

14. 887

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES  
DE LA BOCA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :

JOSE ANTONIO RODRIGUEZ TOLENTINO



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.

## I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO I</u>	
INTERROGATORIO	2
a) Interrogatorio y registro del mismo.	2
b) Exploración	2
c) Datos generales	5
d) Enfermedad principal	5
e) Antecedentes personales	7
f) Otros datos	8
g) Exploración	8
<u>CAPITULO II</u>	
ESTOMATORRAGIA.	10
a) Definición	10
b) Sintomatología	10
c) Causas	10
d) Hemorragia gingival causada por factores locales	12
e) Hemorragia gingival crónica recurrente	12
f) Hemorragia aguda	12
g) Hemorragia gingival asociada con alteraciones orgánicas	13

## INDICE (2)

	Página
<u>CAPITULO III</u>	
TUMEFACCION	15
a) Definición	15
b) Sintomatología	15
c) Causas	16
<u>CAPITULO IV</u>	
XEROSTOMIA	
a) Definición	19
b) Sintomatología	19
c) Causas	20
<u>CAPITULO V</u>	
SIALORREA	23
a) Definición	23
b) Sintomatología	23
c) Causas	23
<u>CAPITULO VI</u>	
HALITOSIS	25
a) Definición	25
b) Sintomatología	25
c) Causas extrabucales de halitosis	28
d) Causas bucales de halitosis	28
e) Higiene bucal defectuosa	30
f) Dentaduras	32
g) Cirugía bucal y lesiones gangrenosas	33

## INDICE (3)

	Página
<u>CAPITULO VII</u>	
DOLOR, DISESTESIAS	35
a) Definición	35
b) Dolores de origen dentario y - paradentario	37
c) Dolores de origen sinusal	40
d) Disestesias de la cavidad bucal	41
<u>CAPITULO VIII</u>	
BRUXISMO.	
a) Definición	44
b) Sintomatología	44
c) Causas	44
d) Clínica y diagnóstico	45
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA	56

## INTRODUCCION

Dentro de la amplia gama de aspectos de la - que está compuesta la odontología, considero que - tienen una gran importancia el tratar de conocer - mas a fondo lo relacionado con las enfermedades de la boca y estar al día con todos los adelantos y - evoluciones de las investigaciones y estudios que - se hacen con respecto a tan interesante campo.

Considero de primordial importancia que la - persona que se ocupa por las enfermedades de la bo - ca (estomatólogo), se preocupe y le ponga especial atención a todos estos síntomas y signos para poder hacer un buen diagnóstico sobre cualquier ejemplo - clínico.

El objetivo principal de este trabajo es el - de adentrarme un poco mas a lo que considero comple - mento indispensable dentro de la carrera de odonto - logía para poderse desenvolver ampliamente en la - práctica.

## CAPITULO I

## TEMA 1: INTERROGATORIO

El método para diagnosticar puede dividirse en dos partes:

- 1) interrogatorio y registro del mismo
- 2) exploración.

El primero representa principalmente la contribución del paciente. El dentista deberá establecer y seguir un determinado sistema para investigar los antecedentes y practicar la exploración. Esta conducta no solo reduce al mínimo las posibilidades de que pasen inadvertidos datos importantes; con frecuencia es fuente de valiosa información para el diagnóstico de enfermedades que el paciente no considera relacionados con sus padecimientos actuales, como, por ejemplo, entumecimiento u hormigueo en las extremidades inferiores junto con glositis.

El tiempo que el dentista dedica al interrogatorio no solamente rendirá beneficio facilitando el diagnóstico y la terapéutica, sino que es uno de los medios más eficaces para establecer buenas relaciones con el paciente. Suele ser necesario orientar el interés de éste hacia las ventajas que supone la exploración completa antes de iniciar el

tratamiento. Este primer paso es el primero también en la educación del paciente, uno de los fines de la técnica diagnóstica.

El interrogatorio se refiere principalmente a la historia de la enfermedad actual y es también de valor en el diagnóstico de enfermedades anteriores inadvertidas u olvidadas o de procesos patológicos-ocultos. Su importancia como instrumento de diagnóstico varía según la naturaleza del problema, pero siempre deberá preceder a la exploración, salvo en caso de urgencia o dolor intenso.

Es de particular utilidad en el diagnóstico de lesiones bucales raras y deberá hacerse sistemáticamente a todo paciente observado por primera vez. En los últimos años se viene prestando cada vez mayor atención a los factores funcionales y psíquico, porque se juzga que los trastornos de esta naturaleza desempeñan importante papel en la etiología de muchas enfermedades. Por consiguiente el interrogatorio tiene gran importancia 1) en la valoración y diagnóstico probable de la enfermedad y 2) para relacionar el proceso actual con los antecedentes personales, familiares y sociales que pueden modificar el pronóstico y el tratamiento.

Todo dentista puede y debe diagnosticar por sí mismo. El interrogatorio completo y exacto y el análisis completo del mismo explica el éxito de los llamados "especialistas en diagnósticos". La habilidad para realizar una buena historia clínica, omi

tiendo los datos sin interés y ordenando cronológicamente y según su importancia los demás es algo - que pueda enorgullecer al odontólogo.

Lo completo y útil del interrogatorio depende en grado considerable de las relaciones entre paciente y dentista en el momento de hacerlo. Hay - que convencer al paciente a que el dentista es un amigo interesado en sus padecimientos. Si el local lo permite, el interrogatorio se hará en la sala de consulta o despacho privado, lejos de la atmósfera del gabinete dental donde el paciente se sienta mejor que en el sillón del dentista. El empleo de la sala de consulta o despacho privado tiene otra ventaja de cierta importancia: permitir que el dentista haga el interrogatorio y tome las notas necesarias cómodamente sentado. No solamente desde el - punto de vista psicológico, sino desde el técnico, es reprobable que el dentista permanezca de pie - junto al paciente sentado en el sillón dental mientras le interroga rápidamente. Este método es - comparable al del médico que indica al paciente que se tumba en la mesa de exploración mientras le interroga. El paciente prefiere estar a solas con el - dentista durante el interrogatorio.

Se logran mejor los fines que persigue el interrogatorio, si éste se obtiene de manera espontánea. El dentista no debe ser una máquina de hacer preguntas; debe dar al paciente oportunidad para - que refiera su historia.

Mientras el paciente habla se tomarán las - notas necesarias, de manera que posteriormente se puedan reunir los datos esenciales en orden cronológico y según su respectiva importancia, sin olvidar los datos negativos de importancia clínica en años futuros. Algunos clínicos emplean aparatos de registro de sonido para el interrogatorio.

El orden a seguir es ante todo problema de elección personal.

#### DATOS GENERALES.

El interrogatorio debe incluir informaciones de tipo general que puede obtener la secretaria o el ayudante. Incluyen nombre del paciente, dirección, teléfono, raza y estado civil. Siempre se obtendrá el nombre del paciente y el del dentista que lo envía con el fin de poder agradecer la deferencia.

Como parte de esta información general es de suma importancia el nombre, dirección y teléfono - del médico encargado del paciente por si el dentista necesita consultar con él. Si el nombre del médico se pregunta al final quizá el paciente se preocupe sin motivo.

Un modelo o patrón impreso asegura la obtención de todos estos datos necesarios.

#### ENFERMEDAD PRINCIPAL:

Un método psicológicamente excelente y prác-

tico es pedir al paciente que refiera su padecimiento principal. De ordinario, esta narración se transcribe en lenguaje vulgar, como por ejemplo, "llaga dolorosa en la lengua". Entonces se pide al paciente que relate cuando observó la lesión por primera vez (fecha), el modo de desarrollo, los síntomas y los tratamientos que sufrió. Esta información constituye la historia de la enfermedad actual.

Se interrumpirá al paciente lo menos posible y evitaremos toda pregunta que pueda influir en sus respuestas. Debe permitírsele expresar sus sentimientos y reacciones, aunque sin dejar que se aleje demasiado del tema de la enfermedad actual. También es inadecuado señalar los errores en el empleo de términos técnicos ó en la interpretación de síntomas. Si vacila en la narración de la enfermedad actual, la repetición de sus últimas frases generalmente bastará para que continúe el relato.

Deberá interrogarse al paciente sobre cualquier alteración o molestia concomitantes que haya podido observar, aunque no las crea relacionadas con el padecimiento principal. Este modo de proceder tiene importancia no solo para diagnóstico de las lesiones bucales sino también para el de entidades nosológicas que afectan a otros sistemas ó a la totalidad de la economía. Por ejemplo, el hormigueo de las extremidades y las náuseas son síntomas

mas extrabucuales importantes que cuando van asociados a glositis urente hacen sospechar la anemia - perniciosa. Así, pues, los conjuntos de síntomas o síndromes suelen tener importancia para llegar al diagnóstico.

Si el dolor figura entre los síntomas debe - investigarse sus localización, carácter y punto de mayor intensidad.

No puede olvidarse que la reacción al dolor - varía considerablemente según el paciente.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Los antecedentes personales no tienen tanta importancia en el diagnóstico odontológico como en el médico. Sin embargo tienen valor en muchas enfermedades de la boca como liquen plano, eritema - multiforme, y lengua geográfica. Los pacientes sue len olvidar ó disminuir la importancia de sus enfermedades anteriores; conviene, pues, preguntar si durante los últimos diez años han permanecido en - cama mas de siete a diez días seguidos. Las pregun tas respecto a intervenciones quirúrgicas suelen - proporcionar datos de gran valor. Incluso si los - antecedentes personales no contribuyen al diagnós - tico de la enfermedad actual, suministran importan te información sobre la constitución física del pa ciente, su predisposición y respuesta a las infec - ciones y reacciones emocionales a la enfermedad, - factores todos ellos interesantes para establecer

el pronóstico y planear la terapéutica.

### OTROS DATOS

En casos especiales pueden tener interés los antecedentes familiares del paciente, así como el medio social en que vive, ocupaciones y hábitos personales.

El interrogatorio minucioso nos permitirá formar criterio sobre el funcionamiento de los diversos sistemas orgánicos, lo cual, aunque muchas veces no se necesita para diagnóstico de las lesiones bucales, proporciona datos de valor sobre el estado general del paciente. La tabulación impresa de los diversos sistemas orgánicos en una parte de la historia evitará omitir cualquier dato.

Se ha propuesto una nueva técnica para obtener los antecedentes personales y los datos correspondientes a los diversos sistemas o aparatos orgánicos.

### EXPLORACION

La exploración constituye la segunda etapa para llegar al diagnóstico y corresponde al dentista. Es muy importante practicar la exploración de manera sistemática; así se reducen al máximo las posibilidades de que pasen inadvertidas lesiones no sospechadas. La exploración se hará en el consultorio, con el enfermo sentado en el sillón dental. Ahorra tiempo y es cómodo disponer de un ayudante para registrar los datos obtenidos.

La exploración no deberá limitarse a la cavidad bucal, puesto que la minuciosa inspección de todas las partes descubiertas del cuerpo se pueden obtener datos muy valiosos. Deben observarse aspecto general del individuo, reacciones emocionales, estado nutritivo, textura de la piel, hemorragias y consistencia y calidad del cabello. El dentista puede explorar fácilmente los reflejos pupilares a la luz y a la acomodación.

A continuación se exploran la boca, sus estructuras y tejidos relacionados. El orden de exploración queda a criterio del dentista, pero debe seguirse una pauta establecida. Puede adoptarse el siguiente orden: superficie interna de los labios, mucosa de la mejilla, surcos vestibulares superior e inferior, paladar, lengua, espacio sublingual, encías, dientes y sus estructuras de sostén. Las regiones amigdalina y faríngea, y la lesión, en particular si es dolorosa, se exploran en último término.

## CAPITULO II

## ESTOMATORRAGIA

Las hemorragias bucales se denominan estomatorragias. Estas pérdidas sanguíneas pueden ser -- consecuencia de alteraciones de orden local como en enfermedades de la mucosa, procesos inflamatorios, -- procesos necróticos o intervenciones quirúrgicas; o de causas generales en los casos de afecciones ematológicas: púrpuras, leucemias.

**SINTOMATOLOGIA:** El sangrado puede ser de corta duración o prolongado. La hemorragia continua -- generalmente denota anormalidad del tiempo de coagulación o hemofilia. La diabetes, anemia, leucemia, púrpura trombocitopénica y escorbuto son enfermedades que predisponen a la hemorragia. Si el tratamiento no tiene éxito, el paciente puede quedar desangrado. Este es un peligro especial en casos de hemofilia.

**CAUSAS:** Muchos procesos localizados en la boca pueden dar hemorragias como consecuencia de la lesión en sí. Las gingivitis son los procesos que más frecuentemente dan hemorragias bucales, espontáneamente o por mínimos traumatismos: alimentación, succión, cepillado, etc. La enfermedad perio

dontal constituye la etiopatogenia más común. Pero otras gingivitis agudas, subagudas o crónicas pueden dar gingivorragias. Otra de las causas frecuentes de estomatorragias son las consecutivas a extracciones dentarias, accidente hemorrágico que alarma y por el que se consulta corrientemente a los facultativos. Su prolongación debe hacer pensar en una causa general o en una complicación local.

Los tumores malignos vegetantes o ulcerados provocan estomatorragias al menor traumatismo. El eritema polimorfo, en su localización labial, da ampollas muchas veces de contenido hemorrágico que determina la formación de costras hemáticas cuya desprendimiento ocasiona hemorragias.

Los traumatismos violentos, accidentes graves o, por lo contrario, pequeñas heridas por huesos, cuerpos extraños colocados en la boca, mordeduras, escarbadientes, etc., son causales de hemorragias cuya intensidad está en relación con su origen.

En las leucemias agudas y crónicas pueden verse en la mucosa bucal, además de procesos hiperplásicos y necróticos hemorragias y púrpuras. El tratamiento de estos procesos con citostáticos, también provoca además de necrosis, hemorragias y púrpuras por alteración de la médula ósea y del endotelio vascular. Algunas anemias: aplástica, pernicio-

sa en particular, pueden producir hemorragias, ya sea espontáneamente, o después de una extracción.

#### HEMORRAGIA GINGIVAL:

Hemorragia gingival causada por factores locales.

La hemorragia gingival, es un signo común de enfermedad gingival. Varía en intensidad, duración y facilidad con que se produce.

#### HEMORRAGIA CRÓNICA RECURRENTE:

La causa mas común de hemorragia gingival es la inflamación crónica. La hemorragia es crónica ó recurrente y es provocada por traumatismos mecánicos, como el cepillado dentario, palillos y retención de alimentos, morder alimentos sólidos como manzanas, o por rechinar de los dientes. (bruxismo).

#### HEMORRAGIA AGUDA:

Los episodios de hemorragia gingival aguda tienen su origen en lesiones o se producen espontáneamente en la enfermedad gingival aguda. Las laceraciones de la encía por un cepillado enérgico o trozos cortantes de alimentos duros producen hemorragia gingival, incluso en ausencia de enfermedad gingival. Las quemaduras producidas por alimentos calientes o fármacos la facilidad de hemorragia gingival.

En la gingivitis ulceronecrotizando aguda hay hemorragia espontánea o con una provocación leve. En esta afección, los vasos sanguíneos ingurgitados del tejido conectivo inflamado se hallan expuestos por descamación del epitelio superficial necrótico.

#### HEMORRAGIA GINGIVAL ASOCIADA CON ALTERACIONES ORGANICAS:

Hay alteraciones orgánicas en las cuales la hemorragia gingival, sin que la provoque la irritación mecánica, es espontánea, o en las cuales la hemorragia gingival que sigue a una irritación es excesiva y de difícil control. Ellas son las denominadas enfermedades hemorrágicas y constituyen una amplia gama de afecciones que varían en etiología y manifestaciones clínicas. Estas enfermedades tienen una característica en común; hemorragia anormal de la piel, órganos internos y otros tejidos, así como en la mucosa bucal.

En ciertos pacientes la hemorragia puede tener su origen en la falla de uno o más de los mecanismos hemostáticos. Las alteraciones hemorrágicas en que se encuentra hemorragia gingival anormal, son las siguientes: alteraciones vasculares (deficiencia de vitamina C o alergias, como púrpura de Henoch-Schönlein), alteraciones de las plaquetas (púrpura trombocitopénica idiopática ó púrpura trombocitopénica secundaria a la lesión difusa de la -

médula osea), hipoprotobinemia (deficiencia de vi tamina K como consecuencia de una enfermedad hepática o estatorrea), otros defectos de coagulación (hemofilia, leucemia, enfermedad de Christmas), deficiencias del factor tromboplástico ( $PF_3$ ) secundaria a uremia y viruela púrpura. Puede haber hemorragia como consecuencia de la administración de cantidades excesivas de drogas como salicilatos y anticoagulantes como Dicumarol y heparina.

A veces, se producen episodios cíclicos de hemorragia gingival en relación con el período menstrual y se ha asociado la hemorragia gingival después del cepillado con estados generales de salud y nutrición inadecuados.

## CAPITULO III

## TUMEFACCION.

La tumefacción, denominada vulgarmente hinchazón, es mencionada por el enfermo aludiendo a aumentos de tamaño de pequeños o grandes sectores bucales. En general el paciente no discierne y llama con esa denominación a procesos quísticos, inflamatorios, tumorales, etc. Es importante, al investigar los antecedentes del enfermo inquirir acerca de este síntoma porque podría no existir en el momento del examen. Así sucede con algunos procesos inflamatorios e infecciosos, aumentos paroxísticos de las glándulas salivales, etc.

SINTOMALOGIA: La tumefacción es también, además de un síntoma un signo semiológico de valor. Es un proceso inflamatorio con sus signos clásicos: rubor, dolor, calor y tumor, pero con predominio tumoral, La tumefacción se llama también tumor inflamatorio.

Tanto la hipertrofia como la hiperplasia gingivales se observan comúnmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes; sólo se presentan después de la erupción de los dientes deciduos o de los permanentes. En algunos casos el interrogatorio descu-

bre factores orgánicos generales hereditarios o familiares.

**CAUSAS:** La tumefacción gingival es fenómeno frecuente de muy diversa etiología. En muchos casos puede atribuirse a condiciones locales, como higiene bucal deféctuosa, retención de partículas de alimentos u oclusión traumática; en otros se encuentra una causa orgánica general. A menudo, la tumefacción de las encías sólo se produce en las zonas donde actúa irritantes locales. Con la excepción de la hiperplasia por defenilhidantoinatos y de la fibromatosis difusa de las encías, el proceso que nos ocupa no debe ser considerado enfermedad sino un síntoma.

La tumefacción de las encías es común si tomamos en cuenta los casos de hipertrofia aislada de una o más papilas interdetales o de tumefacción tisular alrededor de uno o más dientes. Los tipos más extensos y generalizados del proceso son menos frecuentes, pero todos los dentistas los han observado.

Las celulitis (inflamación del tejido celular subcutáneo) dan tumefacciones. Cuando son agudas e infecciosas constituyen los flemones, que tienden, por lo general, a supurar; en ocasiones predomina la necrosis. Existen osteoflemones, adenoflemones, y sialadenoflemones, según el origen o el punto de partida del proceso infeccioso.

**CAUSAS DE TUMEFACCION GINGIVAL****A) Factores Traumaticos e Inflamatorios Locales.**

- 1) Mala higiene bucal, acumulación de odontolitos.
- 2) Malposiciones dentales, puntos de contacto defectuosos.
- 3) Hábitos defectuosos de cepillado de dientes.
- 4) Oclusión traumática.
- 5) Irritación por coronas mal adaptadas, gan- chos o aparatos protésicos u ortodónticos.

**B) FACTORES PREDISPONENTES GENERALES.**

- 1) Endocrinos.
  - a) Pubertad.
  - b) Menstruación y embarazo
  - c) Hipotiroidismo y disfunción hipofisaria.
  - d) Diabetes
  - e) Trastornos ganadales.
- 2) Nutritivos
  - a) Escorbuto
  - b) Estados carenciales mixtos, incluso del complejo B, que no producen manifestaciones clíni- cas.
- 3) Discrasias sanguíneas.
  - a) Leucemias- en particular la monocítica- y la mielógena.

- b) Policitemia vera.
  - c) Anemia de Cooley.
- 4) Medicamentosos.
- a) Dilantina.
  - b) Barbitúricos.
- 5) Formas idopáticas.
- a) Fibromatosis difusa de las encías.

## CAPITULO IV

## XEROSTOMIA

Otro síntoma de gran valor semiológico es la xerostomía; de xero, seco y estoma boca que significa hiposecreción salival, sequedad bucal.

**SINTOMATOLOGIA:** El paciente nota que le es difícil deglutir y masticar ciertos alimentos. La digestión puede estar alterada, especialmente si la dieta es abundante en almidones, que requieren la mezcla con la tialina para la digestión adecuada. También está asociada la xerostomía con la atrofia de la mucosa en la menopausia o en edad avanzada. La mucosa reseca se agrieta y puede infectarse; esto ocurre especialmente en los labios que están constantemente expuestos al aire, y se agrietan fácilmente si no se humedecen con saliva.

Cuando su disminución es moderada aparece, además de la sequedad, una sensación de ardor o quemazón, especialmente a nivel de la lengua, aunque objetivamente la mucosa conserve su aspecto normal. Cuando la disminución de saliva es mayor, además de ardor, puede aparecer dolor. El enfermo tiene dificultad para hablar, masticar y deglutir. Necesita ingerir líquidos mientras come. Lo mismo ocurre du-

rante el sueño, en donde la sequedad fisiológica - exagera lo patológico y obliga a reiteradas ingestiones de líquido. Ya en este estado, las mucosas se alteran, aparecen secas, roja; la lengua se descapila y en ocasiones se observa un aumento de la saburra. Fisuras, grietas, escamas y costras de los labios son alteraciones observables con frecuencia. La escasa saliva es además mucosa, pegajosa y espesa. Además de todo lo anterior aparecen numerosas caries y las prótesis se toleran muy poco.

La disminución de la secreción salival, como de su riqueza entialina, suele observarse en la vejez. Los estímulos psíquicos, como la emoción o el miedo intensos, a menudo producen xerostomía: transitoria. Algunos pacientes se quejan sin motivo de sequedad de boca ya que el flujo salival es suficiente bajo estimulación psíquica o cuando se presionan las glándulas.

En toda enfermedad con fiebre elevada o gran deshidratación, la secreción salival disminuye.

**CAUSAS:** Las causas de xerostomía pueden ser tanto locales como generales. Las primeras son consecuencia de factores que influyen directamente sobre las glándulas salivales y las generales por su acción nerviosa o química.

Entre los factores locales citaremos, en primer lugar, las xerostomías congénitas por agenesia de las glándulas salivales. Es corriente que tumo-

res, procesos infecciosos o radiaciones, puedan traer por disminución del parénquima alteraciones en la cantidad de secreción salival.

El alcoholismo provoca xerostómia por parotiditis crónica. Muchas veces la reducción salival se produce por fenómenos nerviosos reflejos como ocurre en la litiasis bucal; se agrega a estos fenómenos reflejos la obstrucción directa. Otro factor local de reducción salival patológica está condicionado a la respiración de tipo bucal. Los fumadores y los portadores de prótesis pueden tener hiposecreción salival.

La xerostomía de causa general se observa con motivo de grandes deshidrataciones: enfermedades febriles, grandes diarreas, edemas de los renales, cardiacos, hepáticos, hemorragias graves y en los diabéticos (por la poliuria). Algunos medicamentos provocan inhibición en la secreción; la atropina, la belladona, el opio, los antiestamínicos, etc. En algunos procesos nerviosos como la dehemencia precoz los tumores cerebrales y en el último período de esquizofrenia se observa xerostomía; así mismo, en la hipnosis. También la hallamos en algunas afecciones endócrinas. En el hipotiroidismo, posiblemente a raíz de una hipovitaminosis a que conduce a la metaplasia del epitelio glandular, disminuye la secreción salival. Además se la observa en la insuficiencia ovárica. Síndromes de carencia son igualmente factores de xerostomía; algunas ane

mias en especial, el síndrome de Plummer Vinson, la hipovitaminosis A y el síndrome de Sjögren (aquí la xerostomía es síntoma fundamental). Las gastritis atróficas y los anestésicos generales pueden -condicionarla.

También está asociada la xerostomía con la -llamada sequedad matutina, que resulta de la respi-ración bucal durante la noche a causa de obstruc-ción nasal. La extirpación de las glándulas saliva-les y la irradiación para las enfermedades malignas, que generalmente causan cesación completa de la secreción, son causas importantes de xerostomía.

## CAPITULO V

## SIALORREA

La sialorrea, denominada también ptialismo, - hipersecreción salival, etc., es el síntoma opuesto a la xerostomía.

La cantidad normal de saliva es de un litro a uno y medio por día. En la sialorrea la saliva es - continuamente tragada o escurre fuera de la boca.

**SINTOMATOLOGIA:** El paciente se siente incómodo, - porque constantemente tiene que tragar el exceso - de saliva. El derrame es todavía más desagradable. Se produce el babeo en la dehemencia e idiotez cuando la boca está abierta, especialmente cuando el paciente tiene macroglosia. También se ve en casos de parálisis general y parálisis o parestesia facial, en que el paciente no puede regir su labio.

**CAUSAS:** Fisiológicamente los lactantes y los niños tienen mayor secreción salival que los adultos y - viejos. La erupción dentaria es una de las causas más conocidas de aumento excesivo. Es también conocido el aumento de secreción salival por estímulos sensoriales, visión de alimentos agradables y aún por estímulos psíquicos y reflejos condicionados. -

Las pequeñas emociones también son capaces de producir hipersecreción salival. Ya hemos visto que, por lo contrario, las grandes emociones la inhiben. El embarazo y la menstruación trane sialorrea. Alimentos ácidos y dulces también la provocan.

Desde el punto de vista patológico la mayoría de las inflamaciones, se acompañan de sialorrea. Debemos destacar entre ellas la estomatitis aftosa, - la primoinfección herpética y la histoplasmosis.

Otra causa de frecuente sialorrea es la macroglosia cualquiera que sea su causa. Los aparatos - protésicos, recientemente colocados, producen igualmente aumento salival por estimulación refleja de - las glándulas. Hay numerosas medicaciones hipersecretores entre las que se destacan la pilocarpina, la aceticolina, los yoduros y los mercuriales.

También el cloruro de amonio y el ácido cítrico al 2%. Estos dos últimos son de utilización terapéutica corriente. Ciertas enfermedades nerviosas producen babeo: la parálisis bulbar, la idiocia y - epilepcia.

Las parálisis faciales producen babeo. Los vagotónicos acusan, en general, aumento de la secreción salival contrariamente a lo que sucede con los simpaticotónicos.

Entre las afecciones endócrinas, el hipertiroidismo trae con frecuencia sialorrea y raramente xerostomía. Citaremos finalmente como causas de - sialorrea, las náuseas y los vómitos, el cáncer de

estómago y las úlceras gastroduodenales, las pancreatitis y en los niños algunas parasitosis intestinales.

## CAPITULO VI

## HALITOSIS

La halitosis (de halitus, exhalación o vapor, aire espirado) significa, en el lenguaje médico, - aliento fétido, olor anormal del aire espirado; se llama también mal aliento, fetidez de aliento, mal olor bucal. Por lo general es signo y síntoma a la vez, pero puede ser uno de ellos independientemente.

SINTOMATOLOGIA: El mal aliento puede provenir de - la boca o de sus cavidades anexas o bien de bronquios y pulmones. Es posible diferenciar el origen bucal del broncopulmonar y nasal haciendo respirar por la boca o por la nariz alternativamente; en el supuesto caso de que el aire espirado por la nariz sea fétido el origen será nasal o broncopulmonar.

CAUSAS: La fetidez de aliento o halitosis es un sin toma. El paciente raras veces se percata de ello y corresponde al dentista advertirle su existencia. Los sujetos con halitosis luchan en condiciones sociales desventajosas. Como la halitosis en muchos casos es consecuencia de afecciones bucales o defectuosa higiene de la boca, el dentista debe conocer perfectamente las causas locales o generales de es-

te síntoma.

Es normal que el aire espirado tenga un tenue olor dulzón, que varía con la hora del día, la abundancia del flujo salival, la flora microbiana de la boca y algunos fenómenos fisiológicos, como, por ejemplo, la menstruación. El mal sabor de boca acompaña frecuentemente a la halitosis.

Hart, que ha estudiado minuciosamente este tema ha observado que muchas mujeres de vida sexual frustrada o insatisfecha, en particular las que padecen trastornos dentales, nasales, o pelvianos, experimentan intenso sabor desagradable en la boca. La intensidad del olor del aire aspirado aumenta con la edad.

En los ancianos el olor del aliento se hace fuerte y agrio; con frecuencia es desagradable incluso en individuos que mantienen su boca en buenas condiciones higiénicas.

El olor del aire espirado es más intenso por la mañana que durante el resto del día, probablemente por acumulación y putrefacción de restos epiteliales y alimentos. La disminución de flujo salival durante el sueño favorece también la putrefacción de la saliva. El aliento de individuos con grueso revestimiento papilar lingual suele tener olor intenso.

La halitosis de causa extrabucal interesa más al médico que al dentista ya que apenas puede modificarse eliminando las zonas de retención de alimentos y estableciendo una buena higiene bucal. Brenin y colaboradores idearon un método para distinguir el ori

gen respiratorio o bucal de la halitosis. La halitosis secundaria a afecciones pulmonares y de las vías respiratorias se menciona muy a menudo como - halitosis verdadera, pero es menos frecuente que la de causa bucal. El olor de la boca y el que se origina en el aparato respiratorio pueden distinguirse de la siguiente manera: si el mal olor está producido por afecciones pulmonares se percibirá con facilidad si el paciente respira con fuerza por la nariz después de cerrar herméticamente la boca. Si durante esta prueba no se percibe el olor, es probable que se origine en la boca; puede confirmarse si el paciente con la nariz tapada espira levemente por la boca. Como prueba adicional pueden tomarse muestras de restos en los espacios interdentes, de partes de la capa de revestimiento de la lengua, etc., para examinar su olor.

**CAUSAS EXTRABUCALES DE HALITOSIS:** La causa extrabucal más común de halitosis es el paso al aire espirado de sustancias mololientes disueltas en la sangre. Entre ellas se incluyen las derivadas de alimentos y bebidas (ajo y alcohol), las producidas durante el metabolismo incompleto, o anormal de los alimentos (acetona) y los productos de deshecho (urea-amoniaco) que no se eliminan por las vías normales.

Se han propuesto diversas explicaciones para la prolongada halitosis que resulta de ingerir ajo y cebolla. En otro tiempo se creía que el olor de-

sagradable que acompaña al consumo de bulbos de estas plantas era consecuencia de la retención de algunas de sus partículas entre los dientes. Sin embargo, la mayor parte de estudios demuestran que - el prolongado olor del aire espirado que acompaña a la ingestión de ajo y cebolla es consecuencia principalmente de la absorción gastrointestinal con la lenta eliminación por los pulmones. Silverstein observó que el olor característico de esas sustancias aparecía en la respiración después de frotar e con ajo las plantas de los pies. Morris y Read, administraron ajo en cápsulas y también obtuvieron el típico y prolongado olor de la respiración. Estos investigadores estudiaron también la influencia del contenido gástrico en la producción de olores anormales en el aire espirado, pudieron comprobar que a menos que haya regurgitación ó vómito, el olor del contenido estomacal no se percibe en el aliento. El alcohol quizá constituya la única excepción, puesto que puede ser absorbido por la mucosa gástrica. - Crohn y Drosd observaron así mismo que el estreñimiento producido artificialmente administrando pequeñas dosis de opio por períodos hasta de 10 días no modificaba el olor de la respiración.

Como las causas de la halitosis de origen extrabucal corresponden a procesos que no afectan a - la boca, el tratamiento corresponde al médico. En - primer término deberán investigarse las vías respiratorias superiores, incluso los senos crónicamente afectados. Las partes inferiores del aparato respi-

ratorio son mas raramente causa de halitosis.

#### CAUSAS BUCALES DE HALITOSIS.

Perturbaciones de los procesos fisiológicos.

Cualquier trastorno de la fisiología de la boca puede ser causa de olor anormal y desagradable del aliento. La disminución de la secreción salival que se produce por deshidratación de cualquier causa en muchos va acompañada de halitosis; también es frecuente en sujetos sometidos a alimentación líquida, sobre todo pacientes con úlcera gástrica con dieta láctea y de crema. Cualquier anomalía de la capa de revestimiento de la lengua que favorezca la retención de bacterias y restos alimenticios puede producir halitosis; el consumo de alimentos no detergentes suele ir acompañado de olor desagradable del aliento. En el caso de Morris y Read, la limpieza mecánica profiláctica de la lengua, sin ayuda de sustancias odoríferas, disminuyó hasta casi hacerlo imperceptible el olor de la boca.

#### HIGIENE BUCAL DEFECTUOSA

La mala higiene bucal permite acumulación entre los dientes y alrededor de ellos de partículas de alimentos y favorece su descomposición por la flora microbiana. El mal olor es particularmente intenso cuando han desaparecido las partículas interdetales a consecuencia de la retracción ó ulceración gingival que acompaña a la gingivoestomatitis de Vincent. Las bolsas ó pseudo bolsas periodontales que se producen con la erupción de las piezas denta

rias, en particular de los terceros molares inferiores, favorecen la acumulación de restos alimenticios y ocasionan halitosis.

La descomposición ó putrefacción bacteriana de la saliva también comunica al aire espirado olor fétido, que puede producirse en lapso de una hora si se deja la saliva en un tubo de ensayo. La putrefacción salival se inhibe hasta por dos horas después de lavarse la boca con un colutorio antiséptico. Los preparados que contienen clorofila parecen tener propiedades desodorantes y ser de cierto valor terapéutico. La clorofila no irrita los tejidos blandos de la boca ni tiene efecto perjudicial sobre los dientes.

Sulser y colaboradores han determinado por medio del asmoscopio la importancia relativa de la caries dental, de la parodontitis y de la gingivitis como causas de halitosis. De sus investigaciones se deduce que figura en primer lugar la parodontitis seguida de la gingivitis y la caries. En la mayor parte de casos, el olor es consecuencia de mala higiene bucal, pero en otros puede existir a pesar del cepillado de los dientes. Las bolsas periodontales y los espacios interdenciales abiertos que alojan partículas de alimentos, microorganismos y a veces, pus, no pueden limpiarse de manera eficaz con el cepillo; por lo común es necesario acudir a otros recursos, como, por ejemplo, el denominado estimulador interdental. Los colutorios muy perfumados solo poseen eficacia transitoria para supri-

ir esta forma de halitosis.

#### DENTADURAS.

En un tiempo el uso de dentaduras artificiales solía acompañarse de olor desagradable denominado de "dientes falsos" ó "dentadura postiza". Esto sucedía sobre todo por el empleo de dentaduras de vulcanita, mas porosa que la de materiales acrílicos. En tales dentaduras solían producirse gran número de pequeñas grietas alrededor de los cuellos de los dientes artificiales.

La halitosis es rara con las dentaduras de acrílicos, a condición de que la higiene bucal del paciente sea adecuada. Los dentistas olvidan demasiadas veces instruir a los pacientes en el cuidado de las dentaduras, sobre todo de las prótesis parciales con sus múltiples zonas de retención de partículas alimenticias. Las dentaduras postizas requieren por lo menos igual atención que la dentadura natural para evitar la halitosis. Las prótesis se pueden limpiar eficazmente con cepillos especiales y una pasta dental, cualquier dentífrico, sencillamente, agua y jabón. Conviene cepillar la dentadura después de cada comida; si esto no es posible se lavará con agua corriente.

Salvo en circunstancias especiales, las dentaduras falsas deben quitarse por la noche. Así se permite el descanso de los tejidos de soporte, se elimina la posibilidad de que sean desalojadas accidentalmente durante el sueño y se contribuye a evi

tar la halitosis. Durante la noche estas piezas de prótesis se sumergen en agua a la que se le han agregado unas gotas de colutorio antiséptico.

#### CIRUGIA BUCAL Y LESIONES GANGRENOSAS.

La fetidez de aliento es común después de intervenciones quirúrgicas en la boca o de extracciones dentales, por varias causas: falta de masticación normal, consumo de alimentos blandos, hemorragias ligeras y aumento de la flora microbiana bucal. La descomposición microbiana de la sangre origina un olor particularmente desagradable. Todas las lesiones ulcerosas de la boca van acompañadas de halitosis; a menos que se tomen precauciones especiales. El olor metálico de la gingivostomatitis de Vincent y las gingivostomatitis metálicas es uno de los síntomas mas destacados de tales procesos; se combate fácilmente con cualquiera de los agentes antimicrobianos. El noma, proceso gangrenoso masivo de los tejidos bucales, se caracteriza por su olor pútrido y desagradable. Las neoplasias malignas ulceradas, son causa frecuente de halitosis. La necrosis con tumefacción gingival que se produce en casos de leucemia aguda, gangrena diabetida y escorbuto produce olor pútrido.

La higiene bucal adecuada puede disminuir considerablemente y muchas veces eliminar la halitosis de origen bucal. Al dentista le es posible tratar las lesiones de los tejidos blandos y suprimir los factores locales que pueden favorecer la acumulación

de restos alimenticios, pero el paciente también tiene gran responsabilidad en la terapéutica de la halitosis de origen local. Deberá ser instruido en un método eficaz de higiene bucal que asegure la limpieza de los espacios interdentes y demás zonas en las que puedan alojarse partículas de alimentos. Los colutorios antisépticos acentúan el olor desagradable durante un par de horas como máximo. También se pueden ensayar colutorios con desodorantes, por ejemplo, clorofila. Aunque estas sustancias sin otro tratamiento pueden mitigar temporalmente la halitosis, para suprimir este síntoma en primer lugar hay que acudir al dentista para que acabe con todas las posibles causas predisponentes.

## CAPITULO VII

## DOLOR, DISESTESIAS

Procesos dolorosos de la mucosa bucal:

Las pérdidas de substancia del epitelio son generalmente dolorosas; por ello el síntoma existe en cualquiera de las afecciones vésico-ampollares: herpes, zona, pénfigos y penfigoides, y en las ampollas sintomáticas: quemaduras físicas (por el calor), químicas intoxicaciones, etc. También los procesos necróticos y necrobióticos que dejan pérdida de substancia ocasionan dolor: aftas, ulceraciones traumáticas, epitelomas, radioepitelitis, procesos tóxicos, hemáticos, etc. Las despapilaciones linguales (por carencias vitamínicas, anemias, etc.) dan dolor, en especial si se hallan acompañadas de fisuras, como también puede suceder en la lengua escrotal fisurada.

Otros procesos dolorosos lo son, ya no por irritación nerviosa, sino por compresión como ocurre en las infecciones. Existen también dolores de origen psíquico.

Diversas bebidas y alimentos (alcohol, los picantes, las bebidas o comidas calientes) aumentan la sensación dolorosa.

El herpes simple, que con mayor frecuencia se presenta en la piel y semimucosa labial, generalmen

te da al paciente una desagradable sensación de calor, prurito y tensión previa a la aparición de las lesiones vesiculares.

En el herpes Zóster ó zona, el dolor neuralgiforme es previo a la aparición de las lesiones las acompaña cuando éstas se exteriorizan. Se circunscribe a los troncos nerviosos afectados; además puede persistir una vez que las lesiones clínicas han remitido ó transformarse en estados disestésicos.

En el pénfigo vulgar las lesiones mucosas son dolorosas en el período de estado e impiden la correcta alimentación.

El afta también produce dolor acentuado; en la mayoría de los casos los brotes de aftas son subintrales, lo que hace que el paciente sienta dolor continuo en la boca.

Las ulceraciones traumáticas, producidas por piezas dentarias en malposición ó con caries profundas, son también muy dolorosas. Cuando están ubicadas en los bordes de la lengua, el dolor se irradia hacia el oído y es común que exista además odinofagia. Cuando la ulceración permanece estacionaria en su evolución, debemos sospechar su posible malignidad; corresponde entonces eliminar de inmediato el factor causal y provocar un estudio histopatológico para despistar una posible transformación epiteliomatosa.

Las dentaduras artificiales dan con frecuencia la llamada boca dolorosa. Por lo general son dentadu

as mal adaptadas inicialmente ó con el correr de los años. Las causas son múltiples: mecánica, por traumatismo; circulatoria, por compresión; química, como consecuencia de la descomposición de la urea y amoníaco que provoca congestión de la mucosa; micótica, por desarrollo de moniliasis debajo de las mismas.

#### DOLORES DE ORIGEN DENTARIO Y PARADENTARIO.

a) De la pulpa. La patología pulpar determina amplias variaciones de la sensibilidad dolorosa. Los distintos estados patológicos de la pulpa cursan con una sintomatología que es propia de cada caso y el elemento dolor puede llevar al diagnóstico de certeza cuando es interpretado correctamente.

Los estados regresivos de la pulpa dentaria disminuyen el umbral reaccional de la misma y causan dolor.

Pueden ser consecuencia de estados fisiológicos (atrofia senil). En otras ocasiones los determinan hábitos (bruxomanos) o trastornos en la articulación dentaria; van acompañados por hipersensibilidad al frío, cuando los dientes demuestran un marcado deshaste ó abrasión del tejido. Pueden agregarse espasmos musculares, limitaciones en la apertura bucal y dolor generalizado en los arcos dentarios.

Suelen encontrarse con suma frecuencia degeneraciones cálcicas pero sin originar por sí solos estados inflamatorios pulpares (Maisto).

En la hiperemia pulpar, el dolor está localí-

sado en la pieza afectada, los estímulos dulces y fríos provocan dolor agudo, pasajero ó fugaz; por lo general es un proceso reversible.

Las pulpitis propiamente dichas son, en cambio, procesos irreversibles; pueden ser cerradas - cuando la pulpa no se comunica con el medio externo, y abiertas cuando lo hace a través de una cavidad de caries ó por fracturas de la corona dentaria.

Las pulpitis cerradas de tipo infiltrativo - provocan dolor, en primer lugar, por el frío y después por el calor y los dulces, persistiendo mientras dura el estímulo para desaparecer al poco tiempo de eliminado el mismo.

En las pulpitis abscedadas el dolor es continuo, pulsátil y se irradia al oído ó a la región temporal cuando proviene del maxilar inferior ó superior, respectivamente. Además de ser espontáneo ó provocado por el mínimo aumento de temperatura, - crece su intensidad en posición decúbito dorsal para ceder notablemente con el frío.

En las pulpitis abiertas por fracturas de la corona el dolor espontáneo no es muy evidente; en cambio la pulpa expuesta reacciona vivamente al -- contacto con un instrumento ó con agentes químicos.

En las pulpitis ulceradas secundarias, la su presencia del dolor es común y la presión que ejercen los restos alimenticios ó la exploración profunda de la pulpa, origina un dolor vivo, señalando así la presencia de vitalidad en la misma.

En los pólipos pulpares ó pulpitis crónica - hiperplásica, el dolor se manifiesta a la masticación por el traumatismo de las piezas antagónicas ó por el roce con los alimentos sobre dicha hiperplasia pulpar, que emerge sobre la cavidad de una amplia caries.

Las necrosis ó gangrenas de la pulpa, cursan asintomáticas, salvo en los casos en que existe - compromiso periapical (periodontitis). En dicho caso el dolor se revela a la masticación ú oclusión, dando la sensación de diente alargado.

b) Abscesos alveolares. En el absceso alveolar agudo, al dolor se suma la inflamación de los tejidos adyacentes con la acumulación de pus, cuyo drenaje produce un inmediato alivio.

Si estos procesos apicales pertenecen a premolares y molares superiores que están en íntima - vinculación con los senos maxilares, el dolor se - propaga a estas cavidades simulando verdaderas sinusitis.

En los procesos crónicos como el granuloma y el quiste apical el dolor aparece cuando se abscedan; en el caso de un quiste el aumento de tamaño por la presión que ejerce su contenido comprime los nervios dando lugar así a la sintomatología dolorosa.

c) Dientes retenidos. Las piezas dentarias - retenidas, en especial los terceros molares inferiores, cuando carecen de espacio para su erupción normal, provocan dolor neuralgiforme por compresión

contra el diente vecino, al que pueden llegar a ab sorber en algún punto y determinar la exposición - pulparo de las raíces; la compresión puede también efectuarse contra el nervio dentario inferior.

d) Traumatismos de partes blandas. Los traumatismos por decúbito contra el capuchón de cualquier pieza, en especial de los terceros molares, pueden provocar inflamaciones ó infecciones (pericoronaritis). La presión ejercida durante los períodos de erupción por la cara oclusal sobre la mu cosa que la recubre, también puede provocarlas. En ambos casos el dolor es localizado cuando el proce so está bien circunscripto, e irradiado, intenso, - con limitación de la apertura bucal, en el caso de comprometer áreas mas extensas.

#### DOLORES DE ORIGEN SINUSAL:

En la sinusitis el dolor es espontáneo y opre sivo, con la característica de fluctuante ó pulsá- til y neuralgiforme en la sinusitis purulentas.

Es común que el dolor se irradie a todo el ar co dentario superior, durante la oclusión ó mastica ción, ó se trasmita al oído simulando una pulpitis abscedada. La presión ejercida sobre los arcos su- perciliares ó suborbitarios, en la zona de los ángu los internos de los ojos, produce un vivo dolor.

#### DOLORES PROVENIENTES DE AFECCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

La formación de cálculos en los conductos --

glandulares sublinguales ó submaxilares (sialoliti-  
tiasis) tiende a obstruir la permeabilidad de los  
mismos, determinando una tumefacción glandular y  
de las zonas correspondientes por retención salival,  
en especial antes de las comidas. El dolor -  
que ello origina suele ceder con la ingesta.

Los procesos inflamatorios de las glándulas  
salivales traen dolor no referido a la alimenta-  
ción, aunque ésta puede exacerbarlos.

#### DISESTESIAS DE LA CAVIDAD BUCAL:

La cavidad bucal puede ser asiento de una -  
serie de manifestaciones disestésicas ó parestésicas,  
generalizadas a toda la mucosa ó localizadas  
en algún sector topográfico.

Tenemos que diferenciar estas sensaciones,  
llamadas por algunos autores dinias, del dolor ver-  
dadero llamado algia. Se trataría de disestesias -  
cuando el paciente nos manifiesta que experimenta  
sensación de ardor, quemazón, calor, aspereza, hor-  
migueo. A la sensación de arena ó movimientos deba-  
jo del epitelio se le denomina parestesia de Mag-  
nan. En realidad son mínimas expresiones del sínto-  
ma dolor.

La lengua es el órgano que con mayor frecuen-  
cia experimenta estas sensaciones, tal vez por tra-  
tarse de una zona distal del organismo. Arde sobre  
todo en los bordes; a veces en el sitio de las pa-  
pilas foliadas. No es infrecuente hallar a estas -  
últimas inflamadas (papilitis foliada). En el ter-

cio medio y anterior pueden existir pequeñísimas - eritematodematosas, inflamatorias, erosivas, etc., en directa vinculación con los microtraumatismos - provocados por las aristas de las cúspides de las piezas dentarias.

En casos de varicosidades linguales, hemos - hallado ardor. Algunos de estos pacientes eran dia béticos.

Las parestesias pueden tener su origen en te nues eritemas de las papilas linguales determinados por el hábito inconsciente de apoyar y deslizar la lengua contra las superficies de las piezas dentarias. También dilataciones vasculares de la cara - ventral asociadas con un aumento de la consistencia, detectables mediante la palpación suave y super ficial con el pulpejo del dedo, pueden igualmente - detectar parestesias además de pequeñas fisuritas - en el fondo de los surcos linguales. Para visualizar estas últimas es de utilidad práctica utilizar una lupa ó el dermatoscopio, que servirá además para registrarlas fotográficamente.

También pero con menor frecuencia, existen - dinias en la mucosa yugal y en el paladar.

En las encías, la sintomatología que nos trans miten los pacientes es de calor ó cosquilleo, generalizado ó localizado en el sector anterior ó en al guna papila interdientaria. Si la dinia es de carácter difuso y matutina puede estar en vinculación - con hábitos bruxómanos, ó constituir un signo mínimo de enfermedad periodontal, para lo cual es conve

niente realizar un prolijo interrogatorio, así como exámenes clínicos y especializados. Cuando la dinia corresponde a algunas de las papilas es útil explorar el espacio interdentario correspondiente, verificar la presencia de caries interproximales, puntos de contacto dentario, etc. El empaquetamiento alimenticio a ese nivel puede desencadenar dinias.

Las enfermedades generales como la diabetes, hipercolesterolemia, arteriosclerosis generalizada, anemias, etc., y las del aparato digestivo, sistema nervioso, cardiovascular y la ingesta de algunos medicamentos están en íntima vinculación con las parestesias bucales. Por otra parte, no podemos olvidar que la mayoría de los pacientes que las experimentan son de temperamento nervioso y sumamente aprensivos que agudizan su sintomatología por el temor a desarrollar un cáncer bucal (oncofobia), por lo que el examen debe ser minucioso y metódico.

Eliminadas estas causas de parestesias recién se está autorizado a pensar en un origen psíquico o psicósomático.

## CAPITULO VIII

## BRUXISMO

Es llamado también bruxomanía ó bricomanía y, cuando es nocturno, fenómeno de Karolyi.

El bruxismo puede definirse como la hiperactividad no fisiológica de la musculatura masticatoria, que se traduce clínicamente por el contacto oclusal repetido, constante ó intermitente, y que se manifiesta por apretamiento, rechinar, frotamiento ó golpeteos dentarios.

Es innegable su importancia como hábito lesivo para las estructuras dentoparodontales y de las articulaciones temporomandibulares, y en el síndrome de disfunción y dolor temporomandibular.

El bruxismo se presenta preferentemente durante el sueño, aunque no es raro que se produzca en horas de vigilia casi siempre en momentos de actividad muy concentrada ó de distracción.

## ETIOLOGIA:

La bruxomanía debe entenderse como una forma de neurosis vinculada a la ansiedad, a la angustia, a la tensión emocional, al nerviosismo y a situaciones frustrantes. El permanente stress psíquico a que muchas personas se ven sometidos por el ajetreo de la vida actual durante las horas del día hace -

que de noche, principalmente, aparezca el fenómeno de Karolyi.

Sin embargo, se acepta que los estímulos derivados de las desarmonías oclusales, tienen un papel fundamental como factor desencadenante. La existencia del bruxismo entre los portadores del síndrome temporomaxilar es alto, sobrepasando a veces el 50% (Carraro y Albano).

Es importante destacar que tanto las causas locales como las psicógenas (o periféricas centrales como las llama Ramfjord) deben actuar simultáneamente siendo poco menos que imposible evaluar cada factor en particular.

En otros términos, los cambios psíquicos sensibilizar los centros nerviosos superiores a la acción persistente de los estímulos nocivos iniciados por contactos oclusales inarmónicos y recogidos por las terminaciones propioceptivas periodontales, generan un elevado número de contracciones a los músculos de la masticación. A su vez esta musculatura sobrecargada, sufren cambios que excitan sus propias terminaciones nerviosas que aportan a los centros cerebrales una permanente oleada de estimulación nociceptiva.

Se instala de tal suerte un verdadero círculo vicioso.

**CLINICA Y DIAGNOSTICO:** El bruxismo es mas común en la mujer que en el hombre. Esto es debido a la mayor frecuencia de la inestabilidad psíquica en el -

sexo femenino, hecho definitivamente comprobado - por las pruebas psicológicas específicas.

Los enfermos afectados son de todas las edades. Las primeras manifestaciones aparecen en la niñez y se acentúan con el correr de los años hasta la adultez para decrecer en los últimos decenios de la vida.

El bruxómano ejecuta movimientos de oclusión sostenida, con ó sin frotación ó rechinamiento ó golpeteo. Lo habitual es que las excursiones tanto de lateralidad como protrusivas sean de poco recorrido. Los movimientos de gran amplitud son infrecuentes.

En general los enfermos tienen conciencia de sus movimientos diurnos, aunque muchas veces lo niegan, por lo que el clínico debe manejar el interrogatorio señalando los signos objetivos que denuncian el estado.

Los bruxómanos nocturnos suelen ignorar su costumbre a menos que algún allegado se la haya hecho conocer. Esta posibilidad está reservada para los casos de rechinamiento audible, que son los menos frecuentes. Los signos y síntomas que denuncian la bricomanía son varios:

- 1) Dolor en los músculos masticatorios, particularmente en los maseteros y en los temporales.
- 2) Limitación moderada de la apertura bucal, - sobre todo al despertar.
- 3) Ligera ó ostensible hipertrofia maseterina bilateral.

4) Abrasión dentaria oclusal caracterizada - por facetas planas.

5) Tardía aparición de facetas de desgaste en las caras proximales.

6) La cronicidad de la costumbre apareja cambios parodontales radiológicos tales como osteoporosis cortical, ensanchamiento del espacio periodóntico, reabsorción alveolar de tipo vertical, es decir, las habituales características del trauma oclusal.

7) Movilidad y desplazamiento dentario; pulpitis y periodontitis.

8) Parestesia bucal general con sensación de tensión sobre todo a nivel de la infraestructura - del seno maxilar.

9) Dolor en las articulaciones temporomandibulares.

Estos fenómenos varían frecuentemente en - cuanto a frecuencia, intensidad y simultaneidad -- para cada paciente en particular.

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar - los dientes asociada con angustia ó agresividad ha sido observada y descrita tanto en animales como - en el hombre. El rechinamiento de los dientes fué - asociado con tensión ó circunstancias adversas des - de los primeros relatos históricos, lo cual indica que fué reconocido hace cientos de años.

Es muy común y probablemente pueda conside-- rarse normal, la tendencia transitoria de apretar-

firmemente los maxilares y los dientes al efectuar un esfuerzo ó para hacer cesar una manifestación emocional como el llanto, ó bien para expresar determinación. Por lo tanto, la tensión nerviosa aguda no específica, e incluso la tensión física muy pronunciada suelen estar asociados con un apretar de maxilares y dientes. Este apretamiento y fijación de los maxilares y de los dientes durante la sobrecarga emocional y el ejercicio físico no debe considerarse como bruxismo; sin embargo, sí debe considerarse tal el apretamiento no funcional habitual y persistente en oclusión céntrica sin tensión emocional obvia ó necesidad para la fijación. El rechinar, apretamiento y movimientos de trituración no funcionales en oclusión céntrica pueden ser de diferente importancia tanto para los dientes como para el periodonto que la trituración excéntrica, y tanto la etiología como el tratamiento pueden variar en ocasiones. Sin embargo estos dos padecimientos se encuentran tan íntimamente relacionados que es preferible designar ambos como bruxismo, o sea denominar bruxismo excéntrico al rechinar y movimientos de trituración de los dientes en excursiones excéntricas, y bruxismo céntrico al apretamiento de los dientes en céntrica.

Tanto el bruxismo céntrico como el excéntrico son expresión de aumento en el tono muscular. El que domine el bruxismo céntrico ó el excéntrico depende de la ubicación de las interferencias oclu

sales que actúan como factores desencadenantes de los movimientos no funcionales del maxilar. El bruxismo excéntrico tiene por lo general interferencias excéntricas como factores desencadenantes, mientras que el bruxismo céntrico se encuentra mas frecuentemente asociado con inestabilidad oclusal en la inmediata vecindad de la céntrica.

Se dice con frecuencia que en el bruxismo en excursiones excéntricas intervienen contracciones musculares isotónicas, mientras que el apretamiento mas estático en oclusión céntrica representa actividad muscular isométrica. Esta diferenciación no es científica debido que el apretamiento comúnmente consta de pequeños movimientos del maxilar y cambios subsecuentes en la longitud de los músculos afectados.

Por lo tanto, el apretamiento implica tanto la actividad muscular isométrica como la isotónica.

Otro grupo de situaciones, estrechamente relacionadas con el bruxismo, son generalmente clasificadas como hábitos oclusales y no como bruxismo. Estas situaciones son: el morder fuertemente con maxilares en posición bloqueada; mordedura de los carrillos, lengua ó labio; el morder objetos como uñas, lápices, tubo de pipa y pasadores para el pelo; el ejercer presión con los dedos sobre los dientes y muchos otros hábitos. Aunque todos estos hábitos ó situaciones tienen un fondo psicogénico bien definido y sirven como desahogo a la tensión

emocional, no suelen clasificarse como bruxismo y nosotros lo clasificaremos como mordeduras disfuncionales ó hábitos oclusales.

Finalmente los movimientos no funcionales de contacto oclusal pueden ser la secuela de trastornos epásticos de naturaleza general.

Se ha demostrado experimentalmente y observado en clínicas en innumerables ocasiones que las interferencias oclusales pueden precipitar el bruxismo. Clínicamente se ha encontrado que el bruxismo puede ser aliviado ó eliminado mediante la corrección de la disarmonía oclusal, por lo menos hasta un grado en que no sea notado por el paciente y sus efectos sobre el aparato masticador sean mínimos. Por supuesto que el bruxismo puede ser reintroducido en cualquier momento por la colocación de una restauración con interferencia oclusal. Electromiográficamente, la eliminación de la disarmonía oclusal es seguida por una marcada reducción en el tono muscular y la armoniosa integración de la acción muscular.

Cualquier tipo de interferencia oclusal puede desencadenar o mantener el bruxismo cuando se combina con tensión psíquica. El factor desencadenante más común para el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. Electromiográficamente, tal discrepancia se manifiesta por contracciones asincrónicas o tensión sostenida en los músculos masetero o temporal en un mo

mento u otro durante la deglución. El segundo factor desencadenante del bruxismo, en orden de importancia, son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio. Aunque de mucho menor importancia que los dos factores ya señalados, también las interferencias en las excursiones protrusivas ó en el lado de trabajo pueden desencadenar bruxismo.

Se encontrará siempre algún tipo de interferencia oclusal en todos los pacientes con bruxismo. Sin embargo, con frecuencia resulta extremadamente difícil localizar las interferencias oclusales, especialmente en el recorrido retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación céntrica en pacientes con músculos maxilares hipertónicos y bruxismo. Esto puede aplicar la observación hecha por varios autores en el sentido que han observado numerosos pacientes con bruxismo que no tenían interferencias oclusales. Otros investigadores rehusan aceptar la disarmonía oclusal en el recorrido retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación - céntrica como interferencia oclusal y, dado que -- ésta es la causa mas común del bruxismo, dicho enfoque impediría reconocer el factor oclusal mas importante en la etiología de dicho padecimiento.

Los daños de importancia ocasionados por el bruxismo resultan con frecuencia mayores en la corona del diente que en el periodonto. El desgasta de los dientes ocasionado por el bruxismo puede dar - por resultado una reducción inestética de la longi

tud de la corona, trastornos en las relaciones de contacto interproximal, y ocasionar pulpitis, exposición o muerte de la pulpa. Otras posibles secuelas del bruxismo son bordes del esmalte afilados e irritantes, dientes o restauraciones fracturados, e incluso estrangulación apical de la pulpa. El bruxismo es de extrema importancia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la articulación temporomandibular. Las molestias de los dientes, músculos y articulaciones temporomaxilares asociadas con el bruxismo con frecuencia aumentarán la tensión psíquica y la irritabilidad, y ocasionarán un posterior aumento del tono muscular y del bruxismo.

## CONCLUSIONES

1.- Es necesario darle toda la importancia a cualquier hemorragia que se presente en la boca - pues su causa no es únicamente por algún traumatismo, sino que nos puede indicar una alteración a nivel sanguíneo.

2.- Uno de los problemas que pueden presentarse en la práctica es el no saber diagnosticar - sobre un síntoma que nos presente el paciente y éste puede ser el caso de la tumefacción debido a las diversas causas por las que se presenta.

3.- Una hemorragia nos puede dar síntomas de otro tipo de patosis que merece toda nuestra atención para poder diagnosticar la presencia de alguna anomalía y estar a tiempo de prevenirla o no dejar que persista o avance, tales anomalías pueden presentarse en el tiempo de coagulación o hemofilias, anemias, leucemias.

4.- La hemorragia gingival nos ayuda a poder educar y motivar a nuestros pacientes a saber cuidar su boca, es decir, dándoles una buena técnica de cepillado que favorezca a sus encías y no las lastime a tal grado de provocar sangrado, lo mismo hacerles ver la importancia que tiene el evitar introducir instrumentos a la boca y evitar los trau-

matismos mecánicos que propician sangrados.

5.- Dentro de la importancia que tiene el estudiar mas a fondo los signos y síntomas de las enfermedades de la boca, es que precisamente nos hace ver mas allá de lo que es el aparato estomatológico y pensar que está en íntima relación con el organismo, tal es el caso de las llamadas enfermedades hemorrágicas, (son alteraciones orgánicas en las cuales la hemorragia gingival es espontánea ó en las cuales la hemorragia gingival que sigue a una irritación es excesiva y de difícil control. (GLICKMAN)

6.- Los signos y síntomas que nos presente un paciente cuando nos consulta son importantísimos para establecer un buen diagnóstico y dar el tratamiento correcto eliminando las causas, tal es el caso de la tumefacción gingival que puede estar provocada por diferentes causas sean locales como una deficiente higiene bucal o generales; existen también las hiperplasias provocadas por fármacos.

7.- En muchas ocasiones que encuentra alteraciones en la mucosa y los labios del paciente, el dentista "general" que descuida el aspecto fisiológico no atina en diagnosticar o explicarse porque el paciente presenta esa sintomatología siendo que la xerostomía es un síntoma de mucho valor semiológico y que las causas que la provocan pueden ser generales como por ejemplo la acción nerviosa, o locales por una causa mas trascendente como la -

agenesia congénita de las glándulas salivales.

8.- Es frecuente que el dentista confunda la causa de alguna anomalía en la boca si no le da to da la importancia que debe tener el seguir estudian do y repasando la íntima relación que existe entre el organismo y la boca, como es el caso de la halit tosis, en la que no se debe limitar a una simple - deficiencia de higiene bucal sino tomar en cuenta que puede estar provocada por diferentes causas co mo la halitosis de origen broncopulmonar o la halit tosis provocada por algún fenómeno fisiológico co mo la menstruación. Para que desaparezca la halit tosis no basta con enjuagarse con colutorios ni de sodorantes puesto que es una falsa idea de la gen te que así desaparece el mal aliento siendo que mu chas veces este tipo de enjuagues acentúa el mal - aliento. Lo indicado es asistir al dentista para - que él sea quien quite la causa.

## BIBLIOGRAFIA

- Allington, H. V.: "DRYNESS OF THE MOUTH". Arch. Dermat. and Syph. 62: 829-850, 1950.
- Byron, H.H.: "AN INTERPRETATION OF THE MECHANISM OF PAIN AS IT APPLIES TO DENTISTRY." Oral Surg. 10: 495, 1957.
- Boyle, P, E. "THE ROLE OF VITAMIN A IN THE FORMATION AND MAINTENANCE OF DENTAL STRUCTURES", Harvard, Dent. Rec. 11:28 1937.
- Dingman, R, y Hayward, J.R.: "THE VALVUE OF WRITING CASE HISTORIES". J. Oral Surg.5:123, 1947.
- Draper, G, y Col. "HUMAN CONSTITUTION IN CLINICAL MEDICINE". New York, Hoeber, 1944.
- Friedman, A,P.: "FACIAL PAIN". Oral Surg. 10:730, 1964.
- Goadby, K.: "DISEASES OF THE GUMS AND ORAL MUCOUS MEMBRANE". Ed. 4, London 1931, Oxford University Press.
- Goldman, H.M.: "PERIODONTIA". St. Louis, 1942, The C.V. Mosby Co.
- Gillbe, G.V.: "REPEATED POST-EXTRACTION HAEMORRHAGE". BRIT.DENT.J.123:539,

- 1967.
- Laidlaw, G, and Cahn, L.R.:  
"MELANOBLASTS IN THE GUM". J.  
Dent. Research 12:534, 1932
- Lovasko, J. H. y Fast, T.B.:  
"HALITOSIS RESULTING FROM A  
DENTIGEROUS CYST" J. Indiana  
Dent. Ass. 46:521-522, 1967.
- Mac. Donald, D.H.: "PAIN SINDROMES OF DENTAL  
ORIGEN". Oral Health 57:511-512,  
1967.
- Ramfjord, S.P.: "BRUXISM A CLINICAL AND ELECTRO  
MYOGRAPHIC STUDY". J.A.D.A.  
62:21 1961
- Thoma, K.H., and Goldman, H.M.:  
"TYPES OF RESOPTION FOUND IN  
ALVEOLAR BONE IN PARODONTAL  
DISEASE". Am. J. Orthodontics  
24:62, 1938.