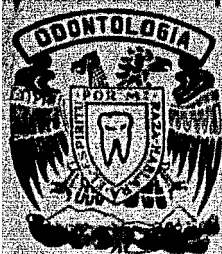


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



METODOS DE DETECCION, DIAGNOSTICO Y
ENFERMEDADES BUCALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
EMILIO MIRAMONTES ARROYO

1979

15048



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

CAPITULO I

TIPO DE DIAGNOSTICO

CAPITULO II

DIAGNOSTICO A TRAVES DE LOS DATOS - - ANAMNESICOS

CAPITULO III

EXPLORACION DE BOCA Y ZONAS CIRCUNDANTES

CAPITULO IV

EXAMENES DE LABORATORIO

CAPITULO V

EXAMEN ROENTGENOGRAFICO

CAPITULO VI

EXAMEN PSICOLOGICO Y PSICOPATOLOGICO

CONCLUSION

INTRODUCCION

La Diagnósis que en la actualidad continúa siendo un arte, es una de las principales armas con que cuenta el Cirujano Dentista para afrontar la lucha contra las enfermedades bucales, ya que los procedimientos y medios están expuestos de una forma clara; de ahí que la ciencia da oportunidad de llegar al éxito a todo el profesional de la medicina.

No debemos dejar de practicar las técnicas y conocimientos adquiridos en las aulas y fuera de ellas; en el ejercicio de la profesión de gran utilidad para llegar al diagnóstico correcto y rápido.

De esta manera, creo que nuestra profesión será cada día más científica, reconocida por la sociedad como una verdadera especialidad, de ahí mi inquietud de reafirmar y profundizar en el conocimiento de esta rama.

A la consideración de los Honorables Señores del Jurado, presento este pequeño pero fecundo trabajo.

CAPITULO I

TIPOS DE DIAGNOSTICO .-

a) DEFINICION Y GENERALIDADES DEL DIAGNOSTICO .-

Para iniciar el estudio del diagnóstico, trataremos de analizar algunas definiciones que nos lleven a sacar conclusiones y que nos orienten hacia un conocimiento más completo de lo que representa el diagnóstico en general; y en especial el que nos ataña, que es el diagnóstico bucal .

Diagnóstico - La palabra diagnóstico se compone de dos vocablos que son: a través, a parte, más allá, y conocimientos - según la definición de Mc Gehee y de otros autores la diagnóstico es el arte de distinguir una enfermedad de otra y el arte por medio del cuál se determina la naturaleza de la enfermedad, haciendo un estudio de sus diversas características .

Diagnóstico es el conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el médico o el dentista para reconocer por medio del estudio de los diversos signos y síntomas, la naturaleza de una enfermedad; así por ejemplo en odontología la diagnóstico incluye: la historia clínica, el examen de la boca, el reconocimiento médico, los estudios de laboratorio, los estudios radiológicos; y la -

interpretación de los hallazgos logrados con cada uno de ellos.

Se ha definido también como el "arte" o el acto de reconocer la existencia de una enfermedad por sus signos y síntomas así como la determinación de su naturaleza (Hulse). Otros autores han definido la diagnósis bucal como el acto o el arte de reconocer la existencia de estados morbosos o anormales de los dientes y de los órganos y tejidos accesorios o contiguos, por medio de sus signos y sus síntomas además, para determinar la naturaleza de la enfermedad.

Podríamos aproximarnos a una definición de diagnóstico: "Es el juicio, la opinión que se forma el dentista, podríamos decir el diagnóstico que hace después de estudiar y comparar los diversos datos aportados por la diagnóstico y que le hace llegar a una conclusión acerca de la naturaleza de la enfermedad".

De estas definiciones podríamos sacar por conclusión que en términos generales, el diagnóstico es el arte en virtud -- del cual se reconocen las enfermedades, estudiando sus síntomas subjetivos y objetivos, sus características y todos los demás signos que puedan servir de guía.

Quando estudiamos el diagnóstico clínico, es importante tener en cuenta ciertos principios fundamentales; en primer

lugar debemos considerar la boca como un órgano, a su vez, ser considerado en su totalidad como parte inseparable del cuerpo humano. Es este el concepto biológico de la función normal de la boca. También se recordará que en la boca pueden presentarse manifestaciones de enfermedades generales y locales. Estas últimas pueden originarse dentro de la propia cavidad bucal. En cualquier caso el cirujano dentista debe reconocer dichas manifestaciones como estados patológicos y debe llegar al diagnóstico mediante el perfecto entendimiento de éstos factores biológicos y médicos combinados, que son los que constituyen los procesos médico biológico.

Cuanto más exactos sean los datos que se obtengan durante el proceso de la diagnosis, más juiciosa será la decisión y - por lo mismo, más correcta habrá de ser el diagnóstico. De aquí que nunca es prudente hacer una diagnosis apresurada y arribar a conclusiones prematuras, sino proceder cuidadosa y detenidamente en cada uno de los diversos pasos antes de planear un tratamiento.

Los principios fundamentales en que descansa el diagnóstico correcto son:

1. La técnica.- Esta incluye la recopilación sistemática de los diversos datos clínicos y hallazgos de laboratorio que son indispensables para el estudio de la enfermedad. Es el procedimiento -

correcto, preciso que debe seguirse al hacer la Historia Clínica.

2. La clínica.- Abarca el examen y el estudio minucioso y sistemático de la boca en particular y del organismo con el objeto de conocer su estado físico. La clínica es el auxiliar del dentista para formarse un juicio más o menos exacto de la enfermedad.

3. La experiencia y la habilidad.- Incluye no sólo la experiencia adquirida en la práctica y el contacto constante con las enfermedades de la boca, sino también los conocimientos teóricos adquiridos en las aulas acerca de las ciencias médicas y biológicas, que son la base de la odontología científica.

La compilación de datos consta de los siguientes -
procedimientos:

1. El examen de la boca .
2. El examen de los dientes .
3. La anotación en la hoja clínica respectiva de los datos obtenidos .
4. La determinación de los factores etiológicos de la enfermedad cuando esto sea posible .
5. La diferenciación del estado patológico como un síntoma -- local de alguna enfermedad orgánica general .
6. La diferenciación del estado patológico como un síntoma general de alguna enfermedad local de la boca .
7. La indagación del tratamiento bucal quirúrgico, médico o - funcional (restaurador) que se hayan hecho con anterioridad .
8. La indagación del tratamiento general a que se haya sometido al paciente antes de venir a la consulta .
9. La determinación de otras enfermedades de los diversos - órganos ajenos a la cavidad bucal .

Desde luego que no es indispensable someter a ~
cada uno de nuestros pacientes a exámenes detallados y estudios mi-
nuciosos que requieren los procedimientos antes mencionados, aquí -
cabe mencionar que el criterio del dentista es el que decidirá al ~ -

respecto .

Nos valdremos de dos procedimientos generales para poder llegar al diagnóstico; el procedimiento clínico y el del laboratorio; ambos importantes y necesarios para establecer reciprocidad de los datos obtenidos y para formarse un juicio preciso de la enfermedad.

Hallazgos clínicos .-

En este renglón podemos aseverar que es de vital importancia para el Odontólogo que se inicia, observar directamente gran cantidad de estados patológicos bucales para poder acumular experiencias, lo que definitivamente, sólo se logra a través del ejercicio profesional constante; desde luego auxiliado por libros y revistas, pero nunca podrá ser sustituida la eficacia de la observación directa y frecuente de las enfermedades .

Hallazgos radiológicos .-

En la mayoría de los pacientes es indispensable el estudio Roentgenografico como ayuda en el diagnóstico, ya que con este medio descubrimos muchos estados patológicos de los que no se tenía la menor sospecha .

Diagnóstico físico .-

La Odontología ha dado gran importancia a la necesidad de investigar el estado físico del paciente; entre otras muchas razones para determinar la seguridad o los peligros que ofrecerá un paciente que será sometido a una operación quirúrgica; por ejemplo en las extracciones y otras operaciones de cirugía menor en la boca, tienen contraindicación precisas como son la diabetes, las cardiopatías, etc.

Hallazgos de laboratorio.-

Estos incluyen los estudios bacteriológicos, químicos e histopatológicos, los cuales son de gran importancia para el dentista que tiene el conocimiento necesario para darle a los resultados la interpretación clínica correcta.

La bacteriología será de gran ayuda en ciertas operaciones bucales, ejemplo, en infecciones de Vincent y otras graves infecciones de la boca.

Hallazgos histopatológicos.-

Para hacer un diagnóstico diferencial es muy frecuente y necesario practicar un estudio histopatológico, como sucede en los pacientes que padecen tuberculosis, sífilis, neoplasmas de quistes, etc.

La experiencia en el diagnóstico clínico ayudan al Odontólogo a diferenciar los estados patológicos más sencillos de los casos complicados que requieren de estudios más detallados .

b) DIAGNOSTICO INMEDIATO .-

Este término es utilizado para designar el procedimiento de identificación de cualquier alteración que se hace liberalmente "en el mismo sitio", así un diagnóstico inmediato se hará por lo general basado en una o dos sugerencias clínicas o Rayos X, sin que lo corroboren datos obtenidos por otras fuentes . Generalmente este método de diagnóstico es poco utilizado debido a lo incompleto que viene siendo , tomando en cuenta lo imprescindible y necesario que es la mayor obtención de datos posibles , ya que esto nos hará conocer a fondo al paciente y nos será de gran ayuda durante el transcurso del tratamiento .

Aunque el diagnóstico inmediato puede considerarse como una forma de diagnóstico clínico y radiográfico , también puede ser correcto; el profesional más experto evitará este procedimiento; por lo consiguiente debemos eludir hasta donde sea posible elaborar este tipo de diagnóstico , ya que podríamos incurrir en algún error , al no ser los datos obtenidos de entera confianza , ya que su

validez es relativa pudiendo resultar perjudicial tanto al paciente como al profesional.

Generalmente se elabora este tipo de diagnóstico en casos de emergencia o cuando no se cuenta con los elementos indispensables; pero su frecuencia pueda acentuarse en casos de lesiones que no se descubre causa aparente que explique la presencia de una lesión; si existe una sospecha clínica de cancer, debe realizarse una biopsia de inmediato, al igual que si hay sospecha de enfermedad general, debe remitirse al paciente a un laboratorio para que se le efectúen las pruebas pertinentes.

c) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .-

Este tipo de diagnóstico por el contrario del inmediato es un método que por su misma naturaleza, proporciona el mayor grado de seguridad; y por lo tanto el Odontólogo tiene mayores posibilidades de éxito y una mayor visión del caso a tratar. Se considera al diagnóstico diferencial la acumulación y selección de datos importantes a partir de todos los puntos posibles antes de emitir un juicio definitivo. La habilidad del cirujano dentista y su conocimiento de lo normal y lo anormal, son aspectos importantes para establecer con éxito un buen diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial es el estudio analítico de las diversas enfermedades que tienen cierta semejanza entre sí y la diferenciación que vamos a hacer de ellas por medio de los síntomas y signos en comparación.

Al hacer este tipo de diagnóstico se considera necesario tener en mente antes del tratamiento:

- a) Tiempo exacto o aproximado en que se presentó la enfermedad (estado evolutivo)
- b) Tamaño de la lesión.
- c) Sitio que ocupa al ser reconocida.
- d) Que probabilidad de infección existe.
- e) Estado de los dientes y boca.
- f) Dolor y molestias.

Debemos tener en cuenta una perfecta familiarización con el proceso anormal que afecta a la boca y a los maxilares, además el estar enterado de las técnicas de laboratorio adecuadas -- así como la interpretación de los resultados alterados; contar con la destreza necesaria en la preparación de las partes diagnosticadas del caso enunciado. Debemos interrogarnos que aspectos y facetas de la enfermedad de un paciente que aún no ha sido diagnosticado es preciso conocer para identificar la enfermedad.

d) DIAGNOSTICO TERAPEUTICO .-

En la práctica diaria, en ocasiones sucede que el Odontólogo se enfrenta a casos en los cuales el diagnóstico se establece después de iniciar el tratamiento. Esto viene al caso debido a que hay algunas enfermedades que es difícil establecer su identidad basándose exclusivamente en el cuadro clínico (historia clínica, datos de laboratorio, o ambos, pero que se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico). Las reacciones y respuestas al tratamiento nos darán la clave para el diagnóstico.

Sin embargo, es frecuente en el ejercicio de la profesión, emplear esta técnica de diagnóstico; lo más recomendable es que se use sólo en determinados casos en los que el diagnóstico no puede establecerse de otra forma.

El diagnóstico terapéutico, debe limitarse, así - pues, cuando no hay mejoría; debe suprimirse para proceder a la elección de otras alternativas de diagnóstico. Podemos mencionar como - ejemplo la Hipoavitaminosis crónica en la cual, el tratamiento nutricional y vitamínico puede ser eficaz y a la vez será diagnóstico.

e) DIAGNOSTICO QUIRURGICO .-

En el consultorio es frecuente que se presenten -

pacientes en los cuales establabaremos el conocimiento de una enfermedad mediante la exploración quirúrgica, teniendo en mente de antemano las técnicas quirúrgicas a elegir y sus posibles secuelas o consecuencia que podría traer el hecho de emplear una u otra técnica.

En el caso de una sospecha de un absceso subperiostico agudo, por ejemplo, lo confirmaremos mediante una incisión a nivel de la zona roja del absceso que es donde se localiza el contenido de dicha alteración y que al realizar esta maniobra nos producirá la liberación del exudado purulento; sin embargo, como medida acertada se puede colocar una cánula, dique de hule o penton, que facilitará la eliminación total de pus.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO A TRAVES DE LOS DATOS ANAMNESICOS .-

a) GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLINICA .-

La historia clínica juega un papel imprescindible y básico en lo concerniente al diagnóstico del estado de salud general y bucal; esta técnica de diagnóstico, es en la actualidad indispensable - en la práctica general:

1. Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado de salud general del paciente ni su bienestar.
2. Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinado medicamento destinado a su tratamiento puedan entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
3. Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
4. Para conservar un documento gráfico que pueda resultar - útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

La historia clínica, considerada en tiempo atrás, -- como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial,

se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica general.

Una definición aproximada de la historia clínica sería: "El resultado de la recopilación de datos obtenidos a través de los métodos de exploración clínica que nos van a dar el estado anatómico y funcional en que se encuentra un organismo, para establecer un diagnóstico, instituir un pronóstico y sentar las bases de un tratamiento."

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica; algunos optan por registrar la información en una hoja de papel blanco, mientras que otros prefieren servirse de impresos con una pauta que guía el interrogatorio.

Un cuestionario sanitario nos servirá como un instrumento útil en la búsqueda de datos acerca de la salud, que de ninguna manera deberá substituir la historia clínica detallada, que tal vez sea necesaria en algunos casos.

La elaboración de la historia implica algo más que la obtención de información acerca de la principal molestia del paciente. También incluye la exploración de los antecedentes familiares y hereditarios, la historia clínica de la familia y la historia clínica personal.

Antes de iniciar un tratamiento es importante saber si el paciente padece de cardiopatía, una diátesis hemorrágica, alergias u otras complicaciones médicas. El conocimiento de cualquier enfermedad grave entre los miembros de la familia del paciente, primordialmente los hereditarios o contagiosos, recae en las decisiones diagnósticas o terapéuticas.

Para el Odontólogo será muy útil tener algunas preguntas claves que den una panorámica rápida del paciente que está tratando.

De ahí, que el cuestionario sanitario completo debe ser enfocado sólo a personas en las que verdaderamente sea necesario, ya que ahorraremos tiempo y esfuerzo en el interrogatorio al paciente.

Las preguntas claves para un tipo de paciente común, que nos dará la seguridad de que no ocurrirá nada fuera de lo normal durante el tratamiento operatorio y postoperatorio, podríamos apuntar:

b) PREGUNTAS CLAVES PARA EL DIAGNOSTICO .-

1. Nombre, sexo, edad, dirección, teléfono, ocupación; - -
Éstas preguntas nos orientarán en primer término: sobre que tipo de

persona se tratará; aparte de esto, completará nuestra opinión; la actitud, conformación corporal y facial del paciente; la edad y constitución juegan un papel importante ya que en ocasiones el profesional tendrá que adoptar diferentes actitudes con cada uno de sus pacientes de ahí que el médico ha de ser versátil en su personalidad, siendo la principal intención de que el paciente se sienta en confianza y dispuesto a cooperar en los diferentes tratamientos.

2. Investigar si el paciente se encuentra en tratamiento médico. En caso afirmativo, conocer que enfermedad padece. El estado de salud en general del paciente. lo podemos considerar con este ~~pre-~~
~~guntas~~

3. Conocer su padecimiento o si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades y trastornos:

a) Fiebre reumática o cardiopatía reumática. Esta enfermedad esta asociada generalmente con afecciones en las válvulas cardiacas, cuando se atiende a un paciente con este tipo de padecimiento, deberá medicarse con profilácticos y antibióticos antes de someterlo a tratamientos de manipulación de tejidos.

b) Lesiones cardiacas congénitas.- Estos pacientes necesitan también de los medicamentos descritos arriba; se deberá consultar al médico de cabecera. En este tipo de pacientes

deben tomarse precauciones especiales.

c) Enfermedad cardiovascular. - (trastornos cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencias coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis, apoplejía). Dolor de pecho después de los esfuerzos. - El dolor de pecho generalmente indica angina de pecho y alteraciones arterioscleróticas de los vasos coronarios que disminuyen su diámetro e impiden el paso de la sangre en la cantidad requerida por el ejercicio.

4. Questionar si ha tenido hemorragias anormales en extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos. - Con esta indagación el dentista debe determinar si el paciente tiene tendencia hemorrágica. Si tuviera alguna duda sobre este aspecto, debido a que el paciente no proporcionara toda la información requerida, lo mejor será enviar al paciente a consulta médica o a un laboratorio clínico con el fin de que determinen el tiempo de coagulación, el tiempo de protrombina y de tromboplastina.

5. Indagar si el paciente toma algún preparado medicamentoso. Con esta pregunta de suma importancia el dentista debe aclarar que está refiriéndose a cualquier medicamento, incluso los que se adquieren sin receta médica. Podría ser que esta única pregunta diera la información acerca del estado de salud del paciente.

6. ¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a: --
anestésicos, --aunque es muy rara la alergia a los anestésicos, si
el paciente ha tenido reacción alérgica muy intensa y se conoce --
bien el agente específico, hay que remitir al paciente a un alergó-
logo--; penicilina u otros antibióticos --en este medicamento, es --
menos raro encontrar personas alérgicas; deberá anotarse en su --
ficha claramente y usar un antibiótico de elección que será la Eritro-
micina--.

7. ¿Ha sufrido algún trastorno importante en ocasión de --
algún tratamiento dental anterior?

¿Cuándo visitó a su dentista por última vez?

¿Que tratamiento le dió?

Las respuestas que nos dé nuestro paciente nos
ayudará a conocer el interés sobre su salud oral en el pasado y en
general nos dará la pauta del plan de tratamiento.

HISTORIA CLINICA

Nombre: JUAN MANUEL GASTELUM M.

Dirección Calle 14 de Abril y Xicotencatl Teléfono 4-09-88

Estado Civil Soltero Sexo Masculino Edad 30 años

Ocupación Ingeniero Industrial

¿Cuál es su principal trastorno bucal ENCIAS SANGRANTES Y
DOLOR DENTAL

Nota: Marque con un círculo la palabra "SI" en caso de que su respuesta sea afirmativa y en el caso de ser negativa marque con un círculo la palabra "NO"

Las preguntas y respuestas siguientes, son únicamente para nuestro archivo y se considerarán como confidenciales.

1. Padece usted trastorno o alguna enfermedad? SI - NO
 - a) Ha observado alguna alteración de su salud general durante el pasado año? SI - NO

2. Mi último reconocimiento físico fué en: _____
_____ SI - NO

3. Está en tratamiento Médico? SI - NO
 - a) En caso afirmativo que enfermedad padece

4. Ha padecido alguna enfermedad grave? SI - NO

a) En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad?

5. ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los últimos cinco años? SI - NO

a) En caso afirmativo ¿Cuál fue el problema?

6. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos? SI - NO

a) Fiebre reumática, SI - NO

b) Lesiones cardiacas congénitas SI - NO

c) Enfermedad cardiovascular (trastorno cardiaco, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusion coronaria, tension arterial elevada, hipertension, etc., etc.) SI - NO

1) Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos? SI - NO

2) Le falta el aliento después de un ejercicio moderado? SI - NO

3) Se le hinchan los tobillos? SI - NO

4) Tiene dificultades para respirar cuando está acostado o necesita almohada cuando duerme? SI - NO

d) Alergia SI - NO

e) Asma o fiebre del heno SI - NO

f) Urticaria o erupción cutánea SI - NO

g) Desvanecimiento o ataques SI - NO

h) Diabetes SI - NO

- 1) ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día? SI - NO
- 2) ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia? SI - NO
- 3) ¿Nota a menudo sensación de sequedad de la boca? SI - NO
- i) Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática . . . SI - NO
- j) Artritis SI - NO
- k) Reumatismo inflamatorio SI - NO
- l) Úlceras gástricas SI - NO
- m) Trastornos renales SI - NO
- n) Tuberculosis SI - NO
- o) Tiene los parásitos y ha expectorado sangre alguna vez? SI - NO
- p) Hipotensión SI - NO
- q) Enfermedades venéreas SI - NO
- r) Otras enfermedades SI - NO
7. ¿Ha tenido hemorragias anormales derivadas de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos? SI - NO
- a) Se produce equimosis con facilidad? SI - NO
- b) Ha necesitado alguna vez de transfusión sanguínea? SI - NO

En caso afirmativo:—explique en que circunstancias

8. ¿Padece algún trastorno de la sangre, por ejemplo Anemia? SI - NO
9. ¿Le han operado o le han aplicado radioterapia - por un tumor, abultamiento o cualquier otra alteración de la boca o de los labios? SI - NO
10. ¿Toma algún preparado medicamentoso? SI - NO
- En caso afirmativo: diga cuál es: _____
11. ¿Toma algún preparado que se menciona a continuación:
- a) Antibióticos o sulfamidas SI - NO
 - b) Anticogulantes para aclarar la sangre SI - NO
 - c) Medicamentos para la presión sanguínea elevada SI - NO
 - d) Cortisona (Corticoides) SI - NO
 - e) Tranquilizantes SI - NO
 - f) Aspirinas SI - NO
 - g) Insulina, tolbutamida (orinase) o productos similares SI - NO
 - h) Digital u otro preparado cardiotónico SI - NO
 - i) Nitroglicerina SI - NO
 - j) Otros preparados SI - NO
12. ¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a:
- a) Anestésicos locales SI - NO
 - b) Penicilina u otros Antibióticos SI - NO

- c) Sulfamidas SI - NO
- d) Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio. SI - NO
- e) Aspirina SI - NO
- f) Yodo SI - NO
- g) Otras sustancias SI - NO
13. ¿Padece alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y ha considerado no manifestarlo? SI - NO

En caso afirmativo:- Explique cual es

14. ¿Tiene dolor en la boca? SI - NO
15. ¿Le sangran las encías? SI - NO
16. ¿Cuándo visita al dentista por última vez? _____
17. ¿Que tratamiento le dió? _____
18. ¿Ha sufrido algún trastorno importante con motivo de algún tratamiento dental anterior? SI - NO

En caso afirmativo:- exponga que ocurrió: _____

Mujeres .-

19. ¿Está embarazada? SI - NO
20. ¿Sufrir trastornos relacionados con el período menstrual? SI - NO

OBSERVACIONES: _____

Fecha _____ Firma Paciente _____

_____ Firma del Dentista _____

CAPITULO III

EXPLORACION DE BOCA Y ZONAS CIRCUNDANTES .-

a) EXAMEN BUCAL .-

Un factor muy importante para lograr el diagnóstico es el estudio anatómico y fisiológico; ya que no se podrá conocer el origen de una enfermedad orofacial sin tener los conocimientos necesarios de la estructura de esta zona a intervenir.

En el examen bucal deberemos observar cuidadosamente cada una de las partes que integran el aparato bucal, estomatognático para, con este reconocimiento poder sacar algún dato anormal que nos pudiese llevar al diagnóstico de alguna alteración. Esto será poniendo en acción los métodos de exploración que se requieran.

Un examen clínico bucal completo comprende lo siguiente: la inspección visual, palpación y sondeo.

La vista se utiliza en todos los exámenes, independientemente de los demás que se haga, pero hay algunas observaciones básicas que sólo pueden hacerse mediante la vista, con una inspección visual, pueden determinarse tumefacciones y ulceraciones -

en la piel y en mucosa oral, el tamaño y forma de una lesión elevada, las alteraciones de color y algunas lesiones de caries.

Labios .-

1o. Pared Anterior .- Presentan dos caras, una externa cubierta por piel (generalmente cubierta de pelo) y una cara interna recubierta por mucosa la que continúa con la totalidad de la mucosa de la cavidad oral; además encontraremos dos repliegues fibromucosos que constituyen los frenillos labiales (superior e inferior) al lado de éstos, encontraremos otros frenillos accesorios; debe señalarse a nivel de bordes, representando cada labio un borde llamado borde bermellón, está recubierto por un epitelio de transición, también presenta dos comisuras (asiento de problemas patológicos). Los labios, son repliegues musculomembranosos, formados anatómicamente por los músculos orbiculares de los labios.

2o. Pared Posterior .- Es la formada por el paladar blando que incluye la uvula, el pilar anterior (ambos lados) tercio posterior de la lengua donde se encuentran las papilas calciformes que forman la "V" lingual y en el vértice se encuentra el agujero ciego que es un vestigio de un conducto que en el embrión se encuentra al bajar la glándula tiroides.

30. Pared Lateral.- Formada por la cara interna del carrillo, lo importante a estudiar es la permeabilidad o no de la salida del conducto, estructura denominada Conducto de Stenon a la altura del segundo molar.

El límite superior e inferior se limitan en los surcos vestibulares o surcos gingivovestibulares; la pared perióstica está formada por la Boveda Palatina, la cual está constituida en su parte anterior por paladar duro y su parte posterior por paladar blando. En la parte anterior tenemos la papila palatina, que corresponde anatómicamente en estructura ósea al conducto naso palatino, también encontramos las arrugas palatinas que ayudan a la formación del bolo alimenticio y también los agujeros palatinos anteriores, que se localizan donde se encuentra implantado el último órgano dentario erupcionado.

40. Pared Inferior.- Encontramos la lengua a la que para su estudio se divide en tres tercios; en posterior que corresponde a la base de lengua, un tercio medio y uno anterior que corresponde a la punta de la lengua. Debemos recordar que lo que nos interesa es el tercio posterior; presenta una cara dorsal y una ventral; dos bordes.

En el piso de la boca deberemos observar un - -

refleja hemicuado que se denomina frenillo lingual, y a su lado -
dos papilas prominentes que corresponden a la salida del conducto
excretor de la glándula sublingual, denominado "conducto de Wharton",
también hay que ver si son o no permeables, al lado del frenillo lin-
gual se encuentran también unos conductos excretores terminales que
corresponden a conductos excretores de la glándula sublingual (17 o -
18 conductos de cada lado, éstos se denominan de Rivinus.

56. Enca o Parodonto.- Observaremos colora-
ción, forma, volumen, altura, consistencia y rigidez.

57. Mucosa.- Observaremos color, consistencia,
y altura, malocclusiones, prótesis, oclusión horizontal y vertical,
movilidad y estado radiográfico, oclusión, pigmentación.

70. Maxilares y Mandíbula.- El estudio será -
bimanual para analizarlo comparativamente, tratando de buscar alte-
raciones de continuidad anatómica, que van a hablar de alguna lesión
traumática y tumorales.

80. Articulación temporo mandibular.- Tam-
bién será estudiada bimanualmente, se hará que el paciente haga -
movimientos exagerados de cierre y apertura bucal, movimientos -

repliegue fibromucoso que se denomina frenillo lingual, y a su lado dos pequeñas prominencias que corresponden a la salida del conducto excretor de la glándula submaxilar, denominado "conducto de Warton", también hay que ver si son o no permeables, al lado del frenillo lingual se encuentran también unos conductos excretores terminales que corresponden a conductos excretores de la glándula sublingual (17 o 18 conductos) de cada lado, éstos se denominan de Rivinus.

6o. Encía o Parodonto.- Observaremos coloración, forma, volumen, altura, consistencia y superficie.

6o. Dientes.- Tipo de dentición (temporal, permanente o mixta); número, caries, obturaciones, dientes presentes y ausentes, malposiciones, prótesis, percusión horizontal y vertical, movilidad y estudio radiográfico, oclusión, pigmentación.

7o. Maxilares y Mandíbula.- El estudio será bimanual para analizarlo comparativamente, tratando de buscar alteraciones de continuidad anatómica, que van a hablar de alguna lesión traumática y tumorales.

8o. Articulación temporo mandibular.- También será estudiada bimanualmente, se hará que el paciente haga movimientos exagerados de cierre y apertura bucal, movimientos -

de lateralidad, protrucción y retrucción; podemos percibir chasquidos, colocamos los dedos índices y ambas manos en las articulaciones a - dos centímetros por delante del tragus, en ocasiones se hace introduciendo los dedos índices en el conducto auditivo externo.

9o. Glándulas Salivales.- Parotida, se encuentra en el lóculo parotídeo; el límite anterior corresponde al borde posterior de la rama ascendente de la apófisis mastoideas, por arriba -- corresponde al conducto auditivo externo; exploraremos si hay alguna alteración de forma, volumen, dolor. Después se estudia la Glándula Sublingual, junto con su conducto excretor (conducto de Wharton), -- ¿alguno presenta patología?

10o. Ganglios Linfáticos.- Son primordialmente la cadena parotídea sublingual y submentoniana. Podemos encontrar dos tipos de enfermedades ganglionares: Infecciosa, cuya característica es lesión blanda, dolorosa y móvil; y tipo Metastásico, en éste, los ganglios son duros, no dolorosos y no se desplazan, y en la boca se pueden encontrar padecimientos congénitos, infección de desarrollo metabólicos y traumatismos.

Palpación.-

La palpación o manipulación manual es otro méto

do de exploración que para determinar la consistencia de una tumoración, la textura de una leucoplaquia, o la movilidad de un diente es necesario usar.

Los labios, la mucosa bucal, la lengua y el suelo de la boca se palpan bimanualmente o bidualmente. Si solamente se usa un dedo, una masa subyacente podría desplazarse ante su empuje y escapar a la detección. Con la palpación bimanual, en la que un dedo o una mano, empujan el tejido contra el segundo dedo o mano, se evita que esto ocurra.

Sonda

La sonda se emplea con frecuencia para detectar las lesiones de caries y las bolsas periodontales; pero además se le pueden dar otros usos; para demostrar trayectos fistulosos en el hueso y en el tejido blando el sondeo permite descubrir comunicaciones oral-antrales, igualmente puede determinarse la localización y la naturaleza de una obstrucción de los conductos de las glándulas salivales.

b) EXPLORACION DE CABEZA, CARA Y CUELLO.-

Es importante para el cirujano dentista tener --

conocimiento acerca de las clasificaciones que existen para los diferentes tipos de cráneos, así como las divisiones que hay del maxilo facial .

Cráneo .-

Normocéfalo .- Que es aquél en que la parte anteroposterior no varía de dos cifras numéricas (diámetro transverso - 17.5 cm.), y diámetro anteroposterior (diámetro 19.5 cm.).

Dalicocéfalo .- Es aquél en que el diámetro anteroposterior es mayor que el transverso.

Braquicéfalo .- Es aquél en el cual tiende a ser esferoide.

Naticéfalo .- Es aquél el cual tiene un surco semejando forma de nalga.

Escafocéfalo .- Aquí el cráneo tiene forma de quilla.

Acrocéfalo .- Se caracteriza por estar completamente aplanada en el occipusio (parte de atrás de la cabeza), están abultados los arcos superciliares.

Trigonocéfalo .- Existe un cráneo en forma de --
cráneo con aplastamiento en la porción posterior y estrechamiento en
la parte frontal .

Exploración de maxilo facial .-

Esta se divide para su estudio en tres segmentos : -
superior o frontal , segmento medio o maxilar , o bien , segmento resp_i
ratorio y un segmento inferior denominado mandibular o digestivo .

Frentes .- Se dividen en amplias o despajadas , --
medianas o estrechas ; una normal será de 5 cm . y una amplia será
mayor de cinco centímetros .

Estudiaremos por palpación e inspección la forma ,
estado de superficie , coloración de la piel , dirección de la frente que
puede ser recta , inclinada y lobulada ; hacer que el enfermo haga mo-
vimientos para mover la frente y vemos la acción del músculo para --
saber si hay o no parálisis de ese músculo . Observamos las arrugas
que se encuentran en las cabezas de las cejas que forma el entreciejo .
En algunos enfermos existe la giba frontal muy prominente y de las -
venas .

Región Palpebral .- Estudiaremos párpados . Dos

formaciones músculo-membranosas superior e inferior las que tienen dos caras, una superior (piel, una interna o posterior) representada por la mucosa interna; tienen un borde libre en el cual se implantan las pestañas y un ángulo interno donde localizamos el lóculo lagrimal, a 5 mm. de la apófisis orbitaria externa del temporal. Podemos encontrar entropión que es una rotación hacia dentro del párpado; ectropión, una rotación hacia afuera; podemos encontrar otro procedimiento triquisia, pestañas volteadas hacia globo ocular y distiquiasis -- una hilera supernumeraria de pestañas; investigaremos si hay logofthalmia, que es la imposibilidad de poder ocluir los párpados; blefaroptosis, imposibilidad de abrir los párpados; ptosis palpebral, semiabertura de los párpados; endema, tomamos el párpado con el dedo índice o pulgar, se presiona, se suelta, se observa si existe endema o una deprección, signo de godete o hoyuelo.

Observaremos la coloración que será la misma de la piel de la cara, excepto en su porción inferior encontramos un color azulado en forma de ojera.

Región Ciliar.- Es una zona que presenta dos cajas, una cabeza, cuerpo y cola; cuando hay ausencia de caja, hay problemas endocrinológicos y sífilis.

Región Nasal.- Forma de pirámide de base --

anteroinferior, dos paredes anterolaterales y una arista; observaremos forma superficial, coloración y dirección.

Tipos .- La raza negra platirrina leptorrina (raza blanca), rasorrina (americana); emplearemos palpaciones, inspección, prueba de laboratorio e interrogatorio.

Región Ocular .- Observaremos los movimientos de los ojos que tienen movimiento de lateralidad y elevación.

Podemos encontrar Estrabismo (bizzo), que puede ser unilateral, bilateral, vertical, central y exterior. Podemos observar Nistagmus, temblor de los ojos; Hemianopsia, que es la pérdida de la sensibilidad de la retina que ocasiona que no se puedan ver las partes terminales de los objetos; Midriasis, dilatación de la pupila, que puede ser lateral o bilateral; Anisocoria, cuando una pupila se contrae y otra se dilata; Isocoria, pupilas normales.

Exploración del cuello .-

Por medio de la palpación, buscamos los ganglios Linfáticos, colocando los dedos de ambas manos sobre la piel del cuello aproximadamente dos a cinco centímetros por debajo del borde inferior de la mandíbula.

Los dedos en posición perpendicular al cuello, han de presionar con firmeza, se hacen salir lentamente hasta llegar al borde de la mandíbula, de esta forma, se utiliza la mandíbula como pared sobre la cual se mueven los ganglios linfáticos. Los ganglios aislados, móviles, palpables, tienen escasa importancia y se encuentran en 40 a 60% de los pacientes sanos. Los ganglios linfáticos múltiples y los ganglios linfáticos inmóviles o fijos se han de examinar con todo cuidado.

La zona cervical se palpará en busca de ganglios linfáticos y de neoformaciones, colocando los tejidos que rodean al esternocleidomastoideo, entre el pulgar y los otros dedos presionando suavemente a medida que la mano se mueva en sentido vertical. La palpación de las zonas posteriores, auricular y occipital, se efectúa moviendo los dedos de ambas manos en dirección posterior, desde el músculo esternocleidomastoideo hasta que se encuentren en la zona medio occipital.

CAPITULO IV

EXAMENES DE LABORATORIO .-

Las pruebas de laboratorio clínico son medios - - auxiliares que permitirán al Dentista detectar enfermedades generales en pacientes que hagan sospechar de éstas .

Reafirmamos que las pruebas de laboratorio clínico serán complementarias junto con la historia clínica y la exploración , para poder detectar un paciente con enfermedad general, si el Dentista está sospechoso de una enfermedad , se pertinencia solicitar análisis para confirmarla o descartarla . Si los datos obtenidos nos confirman la presencia de alguna enfermedad y esto nos da la información necesaria para elegir al especialista que se deba remitir al paciente o bien permitirá al Dentista discutir los problemas del paciente con dicho especialista .

Para hacer el diagnóstico diferencial , será necesario las pruebas de laboratorio; un ejemplo sería un paciente que - se le trate de enfermedad Parodontal y no se logran resultados esperados , es muy posible que los análisis clínicos aclaren el fracaso - revelando una enfermedad general insospechada como la diabetes -

mielitis o la leucemia.

Las indicaciones de exámenes sanguíneos serán:

a) Los pacientes con una historia de pérdida de peso, irritabilidad, disnea, sequedad bucal; deben ser examinados para descubrir una posible anemia ferropénica, una leucemia, una diabetes mellitus, una anemia aplásica o una agranulocitosis.

b) Cuando la historia del paciente nos sugiera algún trastorno hemorrágico, deben realizarse las pruebas de laboratorio pertinentes, antes de que el cirujano dentista realice alguna intervención quirúrgica.

Los datos que nos lo sugerirán serán: hospitalización, transfusiones por hemorragias, enfermedad hepática reciente, tratamientos prolongados con aspirina, hemorragias excesivas después de extracción dentaria, o heridas pequeñas, equimosis con facilidad, hemorragia gingival espontánea sin causa local aparente.

Entre los hallazgos clínicos que nos sugerirán una enfermedad general y que puedan hacer necesario algún análisis de laboratorio, están entre ellos: la atrofia generalizada de las papilas linguales (anemia) Ictericia, los abscesos periodontales múltiples, la enfermedad periodontal rápidamente progresiva (sugiere una diabetes mellitus o una discracia sanguínea).

PROBLEMAS CLINICOS	PRUEBAS	MARGEN DE VARIACION
Problemas hemorrágicos	Pruebas Hemáticas Tiempo de protrombina Tiempo de Tromboplastina Prueba de recuento de plaquetas Prueba del fibrinógeno Concentración de fibrinógeno Retracción del coágulo	10 - 14 seg. (hecho con control) 35 - 45 seg. (hecho con control) 150,000 a 300,000/mm.cúbico. pocas plaquetas o ninguna. 100 - 300 mg/100 ml. completa en 24 horas.
Enfermedad de los Eritrocitos: Anemia.	Hemoglobina Hematócrito	Varón 14 - 18 g./100 ml. Hembra 12 - 16 g/100 ml. Varón 40 - 54% Hembra 37 - 47%
	Recuento de Eritrocitos	Inferior al 1% del recuento de eritrocitos.
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los Globulos Rojos	
Enfermedad de los leucocitos; leucemia, neutropenia, mono- nucleosis infecciosa, etc.	Recuento de leucocitos Formida de Leucocitaria: Neutrófilos Eosinófilos Basófilos Linfocitos Monocitos	54 - 62% 1 - 3% 0 - 1% 25 - 33% 0 - 9%
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los globulos rojos.	
Diabetes Mellitus	Prueba de la glucemia a las dos horas de la comida Prueba de la tolerancia de la glucosa.	80 - 120 mg/100 ml.

PROBLEMAS CLÍNICOS	PRUEBAS	MARGEN DE VARIACION
Problemas hemorrágicos	Pruebas Hemáticas Tiempo de protrombina Tiempo de Tromboplastina Parcial recuento de plaquetas Prueba del torniquete Coagulación de fibrinógeno Retención del coágulo	10 - 14 seg. (hecho con control) 35 - 45 seg. (hecho con control) 180,000 a 300,000/mm. cúbico. pocas plaquetas o ninguna 100 - 300 mg/100 ml coágulo en 24 horas
Enfermedad de los Eritrocitos: Anemia.	Hemoglobina Hematocrito	Varón 14 - 18 g./100 ml. Hembra 12 - 16 g/100 ml. Varón 40 - 54% Hembra 37 - 47%
	Recuento de Reticulocitos	Inferior al 1% del recuento de eritrocitos.
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los Globulos Rojos.	
Enfermedad de los leucocitos; leucemia, neutropenia, mono- neuclosis infecciosa, etc.	Recuento de leucocitos Formula de Leucocitaria: Neutrofilos Eosinofilos Basofilos Linfocitos Monocitos	54 - 62% 1 - 3% 0 - 1% 25 - 33% 0 - 8%
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los globulos rojos.	
Diabetes Mellitus	Prueba de la glucemia a las dos horas de la comida. Prueba de la tolerancia de la -- glucosa.	80 - 120 mg/100 ml.

QUIMICA SANGUINEA NORMAL

GLUCOSA	80 - 120 mg./cm ³
UREA	30 - 60 mg./cm ³
ACIDO URICO	1 - 4 mg./cm ³
CREATININA	1 - 2 mg./cm ³
COLESTEROL	150 - 250 mg./cm ³
ALBUMINA	3.5 - 5.5 mg./cm ³
CALCIO	9 - 11 mg./cm ³
FOSFORO	3 - 4.5 mg./cm ³
HIERRO	60 mg.
FASFATASA ACIDA	0.5 a 2 unidades
FOSFATASA ALKALINA	2 a 4.5
TROMBOCITOS O PLAQUETAS	150 - 350,000/100 mg.
GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS O HEMATIES	4.5 - 5.5 millones en mujer
LEUCOCITOS O GLOBULOS BLANCOS	5 - 10,000 ml.cm ³
HEMATOCRITO	45 - 50% en hombre
Concentración de elementos figurados.	35 - 45% en mujer
HEMOGLOBINA	14 - 18% en hombre 12 - 16% en mujer 11 - 16% en niño

QUIMICA SANGUINEA NORMAL

FORMULA BLANCA

NEUTROFILOS	60 - 70%
LINFOCITOS	20 - 30%
MONOCITOS	3 - 5%
EOSINOFILOS	1 - 3%
BASOFILOS	0%
MELOCITOS	0%

TENDENCIA HEMORRAGICA

TIEMPO DE SANGRADO	1 - 3 min. Técnica de Duk
TIEMPO DE COAGULACION	6 - 15 min Técnica de Wite
TIEMPO DE PROTROMBINA	12 - 15 segundos Técnica de Quik

Análisis de Orina.-

En clínica patológica médica, los exámenes de orina son mucho más comunes que los de cualquier otra materia, esto se debe a que las muestras de orina se obtienen con facilidad y de diversos modos; los exámenes, especialmente las pruebas de rutina, son las más fáciles de obtener, también, desde el punto de vista económico éstas son las menos costosas.

Características generales de la orina:

Cantidad.- La secreción normal promedio es de aproximadamente una onza por riñón cada hora (3,000 a 1,600 cc. en 24 horas), 1 - 1.5 Lt. Poliuria, será cuando haya secreción en exceso de la cantidad normal y la disminución; Amuriauoliguria, cuando hay aumento de orina, puede pensarse en una diabetes mellita y la diabetes insípida y algunas formas de nefritis crónica. Cuando hay disminución se podrá pensar en una insuficiencia cardíaca, nefritis aguda y otras.

Color.- Se estudia el color que esta dada por un pigmento llamado urocromo; el color normal de la orina es amarillo, además del grado de concentración que tiende a alterar el color mencionado; la orina contiene bills y adquiere un color marrón

verdoso y en ocasiones con apariencia espumosa. La que contiene -- sangre se torna roja marrón y la que contiene melanina se pone negra; luego de un reposo prolongado, de algunas comidas y drogas, también modifican el color.

Peso específico .- El peso específico normal -- varía de 1015 a 1025 grs. En diabetes mellitis el peso específico -- aumenta y en la diabetes insípida disminuye. En algunas formas de Nefritis puede aumentar, mientras que en otras afecciones del riñón puede disminuir. En algunas anomalías de funcionamiento hay un -- peso específico bajo (peso que no varía en más de uno o dos puntos) y que es de valor diagnóstico desde un principio. Si bien, las condiciones anormales en estos tres factores no siempre coinciden, es -- regla que, cuanto mayor la secreción, tanto menor el peso específico y más claro el color; a la inversa, la secreción menor produce -- mayor peso específico y color más obscuro.

Olor .- El olor de la orina se debe a los ácidos volátiles. Durante el uso de una dieta inusual o administración de -- drogas, un peculiar olor pueda ser detectado.

EXAMENES DE ORINA

A. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ORINA

Cantidad
Olor
Transparencia
Color
Reacción
Peso específico
Total de sólidos

B. PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO RENAL

Prueba Fenol Sulfonftaleína (Prueba Roja)
Comida de Prueba
Prueba de Concentración
Prueba de Retención de Hibrógeno
Excreción de Urea

C. EXAMEN QUIMICO

1. Constituyentes Normales:

Cloruros
Fosfatos
Sulfatos
Sulfato Indoxil de Potasio
Acido Úrico
Amoníaco
Amilasa

2. Constituyentes Anormales:

1) Proteínas

Albumina
Mucina
Cuerpos-Bence-Jones
Proteosis

EXAMENES DE ORINA

ii) Azúcares

Dextrosa (glucosa)
Levulosa
Lactosa
Maltosa
Pentosa

iii) Cuerpos Acetonas

Acetona
Acido Diacético
Acido Beta oxibutírico

iv) Bilia

v) Urobilina

Alcapton

vi) Hemoglobina

vii) Hematoporfirina

viii) Cuerpos

ix) Melamina

x) Sustancias Diazo

xi) Drogas

D. EXAMEN MICROSCOPICO

Orin ácido
Acido urico -Uratos Amorfos
Uratos sodios -Oxalato de calcio
Leucemia - Tirosina - Cistina
Glóbulos grasos

ESTUDIO DE ORINA

FILTRACIONES DEL PLASMA
SANGUINEO EN LOS GLOMERULOS
RENALES

1,000 a 1,600 mlt.
en 24 horas.

PH

4-8

PESO ESPECIFICO

1016 - 1025

COMPONENTES DEL EXAMEN

UREA

20 - 30 grs.

ACIDO URICO

0.3 - 0.7 grs.

NITROGENO

10 - 16 grs.

AMONIACO

0.5 - 5 grs.

CLORUROS

10 - 15 grs.

FOSFATOS

2 - 4 grs.

AZUFRE

1 - 25 grs.

c) BIOPSIA .-

Se llama biopsia a la extracción de tejidos de un ser viviente con el propósito de efectuar su estudio histopatológico. Por lo general el objeto de este examen es el diagnóstico, para esto debe obtenerse tejido suficiente, en buen estado de conservación, con el aspecto histológico de la lesión, por lo que debe hacerse una selección precisa del lugar (el área más representativa y menos adulterada). Debe incluirse para comparación una pequeña zona de tejido normal adyacente. Pueden emplearse varios instrumentos, tales como pinzas para tejidos, bisturí, electro cirugía, tijeras, sacabocados de piel o de biopsia, dependiendo de sí el tipo y ubicación de la lesión.

Exámenes de tejido patológico de la cavidad oral .-

Se pueden llevar a cabo de uno o dos modos:

1. Sometiendo alguna parte o todo el material extraído en la operación (y ésta comprende, toda operación en la que se retire tejido) al patólogo, para para estudio histopatológico. Los siguientes son ejemplos ilustrativos:

a) En las extracciones no es raro encontrar algún tejido blanco, y a veces tejidos óseos adheridos al diente extraído.

b) En las infecciones de los huesos, tales como la osteomielitis, puede obtenerse material como resultado de cirugía, o el tejido puede ser desprendido efectivamente del área de la patosis.

c) Trozos del tejido blando, tales como mucosa hipertrofiada, a veces se retiran como en las operaciones restaurativas.

d) Las granulaciones exuberantes del alvéolo de un diente deben ser estudiadas.

e) En ciertos casos es aconsejable efectuar estudios histológicos de la pulpa o del diente mismo.

f) En las extracciones de granuloma, quistes, polipos, epulis y otros tumores, siempre es aconsejable hacer que se efectúe un estudio microscópico.

Con otro material de la cavidad oral, las biopsias son de especial valor en: carcinoma, linfosarcoma, adamantinoma, tumor mixto, epulis, quiste, sífilis, tuberculosis y actinomicosis.

Reglas para la Biopsia .-

1o. Los pequeños trozos superficiales de tejido carecen de valor .

2o. Tómese una sección vertical a través de la base de la lesión , especialmente en las úlceras .

3o. El tamaño del tejido debe ser , preferentemente por lo menos de un octavo por un octavo de pulgada ,

4o. Si es posible incluyase una parte del tejido adyacente .

5o. Colóquese de inmediato en formol 10% .

Las razones de los informes negativos erróneos de biopsias .

Pueden ser debido a:

1o. Selección inadecuada del tejido .

2o. Tejido insuficiente .

3o. Una infección o carbonización como resultado de la fulguración puede ocultar el cuadro verdadero .

d) OTRAS TECNICAS DE EXAMENES BUCALES PARA EL DIAGNOSTICO

Pruebas de Alergia .-

El problema de hipersensibilidad es común, por lo que en el diagnóstico oral es frecuentemente usual. La alergia puede manifestarse ya sea en afecciones generales del cuerpo tales como enfermedades del suero o urticaria, o por alteración de los tejidos locales, como en el edema angioneurótico.

Muchos materiales usados en la cavidad oral pueden ser alérgenos potencialmente, por ejemplo: un paciente puede ser sensible al monómero en una dentadura y reaccionar con la mucosa quemando lengua o aparecer úlceras gingivales debido a que el paciente es sensible al mercurio en una restauración reciente de amalgama.

Muchos agentes administrados localmente y sistémicamente, actúan como alérgenos y producen diseminación y reacción de hipersensibilidad; el paciente puede desarrollar urticaria o edema facial, seguida de una inyección de procaína o penicilina y en ocasiones puede haber serias complicaciones; de ahí la importancia de un correcto interrogatorio al paciente y cuando hay alguna presunción de alergia será necesario recurrir a varios exámenes para descubrir la presencia de sensibilidad.

Métodos .-

Se han usado las pruebas de piel para determinar la sensibilidad o reacción alérgica del paciente a varias sustancias, tales como alimentos, polvos, plantas y materias animales .

El método de estas pruebas es inyectar intradérmicamente muy pequeñas cantidades de las sustancias de las cuales se sospecha, raspar la piel con una aguja esterilizada, luego aplicar una pequeña cantidad de la sustancia a probar .

También se utilizan pruebas de eliminación del régimen alimenticio . Se da al paciente un régimen sencillo, controlado y se hacen agregados hasta obtener la reacción . Entonces se elimina el último alimento adicionado . Este procedimiento es mucho más seguro y menos prolongado que las pruebas intradérmicas .

La aplicación del alérgeno a la piel por 48 horas bajo protección de una venda de seda acetosa es el medio sencillo y práctico que puede emplear el cirujano dentista con los materiales de la dentadura, los ingredientes del dentrífico, etc . El grado de sensibilidad se determina por la reacción local de la piel en la superficie probada .

Transiluminación.-

La transiluminación, que generalmente está considerada como una técnica reservada para la otorrinolaringología y particularmente para revisar las opacidades en los senos paranasales. - Normalmente los senos contienen aire y transmiten la luz fácilmente; si está presente el pus o si la mucosa es escasa la luz no atravesará - el espacio tan fácilmente.

Esta misma técnica es utilizada por el Odontólogo para el estudio de la encía y dientes; por ejemplo: un rayo de luz fuerte puede ser dirigido del lado lingual de la mandíbula por debajo de los cuillos de los dientes.

Por este medio la encía normal se distinguirá de - la encía crónicamente hiperémica; porque la congestión venosa no permite filtrar la luz a través de las paredes como en la encía normal; - de aquí que en lugar del rosa brillante, los tejidos son más rojizos con pérdida de brillo; los cálculos subgingivales también interfieren con el paso de la luz; finalmente el color de un diente no vital es alterado - - cuando es transiluminado.

Pruebas pulpares.-

El vitalómetro es un aparato que nos ayudará tam-

bión a darnos un diagnóstico; por lo que se le debe incluir entre los elementos que nos serán de gran utilidad en algunas ocasiones para establecer la diferencia entre una pulpa normal y la de una inflamada.

El vitalometro que es un comprobador eléctrico de la pulpa; establecerá con certeza la vitalidad o la falta de ésta.

Las pruebas térmicas con una barrita de hielo o una torunda de algodón empapada en cloruro de etilo y una gutaparcha caliente o un rollo de algodón mojado en agua caliente; permite estimar el grado de degeneración pulpar existente.

Percusión

La percusión ligera del diente con el mango del espejo, descubre la presencia o ausencia de la afección pariapical. Si ha habido pérdida de hueso y hay edema del ligamento parodontal, el sonido de la percusión es apagado, en comparación con el sonido que se obtiene cuando el aparato de fijación del diente es normal.

La percusión de un diente con una inflamación perirradicular aguda produce dolor, cuya intensidad varía según el grado de inflamación.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO ROENTGENOGRAFICO

a) EXAMEN RADIOGRAFICO .-

El examen de Rayos X se usa para describir anomalías y como método auxiliar diagnóstico. Hay que hacer notar el término auxiliar, ya que los diagnósticos definitivos no pueden hacerse solamente con la radiografía. Las radiografías proporcionan información que aunada a los datos de la historia y otros procedimientos de examen pueden ser útiles para el diagnóstico.

Información que pueden proporcionar las Radiografías .-

- 1o. Revelan las formas básicas con que el tejido calcificado reacciona a los procesos patológicos.
- 2o. Información sobre la actividad o el comportamiento biológico de una lesión.
- 3o. Las zonas excesivamente radiolucidas indican la existencia de procesos destructivos en el hueso y la radiopa-
cidades anormales indican procesos proliferativos.

4o. Información relativa a algunas alteraciones de los tejidos blandos, tales como la calcificación en los conductos o en glándulas salivales, los cálculos de la parótida y de la submandibular.

5o. La localización en los tejidos blandos de -- cuerpos extraños (agujas rotas, materiales dentales o residuos de -- episodios traumáticos).

b) INTERPRETACION RADIOGRAFICA .-

Para interpretar los diferentes estados anormales radiográficamente nos valdremos de los diferentes conceptos y referencias que ofrece la radiología para reconocer y valorar los -- estados patológicos. Debemos tener en mente los siguientes datos radiográficos de las diferentes enfermedades que se presentan en la boca.

Caries .-

En las radiografías de caries superficiales oclusales se observará como una desmineralización en la dentina bajo el esmalte y como una radiotransparencia que se extiende alrededor de la unión de la dentina con el esmalte, dirigiéndose desde abajo en --

forma esférica. Caries bucal y lingual, cuando las caries ocurren en forma de hoyo o fisura, aparece generalmente como una descalcificación redondeada definitiva; si esta cerca de la región cervical será ovoide, elíptica o semilunar.

Caries interproximal, es la lesión más frecuente que se ve como una descalcificación del esmalte en forma de --
cufia, justo por debajo o en el mismo punto de contacto cuando es --
profunda las caries penetran en la dentina a manera de una zeta, --
socavando el esmalte.

Parodonto.

En lo referente al parodonto se pueden hacer --
las siguientes observaciones:

En la periodontitis las radiografías revelarán --
una destrucción generalizada del hueso alveolar. En los casos pre --
cocos hay solo una ligera reducción de la cresta alveolar.

En las fases precoces de la periodontosis, las --
radiografías muestran zonas radiocircunferenciales entre el diente --
y el hueso. Estas zonas se deben a la ampliación de los espacios --
periodontales.

Hipercementosis.-

Se observará como una zona radiotransparente. Cuando está afectada toda la raíz, aparece agrandada obullosa en forma simétrica, con bordes lisos y contornados.

Cuando ésta se limita a la mitad apical de la raíz o en el mismo ápice, observaremos un agrandamiento redondeado, nodular.

Abceso Periapical.-

Los signos y síntomas de un absceso periapical serán confirmados por el diagnóstico radiológico, en el cual se notará una zona radiolúcida en el periápice del diente no muy delimitada.

Granuloma.-

Esta es una secuencia del absceso y se observará como una zona radiotransparente que rodea generalmente al ápice de la raíz, su tamaño varía mucho.

Displasia Hereditaria del Esmalte.-

Los datos radiológicos son por lo general carac-

terísticos y patognómicos, cuando algún resto de esmalte, se observa una fina cobertura en las superficies proximales de los dientes.

Dentinogénesis Imperfecta.-

Aquí se observará una marcada constitución en el cuello de los dientes, las raíces más cortas de lo normal, las cavidades pulpares y los canales muy estenosados o casi desaparecidos en la observación radiológica. Las otras estructuras dentarias, como el cemento y la membrana periodontal y el hueso al violar parecen normales.

Fracturas.-

El diagnóstico de la fractura de los huesos maxilar y mandibular, se funda en los síntomas y subjetivos y objetivos y se confirma con el examen radiográfico el diagnóstico clínico de una fractura debe ser comprobado siempre con una radiografía la cual sirve, además, para determinar la índole y la magnitud de ésta. Algunas veces es dificultoso el diagnóstico radiológico de una fractura simple y hay que conformarse con el diagnóstico clínico, - pero generalmente se observa pérdida de la solución de continuidad.

Tanto en fractura de maxilar como de mandíbula

se observará radiográficamente la disposición de los fragmentos haciendo la debida comparación, con el lado sano, salvo en casos que el traumatismo haya afectado ambos lados, será vital la experiencia del cirujano dentista.

El estudio radiográfico se hará antes de que se comience el tratamiento, inmediatamente después de la reducción y la fijación y, cuando menos una vez al mes durante el tratamiento, esto nos servirá para comprobar la posición y si hay un perfecto alineamiento y así también como la posible presencia de secuestros y lo más importante que es la formación del callo óseo. Hay que tener presente, sin embargo, que la radiografía no muestra generalmente una radiopacidad, aún cuando ya está muy avanzada la formación de dicho callo y haya unión de los fragmentos. Por tanto, para decidir cuando deben quitarse los aparatos de fijación, hay que tener como guía los signos clínicos de unión.

Enfermedades de tejidos rígidos de la boca.-

Disostosis Clidocraneal.-

La misma dentición vista en las radiografías ya sugiere muchas veces el diagnóstico. Entre los hallazgos se encuentran: retención prolongada de los dientes de leche, múltiples dientes

supernumerarios, tanto en el maxilar como en la mandíbula, retraso o falta de la erupción de los dientes permanentes y supernumerarios, fusión y duplicación de los dientes, raíces más cortas, más delgadas y reformadas.

Odontodisplasia .-

Radiográficamente observamos dientes más pequeños y raíces también cortas a diferencia de los dientes normales. Todas las estructuras rígidas son relativamente radiotransparentes, el esmalte y la dentina son delgados y es difícil diferenciar el uno del otro produciéndose el llamado aspecto incorporado.

Quistes .-

Los quistes se caracterizan principalmente porque siendo radiotransparentes, ésta es homogénea, casi siempre los bordes periféricos de la zona radiotransparente son agudos, bien definidos y curvados. Su forma puede ser oblonga, elíptica, circular o incluso lobulada. Una característica de los quistes centrales que a veces se encuentran es una zona hiperostática que rodea de forma total o parcial la radiotransparencia. Cuando el quiste se localiza entre los dientes o se ha extendido hasta ésta zona pueden encontrarse señales de desplazamiento de los dientes de su posición.

normal en arcada dentaria (estas características son específicas de los quistes intraóseos, pero en realidad no existe gran diferencia con los demás quistes clasificados.

c) CONTRA-INDICACIONES .-

Las contra-indicaciones del examen radiológico de la cavidad oral; son la gestación o una historia de irradiación --previa; sin embargo esto puede ser elástico: 1) cuando se usa delantal de plomo en los pacientes; 2) películas radiográficas instantáneas (rápidas); 3) el uso de equipo que reduzca al mínimo la filtración de radiaciones; 4) una técnica correcta que evite la repetición de tomas y, 5)

Los errores en la interpretación .-

Los errores de interpretación en un examen radiológico se pueden ocasionar debido a:

1o. Las imágenes radiográficas deformadas, obcuras o inadecuadas, pueden originar interpretaciones erróneas. Una exposición incorrecta producirá películas demasiado oscura o demasiado claras.

2o. Las angulaciones inadecuadas o la posición incorrecta de la película pueden oscurecer o deformar posibles

anomalías; también se pueden producir efectos durante el revelado, llegando a alterar la radiografía y pueden causar confusión. Tomando en cuenta éstos factores que impiden mostrar claramente las anomalías sospechadas, es preferible repetir las radiografías en los casos dudosos antes de dar interpretación a dichas radiografías.

CAPITULO VI

EXAMEN PSICOLOGICO Y PSICOPATOLOGICO .

La interrelación del médico con el enfermo como parte del proceso terapéutico se ha demostrado que el médico -- influye a través de una interrelación dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de transferencia, sugestión, apoyo emocional.

El médico no debe de perder la vista que el enfermo inicia su relación con él, antes del primer contacto personal. Generalmente cuando un enfermo acude a consulta, ya tiene ciertas nociones y juicios formados acerca del Médico, éstas se desprenden de circunstancias tales como que el que consulta por su propia iniciativa o lo haga presionado por familiares; que el Médico le -- haya sido recomendado por persona en quien realmente confía; por opiniones favorables de enfermos que han acudido a su consulta, -- etc., lo usual es que cuando el enfermo y Médico se encuentran por primera vez, el primero tiene una imagen del segundo y esa imagen es más o menos distorcionada.

La experiencia del enfermo en su primera visita

con el médico son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él.

La expresión facial, el tono de voz, la prudencia y la oportunidad de sus preguntas, la paciencia para escuchar, todo ello contribuye a que un enfermo que llegó al consultorio tenso y angustiado, se tranquilice y se sienta inclinado a confiar en tanto que otro que llegó sereno y optimista abandone el consultorio lleno de dudas y recelo.

El que un enfermo pueda establecer una buena relación con determinado Médico y no con otro, depende en gran parte de factores engranados en la personalidad de ambos; por ejemplo: los rasgos autoritarios de un Médico tienen un atractivo especial para sujetos débiles y sumisos, en tanto que sujetos autoritarios fácilmente entran en conflicto con el Médico cuya personalidad es también autoritaria.

La posibilidad de satisfacer en la relación con el Médico necesidades de aceptación y de afecto es percibida por algunos enfermos que entonces se inclinan por el Médico cuya personalidad es genuinamente cálida, en tanto que esas mismas personas se sentirán frustradas por un Médico friamente objetivo. Suje-

Los obsesivos sienten preferencia por el Médico de carácter perfeccionista, que impresiona por su pulcritud, orden, exactitud y que interroga minuciosamente y toma notas abundantes. Ciertos sujetos vanidosos y superficiales son fácilmente deducido por el Médico que adopta posturas magistrales y que habla en tono académico en tanto que otros más sensibles se sienten atraídos por el que se expresa en forma modesta.

Para generalizar, podríamos enfatizar que lo que el enfermo busca y lo que encuentra o no en su relación con el Médico es aceptación o simpatía, autoridad o magisterio, pero siempre algo más que un diagnóstico y una prescripción. Por otro lado la experiencia clínica demuestra que los enfermos mejoran o no mejoran, no sólo por lo que el médico les prescribe, sino porque encuentran o no en su relación algo que consciente o inconcientemente necesita.

En un examen psicológico, los objetivos son: - conocer la personalidad del sujeto o sea conocer su carácter, sus conflictos internos y sus actitudes y respuestas a las presiones - externas y tratar de establecer la relación de lo anterior con los síntomas y problemas actuales.

El examinador frío, que mantiene al enfermo a distancia, tiene tan pocas posibilidades de obtener información valiosa como aquél cuyo interés en los problemas humanos es ficticio. Los enfermos generalmente son sensibles y reaccionan a la personalidad y a las actitudes del Médico. El enfermo está dispuesto a revelar su intimidad pero a quién le presta comprensión y sepa escuchar sin prisas, sin críticas y sin estar demasiado ansioso por dar consejos.

Ocasionalmente se encuentra con enfermos que en cuanto se les formula preguntas íntimas, se muestran recelosos o suspicaces. Hay ciertos tipos de enfermos que hablan espontáneamente, en forma prolija, que constituyen un problema especialmente para el principiante.

El instrumento más valioso con que se cuenta en la exploración psicológica es la comunicación verbal; permitirle y estimularlo a que hable libremente es aún más importante que la exploración médica habitual.

Lo que el enfermo dice espontáneamente, lo que él selecciona para comunicar al Médico, tiene un valor especial - aún cuando el relato sea desordenado.

El interrogatorio de los síntomas consiste en -
precisar sus caracteres, las circunstancias de su iniciación, inten-
sificar alivio y estado actual de cada uno de ellos .

El interrogatorio de los síntomas psíquicos en
el enfermo neurótico y psicósomático, incluye la investigación de
pensamientos recurrentes involuntarios (obsesiones) de compul-
siones y rituales, y de temores que el sujeto mismo califica de -
irracionales (fobias), igualmente la angustia, la depresión y la -
hostilidad . Para valorar más eficazmente el interrogatorio hecho
al paciente acerca de sus síntomas psíquicos, debemos de tomar
en cuenta otros factores o elementos, como el emocional; consi-
derando éste en sus formas psíquicas, la emoción es un proceso
complejo integrado por diversos factores:

1o. El factor intelectual por regla general es
una percepción . Por ejemplo: El haber presenciado un accidente .

2o. El fenómeno afectivo propiamente dicho,
que puede ser agradable o desagradable .

3o. Las perturbaciones fisiológicas, podemos
citar entre ellas las siguientes:

a) Modificación del ritmo respiratorio que se hace más - -
rápido o más lento .

- b) Modificaciones circulatorias, el corazón late más de prisa o más despacio; rubor o palidez en el rostro.
- c) Modificaciones del estado nervioso; temblores, convulsiones o estados de depresión.
- d) Trastornos digestivos; una emoción desagradable interrumpe el proceso de la digestión.
- e) Modificaciones secretorias; lágrimas, sudores, fríos, - detención de la saliva, etc.
- f) Reacciones musculares locales, gritos, puños que se cierran, etc.
- g) Modificación de la actitud general del cuerpo, el colérico se yergue, el abatido se desploma.

Podemos decir que el cuerpo entero parece tomar parte en la emoción.

PSICOLOGIA DEL PACIENTE SEGUN TIPOS DE PERSONALIDAD.

Los servicios que se prestan en un consultorio odontológico pueden ser una experiencia grata, tanto para el paciente como para el dentista. Las experiencias desagradables pueden evitarse preparando correctamente al paciente para el trata---

miento. De aquí la importancia que tiene la actitud que adopte el dentista y la auxiliar, la cual debe ser tranquilizadora, comprensiva, cordial, cortés y serena.

Jamiesan sugiere algunos puntos para entablar una buena relación con el paciente, como son:

1. Diagnóstico
2. Plan de tratamiento perfecto
3. Una actitud tranquilizadora
4. Estímulos sin exageración
5. Explicaciones claras y definidas al paciente
6. Consideraciones en actuar según las necesidades del paciente.

También Jamiesan hace una clasificación de los pacientes según su temperamento enfocándolo en diferentes categorías:

1. Filosófica-Racional
2. Emocional-Nerviosa.
3. Crítica-Metódica.
4. Indiferente.

Filosófica-Racional.- Este tipo de pacientes

generalmente son inteligentes y comprensivos, aceptan el hecho de que necesitan cierto tipo de restauración dental. Su problema es importante y hacen preguntas lógicas y confían en que su dentista hará un buen trabajo.

Emocional-Nerviosa. - En esta categoría están los pacientes que les es difícil relajarse; en estos casos el dentista deberá adoptar una actitud amable y simpática, sobre todo deberá tener paciencia para poder calmarlos.

Crítica-Metódica. - En esta clasificación se refiere a los pacientes un tanto exigentes ya que pretenden que el dentista garantice el éxito del tratamiento. Este tipo de paciente piensa que la restauración que se le realice le dará el mismo servicio que el de los dientes naturales sanos, con frecuencia insistirán en modificaciones fuera de armonía y de los principios mecánicos.

Indiferente. - Caracterizan a este tipo de pacientes, el descuido en sus acciones, actitud e indumentaria, generalmente muestran despreocupación por su estado de salud oral presente o futura. El dentista deberá luchar por cambiar la actitud del paciente.

REACCIONES DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Las reacciones del niño en el consultorio dental dependen en gran parte de su sensibilidad y los factores que lo influyen, incluyendo antes de llegar al consultorio; los principales factores que influyen en el niño son:

1. Problemas emocionales
2. Capacidad intelectual
3. Sus experiencias médicas y hospitalarias anteriores.
4. Actitudes familiares ante la salud
5. Actitudes de los compañeros de juego.

La exploración del dentista en los factores anteriores, darán la pauta para su conducta con el niño, la misma táctica la usará la auxiliar en la primera cita.

Problemas emocionales .- Los niños de corta edad, seguramente experimentarán temor a lo desconocido y a las nuevas experiencias, por lo que será muy probable que haya poca cooperación en el consultorio dental, la enseñanza gradual del -- significado del ambiente dental, disminuirá un poco su temor. En ocasiones a los niños con problemas emocionales, se pospondrá el tratamiento temporalmente; como por ejemplo, un niño de 4 a

5 años, con problemas para adaptarse al Jardín de Infancia. En este tipo de niños es de preverse problemas durante el tratamiento.

Capacidad Intelectual .- Los niños intelectualmente avanzados harán un sinnúmero de preguntas antes del inicio del tratamiento. El dentista deberá disipar todas sus dudas y así el niño, generalmente, cooperará favorablemente.

EXPERIENCIAS MEDICAS HOSPITALARIAS ANTERIO-

RES.

Los niños con antecedentes de ciudados médicos frecuentes, probablemente transferirán sus reacciones favorables o desfavorables al consultorio dental, como por ejemplo, los niños que tuvieron algún accidente, que han tenido enfermedades largas o que hubieran sido hospitalizados.

El dentista deberá obtener la información necesaria con la historia clínica, para poder conocer los temores y reacciones del niño, antes de iniciar su tratamiento.

ACTITUDES DE LOS FAMILIARES Y LOS COMPAÑEROS DE JUEGOS.

Una entrevista previa con los padres del niño - podría ser necesario cuando hay conflictos de hogar o rivalidad entre compañeros de juego o hermanos .

Esto sería muy benéfico para el dentista, puesto que estaría alerta a las posibles reacciones del niño .

La ansiedad de algunos padres para con los hijos que van al consultorio dental, así como las tensiones que transmiten al niño, serán muy negativas cuando se inicia el tratamiento dental por lo que el dentista deberá poner especial atención en este tipo - de padres, se les instruirá sobre educación dental y explicaciones sencillas de psicología del niño .

Conducta ante una respuesta desfavorable .- Sue le suceder que el niño se resista al tratamiento; en un caso extremo que no hay ningún motivo para no iniciarlo; el dentista y su ayudante pueden sujetar al niño por brazos y piernas y decirle después firme mente lo que se espera de él, además de explicarle en que consiste el tratamiento; se repetirán varias veces este procedimiento y probablemente el niño cooperará .

CONCLUSION

El diagnóstico deberá ser muy útil para el cirujano dentista, que se ha preparado en este terreno desde las aulas, pero su agudeza intuitiva, junto con las experiencias propias y ajenas, serán las que afinen su habilidad en este campo, pienso que - si hacemos uso de la mayor cantidad de medios, tanto clínicos - - como de laboratorio, podremos llegar más rápidamente al diagnóstico final correcto.

Con este trabajo, creo haber logrado un conocimiento más completo acerca del diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

DIAGNOSTICO CLINICO POR LOS ANALISIS DE LABORATORIO

Komer Jhon A. Tomo I.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BUCAL

Samuel Charles Miller.- Traducción Herbert Lane.-
Editorial La Médica.- 1951.-

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA

L.V. Hayes.- Edición Vtaha.- 1954.-

ORAL AND DENTAL DIAGNOSIS

Sanders Brooklyn.- 3a. Edición

RADIOLOGIA. DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DENTAL Y BUCAL.

Editorial Mundí.-

PROPEDEUTICA MEDICA

Delp Mahelen

PSICOLOGIA EN ODONTOLOGIA; ODONTOLOGIA CLINICA DE - NORTEAMERICA

Editorial Mundí.- 1984.-

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA - GENERAL.

Alvin L. Morris y Harry M. Bohannon. Editorial Labor. 1974.