

Semiología maxilofacial

Juan Cortés A.

Consiste en descubrir, reconocer, describir e interpretar los síntomas y signos presentes en la cara, tarea en la que nos ayudará el conocimiento y comprensión de las estructuras y funciones normales de la cara y del cráneo. La técnica semiológica variará de acuerdo al grado de crecimiento y desarrollo del paciente por lo que la anamnesis debe ser enfocada según las características de cada niño(a), de su ambiente –si es el hogareño o institucional, hospitalario o ambulatorio-, si se trata de neonatos, lactantes o niños mayores, si es el primer examen al que es sometido(a) y al grado de comprensión y colaboración del niño, de sus padres o tutores. Por otra parte y en relación al ambiente en que realizamos nuestro examen, podemos sugerir que durante la anamnesis y el examen físico estén presentes sus padres, aún en casos de niños mayores, tanto para prevenir la omisión de datos importantes como para garantizar el resguardo de su intimidad.

Aportes de la anamnesis

Son importantes, además de los antecedentes familiares especialmente en neonatos y lactantes, los antecedentes del embarazo y del parto. El tipo y características de la alimentación, si es al pecho o con biberón, materna o artificial. El antecedente de reflujo nasal nos hará sospechar de alguna malformación no diagnosticada, como una fisura velopalatina, incluso submucosa, responsable de esta condición disfuncional. El antecedente de otitis a repetición en lactantes mayores también orienta a esta posibilidad. Los antecedentes de salivación o babeo, ronquidos o rechinar de dientes durante el sueño -diurno o nocturno- nos hacen sospechar de trastornos por obstrucción ventilatoria, resistencia de la vía aérea superior (VAS) o cuadros de apnea o hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), llevándonos a buscar otros signos o síntomas que descarten o confirmen esta presunción. La irritabilidad en un lactante, asociado a una sintomatología craneofacial específica puede alertarnos sobre la presencia de una craneosinostosis, la posibilidad de una hipertensión intracraneana y la oportunidad de su tratamiento quirúrgico.

- Dolor: de existir sintomatología dolorosa, debemos considerar el tipo de dolor, cómo fue su iniciación –si espontáneo o provocado-, su localización e intensidad, la duración de cada episodio, si es irradiado, su carácter, evolución y frecuencia, antecedentes que nos ayudará en el diagnóstico de cuadros de origen dental. También los antecedentes de cuadros febriles o tratamientos orientan en la manera de resolver casos de etiología infecciosa.
- Tumor: Frente a una tumoración facial se debe evaluar el modo de aparición y crecimiento, si fue súbito o por el contrario progresivo, si presenta movilidad dentaria asociada o incluye anestesia, disestesia o parestesia. Es importante resaltar el significado de la anestesia del hemilabio inferior o signo de Vincent que da cuenta de la interrupción de la conducción nerviosa del nervio alveolar inferior, que puede significar la existencia de una tumoración maligna localizada en el cuerpo mandibular. Este signo también está presente en fracturas del cuerpo mandibular.

Examen físico craneofacial

Este examen debe practicarse intencionadamente, enfocado en alguna sospecha diagnóstica, sin obviar los hallazgos que la semiología nos brinda. Es importante precisar los

límites de la cara y el concepto de rostro. La cara se extiende, de medial a lateral, desde la sutura frontonasal a la frontorbitaria y la cigomático temporal, luego por detrás del arco cigomático y la base del cráneo y hasta el hueso hioides en el cuello hacia abajo. A su vez, el rostro constituye la porción anterior de la cabeza, representando el área que podemos ver desde delante, incluyendo la zona frontal, que es parte del cráneo. Para su examen, el rostro puede dividirse en tercios verticales, el tercio superior, hasta las cejas, el medio, hasta la base nasal y el inferior o mandibular. Sin embargo para examinar y describir la región facial, la cara se divide esquemáticamente en un piso superior, que incluye la porción nasal, malar y maxilar superior y uno inferior, que incluye sólo la mandíbula. La inspección debe ser realizada mirando al niño de frente, de perfil y axial, meticulosamente, desde abajo hacia arriba y desde arriba hacia abajo. Esta permite evaluar la presencia de depresiones o solevantamientos, comprobando la conservación o desaparición de los surcos naturales así como la simetría del rostro. Esta última debe evaluarse desde una perspectiva, vertical, comprobando si los ojos y demás estructuras del niño(a) se encuentran alineados, transversal, si ambos ojos, por ejemplo, están a la misma distancia de la línea media y sagital, si tienen el mismo relieve o nivel de resalte, proptosis o exoftalmo versus enoftalmo, por ej: La estructura orbitaria, que da cuenta de la arquitectura del esqueleto craneofacial, la distancia intercantal como la interorbitaria. Esta observación nos permite valorar indirectamente la forma, tamaño y simetría de la bóveda craneana, sospechar de un posible trastorno en el cierre de las suturas, evidenciables por la deformidad subsecuente. También de variaciones en el tamaño de la cabeza. Se debe evaluar la posición de la misma respecto de la columna cervical, anteposiciones o anteinclinaciones de la columna cervical, haciéndonos sospechar de trastornos ventilatorios. En el examen frontal del rostro podemos profundizar el análisis de las asimetrías, si corresponden a tejidos blandos y/o del esqueleto basicraneal; al síndrome de Goldenhar que afecta unilateralmente la cara y el cráneo o síndromes de Franceschetti o Treacher Collins asociadas o no a microtias u otros derivados de primera o segunda bolsa faríngea, si la afectación es bilateral. Debemos considerar que si las alteraciones tienen su origen solamente en el esqueleto facial, se clasifican como dismorfosis dentofaciales -no sindrómicas- asociándose mayormente a trastornos de la oclusión dentaria. Existen combinaciones dismórficas de difícil interpretación -las secuencias de Pierre Robin- que asocian condiciones de la forma y tamaño mandibular -retrognatia o micrognatia- con fisuras máxilopalatinas, generalmente muy extensas. La consecuencia es la caída de la base lingual -glosoptosis- capaces de determinar la oclusión de la vía aérea superior, generando apneas obstructivas severas. En el examen de los ojos, evaluamos los párpados y las relaciones entre ellos; distancia intercantal, pliegues palpebrales, cantos internos y externos, su inclinación, la presencia de epicanto, la exposición y proyección de los globos oculares ya mencionadas, la morfología orbitaria, antecedentes de luxación de los globos oculares, estrabismo, el número y la distribución del pelo en las cejas y pestañas; de los labios, su morfología y relaciones entre ellos, su mayor o menor hidratación; la longitud, ancho y forma del filtrum, la exposición dentaria y de la encía, las comisuras, su integridad y forma, el reborde mucoso cutáneo o línea de Klein, su continuidad, la presencia de tejido ectópico glandular salival labial (síndrome de van der Woude), agujeros tipo "pits"; del mentón, erosiones, traumatismos, simetría del mismo y conservación del surco mentolabial, signo inequívoco de respiración nasal o en caso contrario, de incompetencia labial. En casos de trauma facial en un niño, una herida del mentón es sinónimo de fractura de cóndilo mandibular mientras no se demuestre lo contrario; de las orejas, su forma e implantación, la agudeza auditiva, presencia de tejidos embrionarios excedentarios -piel y cartílago- derivados de las bolsas faríngeas, descritos erróneamente como *papilomas preauriculares*; la nariz, su simetría, la permeabilidad de las fosas nasales, características de los huesos propios y cartílagos, el ancho de la pirámide nasal, su dorso y alineación, proyección de la punta, forma

de las escotaduras narinarias, ancho y altura de la columela, presencia y tamaño de la espina nasal anterior, suelo nasal, su continuidad, inserción de la musculatura nasogeniana; los surcos naturales, conservación, difuminación o borrado de los surcos nasogeniano, mentoneano, nasolabial o subpalpebral; el contorno facial, la integridad de la piel, erupciones, fistulas, distribución y cantidad del vello, su coloración y textura, presencia de tumoraciones y sus características, hundimientos, zonas dolorosas, la musculatura de la expresión, la musculatura masticatoria, su sensibilidad, tono y volumen; el examen del perfil facial. Debemos observar por ambos lados. La cabeza puede hallarse adelantada por anteposición, estiramiento cervical o por inclinación anterior o posterior. Puede existir alteración de la lordosis cervical que sugiera alteraciones propias de la columna o una posición que favorezca la ventilación. Esta condición debe relacionarse con la capacidad para mantener espontáneamente los labios en contacto –competencia labial- y con el tamaño de la mandíbula. También observar el mayor o menor avance del piso superior de la cara respecto la columna cervical y al tamaño y posición del cráneo y de la mandíbula; el tamaño y posición de las ramas y cuerpo mandibular; la relación de la arquitectura craneofacial y los fenómenos ventilatorios; las escotaduras mandibulares preangulares ya que su mayor profundidad se asocia directamente al retognatismo; la longitud de las ramas ascendentes mandibulares y la distancia entre el ángulo mandibular y el lóbulo de la oreja. Este último es un buen indicador del desarrollo vertical de las ramas mandibulares y permite comprobar qué lado es el responsable de una asimetría mandibular o facial y si la misma es secundaria a un exceso o a un déficit de longitud de la rama respectiva. Al evaluar la arquitectura facial, relacionamos sus funciones con la morfología que la sustenta, permitiendo formarnos un juicio de la calidad ventilatoria del niño y por ende de trastornos obstructivos de la vía aérea superior y su correlato de SAHOS o de resistencia de la vía aérea superior. Esta información debemos asociarla a los antecedentes de una eventual ocupación patológica de la VAS por amígdalas o adenoides engrosados y con la forma y tamaño de la lengua. De este modo vamos constituyendo una unidad de análisis, útil para entender condiciones y cuadros patológicos variados, respiratorios, conductuales, neurocognitivos o del crecimiento y desarrollo craneofacial, que de otro modo es difícil comprender.

Examen bucal

En un recién nacido, este examen debe ser hecho asistido con un laringoscopio. En niños mayores y en adolescentes, debemos hacerlo provistos de excelente iluminación e instrumental de examen bucal. Sistemáticamente, debemos avanzar desde los labios al vestíbulo y luego explorar la boca propiamente tal. Se debe evaluar las diferentes mucosas de recubrimiento, diferenciando la calidad que cada una de ellas posee. La mucosa gingival, la mucosa de los vestíbulos, la mucosa labial, los tres tipos de mucosas palatinas, la mucosa velar y la faríngea. Cada una de ellas con sus particularidades que indican su estado funcional o patológico. Veremos los dientes -recordando que son veinte en la dentadura temporal y treinta y dos en la fórmula dentaria adulta, sin considerar los eventuales dientes supernumerarios- la bóveda palatina y la indemnidad de ella, valorar su grado de desarrollo transversal y sagital, los pilares palatinos anteriores y posteriores, las amígdalas, la pared posterior de la faringe, la lengua. La evaluación de las tumefacciones patológicas constituye un desafío. Su aparición puede ser súbita o progresiva, estar recubiertas con un color, normal –rosado coral pálido-, alterado brillante, violáceo –quistes de erupción-, pálido, dando cuenta de su constitución, irrigación y carácter. Sus límites pueden ser netos o difusos. El examen de los dientes debe practicarse aisladamente, es decir diente por diente, evaluar cada diente respecto sus vecinos, su alineamiento y ordenamiento, relación con estructuras vecinas, tales como los dientes antagonistas. Los dientes como un conjunto funcional se analizan como arcada dentaria y en ella se ve la relación sagital

de las mismas, maxilares y mandibulares. Un punto importante de considerar es la relación de la arcada dentaria con la lengua. Indirectamente analizamos las características linguales, la forma y tamaño de la lengua, estrechamente vinculada a lo anterior, la presencia de alguna impronta en la lengua, dando cuenta o bien de una falta de desarrollo óseo transversal, maxilar o mandibular, una macroglosia relativa o un crecimiento exagerado de la lengua, una macroglosia verdadera. Sobre la posición de la lengua también tiene influencia la presencia y grado de desarrollo de las amígdalas palatinas y de la forma respiratoria y postura de la cabeza. Debemos prestar atención a la movilidad y observar la superficie de la lengua, ya que podemos ver reflejados problemas pediátricos de tipo oncológicos, metabólicos, endocrinológicos u otros. La presencia de halitosis, más allá de poder reflejar un déficit en la higiene dentaria, también puede indicar problemas de orden general. Se debe practicar también un examen de la movilidad o dinámica mandibular. Debemos evaluar la conservación de la apertura bucal y la capacidad del niño de desplazar su mandíbula hacia delante, protrusión y hacia los lados, deducción mandibular, abolida en las fracturas condilares. La dinámica lingual y su relación con el frenillo. Es importante evaluar las tumefacciones infecciosas intrabucales. Entre ellas la ocupación purulenta de alguna región vestibular, un vestíbulo ocupado, que corresponde a un absceso submucoso, clásicamente asociado a una complicación de caries dentaria, la gangrena pulpar o necrosis séptica polimicrobiana de la pulpa. La aparición de estos abscesos es precedido habitualmente por un cuadro intensamente doloroso, acompañado o no de edema facial, la fluxión de cara, signo a su vez de la instalación de un absceso subperióstico. Este cede al drenar el pus al tejido laxo submucoso del vestíbulo bucal. En relación a la etiopatogenia de las tumefacciones faciales inflamatorias vemos diversos tipos. La de límites difusos y de aparición rápida, fluxión de cara, o bien de instalación más lenta, de consistencia renitente y límites más definidos, el osteoflegmón cuyo origen es dentario, frecuentemente con el antecedente de odontalgia. Si es una tumefacción de límites más difusos y con el antecedente de inicio a partir de una pequeña tumefacción facial, de un "porotito", contamos con el dato inequívoco para el diagnóstico de adenoflegmón, cuadro de similar presentación pero con una etiopatogenia y una terapéutica completamente diferente. Podemos afirmar, finalmente, que la presencia de dientes condiciona en gran medida la semiología máxilofacial pero de ningún modo la hace excluyente a los factores comunes de la semiología general. Esto se transforma en un mensaje para los pediatras, para que consideren los dientes como posibles sospechosos en sus ejercicios semiológicos y para los dentistas, que piensen en los múltiples factores de orden general que determinan trastornos en el área máxilofacial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asaadi MM, Iqbal SM, Elgamal EA, Salih MA, Gozal D. Sleep-disordered breathing in children with craniosynostosis. *Sleep Breath*. 2012 Apr 26. [Epub ahead of print].
2. Rambaud C, Guilleminault C. Death, nasomaxillary complex, and sleep in young children. *Eur J Pediatr*. 2012 Apr 11. (Epub ahead of print).
3. Serra-Negra JM, Paiva SM, Flores Mendoza CE, Ramos Jorge ML, Pordeus IA. Association among stress, personality traits, and sleep bruxism in children. *Pediatr Dent*. 2012; 34(2): 30-4.
4. Yuvaraj V, Alexander M, Pasupathy S. Microflora in maxillofacial infections—a changing scenario? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 70(1): 119-25.
5. Smith GA, Riedford K. Epidemiology of Early Childhood Caries: Clinical Application. *J Pediatr Nurs*. 2012 May 17 (Epub ahead of print).