



Anónimo

Examen de cuello

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Anónimo

Examen de cuello

Nosotros debemos examinar el cuello, es obligación del odontólogo.

La patología que afecta a la región cervical no la tratamos, pero si encontramos algo debemos derivar.

En la **Inspección** se debe tener al paciente sentado y relajado, de manera de poder ver el cuello en la mejor forma posible, además hay que descubrirlo de corbatas, bufandas y botones más o menos hasta al altura de la clavícula de manera de tener todo el cuello despejado.

En los pacientes delgados, con poco panículo adiposo la **Palpación** es más fácil, se deben observar algunas cosas y palpar otras, en los más gordos cuesta un poco más porque la grasa dificulta la palpación, pero se puede.

Lo primero que se hace frente a cualquier cosa es observar y ahí se aplica la inspección de este cuello, ya sea de vista frontal, lateral, desde el lado, oblicuo desde atrás un poco para ver el esternocleidomastoideo, de manera de ver cuál es su forma, cómo es la piel que lo recubre, las características tónicas integradas a esa forma, que normalmente en los hombres por el cartílago laríngeo ya es un poco prominente. Después debemos palpar ciertas cosas de manera de palpar tiroides, pulso de la yugular, pulso venoso, nosotros casi nunca contamos con un estetoscopio, de manera que cuando algo nos parezca anormal, un pulso demasiado saltón en el cuello, frente a un mínimo esfuerzo hay que derivarlo al cardiólogo. Otro territorio poco mirado son las glándulas salivales que si bien no están en el cuello mismo, tenemos en la región suprahióidea o submaxilar y en la región parotídea, además de las glándulas que están al interior de la boca; y fundamentalmente la extensión y considerar aumento de volúmenes cambios de coloración asimetrías sensibilidad, no debe haber molestias cuando palpamos.

Vamos en el cuello a considerar:

- la forma
- la piel que recubre el cuello
- los pulsos de la yugular externa
- pulsos arteriales
- el tiroides
- y los ganglios linfáticos.

Alteraciones de la forma: En primer lugar los ganglios linfáticos, las adenopatías linfáticas de manera de ver aumento de volúmenes, se van a palpar desde la región occipital, los mastoideos, los retroauriculares, los submaxilares los submentonianos y los de la cadena lateral del cuello. El tiroides que al igual que los ganglios se pesquisan cuando están alterados principalmente hiperplasia de los ganglios y adenomas del tiroides son normalmente difíciles de palpar. Hay lesiones benignas que están en la región del cuello especialmente quistes sebáceos que son lesiones de largo curso clínico, de tiempo de evolución largo, lesiones indoloras como son expresión benigna; los lipomas son neoplasias

de tejido adiposo, son blandas depresibles pero que nos da asimetría; los quistes pueden ser del conducto tirogloso en la región anterior del cuello, con aumento de volumen que puede incluso fistulizar, se ubica en la base de la lengua y baja para ubicarse en la región anterior del cuello y al tragar, baja la lengua y esta lesión sube y baja, asciende cuando el paciente saca la lengua .

Otro quiste no tan frecuente, en la región lateral del cuello es el quiste branquial debajo y detrás del esternocleidomastoideo. Se puede confundir con un absceso tuberculoso.

En la **Piel** podemos encontrar alteraciones inflamatorias principalmente derivadas de ganglios inflamatorios que se llamara Adenitis, luego alguno de estos procesos podrían fistulizar hacia el exterior, que es un trayecto anormal que comunica una cavidad con el exterior o dos cavidades entre si y que da salida a un liquido que puede ser normal o patológico, por ejemplo un corte a nivel del conducto de Stenon, que en un accidente puede salir saliva hacia la mejilla, también pueden fistulizar ganglios que tengan un absceso que se labra un camino. Podemos encontrar cicatrices retráctiles, secuelas de tuberculosis ganglionar, se llaman Escrófulas producto de escrofulodermia. Otra cicatriz es producto de operar el tiroides(tiroidectomía). Las fístulas tiroglosas se encuentran la línea media, la branquial en posición anterior paramediana en el tercio inferior.

La **vena yugular externa** sólo se observa en pacientes de pie o sentados cuando está distendida y no normalmente. En decúbito dorsal se ve distendida hasta que la presión se iguala con la atmosférica. Se observa distendida y tensa cuando hay hipertensión venosa por. Insuficiencia cardíaca derecha, pericarditis constrictiva y taponamiento cardíaco. También se distienden en esfuerzo (cantar, toser y defecar) y en bronquítis crónica (flácidas a la palpación).

Pulso arterial: puede verse en el pulso carotídeo que es visible y fácilmente palpable en el tercio superior del cuello por delante del ECM. Es necesario ver frecuencia, ritmo, amplitud, forma, etc.

- Alteraciones del ritmo en fibrilación auricular y extrasistolia.
- Aumento de amplitud en hiperkinesis como anemia severa, hipertiroidismo, fístula arteriovenosa y en arteriosclerosis carotídea e hipertensión arterial.
- Brusco y amplio en insuficiencia aórtica.
- Asimetría o ausencia de pulso carotídeo en la obstrucción de las carótidas.

El **pulso venoso** está dado por la yugular profunda por lo que no es visible. El pulso que se percibe es producto de los movimientos que la vena imprime a los tejidos blandos que la cubren en su parte superior. Es suave, difuso, ondulante, sólo visible y no palpable en condición normal, a diferencia del arterial que es de una sola onda, brusco, localizado, visible y palpable, éste tiene varias ondulaciones que se alteran en arritmias (fibrilación auricular), hipertensión arterial pulmonar y valvulopatías tricuspídeas.

El tiroides no es palpable en condiciones normales, sólo lo es cuando hay aumento de volumen de la glándula (bocio). Par la palpación el examinador se coloca por detrás del enfermo con los pulgares apoyados en la nuca y los otros dedos sobre la región tiroidea en la región anterior del cuello inmediatamente bajo el cartílago cricoides; se limita la glándula mientras el paciente deglute cuando asciende sólo la glándula, es firme e indolora a la palpación no palpable en pacientes obesos. El bocio puede ser difuso, multinodular o uninodular. Puede deberse a hiperplasia difusa o nodular, neoplasias benignas o malignas o

a procesos inflamatorios (tiroiditis). Cuando se palpan nódulos debe determinarse su forma, tamaño, ubicación y consistencia.

En el cáncer de tiroides se da una consistencia pétrea, en bocio difuso una consistencia más blanda, en el uninodular se aumenta de volumen una zona bien delimitada.

Además debe precisarse el estado funcional de la glándula: Normal (bocio eutiroideo), aumentada (bocio hipertiroideo) o disminuído (bocio hipotiroideo). Esto se hace por la existencia de síntomas generales de alteraciones: alteración en el peso, sudoración, intolerancia al calor, diarrea, frío, etc.

El Bocio difuso hipertiroideo se conoce como enfermedad de Basedow-graves, a veces con inclusión palpebral.

Los **ganglios** cuando están aumentados de volumen se pueden palpar por ejemplo en pacientes con rubéola y sarampión, Hay que ver la piel que esta en relación con los ganglios como signo de inflamación. Los ganglios serán analizados en otra clase.

Además debe analizarse la movilidad activa y pasiva (no se dijo en clases), determinar amplitud de los movimientos, dolor, rigidez, impotencia funcional.

Una alteración en la posición del cuello, del paciente no puede enderezar la cabeza por contracción sostenida estos, espacialmente del ECM, por “aires” (enfriamientos bruscos) lo que se llama torticollis, entonces cuando se contraen los musculo de un lado la cabeza se va hacia el otro y los movimientos de lateralidad cuestan o son dolorosos, se observan pacientes tensos, que bruxan y presentan dolor de las articulaciones por lo que se deben palpar los músculos del cuello. El ECM se observa como cuerda de guitarra, se ase evidente al colocar la mano sobre el mentón y presionando hacia atrás le pedimos al paciente que fuerce hacia delante con lo que el músculo se tensa; esta maniobra permite palpar pulsos arteriales y venosos.

Boca:

Antes de analizarla, primero se debe ver la cara en sus tercios, simetrías aunque nosotros no somos simétricos, concentrándose en las alteraciones. No olvidar la Amnamsis. Mirar de frente y de perfil. Observar los ángulos, goniaco, mentoniano. En el caso de un paciente con poco desarrollo intelectual se debe interrogar al acompañante. Observar síndromes , ojos ubicación del pabellón auricular, labio corto, tratamiento de ortodoncia en relación a la edad, al mirar la cara se hace un cuadro general del paciente(colaborador o no) mordidas abiertas y piezas que no permiten la oclusión.

a) *labios:*

- *Inspección:*
 - forma: comparada con la anatomía normal
 - Límites: delimitados o difusos y que es lo que lo alteran
 - Bermellón: color rojo por la vascularización donde es fácil ver problemas sanguíneos como cianosis. Alteraciones de superficie y brillo
 - Comisuras: en pacientes que succionan se hacen grietas o fisuras que pueden infectarse con hongos. En los viejitos bajan las comisuras con perdida de la DV haciendo fisuras y pudiendo infectarse con cándida, por producto de avitaminosis.
- *Palpación:*
 - grosor
 - tonicidad de los músculos

- Consistencia: depende del plexo glandular y de alteraciones que pueda haber en los labios.

- *Auscultación.*

Se debe ver la humectación.

Se puede perder la línea borde del bermellón y los pliegues normales del labio, en una persona de sesenta años probablemente expuesta al sol en un labio seco atrófico, debe presumirse un cáncer de labio, esto es una quelitis ¿actínica? y debe recomendarse uso de protector solar .

Luego vamos a palpar este labio y esta zona no es del mismo tamaño que esta otra, y eso quiere decir que en el espesor del tejido algo hay, el labio está un poco aumentado de volumen. Miren este otro que se trata de una enfermedad vesículo ulcerativa que verán ustedes en 5° año, que se llama eritema multiforme, que como les llama la atención tiene sangre, es un labio en que se rompió la capa superficial del epitelio dejando el conjuntivo expuesto, es un labio que tiene erosionado, tenía ampollas que luego se rompieron y quedó la erosión, eso duele mucho, es una enfermedad autoinmune. Entonces podemos encontrar erosión, aumentos de volumen, como uno que se ve más blanquecino que la mucosa normal, es un pseudoquiste que se llama mucocelo un quiste de los tejidos blandos.

Les hablaba de las comisuras, este niño está en época de recambio, tendrá cinco o seis años, vean los labios cómo los succiona.

Vemos cara interna y cara externa del labio.

Por la cara interna se ven úlceras, aftas, son úlceras múltiples, muy dolorosas es una zona ulcerada cubierta por una malla de fibrina y con un halo inflamatorio alrededor, pero no es sólo una son como cinco las que vemos y a veces están en otras zonas de la cavidad bucal, eso hace que el niño no pueda comer, que ande molesto, mal genio, son generalmente recurrentes.

Esta niña tiene una úlcera, pero provocada porque fue al dentista, la anestesiaron y al día siguiente llegó así, porque se mordió el labio.

Acá se ve una vesícula que pueden ser una o varias, esta originalmente fueron varias vesículas que confluyeron, y esto es típico del herpes que tiene un componente neurogénico, que se desarrolla por estrés en el herpes recurrente.

Acá vemos una mancha que se llaman máculas múltiples, y esto es propio de nuestros ancestros aborígenes, mapuches o con rasgos negroides es normal.

Aquí se ve un labio doble, es como si sobrara mucosa labial, si se encuentra feo se puede operar, se puede corregir con cirugía plástica.

En una persona de 60 años aproximadamente se observan áreas blanquecinas, se debe ver si se desprende o no con el raspado, porque parece ser que son diferentes, preguntar hace cuánto tiempo las tiene.

También se puede ver lengua fisurada.

Ahora ya entrando en la cavidad bucal y entonces al mismo tiempo de ver la consistencia de labios, las comisuras, ¿retroporosidades? que en este caso se trata de una leucoplasia, que la vamos a ver el próximo año y vamos a ver que tiene ciertas características, tenemos que ver si estas expresiones son bien localizadas, si son difusas, regulares o irregulares, son homogéneas o están alternadas con otras áreas rojas, comparar con distintos parámetros para el tratamiento ¿?.

Al ir hacia atrás aprovecho de mirar y ve que ha una línea blanca que es propia del paciente succiona la mejilla y se llama Línea alba, a veces está con las indentaciones de las piezas

dentarias. Si sigo con el examen de la mejilla veo acá un aumento de volumen de la región geniana que me da asimetría facial, si ponemos el ojo al sol, se puede ver un poco el color plomo. Miremos entonces al interior de la boca, y también veo un aumento de volumen, es decir, se puede observar intra y extraoral al palpar esta zona dolía, cuando esto suceda se debe hacer palpación bidigital o bimanual, ya siempre que nosotros palpamos lo deberíamos hacer sobre un plano óseo, ahora si no hay hueso al interior de la mejilla debiéramos hacer peso por el otro lado, con la otra mano o con el otro dedo, entonces vamos a percibir un aumento de volumen doloroso, pero relativamente blando, no muy firme y se trata de un hematoma, entonces dependiendo del color de la piel se va a dar un diagnóstico diferente.

Al mirar mejilla esto es otra lesión diferente de la les mostré recién que tiene un reticulado como encaje, esto se trata de lesión asociada a liquen plano.

Esto es enrejado blanco, pero tiene pigmentación melánica y esto se trataba de un liquen sobre una mucosa pigmentada por melanina, lo que es normal, lo que no es normal es el enrejado blanco; y no se olviden que de repente encontramos un botón en la mitad de la mejilla y que es la desembocadura de Stenon frente al primer molar.

A veces vemos un área blanca, erosionada, cubierta por una malla de fibrina a los lados y alrededor de una superficie blanca, irregular, muy doloroso, esto se trata de un liquen erosivo, el mismo liquen anterior, pero ahora en su variedad erosiva, o sea rompe la mucosa y eso es doloroso y por eso el paciente consulta.

Entonces miramos, vemos la forma, el color, los límites, el tamaño, sensibilidad, todo eso hay que consignarlo.

Hay otras zonas erosionadas, zonas rojas alternadas con zonas blancas, sólo para que vean cosas que nos pueden llamar la atención.

Acá vemos como se marcan las impresiones de los dientes en la mejilla, cómo será de neurótico nuestro paciente, luego empiezan a morder, ya no solamente succionan y duele.

A veces, junto con mirar mejilla se puede ver dorso de lengua, que en este caso se ve sucia y se llama lengua saburral.

Afta mayor, es muy dolorosa, deja cicatriz, es más profunda, irregular, se ve blanco por la fibrina, pero a veces se ve rojizo por el conjuntivo, cuando recién se ha formado. Se ubican las lesiones y se señala el cambio de coloración, se debe consignar, o sea, mejilla izquierda del paciente, con cambio de coloración rojo, y de dónde a dónde va, en el vestíbulo, frente a los molares, de tanto por tanto, para que en cambio de doctor se pueda comparar.

Papilas de la lengua:

- Filiformes: le dan aspecto de terciopelo a la lengua
- Fungiformes: como botón
- Caliciformes: más atrás formando la V lingual
- Foliadas: en los extremos de la V lingual

Ver borde de lengua, que puede tener zonas erosivas, reticulosas, traumáticas por mordedura.

También la cara ventral de la lengua.

Le pedimos al paciente que levante la lengua y encontramos lesiones ulcerativas, aftas que son muy habituales en esta zona que son muy dolorosas en esta zona, especialmente cuando están cerca del frenillo, el paciente entonces no puede tragar, no puede hablar, no puede

comer, se debe ver la integridad de la mucosa. Cuando el paciente es de cierta edad tenemos que ver las raninas y en este caso tenemos un paciente con ictericia.

Se pueden ver cianosis en los labios, en el paladar, en la cara dorsal de la lengua al igual que las ictericias, aunque eso lo vamos a notar antes en los ojos.

Veán que el hueso alveolar es un hueso funcional, si no tenemos dientes, el hueso se reabsorbe y se pierde y que sólo el hueso basilar, entonces al pronunciar “l”, “t”, etc., la mucosa sube y la prótesis total que había quedado tan bien adaptada sube, por eso que los rebordes deben considerarse.

Ver también varicosidades linguales.

Piso de boca en el sector más posterior, acá teníamos un problema inflamatorio de piso de boca, es un flegmón de piso de boca, al paciente le cuesta mucho separar la lengua porque es doloroso y la lengua se resiste por el problema inflamatorio, levanta el piso de la boca, es un aumento de volumen que puede ser de color rojo.

Examinamos la lengua por su cara ventral y piso de boca de una vez.

Luego examinar rebordes alveolares y fondo de vestíbulo superior e inferior, si es que no lo hemos mirado cuando examinamos labios y mejillas.

En el vestíbulo fijarse en los frenillos, sobretodo en trabajo de prótesis, dónde se insertan, en los niños chicos las inserciones son tan bajas y poderosas que producen diastemas y no dejan ubicarse a las piezas 8 y 9 en posición.

Otras veces se ve al mismo tiempo la posición de la encía, aumentos de volúmenes, inflamatorios la mayoría de las veces, entonces la mucosa se pone roja, duele, y buscamos las mismas características de cualquier problema inflamatorio. Indica que el cepillado en algunas partes no está siendo muy acucioso, son aumentos de volúmenes malformativos, se deben examinar los fondos de saco, por vestibular, por palatino, mesial y distal, se deben medir. Pueden ser aumentos de volumen de largo tiempo de evolución, a veces suelen ser quísticas y tienen distintas consistencias, dependiendo del momento en que lo pesquemos en relación con su crecimiento. Se puede ver el aumento de volumen rojo y oscuro, esto oscuro delata la presencia de tártaro subgingival, también puede ser sangrante, puede ser distinta en distintas zonas ya que hay pacientes que les cuesta cepillarse más en un lado que en otro. Mirar las evidencias alveolares. A veces sangra en forma espontánea y a esta altura el hueso alveolar se pierde y esos dientes ya pueden estar móviles y perder los dientes por enfermedad del periodoncio de inserción comenzando con una simple gingivitis. Otros aumentos de volúmenes pueden ser por hiperplasias gingivales a veces tan marcadas que provocan desplazamiento de las piezas dentarias.

Si el paciente usa prótesis pueden aparecer úlceras por sobrecarga, o sea una solución de continuidad de este tejido, donde se expone el conjuntivo y que es absolutamente traumático. Puede tener un aumento de volumen duro por tener una pieza que había quedado incluida y que no se radiografió, y que no se supo hasta que se reabsorbió el reborde.

Los rebordes pueden verse blanquecinos producto de una reacción del epitelio con formación de queratina (callosidad), es una simple queratosis friccional, a veces se ve blanquecino y otras blanco bien marcado, es áspero y no se desprende al raspado, es una forma de defensa del epitelio.

Se pueden ver aumento de volumen duro, óseo, recubierto por mucosa normal, que se tiene desde que se nace o muy poco después, es un torus mandibular que va en la cara lingual de los premolares, sin importancia clínica a menos que se haga prótesis.

Los pacientes que brouxan y acostumbran a consumir carnes duras hacen exostosis de los rebordes, aumento de volumen duro reaccionales, a veces por el trauma masticatorio constante llegando a dejar los molares casi planos, que se consigan, pero no se considera, a menos que se haga una prótesis total.

Una manera fácil de ver vestíbulo y encías es pidiéndole al paciente que ocluya, para relajar los músculos labiales y de la mejilla.; en este momento también se ve la oclusión

Al final veremos los dientes, comparando las piezas da ambos lados, por ejemplo se puede ver a un lado un canino temporal. Además de darle una mirada general, se debe ver higiene, posición de piezas dentarias, número y forma de piezas dentarias. Ver estado de la dentición, diastemas en la preparación para el cambio de piezas temporales. De debe ver la oclusión, y enviar al odontopediatra. Mirar diastemas, si es por frenillo demasiado bajo y grueso que impida que los incisivos centrales se junten, si eso sucede se debe operar el frenillo. Se deben usar aparatos ortopédicos para rebajar la papila y evitar entrecruzamientos de mordida. Si el niño trae sus dientes definitivos en otra posición, el diente que viene en el saco pericoronario para provocar la reabsorción de la raíz del diente temporal, no permite que se reabsorba el diente temporal y éste no se folia, no se cae y se complica la oclusión para un adulto y eso es evitable extrayendo la pieza dentaria.

Se debe prevenir la aparición de caries con sellantes y otras cosas que uds. conocen para al prevención de caries, ya que no se cepillan bien los dientes hasta que se aprende a escribir bien eso es hasta 7-8 años.

La lengua, papilas, caries también se deben observar.

En un paciente portador de prótesis se debe ver la mucosa y no la prótesis como tal, se debe saber cuánto tiempo lleva usando la prótesis, cómo funciona y la retención. Ver si produce sobrecompresión. La mucosa debería ser rosada y ver el estado de los rebordes para saber el futuro de la retención de la prótesis. Para mantener los rebordes si se hacen extracciones muy temprano como en síndrome de Sjôgren (falta de saliva con aumento de placa bacteriana), mejora la retención pero es caro, por lo que se deben tratar de mantener las piezas en boca el mayor tiempo posible para lograr una mejor estética, masticación, deglución y fonación.

[Facilitado por la Universidad de Chile](#)

Súmesese como **[voluntario](#)** o **[donante](#)** , para promover el crecimiento y la difusión de la **[Biblioteca Virtual Universal](#)**.

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente **[enlace](#)**.



editorial del cardo