarse de dos formas:

- a) Con una frase
- b) Con un número de dos dígitos.

a) La frase se forma indicando primero el *nombre* de la pieza que describe a qué grupo dentario pertenece: incisivos, caninos, premolares y molares (fig. 2).

Después se indica su *ubicación* dentro de la boca: superior derecho, superior izquierdo, inferior derecho e inferior izquierdo (gráfico 1). Finalmente se aclara el *tipo de dentición*, es decir si es primaria o permanente.

Figura 2.
Dentición permanente.
Identificación de las piezas dentarias según el grupo al que pertenecen



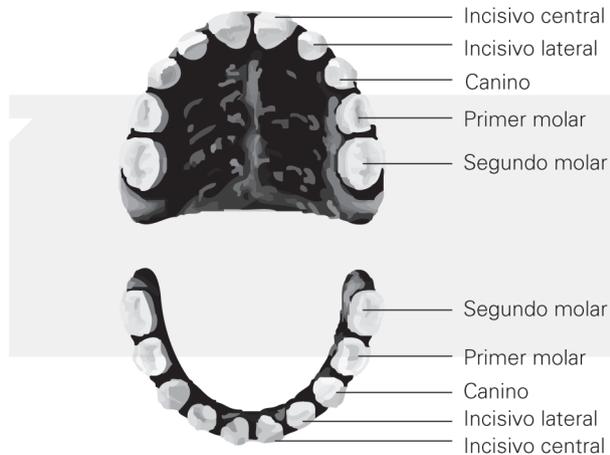
Para identificar las piezas dentarias según su ubicación, se divide la cavidad bucal en cuatro cuadrantes: superior, inferior, derecho e izquierdo.

Gráfico 1.
Identificación
de las piezas dentarias
según su ubicación



La *dentición primaria* incluye 20 piezas dentarias, 10 en maxilar superior y 10 en maxilar inferior y carece de premolares (fig. 3):

Figura 3.
Dentición primaria
o temporaria



La *dentición permanente* incluye 32 piezas dentarias, 18 por cada maxilar

b) La identificación mediante un número de dos dígitos consiste en utilizar un número compuesto por dos cifras; en la Argentina se utiliza el sistema *dígito dos* desarrollado por la Federación Dental Internacional. Según este sistema se identifica cada pieza dentaria con un número compuesto de dos cifras separadas por un punto.

El primer dígito corresponde al cuadrante que ocupa el diente dentro de la cavidad oral, en el gráfico 2 se muestra la ubicación de los dientes en la boca con dentición permanente.

Gráfico 2.



El segundo dígito corresponde a la pieza dentaria:

- 1) Incisivos centrales
- 2) Incisivos laterales
- 3) Caninos
- 4) Primeros premolares
- 5) Segundos premolares
- 6) Primeros molares
- 7) Segundos molares
- 8) Terceros molares

Por ejemplo: el dígito 1.6 identifica al primer molar superior derecho permanente.

En el gráfico 3 se muestra la ubicación en una boca con dentición primaria

Gráfico 3.



Como esta dentición carece de premolares y de terceros molares, los segundos dígitos son:

- 1) Incisivos centrales
- 2) Incisivos laterales
- 3) Caninos
- 4) Primeros molares
- 5) Segundos molares

Por ejemplo, el dígito 8.5 identifica al segundo molar inferior derecho primario. También se deben considerar las cinco caras de cada pieza dentaria (fig. 4):

Vestibular (V): es la cara que mira hacia el vestíbulo de la boca, es decir, hacia afuera. Se observa a simple vista.

Palatina (P): es la cara orientada hacia el paladar. Se utiliza para las piezas dentarias del maxilar superior.

Lingual (L): es la cara orientada hacia la lengua. Se utiliza para las piezas dentarias del maxilar inferior.

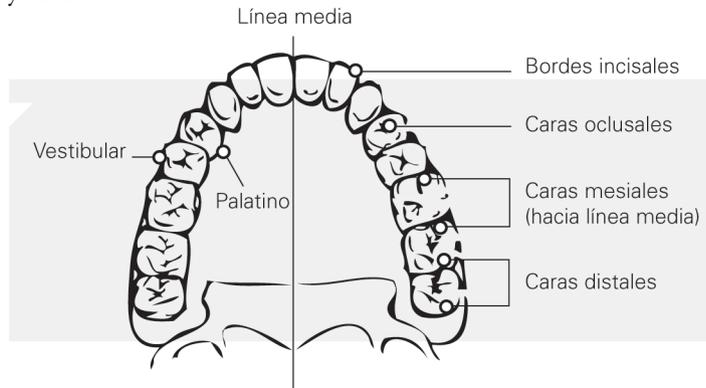
Incisal (I): son los bordes de corte de los incisivos y caninos.

Oclusal (O): es la cara que ocupa la superficie masticatoria de los premolares y molares, donde se encuentran fosas y fisuras.

Mesial (M): es la cara del diente que está orientada hacia la línea media. No se visualiza a simple vista, ya que es la superficie de contacto entre diente y diente.

Distal (D): es la cara del diente opuesta a la mesial, está orientada hacia la parte posterior de la boca. No se visualiza a simple vista, ya que es la superficie de contacto entre diente y diente.

Figura 4.
Caras de cada
pieza dentaria



Alteraciones

El desarrollo dentario no siempre se completa normalmente, por lo que existen numerosas alteraciones causadas por efectos genéticos o locales que pueden afectar ambas denticiones.

Estas alteraciones pueden ser:

- De la forma: piezas conoideas, fusiones de dos piezas dentarias, etcétera.
- Del tamaño: macrodoncia o microdoncia.
- Del número: pueden existir variaciones en la cantidad de piezas dentarias en ambas denticiones producto de alteraciones durante el desarrollo. Se pueden encontrar las denominadas piezas dentarias “supernumerarias” (fig. 5), de etiología desconocida, que son dientes que no pertenecen a ningún grupo dentario y con ellos se excede el número de piezas dentarias en relación con la dentición normal ya descrita.

Figura 5.
Diente
supernumerario



Estas piezas supernumerarias pueden imitar la morfología de algún grupo dentario, por ejemplo asemejarse a incisivos o tener morfología atípica.

Pueden estar erupcionados totalmente o parcialmente o estar retenidos en el hueso sin erupcionar, es decir que no se visualizan en la evaluación clínica, sino que se necesita una radiografía para confirmar su presencia.

Estas piezas alteran la erupción normal del resto de los dientes y pueden encontrarse en cualquier región del arco, pero con más frecuencia entre los incisivos centrales superiores permanentes (en estos casos reciben el nombre de mesiodens).

Con mayor frecuencia estas alteraciones se asocian a:

- Síndrome de Down
- Fisuras labio-alvéolo-palatinas
- Síndrome de Gardner
- Síndrome de Apert

Así como pueden existir dientes supernumerarios, también puede haber dientes de menos o ausentes debido a alteraciones del desarrollo.

Estos casos se denominan agenesia, que significa ausencia genética de los dientes por falta del germen.

La ausencia total de las piezas dentarias o anodoncia es la alteración que se observa con menor frecuencia y puede presentarse en pacientes con displasias ectodérmicas graves. Lo más común es observar la ausencia congénita de determinadas piezas dentarias.

También se debe considerar que el tamaño de los maxilares y de las piezas dentarias, así como su número y forma, se relacionan con los hábitos alimentarios de cada especie.

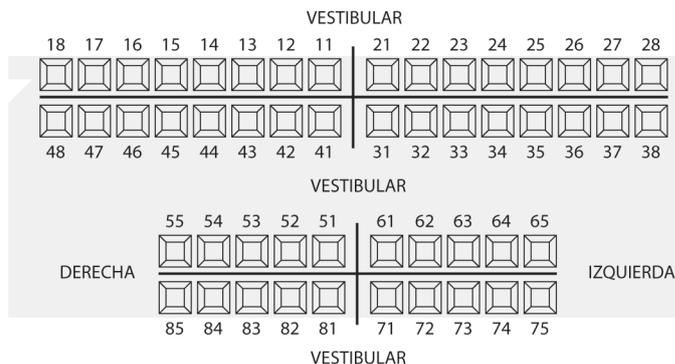
La modificación de estos hábitos en la especie humana con una dieta más blanda y menor necesidad de triturar los alimentos conlleva la disminución del tamaño de los maxilares, por lo que se observan más frecuentemente maloclusión y apiñamiento dentario.

Es posible que la agenesia sea parte de este mecanismo evolutivo. Por ello, al tener que elegir qué diente no formar, es lógico que la naturaleza opte por dejar al menos un diente de cada grupo y prescindir así de los terceros molares, los segundos premolares y los incisivos laterales, cuya ausencia se observa con mayor frecuencia.

Historia clínica odontológica: odontograma

La historia clínica odontológica está conformada principalmente por el odontograma (fig. 6), que es la representación gráfica sobre el estado de cada pieza dentaria: si está presente, si tiene caries o restauraciones, si fue extraída, etcétera.

Figura 6.
Odontograma



Los dos primeros renglones corresponden a la dentición permanente con sus 32 piezas y los dos renglones que se encuentran abajo corresponden a la dentición primaria con sus 20 piezas.

Si el médico pide un informe odontológico puede recibir este odontograma o su detalle: por ejemplo, el paciente tiene caries 1.8 VD, 3.4 caries MODVL, restauración en 1.2 V. Es decir, se refiere primero al diente y luego a la cantidad de caras afectadas: el 1.8 tiene dos caras afectadas por caries (VD), y el 3.4 tiene las cinco caras afectadas (MODVL), prácticamente destrucción coronaria total. La utilidad del odontograma reside en que es un registro que puede utilizarse con fines legales, especialmente la criminalística y la odontología forense, para la identificación de personas mediante la comparación premórtem y post mórtem. Se utiliza principalmente en aquellos cadáveres en estado avanzado de descomposición o carbonizados, en los cuales la utilización de otros métodos de identificación como las huellas dactilares no resulta útil. Esta identificación será más eficaz si se acompaña de las radiografías correspondientes.

Tejidos blandos

Los tejidos de la cavidad oral están recubiertos por una membrana mucosa denominada mucosa oral, cuyo color varía del rosado al marrón dependiendo de la coloración de la piel, la raza y de la presencia de enfermedades.

Es importante considerar que la integridad de la mucosa oral constituye una de

las barreras de defensa, por lo que cualquier lesión que origine una solución de continuidad permitirá el ingreso de bacterias en el organismo.

Los tejidos blandos incluyen:

- *Mucosa yugal*: es la pared interna de la mejilla y tiene dos áreas: la anterior o retrocomisural y la posterior donde puede observarse el orificio de salida de la glándula parótida, el conducto de Stenon.
- *Lengua*: cara dorsal y cara ventral.
- *Paladar*: duro o anterior y blando o posterior.
- *Piso de boca*: puede observarse el orificio de salida de la glándula sublingual: el conducto de Wharton.
- *Encía o gingiva*: es de color rosa pálido, de consistencia dura y firme y se puede observar un puntillado de aspecto similar a la cáscara de naranja. La porción de encía que se observa entre las piezas dentarias se denomina papila interdental.

Saliva

Si bien se conocen sus funciones antibacterianas, inmunológicas, digestivas y de lubricación, también cumple otras funciones fundamentales para la protección de las mucosas y la prevención de caries:

- Forma una barrera protectora que cubre los tejidos orales conservando su estructura y evitando el ingreso de patógenos. Es importante recordar que en la cavidad oral se encuentra la mayor concentración de microorganismos en relación con otras partes del cuerpo humano.
- Tiene capacidad de neutralizar la disminución del pH de la cavidad oral que facilita la formación de caries, por lo que disminuye el riesgo de desarrollarlas.
- La presencia de calcio y fosfato favorece la remineralización de las lesiones incipientes de caries, evitando así su progresión.
- Tanto el flujo salival como los movimientos musculares tienen la capacidad de remover patógenos que se adhieren a las mucosas y a las piezas dentarias favoreciendo la higiene y la limpieza.

De todo lo mencionado se infiere que la presencia de saliva en concentraciones adecuadas es fundamental para mantener la salud oral y prevenir el desarrollo de lesiones.

Para el médico es importante conocer que el flujo salival tiene variaciones durante el día, puesto que aumenta durante la masticación y la deglución y disminuye durante la noche. Además, existen condiciones que disminuyen considerablemente la secreción salival, lo que se denomina hiposalivación, y puede variar entre una disminución leve hasta la ausencia total de saliva, que se denomina xerostomía.

Las causas más frecuentes que el médico debe conocer son:

- Lesiones de glándulas salivales.
- Efectos adversos de algunos medicamentos: se han identificado más de 400 medicamentos con capacidad para producir xerostomía, dependiendo de la dosis y la frecuencia de la ingesta. Por ello, se debe advertir al paciente sobre este efecto e indicarle algunas medidas para contrarrestarlo.

Los medicamentos que más frecuentemente causan xerostomía son:

- Anfetaminas
- Antidepresivos tricíclicos
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos
- Diuréticos
- Ansiolíticos.
- Anticonvulsivos
- Antiparkinsonianos
- Fármacos anorexígenos
- Analgésicos narcóticos.

Este efecto es reversible, ya que al suspenderlos la xerostomía desaparece. En caso de no poder suspenderlos, se pueden reemplazar por otro medicamento sin este efecto adverso y, de no ser posible, se indicarán medidas para aumentar el flujo salival, como los sustitutos salivales o la saliva artificial en forma de

soluciones, que generalmente se presentan en envases plásticos con atomizador y contienen fluoruro de sodio, cloruro de sodio, de potasio, de magnesio, de calcio y xilitol calcio. Estas soluciones tienen pH neutro y deben indicarse antes de las comidas y con más frecuencia si el paciente tiene prótesis dentales removibles.

- Resultado de enfermedades sistémicas o tratamientos: incluyen radioterapia, quimioterapia, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. En estas enfermedades, el paciente no solo presenta el síndrome de la boca seca, ya que esta falta de lubricación no se limita a la mucosa oral sino que se comparte con otras mucosas del organismo como las mucosas ocular, vaginal, faríngea, laríngea y nasal.

Es importante que el paciente con xerostomía consulte al odontólogo en forma trimestral para prevenir el desarrollo de lesiones de la cavidad oral.

Gráfico 4.
Síntomas
más frecuentes
de la xerostomía



Gráfico 5.
Efectos
de la xerostomía

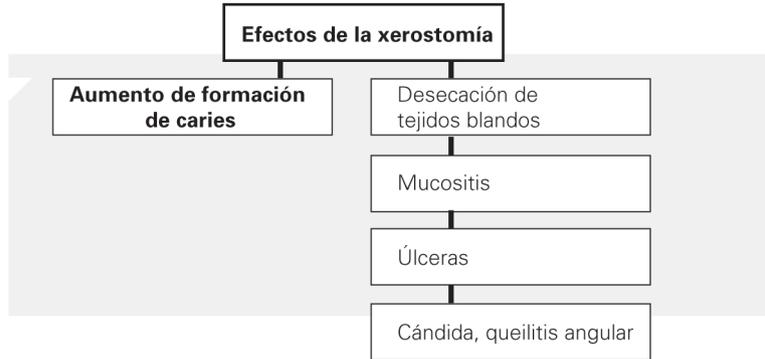
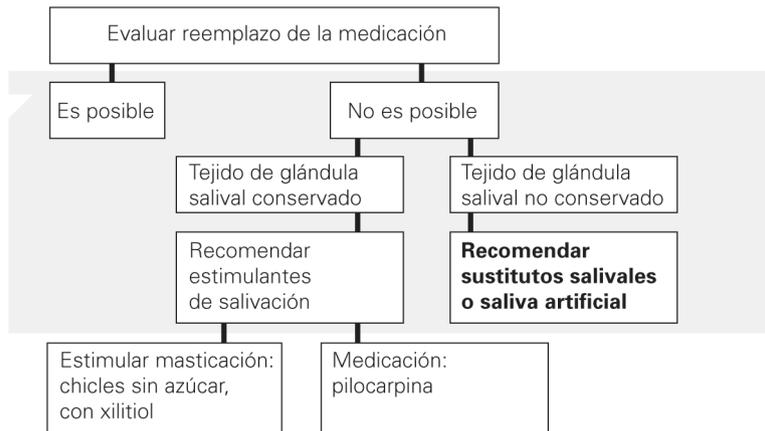


Gráfico 6.
Manejo de los
pacientes que reciben
medicación que causa
xerostomía



CONCLUSIONES

- El examen físico del paciente siempre debe incluir la cavidad oral.
- En la historia clínica se debe registrar la evaluación extrabucal y de la cavidad oral, como la presencia de aparatología, placa bacteriana y sarro (higiene inadecuada).
- Se debe incluir la evaluación de piezas dentarias, partes blandas y saliva.
- En los casos que lo requieran, el médico y el odontólogo deberán mantenerse en contacto para evaluar integralmente la salud del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bates Guía de exploración física e historia clínica. 8ª ed. Interamericana de México: 2003. Cap. 5:198-207.

- Cahuana-Cárdenas A, Alfaro A, Pérez B, et al. Dientes supernumerarios anteriores no erupcionados. Revisión de 125 casos. RCOE 2003;8(3):263-271.

- Canut Brusola J.A. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2º edición. Barcelona: Masson;2005. Cap. 4:43-67.

- Cuenca Sala E, Manau Navarro C, Serra Majen L. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson;1999. Cap.5: 57-66.

- Giglio MJ, Nicolosi LN. Semiología en la práctica de la odontología. Santiago de Chile: McGraw-Hill

Interamericana;2000. Cap.1:1-12.

- Jiménez Duarte J. Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomía. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2005;33 (1):14-20.

- U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health;2000.

- Velásquez V. Alteraciones de número como factor local de una maloclusión. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría edición electrónica junio de 2006. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/> Consultado el 02 de junio de 2006.