

lej. 907



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Manuel Rosas Romero
Victor Manuel Rosas Romero
VI - 27 - 79

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ODONTOLOGIA LEGAL.

T E S I S

Que para obtener el Título de CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

VICTOR MANUEL ROSAS ROMERO

México, D. F.

1979

15297



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE.

INTRODUCCION.....	3
-------------------	---

CAPITULO I

ODONTOLOGIA LEGAL.

1.- Definición e Importancia.....	5
2.- Síntesis Histórica.....	6
3.- División.....	10

CAPITULO II

TRAUMATOLOGIA ODONTOLOGICA.

1.- Introducción.....	13
2.- Lesiones por Agentes Mecánicos.....	27
a).- Contusiones.	
b).- Equimosis.	
c).- Erosiones y Escoriaciones.	
d).- Heridas contusas, desgarramientos.	
e).- Fracturas y luxaciones.	
f).- Extracción equivocada de un diente.	
g).- Aguja e instrumentos rotos.	
h).- Lesiones en los troncos nerviosos.	
i).- Lesiones en vías respiratorias.	
j).- Heridas por instrumentos punzantes.	
3.- Lesiones por Agentes Físicos.....	44
a).- Quemaduras.	
b).- Por electricidad.	
c).- Por rayos X.	
d).- Por rayos ultravioletas.	
4.- Lesiones por Agentes Químicos.....	48
5.- Lesiones por Agentes Biológicos.....	48

CAPITULO III

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

1.- Introducción.....	49
2.- Responsabilidad Profesional del Cirujano Dentista.....	50

CAPITULO IV

IDENTIFICACION DENTARIA.

1.- Concepto y formas.....	66
2.- Identificación Judicial.....	67
a).- Fotografías.	
b).- Ropa, documentación, Joyería.	
c).- Radiografías.	
d).- Autopsia.	
e).- Dactiloscopia.	
f).- Examen dental.	
3.- Odontología Forense.....	73
4.- Odontología Forense Comparativa.....	74
a).- Examen Clínico Visual.	
b).- Estudio Radiográfico.	
5.- Idento-Estoma-Grama.....	85
a).- Concepto.	
b).- Anverso de la ficha.	
c).- reverso de la ficha.	
6.- Marcas por Mordida.....	91
a).- Importancia.	
b).- Procedimientos generales para examinar-marcas por mordida.	
c).- Procedimientos generales para el examen del sospechoso.	
7.- Rugoscopia.....	107
8.- Fotorugoscopia.....	112
CONCLUSIONES.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	119

I N T R O D U C C I O N .

Al estudiar las diferentes materias que integran el plan de estudios de la carrera de Cirujano Dentista, descubrimos que como materia optativa se impartía una denominada "ODONTOLOGIA FORENSE" (nosotros la denominamos Odontología Legal en contraposición a algunos autores, no por simple capricho, ya que estimamos que este último término es el más usual y abarca muchos más aspectos, como en el transcurso de este trabajo señalaremos). Desde hace tiempo nos causó curiosidad y empezamos a investigar al respecto, descubriendo la gran importancia que tiene, ya que relaciona a la Odontología con el Derecho, dando lugar con esto a que se estudien aspectos tan importantes, como la Traumatología Odontológica, la responsabilidad que el Cirujano Dentista puede tener en el ejercicio de su profesión y la Identificación Dentaria, es decir identificar a un sujeto vivo, muerto o sus restos cadavéricos por medio de las huellas dentarias, cuando esta no ha sido posible por los medios comunes de identificación.

Todos estos aspectos quizá a simple vista parezcan poco importantes, pero tanto para el Cirujano Dentista como para el Abogado, serán de gran utilidad, cuando tengan que intervenir en asuntos que requieran su presencia, es decir, como especialistas de su profesión, por tal motivo, es -

nuestro propósito dar a conocer estas situaciones, aunque no -
con la profundidad que hubiésemos deseado, ya que es poca ac-
tualmente la información y conocimiento que se tiene de esta -
importante ciencia.

Deseando sirva en algo este trabajo para que el
Cirujano Dentista se interese en el conocimiento de la Odonto-
logía Legal, procederemos a adentrarnos a su estudio.

DEFINICION DE LA ODONTOLOGIA LEGAL.

SU IMPORTANCIA.

La Odontología Legal es la aplicación de los conocimientos odontológicos a los problemas judiciales. Esta es una definición que se usa frecuentemente, excediendo de este modo los límites de la asistencia de enfermos, para concretarse al estudio de cuestiones odontológicas previstas o relacionadas con las leyes.

El eminente Dr. Jorge A. Castro Verde, nos señala que la Odontología Legal "es la ciencia de las conexiones entre la Odontología y el Derecho, revistiendo capital importancia en materia de identificación humana".

La importancia de la Odontología Legal, radica fundamentalmente en el hecho de que con frecuencia se presentan ante los Tribunales de Justicia, casos o problemas que requieran la presencia de especialistas; tal es el caso de lesiones que hayan interesado la boca o sus anexos; aquí será necesaria la presencia de un Odontólogo-Legista, para determinar si la misma es total o parcial, temporal o permanente, y las causas que la produjeron, dándose estas características a nivel de peritaje.

Por otra parte, cobra importancia capital en ma-

teria de Identificación Dentaria, fundamentalmente en el caso de desastres aéreos en donde resulta imposible la identificación por los medios comunes.

Es indispensable establecer que en materia de responsabilidad profesional, la Odontología Legal es de suma importancia, ya que por medio de ella se explican las causas por las cuales un Cirujano Dentista puede incurrir en responsabilidad, dando lugar a la aplicación de sanciones de carácter jurídico.

SINTESIS HISTORICA.

Debe considerarse a la Odontología Legal, como una ciencia relativamente nueva, aunque sus inicios los encontramos conjuntamente con la Medicina Legal en épocas remotas, pero podemos señalar que cobra gran importancia durante el siglo XVI, con sus precursores Ambrosio Paré (1575), al abordar cuestiones médico legales y Juan Felipe Ingrassia (1578); y durante el siglo XVII, al también italiano Pablo Zacchia, con su obra denominada "Cuestiones Medicolegales".

A partir de entonces, la Odontología Legal va cobrando importancia, aunque no en la medida que debería, y es así que en 1855, en las Leyes Austriacas se menciona la impor-

tancia del exámen dentario; en 1875 en las Leyes Prusianas, y - en 1886 en las Leyes Inglesas.

En 1879, el Dr. Alton H. Thompson, investiga y - clasifica las huellas dentales y las características individuales de las arcadas dentarias, tanto en su morfología como en su distribución.

En 1894, Plastching presenta en Roma un método - de identificación que fija las bases en la completa reconstrucción dentaria, la llamó "ODONTOMETRIA".

El Dr. Amodeo, de nacionalidad cubana, presenta - en París el año de 1898, un trabajo cuyo nombre fué: " L' art - dentaire en Medicine Legale "; fué mundialmente reconocido.

En Gresde, el C. D. Schwarz propone al Servicio - de Investigación un método, basado en la medida de los maxila-- res, al cual llama: "POSOMETRIA".

En Montevideo, el año de 1920, la Federación --- Odontológica Latinoamericana recomienda a los gobiernos, anexar la ficha dental a los documentos propios de la identificación.- Así también, el registro o archivo personal de los profesionis-- tas agremiados, con el fin de encontrar fichas disponibles para uso legal.

En 1924, el Dr. Armando López de León, publicó - su trabajo titulado: "ODONTOLOGIA CRIMINAL". De aquí se implan-

tó la Rugoscopia.

El Dr. Roberto Charlett plantea en 1929 al Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares en Londres, la necesidad de elaborar fichas signaléticas dentarias para el personal de aviación, basado en la alta incidencia de accidentes de aviación en la época.

En 1932, el Teniente Médico Dentista, Lindoro Ponce, publica en el Boletín Internacional de Archivos Belgas un artículo referente a la implantación del carnet bucodental de la Escuela Militar y Naval de Argentina.

El Dr. Roberto Alvarez Boettiger presenta en 1933 ante el Congreso Odontológico Nacional, el proyecto de una ficha signalética odontoestomatológica y gráfica de lesiones odontomaxilofaciales para el Ejército Mexicano. También publicó en la Revista Estomatológica de Cuba, un trabajo titulado: "LA IMPORTANCIA DE LA FICHA ODONTOLOGICA PARA LA IDENTIFICACION".

En 1936, el Profesor Luis Silva, de origen brasileño, publicó en la Revista Identificación y Ciencias Penales, su trabajo: "IDENTIFICACION ODONTOLEGAL DEL DESCONOCIDO DE CALLENGO".

El Odontólogo Legista, Dr. Jorge A. Castroverde de la Habana, crea un sistema de identificación a través del -

idento-estoma-grama. Modifica la Rugoscopia y da a conocer la Fotorugoscopia.

En 1942, el entonces Director de la Escuela Nacional de Odontología de la U.N.A.M., Dr. Ignacio Aguilar Alvarez, le da importancia a la Odontología Legal y establece la cátedra respectiva bajo la n6mina: "HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA, ODONTOLOGIA LEGAL Y DEONTOLOGIA", desapareciendo posteriormente.

En 1945, el obispo venezolano Salvador de Montes de Oca, asesinado el 5 de septiembre dentro de una cueva en los alrededores de Mazz, Venezuela, fu6 reconocido mediante la ficha dental que poseia un dentista italiano.

Hacia el a6o de 1946, los cirujanos dentistas, Randall R. Glasgowny, Lloyd G. Welty, de San Francisco, California, publican en el Journal of American Dental Association su trabajo titulado: "A SYSTEM OF DENTAL IDENTIFICATION".

Posteriormente, en las publicaciones de 1964, en la revista de la Asociaci6n Dental Americana, aparecen artculos de Odontologfa Legal.

En 1968, con motivo de la Reforma Acad6mica llevada a cabo en la U.N.A.M., se imparte nuevamente la c6tedra de Odontologfa Legal.

En M6xico, el a6o de 1974, se establece oficial

mente en el Servicio Médico Forense, el Departamento de Odontología Forense; hasta la fecha este servicio está a cargo de un perito.

En la actualidad, la Odontología Legal ha tomado mayor auge, ha sido incorporada en los estudios de varias universidades del mundo y ha sido utilizada en varios países como medio de identificación.

DIVISION.

Para su estudio y aplicación, la Odontología Legal se divide en:

1).- TANATOLOGIA ODONTOLOGICA.

Trata de las lesiones en cadáver y de la utilidad que presta su conocimiento y verificación por el Odontolegista para la Medicina Forense en la práctica de autopsia.

2).- TRAUMATOLOGIA ODONTOLOGICA.

Trata las lesiones o accidentes sufridos por las arcadas dentarias y sus anexos (contusiones, heridas, fracturas).

3).- PATOLOGIA ORAL FORENSE.

Trata las alteraciones sufridas en dientes

ó mucosas, originadas por agentes químicos ó mecánicos en determinadas profesiones, ó bien por hábitos.

4).- **LEGISLACION ODONTOLOGICA.**

Trata de los conocimientos del Odontólogo acerca de las leyes, decretos y reglamentos que rigen el ejercicio profesional en la Sociedad.

5).- **DEONTOLOGIA ODONTOLOGICA.**

Establece los deberes y derechos del Odontólogo.

6).- **PSIQUIATRIA FORENSE.**

Estudia los estados patológicos dentales capaces de provocar en el hombre estados paroxísticos o cualquier otra alteración psíquica.

7).- **POSOGRAFIA Y POSOMETRIA.**

Se basan en las leyes de Mendel para identificar al individuo consigo mismo, con sus ascendientes ó sus descendientes, dando un estudio facial propuesto por el Dr. Luis Silva de Brasil en 1936.

8).- **CRIMINOLOGIA ODONTOLOGICA.**

Trata de la evidencia dental y su manejo - apropiado en el campo de la criminalística.

9).- IDENTIFICACION DENTARIA.

La identificación humana es una de las primeras formas empleadas para llevar a cabo un sistema de identificación; es necesario que contemos con la ficha dental o identoestomagrama, la ficha rugoscópica y la ficha fotorugoscópica. Asimismo contar con elementos accesorios como la antropología para determinar la raza, talla y sexo del individuo en estudio.

TRAUMATOLOGICA ODONTOLOGICA.

INTRODUCCION.

En el ejercicio de la profesión odontológica, - un factor de delito son los traumatismos ó lesiones bucales, - en la cual intervienen varios factores, de incidencia cotidiana como son:

- 1).- Esterilización defectuosa del instrumental y que provoque enfermedad.
- 2).- Sobre exposición a los rayos X.
- 3).- Instrumentos que se deslizan y causan lesiones como discos de carborundum lesionando la lengua ó labios.
- 4).- Instrumentos rotatorios de alta velocidad que escapan lesionando los tejidos blandos (aunque en estos casos los jueces no hayan encontrado negligencia personal en estas lesiones).
- 5).- Cuerpos extraños en vías respiratorias, o pacientes que se tragan obturaciones, extractores, dientes y raíces.
- 6).- Cuerpos extraños en las encías, como agujas hipodérmicas rotas.
- 7).- Incorrecta administración de un anestésico, ya sea infiltrativo ó general.

- 8).- Fractura de mandíbula durante una extracción.
- 9).- Extracciones múltiples sin cuidados particulares preoperatorios, en miocarditis ó reumatismos.
- 10).- Extracción errónea de diente sano en vez del enfermo.

Todas estas zonas de una mala práctica odontológica pueden afectar a los cirujanos dentistas que incurren en ellas, en un juicio de carácter legal de culposa negligencia profesional, con grave daño para su reputación y economía.

También el odontólogo debe ejercer especial -- cuidado en hacer seguros los elementos técnicos del consulto dental y su instrumental, para que éste no se halle en -- condiciones de dañar al paciente.

No debemos olvidar que las opiniones maliciosas e intrigantes sobre un odontólogo y su capacidad, ya sean escritas ó verbales, dañan grandemente su reputación profesional, así como su estimación general, y son causas valederas a su vez, para el juicio entablado por el odontólogo en defensa de su reputación y estimación perdida.

Tampoco es imputable al odontólogo cuando el paciente olvida seguir las indicaciones postoperatorias, olvi

do que puede acarrear una agravación de las lesiones, resultantes de la negligencia del paciente.

Para evitar la negligencia en la relación Odonólogo-paciente, será necesario en primer lugar la responsabilidad profesional del cirujano dentista, ésta se logrará:

1.- Evitando poner en peligro la salud del enfermo. Mediante una buena historia clínica, conociendo así su estado de salud y cuidados preoperatorios, entre estos como ya se mencionó el instrumental estéril y en buenas condiciones.

2.- Cuidando de no agravar más su estado anímico, esto es no ofendiéndolo ni provocando su ira, teniendo paciencia cuando el paciente nos retire bruscamente la mano ó bien interfiera con su lengua en el momento del fresado, ó bien al hacer la exploración con instrumentos punzantes ó cualquier otro trabajo en boca que ocasione alguna lesión involuntaria en ambos casos. Además de la lesión física si no comprendemos una determinada situación estaremos provocando y provocándonos una lesión moral que además de repercutir en palabras, nos inducen a situaciones legales.

No debemos olvidar el estado de stress emocional con el que entran la mayoría de nuestros pacientes al consultorio. Si el Cirujano Dentista no tiene la suficiente capa

idad de comprender esto, en un momento dado, mejor será que se dedique a otra cosa, ya que así se evitará mayores trastornos, tanto morales como físicos.

3.- Teniendo en cuenta los cuidados postoperatorios y recomendaciones dadas al paciente sobre su tratamiento, asimismo se estará responsabilizando de su propia salud y haciéndole notar que de no hacerlo, lo único que provocará es -- agravar más su enfermedad y su estado de salud en general, ya que de ello dependerá el éxito ó fracaso de dicho tratamiento.

La responsabilidad del odontólogo radica también en conocer la legislación sobre lo que a lesiones se refiere y en la vinculación que tiene con el Código Penal.

La lesión es todo daño en el cuerpo ó la salud, que produce una alteración anatómica ó funcional en virtud de una causa violenta ajena al individuo, y que produce un daño que puede ser superficial ó profundo. La lesión que abarque la pérdida de todos los incisivos y molares producirá un trastorno considerable de la masticación y una desfiguración acentuada, pudiendo producir a la víctima trastornos digestivos y de la palabra en la fonación. Será mayor la gravedad de la lesión en un orador ó en un actor que en un obrero.

En el concepto de gravedad de una lesión se debe tener en cuenta, así mismo, la edad de la víctima pues el -

daño es mayor a un niño ó a un joven que a un viejo. También - el sexo y la profesión influyen, pues es mayor el daño estético en una joven ó en una persona que por la índole de sus ocupaciones debe hablar en público como un docente, un artista, - etc.

Debe tenerse en cuenta igualmente el estado anterior de la dentadura de la víctima. Ello está de acuerdo con la Ley de Foederá; "Todo lo que no depende propiamente de la - naturaleza de la lesión, no podrá ser imputado a su autor". No podemos acotar si una luxación es menos grave que una fractura, pues depende de su extensión y de la amplitud del trastorno funcional que acarrea en un órgano.

Lesión leve es cuando existe restitución "ab integrum" ó curación completa; grave cuando sobreviene una debilitación permanente de la salud, debilitación de un sentido de un órgano (los dientes en su conjunto respecto a la función masticatoria, representa un órgano que cumple con la función masticatoria); lo mismo ocurre con la palabra, por las lesiones producidas en los labios, dientes, maxilares, paladar, lengua, laringe, músculos de la articulación, etc., que ocasionen una dificultad permanente en la articulación ó emisión de la palabra, constituyendo una lesión grave.

Cuando la dificultad es transitoria, la lesión - es leve. Los dientes desempeñan una triple función: masticato--

ria, fonética y estética. La pérdida de un solo diente constituye una lesión leve, salvo que ese diente sea pilar de una prótesis dental. También es lesión leve cuando la pérdida de dientes es de cuatro como máximo, que puede ser reparada sin inconvenientes con una prótesis y que solo acarrea una leve disminución de cualquiera de las funciones masticatorias fonética y estética.

El Código Penal en su título décimo noveno al hablar de los delitos contra la vida y la integridad corporal. En su artículo 288 establece que: bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras; sino toda alteración en la salud ó cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano si esos efectos son producidos por una causa externa, de ahí que los elementos necesarios para que se configure una lesión son tres:

- 1.- Una alteración en la salud.
- 2.- Cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo.
- 3.- Que sean producidos por una causa externa.

Existen diversos criterios para dividir las lesiones, y encontramos las Simples y las Calificadas. La lesión Simple es aquella sin aparente intención dolosa. La lesión Ca-

lificada es aquélla que fué hecha con premeditación, alevosía, ventaja ó traición. Una lesión nos puede producir una muerte - por shock, como en el caso de la mala aplicación de un anestésico; hemorragia grave como en la extracción dentaria de un enfermo de anemia; infección por la deficiente asepsia del odontólogo en su equipo de trabajo ó bien por descuido del propio paciente, muchas de las veces agravando una enfermedad ya existente; fracturas y quemaduras.

Al clasificar lesiones, el odontólogo legista, - de acuerdo con el Código Penal Mexicano vigente en el Distrito y Territorios Federales, deberán tener en cuenta:

1o.) GRAVEDAD DE LA LESION.- Dentro de este aspecto, las lesiones se dividen en mortales y no mortales.

Las lesiones mortales están incluidas en el artículo 303 del Código Penal vigente en el Distrito y Territorios Federales (para los Estados de la República y países extranjeros, consúltense sus Códigos Penales respectivos). Se tendrá como mortal una lesión cuando la muerte se debe a alguna de sus consecuencias inmediatas ó a alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pudo combatirse, sea por incurable ó por no tener al alcance los recursos necesarios. (Fracción I del artículo 303 del Código Penal).

Se tendrá como mortal una lesión aunque se pruebe, de acuerdo con la Fracción I del artículo 304 del Código Penal:

- a).- Que se habría evitado la muerte con auxilios oportunos;
- b).- Que la lesión no habría sido mortal en otra persona;
- c).- Que fué causa de la constitución física de la víctima, o de las circunstancias en que recibió la lesión.

En las lesiones no mortales, la valorización del daño causado es el que debe tenerse muy en cuenta; saber si la lesión puso o nó en peligro la vida; (artículo 293 del Código Penal).

Los elementos que el perito debe tomar en cuenta para valorizar el daño son:

- 1.- La naturaleza misma de la lesión.
- 2.- Las consecuencias inmediatas de la lesión.
- 3.- Alguna complicación de la lesión, circunstancias todas que demuestran que efectivamente el lesionado inminentemente tenía peligro de morir.

El final del artículo 305 del Código Penal nos dice que una lesión no se tendrá como mortal aunque muera el individuo:

- a).- Cuando la muerte sea el resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o
- b).- Cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como aplicación de medicamentos nocivos, operaciones desgraciadas, excesos ó imprudencias del paciente ó de los que lo rodean.

En una clasificación definitiva de lesiones, no ha de considerarse como puso en peligro la vida una lesión, si el lesionado no presente una sintomatología que realmente demuestre que lo colocó en peligro de morir. En relación con el concepto del peligro de muerte, hay que considerar la gravedad habitual de ciertas lesiones, su localización, la naturaleza de ellas, etc., previo exámen directo del paciente lesionado; se trata de un hecho real, de la comprobación de un hecho presente en el momento del exámen. Como lo afirman diversos autores, "no se requiere que la lesión sea necesariamente mortal, ni se refiere a las complicaciones posibles; se trata de un estado presente, concreto, activo que-

objetiviza con la gravedad real del herido", que deduciremos de la sintomatología que presente. Datos clínicos que por otra parte debemos poner en conocimiento del juez, para que pueda determinar el daño.

Por lo que hace a las lesiones que no ponen en peligro la vida, artículo 289 del Código Penal, se refiere a las que curan en menos de quince días, ameritando o no hospitalización y las que sanan en más de quince días.

2o.) TIEMPO QUE REQUIERE LA REPARACION DE LA LESION.- Para determinar el tiempo que tarda en sanar una lesión, se ha tomado como base el lapso de quince días. Así, en las lesiones señalaremos si ellas curaron antes ó después de quince días.

La curación de las lesiones en más o menos quince días no guarda relación constante con su gravedad, ya que una lesión que pone en peligro la vida, puede curar en menos de quince días, y en cambio, una que no la pone, puede curar después del mencionado tiempo.

3o.) CONSECUENCIAS.- Estas deben ser valoradas después de curar las lesiones; los artículos 290, 291 y 292 del Código Penal, facilitan al juez la imposición de

la pena, la que se basa en el dictámen médico legal.

El Dr. Torres Torija sintetizó las consecuencias comprendidas en los artículos señalados, escalonándolas desde la marca infamante ó lesiones que lacran, (cicatrices), hasta las lesiones que dejan un debilitamiento funcional ó una disfunción, pasando por las lesiones que mutilan y las que invalidan.

Las heridas al curar dejan cicatriz que requieren presentar ciertos caracteres y requisitos para que sean dignas de tomarse en cuenta por el Código; sitio, tamaño, coloración, (acrómica, hipercrómica, discrómica), irregularidad, deformación, etc.

Respecto al sitio, es necesario que se encuentren en el rostro ó cara, (cara anatómica, más la frente), cuyos límites desde el punto de vista médico legal se constituyen por una línea que parte del vértice del mentón, sigue el borde inferior del maxilar inferior, asciende y pasa por delante del tragus, se continúa al nivel del nacimiento del pelo con implantación normal y desciende por el otro lado, siguiendo igual trayecto que el anterior.

La cicatriz debe ser observada en un lugar bien iluminado y a una distancia de cinco metros.

En cuanto a la notabilidad de las cicatrices -

existen tres variedades:

- 1.- Cicatrices perpetuamente notables;
- 2.- Cicatrices no perpetuamente notables ó temporalmente notables, y
- 3.- Cicatrices no notables.

En vista de las modificaciones que pueden sufrir con el tiempo una cicatriz reciente, podemos dar una clasificación provisional que ratificaremos ó rectificaremos después de transcurrido el tiempo necesario, (uno ó dos meses).

En nuestros dictámenes hay dos tipos de clasificaciones: una Provisional y la otra Definitiva. La Provisional se da al comenzar a curar la lesión y la Definitiva cuando se encuentra sano el lesionado; la segunda, como su nombre lo indica, es definitiva.

Al tratar sobre cicatrices queremos hacer notar que el Cirujano Dentista ó bien especialistas en cirugía bucal, parodontia, etc., estamos expuestos a encontrarnos con una seria dificultad en este tipo de lesiones, ya que no debemos olvidar que nuestro trabajo en la cavidad bucal está en relación con la cara; aunque la posibilidad de dejar cicatriz sea más mínima en el odontólogo que en el médico; no dejan de tomarse en cuenta los accidentes ó imprudencias cometidos en el ejercicio profesional que pueden producir lesiones leves ó

graves.

En relación con la Ley Federal del Trabajo, las lesiones se clasifican tomando en consideración solamente las consecuencias; así pues, el concepto que la Ley tiene de los Riesgos Profesionales, se encuentra vertido en los artículos 284 y 286 para los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, cuyo conjunto forma los Riesgos Profesionales.

La pérdida del control de los instrumentos produce a veces laceraciones, desgarramientos u otras lesiones en los tejidos blandos. Los elevadores ó forceps pueden resbalar en la superficie de los dientes y dañar los tejidos del labio, la mejilla, la lengua, el piso de la boca ó el paladar.

Durante la exodoncia pueden producirse la fractura del hueso adyacente al diente ó fracturas en los dientes vecinos, con desgarramiento de la mucosa, además instrumentos rotatorios pueden resbalar accidentalmente y lesionar los tejidos blandos adyacentes.

Todas estas lesiones son susceptibles de ser evitadas de ello dependerá el grado de cuidado con que hagamos las cosas, de la responsabilidad y el empeño que tengamos.

Los riesgos pueden reducirse mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un soporte adecuado de la mano con el fin de limitar los movimientos.

Las lesiones maxilofaciales resultan, en su mayoría, de accidentes en tránsito y actos de violencia física. Un estudio a nivel de hospitales de los servicios médicos del departamento del D.F., demostró que se producen traumatismos maxilofaciales en el 72% de las víctimas de accidentes automovilísticos. Con el continuo aumento en el número de vehículos, cada vez más potentes y veloces, es lógico esperar un incremento en la indigencia y la seriedad de este tipo de lesiones.

Otras heridas maxilofaciales menos comunes y generalmente menos serias resultan de una gran variedad de accidentes, cualquiera que sea la causa, sin embargo cada caso presenta problemas particulares que requieren una evaluación completa del estado general del paciente, de la gravedad de los daños y del orden en que deben tratarse las lesiones.

El objetivo fundamental, por supuesto es proteger la vida del enfermo, lo cual no significa dejar a un lado otras cuestiones que requieren una terapéutica de emergencia. Las prioridades para el tratamiento pueden ordenarse de la siguiente manera, en lo que respecta a la vida del paciente y a la probable repercusión de las lesiones sobre su estado general o su capacidad de recuperación:

- 1.- Medidas capaces de salvar la vida.

- 2.- Alivio del dolor.
- 3.- Estimación de la gravedad de otras lesiones concomitantes.
- 4.- Conservación de los tejidos lesionados.

Vemos entonces como las lesiones, pueden producirse en un momento dado por agentes: MECANICOS, FISICOS, QUIMICOS Y BIOLÓGICOS.

LESIONES POR AGENTES MECANICOS.

Contusiones.- Bajo este grupo se comprenden todas las lesiones producidas por cuerpos animados de cierta velocidad, que son bruscamente detenidos en su trayectoria por el cuerpo humano, (como golpes o injurias físicas).

Cuando la contusión es ligera, no ocasiona más que un poco de dolor, enrojecimiento y ligera inflamación de la piel, fenómenos que desaparecen en poco tiempo sin dejar huella alguna.

Si la contusión es más intensa, da lugar a la formación de una equimosis; las equimosis son infiltraciones sanguíneas bajo la piel ó en los tejidos, por ruptura de vasos sanguíneos.

Equimosis.- La infiltración sanguínea en la zo

na afectada está en relación con la vascularización de la región; la sangre extravasada se extiende más o menos, según -- que el tejido sea laxo ó no, las equimosis nunca están bien circunscritas.

Cuando la equimosis está situada superficialmente, se le aprecia bajo la forma de una mancha "negruzca ó amoratada", la que va cambiando de color más ó menos rápidamente (según los sujetos), la cantidad de sangre colectada y la región en que se encuentre; pasa del violáceo al azul, al verde, al amarillo claro haciéndose cada vez más pálida hasta que desaparece.

Estos cambios de color son debidos a que la hemoglobina sufre alteraciones regresivas por hidratación y oxidación, regresiones que terminan más ó menos en quince días.

Estos cambios de coloración, asimismo, son en lo general más acentuados en la periferia de la mancha equimótica, que en su parte central.

Una lesión frecuente y a la cual no se le asigna la importancia que tiene, es la ocasionada por el hematoma operatorio, consistente en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares, o a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso, los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado una operación bucal.

El hematoma ó equimosis se caracteriza por un aumento de volúmen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina; este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina; tomando los colores característicos de rojo vinoso, que se hace más tarde violeta, amarillo violeta y amarillo. En cambio la coloración de la piel dura varios días. Pero la colección sanguínea puede infectarse (es frecuente -- que así lo haga), produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar. Todo este cortejo dura aproximadamente una semana.

También en la mala aplicación de una inyección nos puede producir una lesión hematomática. La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable, sobre la región inyectada. Esta complicación afortunadamente no es muy frecuente, porque los vasos se desplazan y no son punccionados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitario ó mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo, y tarda varios días para su resolución, como los hematomas quirúrgicos. Como éstos, la lesión no tiene consecuencias a menos que se infecte.

Erosiones, escoriaciones.- Las erosiones y es-

coriaciones son heridas (utilice el término herida siempre y cuando haya solución de continuidad en los tegumentos), superficiales, en las que la epidermis es destruida y la dermis -- muy ligeramente afectada; la forma de estas heridas pequeñas reproduce en general las asperezas de la superficie de los -- instrumentos vulnerables.

Tales casos suceden en la práctica odontológica, cuando los instrumentos se deslizan y causan lesiones leves como los discos de carborundum al tocar la encía y mejillas.

Heridas contusas, desgarramiento.- La herida contusa se diferencia de la contusión simple porque en ella **HAY SOLUCION DE CONTINUIDAD**; la piel no ha podido resistir al instrumento contundente y macroscópicamente se aprecia una herida en lo general en forma irregular y que aún en los casos de ser sus bordes lineales, se encuentran ligeramente desgarrados; los ángulos de la herida son irregulares, poco netos, lo que da a estas heridas un aspecto característico; como sucede al producirse heridas con instrumentos rotatorios de alta velocidad ó de exodoncia que resbalan en la superficie dentaria y laceran ó desgarran los tejidos blandos de la cavidad bucal. En ocasiones provocan la ruptura de vasos sanguíneos importantes y producen hemorragias profusas.

Sin embargo algunas heridas contusas pueden ser confundidas con las producidas por instrumentos cortantes, muy especialmente cuando el agente contundente tiene ángulos diedros bien netos y ha golpeado siguiendo una de las aristas, ó bien cuando el agente vulnerable es plano y choca contra una región del cuerpo de forma angulosa, por ejemplo las heridas del reborde orbitario ó bien del maxilar.

Fracturas y luxaciones.- Resultan de la acción de un agente contundente obrando sobre una superficie circunscrita (fractura directa), ó bien por caída de altura (fractura indirecta). Las luxaciones suelen ser favorecidas por estados patológicos anteriores al traumatismo y en las que hay desplazamiento de los huesos que forman las articulaciones.

Las fracturas son simples cuando son sin lesión cutánea y sólo han interesado hueso. Son complicadas cuando -- además del hueso han interesado planos blando abriendo el foco al exterior.

Las fracturas de los maxilares superior e inferior ó ambas a la vez son relativamente raras y éstas pueden ser directas e indirectas.

Son fracturas indirectas cuando la persona ha sufrido un accidente automovilístico, un acto de violencia física ó bien una caída de altura.

Son directas cuando por accidente, imprudencia ó negligencia del cirujano dentista, provoca este tipo de --- fracturas.

Tal es el caso de la fractura de la Tuberosidad del Maxilar Superior, este accidente es raro y se produce en general cuando se aplica una fuerza exagerada al sacar un segundo o tercer molar superior, por el uso inadecuado del forceps al extraer dientes muy adheridos. El fragmento roto es a menudo grande y puede incluir uno ó más dientes, el piso del seno maxilar y la tuberosidad del hueso, dejando una comunicación buco-sinusal, tal complicación puede evitarse mediante un buen plan preoperatorio. Cada vez que sea necesario extraer una pieza del maxilar superior y especialmente si la RADIOGRAFIA muestra un seno maxilar grande que se acerca a la cresta alveolar, debe tenerse siempre en cuenta una posible fractura de la tuberosidad.

La fractura total del maxilar inferior es un accidente posible aunque poco frecuente también; en general es a nivel del tercer molar donde la fractura se produce y se debe a la aplicación incorrecta y fuerza excesiva en el intento de extraer un tercer molar retenido, u otro diente retenido, con raíces, con cementosis y dilacerados. La disminución de la resistencia ósea, debida al gran alvéolo del molar, ac-

túa como una causa predisponente para la fractura de la mandíbula, del mismo modo como interviene debilitando el hueso una osteomielitis ó un tumor quístico.

Este problema debe considerarse como un riesgo natural de la exodoncia y el hecho de que se produzca, no implica necesariamente negligencia de parte del cirujano dentista.

El problema es más común en personas de edad, cuyos maxilares son delgados y atrofiados, pero puede ocurrir en cualquier tipo de pacientes.

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parasifilíticas (tabes dorsal, parálisis general y ataxia locomotriz), predisponen a los maxilares, como a otros huesos, para la fractura; es suficiente un esfuerzo, a veces mínimo, ó el esfuerzo del acto operatorio para producir la fractura del hueso.

La luxación del maxilar inferior, consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea. Acidente raro; se produce en ocasiones de las extracciones de los terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes. Puede ser unilateral ó bilateral.

Lesión en la extracción equivocada de un diente

te.- La extracción equivocada de un diente es una situación lamentable. Afortunadamente puede evitarse, si el dentista se mantiene alerta y ajusta su proceder a ciertos principios importantes:

1.- Debe tener una noción clara de la pieza ó las piezas que van a extraerse, un criterio práctico es preguntar al paciente si sabe cuales son las piezas dentales que deben extraerse.

Si el paciente ha sido remitido por otro odontólogo y si existe alguna duda, es necesario consultar al dentista que lo envió.

2.- Se debe disponer de buenas radiografías bien reveladas y correlacionar los hallazgos clínicos con los datos radiográficos.

Finalmente el operador deberá concentrarse en el problema que tiene en mano y no permitir que ninguna distracción interfiera con el manejo del caso.

Cuando por razones de ortodoncia sea necesario extraer dientes sanos, es conveniente marcar las coronas de éstos con un lápiz indeleble para asegurar la extracción de la pieza correspondiente.

Si el diente ha sido extraído por error, la situación puede encararse de la manera ya explicada. Lo común es

que la pieza no pueda reponerse, máxime si constituye el pilar de una prótesis; de manera que el odontólogo deberá enfrentar el problema con el mejor criterio posible y evitar que se plante una situación legal en su contra.

Lesiones por agujas e instrumentos rotos.- Con el advenimiento de las agujas descartables en la práctica odontológica, el peligro de las agujas hipodérmicas rotas quedó -- eliminado en gran medida. Aunque raras veces las agujas hipodérmicas se rompen, todavía ocurre con cierta regularidad la rotura de las agujas de sutura.

También se producen roturas de elevadores y --- otros instrumentos quirúrgicos.

Es fácil comprender por que algunos dentistas -- se alarman y se preocupan mucho cuando se les rompe una aguja durante el procedimiento dental. Esta reacción obedece en gran parte al concepto erróneo de que las agujas rotas emigran, se infectan ó producen en los tejidos una cicatrización que puede acarrear disfunción masticatoria.

En realidad estas complicaciones suceden raras veces. Hay pocas pruebas de que las agujas rotas emigren, en realidad suelen quedar aprisionadas in situ por el tejido cicatrizal que se forma rápidamente en torno. En los casos en que las agujas llegaron a emigrar, por lo general fueron llevadas-

a su nueva posición en los intentos por extraerlas.

Las infecciones originadas en agujas retenidas son extraordinariamente raras y el tejido cicatrizal que se forma alrededor de la aguja es tan mínimo y tan localizado -- que la posibilidad de que se entorpezca la función es sumamente remota. En efecto, la cicatrización motivada por los procedimientos quirúrgicos amplios prolongados y traumáticos que suelen requerirse para retirar una aguja rota, puede acarrear más disfunción que dejarla en los tejidos sin molestarla.

Cuando se rompe una aguja hay que pensar si es posible retirarla enseguida. Si está en un tejido superficial y se la localiza fácilmente con el exámen clínico y radiográfico, por lo general un cirujano competente puede extraerla.

Sin embargo y a pesar de la localización superficial, ciertas agujas son difíciles de extraer aún por manos de cirujanos competentes. Si el intento por retirar la aguja - fracasa tras un período razonable, el cirujano sensato y responsable abandona el procedimiento y deja la aguja donde está. Si la aguja se rompe en tejidos profundos ó si es difícil localizarla, hay que pensar seriamente en dejarla sin intentar siquiera su remoción.

Existen amplios precedentes que justifican la retención de las agujas rotas. En medicina y en cirugía se consi-

dera buena práctica dejar en su sitio los cuerpos extraños metálicos que en forma accidental ó intencional hayan penetrado en los tejidos. En el tratamiento de fracturas muchas veces se introducen placas, alambres y broches metálicos y no se vacila en dejarlos en los tejidos. Por lo tanto, se acepta que los cuerpos extraños metálicos con la posible excepción de los que se alojan en el ojo humano ó en el corazón y se deben dejar en su sitio.

En efecto, la mayoría de los cirujanos se resisten a intentar su remoción.

Si se decide no tocar la aguja rota se explica el problema al paciente y se hace constar con claridad en su respectiva historia clínica que está enterado de la situación. Se debe asegurar al paciente que sin lugar a dudas la aguja no le hará ningún daño y que no se justifica realizar un extenso procedimiento quirúrgico para extraerla. Bien podría convenir enseñarle al paciente casos similares en que agujas rotas y otros cuerpos extraños permanecieron en los tejidos muchos años sin causar complicaciones adversas. De esta manera el paciente quedará convencido del acierto de la decisión.

En el caso de los instrumentos rotos, si el fragmento es grande y se localiza con facilidad, hay que extraerlo, si, en cambio, es pequeño ó se ha desplazado con mu--

cha profundidad en los tejidos, en un sitio donde su remoción resultaría traumática e insumiría mucho tiempo, se le deja donde está. Se le explica lo sucedido al paciente y se hace la anotación respectiva en el registro, haciendo constar que el paciente está enterado de la situación.

Lesiones de los troncos nerviosos.- Estas lesiones las observamos en intervenciones quirúrgicas y en la aplicación de anestésicos locales.

Las intervenciones quirúrgicas en la boca, pueden lesionar los nervios de la cara y de la cavidad bucal.

Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios superiores ó inferiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior ó mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento ó desgarró del nervio, lesiones que se traducen por neuritis, neuralgias ó anestias en diversas zonas. Frecuentemente ocurre en las extracciones del maxilar inferior, por intervenciones sobre el tercer molar ó premolares.

Si existe la posibilidad de producir daños en el nervio, con las parestecias consiguientes, el paciente debe ser avisado de las posibles consecuencias de la intervención.

En las extracciones del tercer molar y especialmente en la del tercer molar retenido, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por el aplastamiento del conducto que se realiza al girar el tercer molar retenido. El ápice, trazando un arco, se pone en contacto con el conducto y aplasta a éste y sus elementos, ocasionando anestesia definitiva, prolongada ó pasajera, según la lesión.

Cuando se realizan extracciones de los premolares inferiores (sobre todo de las raíces ó ápices), la raíz ó los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete mentoniano a nivel del agujero homónimo ó por detrás del mismo, provocando neuritis ó anestesia de este paquete nervioso.

Después de la inyección del dentario inferior, puede ocurrir que la anestesia se prolongue por el espacio de días, semanas y aún meses. Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico, al desgarró del nervio por agujas con rebabas, ó a la inyección del alcohol junto con la novocaína; este alcohol es el residuo que puede quedar en la jeringa, en aquellos casos en que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material. Método anacrónico de esterilización y-

conservación del instrumental. El nervio regenera lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad.

Las inyecciones en la mucosa bucal pueden acompañarse de procesos infecciosos a su nivel; la falta de esterilización de la aguja ó del sitio de punción son los culpables. En algunas ocasiones, en punciones múltiples, se originan zonas dolorosas e inflamadas. La inyección séptica a nivel de la espina Spix ocasiona trastornos más serios, abscesos y flemones, acompañados de fiebre, trismus y dolor.

Lesiones en vías respiratorias.- Estas pueden ser por obstrucción y por deglución.

Los objetos implicados con mayor frecuencia son los dientes, sin embargo, cualquier cuerpo ó fragmentos de raíces, tapones de gasa, incrustaciones, coronas, puentes, pueden ser aspirados ó deglutidos.

El problema se presenta, por ejemplo cuando se produce la caída repentina e inesperada de dientes que están siendo extraídos, ó cuando los fragmentos de coronas ó incrustaciones caen en la faringe.

Deben de tomarse todas las precauciones necesarias para evitar esta complicación. La garganta debe estar siempre tapada cuando se lleva a cabo cualquier intervención bajo anestesia general cuando se trabaja con anestesia local,

a su vez, el dentista tendrá siempre presente la posibilidad de que los dientes ú otros cuerpos extraños caigan accidentalmente, y tomar todas las precauciones para evitarlo.

Los cuerpos extraños pueden alojarse en la laringe y producir una obstrucción respiratoria aguda. La complicación se reconoce por los cambios que originan en la fisiología respiratoria, que se manifiestan por cianosis, disnea, estridor laríngeo, asfixia y síncope.

Se plantea un problema diferente cuando el cuerpo extraño desaparece en la garganta y no puede ser expulsado por el paciente ó extraído por medios mecánicos. Si el enfermo no presenta síntomas respiratorios, el objeto habrá pasado al pulmón ó al aparato digestivo.

El objeto habitualmente recorrerá el tubo digestivo sin producir graves daños ó lesiones, en cambio deberá ser extraído si se aloja en las vías respiratorias, razón por la cual el paciente deberá ser enviado inmediatamente a un especialista, para evitar un mínimo de riesgos y sí, un máximo de responsabilidad profesional por la salud del enfermo.

En caso de ser la obstrucción de las vías respiratorias por aspiración de un cuerpo extraño, ante todo tenemos que el organismo carece de reservas de oxígeno y la privación de este gas acarrea consecuencias gravísimas. Una obstruc

ción completa de las vías aéreas, durante 3 a 5 minutos, produce lesiones cerebrales irreversibles ó la muerte. Las obstrucciones parciales no son tan críticas, aunque también pueden provocar las mismas consecuencias si el tratamiento no es rápido y adecuado.

Hay pocos cuadros más angustiosos que la agonia de un paciente que se está asfixiando, los conocimientos necesarios para enfrentar esta situación, permitirán en muchos casos, salvar una vida que se hubiera perdido por la falta de un plan adecuado.

El paciente puede aspirar muchos elementos durante el tratamiento odontológico, algunos de estos elementos que pueden causar obstrucción son los siguientes: vómito, dientes enteros ó sus fragmentos, trozos de esponja, apósitos, drenajes, rollos de algodón, instrumentos rotos como son enganchadores, limas, etc. Puede producirse un ataque convulsivo, uno de cuyos peligros es la aspiración de un vómito.

La aspiración en general, no produce signos agudos de obstrucción respiratoria. Después de las manifestaciones iniciales de ahogo, tos y náuseas, el material es expulsado ó bien atravieza la laringe para alojarse en la tráquea ó en un bronquio. A menos que ocupen un volumen importante, los cuerpos extraños que se localizan en la profundidad -

de las vías aéreas no producen signos inmediatos, pero éstos se van haciendo evidentes si no se extrae el material aspirado. Cuando un cuerpo extraño desaparece de la boca, como ya se dijo anteriormente, y se observan signos de irritación laríngea y bronquial, debe presumirse, mientras no se demuestre lo contrario, que ha pasado al árbol respiratorio. Estos pacientes deben ser remitidos inmediatamente al médico, no obstante lo cual el dentista está obligado a efectuar un tratamiento urgente si se produce una obstrucción completa. Para ello debe disponer del equipo apropiado y restablecer la vida en un tiempo máximo de 3 a 5 minutos a fin de evitar lesiones irreversibles de la estructura cerebral y en el peor de los casos la muerte del paciente.

Heridas por instrumentos punzantes.— Las heridas por instrumentos punzantes se caracterizan por un orificio PEQUEÑO, de profundidad variable y de trayecto casi siempre rectilíneo; ligera zona de edema rodea al orificio. Los instrumentos cortantes obran separando los tejidos; por lo tanto, la forma de los orificios, de las heridas, está en relación con el del instrumento que las produce en general.

Muchas de las heridas en la boca se deben generalmente a caídas ó accidentes que ocurren mientras el indivi

duo tiene en ella algún objeto duro y puntiagudo. Heridas similares pueden producirse sin embargo por perforaciones completas cuando la lesión afecta los labios, las mejillas y el paladar blando. Asimismo, este tipo de lesiones puede provocarse el propio cirujano debido al uso inadecuado de los instrumentos que en su mayoría son punzantes, y al soporte inadecuado de la mano al efectuar los movimientos dentro de la cavidad bucal.

LESIONES POR AGENTES FISICOS.

Quemaduras.- El frío, el calor, las corrientes eléctricas, las ondas gama de los rayos X, son capaces de producir al organismo alteraciones de importancia.

Las lesiones que pudieran producirse durante la práctica y provocar quemadura, estriban principalmente por instrumentos ó materiales calientes en flama que en suma, ocasionan lesiones mínimas; asimismo, instrumentos eléctricos como el electrocauterio.

Tampoco descartaremos las quemaduras ocasionadas por instrumentos rotatorios y del calor que de ellos se desprende, lesionando a su vez a los tejidos; ó bien las quemaduras provocadas por las ondas gamma de los rayos X y las provocadas por los rayos ultravioleta.

La fisiopatología de las quemaduras está subordinada a la extensión de la lesión; de éstas se desprenden des cargas proteínicas que al pasar a la circulación desencadenan azotemias irreversibles, sostenidas por el aumento catabólico-proteínico y por la lesión renal, casi constantes en estos casos.

La quemadura aumenta la permeabilidad capilar in situ, favoreciendo con ésto la huida del plasma hacia los espacios conjuntivos, lo que se traduce desde el punto de vista objetivo, en la formación de flictenas y desde el punto de vista físico-químico, en el desequilibrio proteínico de la sangre, fundamentalmente en el síndrome de las quemaduras, afia--- diendo la acción del calor sobre los vasos, que ocasionan dilaceraciones y las cuales comprimen las terminaciones nerviosas, explicándose así el dolor tan intenso.

El traumatismo capilar, a semejanza de lo que acontece en el shock quirúrgico, hace que se produzca in situ la llamada substancia "H" de Lewis, la que a su vez provoca el círculo vicioso al desencadenar la misma alteración sobre la totalidad de la red capilar del organismo, ocasionando en todo y por todo un estado de permeabilidad capilar con la huida del plasma hacia los espacios conjuntivos, en todo decíamos comparable a un shock quirúrgico.

Quemaduras por electricidad.- Las lesiones que produce la electricidad están en relación directa a la intensidad de la corriente y a las condiciones especiales en que se encuentre el individuo en el momento en que las recibe.

En la quemadura eléctrica no hay dolor, ni inflamación, ni supuración y cuando ésta última se presenta es debida a una infección secundaria.

Quemaduras por rayos X.- Por medio de dispositivos especiales y mediante el suministro de unidades "R" (unidades Roentgen), se aplican los rayos X en tratamientos; cuando éstos tratamientos están mal hechos, se observan lesiones cutáneas que llevan el nombre de Radiodermatitis ó quemaduras de Roentgen.

Radiodermitis aguda y crónica.- En realidad éstos términos sólo nos indican las condiciones etiológicas de su producción, pues ambas son esencialmente crónicas en su evolución; sin embargo, tiene su importancia hacer la distinción en las alteraciones cutáneas que se aprecian después de una sola aplicación y las debidas a continuadas exposiciones con los rayos X.

En todos los casos los síntomas son variados 24- ó 48 horas después de una exposición puede aparecer un eritema-

en la superficie cutánea, siendo uniforme en su comienzo; mas tarde aparecen manchas punteadas y más ó menos a los diez --- días la piel se torna rojo violáceo y las vesículas se fusionan formando flictenas voluminosas; después, el contenido se difunde bajo la epidermis, dando lugar a ulceraciones que no presentan tendencia a la cicatrización.

La radiodermatitis no tiene siempre la marcha -- progresiva que se ha señalado; algunas veces no pasa por el - periodo eritematoso ó vesiculoso. Otras veces las lesiones se hacen en profundidad, formándose una escara de color negruzco, seca, retráctil, semejante a la producida por la acción de - los ácidos; esta cicatrización puede traer como consecuencia deformaciones, puede crear también posiciones viciosas y llegar a imposibilitar los movimientos de la región afectada.

Las quemaduras de Roentgen difieren de las quemaduras ordinarias, en que aquéllas producen profunda alteración en la nutrición de los tejidos.

Quemaduras por los rayos ultravioleta. - Los rayos ultravioleta son capaces de producir quemaduras severas, - pero con esta clase de quemaduras, solamente queda demostrada la incompetencia del operador.

Son quemaduras parecidas a la producidas por - los rayos solares, pero de efectos mucho más profundos cuando

se prolonga su acción. En esta clase de quemaduras se ve clara la relación de causa a efecto y los peritajes de responsabilidad profesional no tienen dificultad alguna.

LESION POR AGENTES QUIMICOS.

Son aquéllas lesiones causadas por quemaduras de cáusticos, no les daremos mayor mención debido a la poca importancia que tienen en la práctica odontológica dichas sustancias químicas.

LESIONES POR AGENTES BIOLOGICOS Y TRAUMATICOS.

Hay lesiones producidas por agentes biológicos, en las que la alteración de la salud es clara. La dificultad estriba, en algunos casos, en poner de manifiesto la causa externa. En ellos comenta el Dr. Torres Torrija, predomina el factor infección, cuya determinación desde el punto de vista médico-legal, es en ocasiones complicado y laborioso, teniendo necesidad de llenar ciertos requisitos para considerarla como una lesión, pues si es cierto que la alteración de la salud se manifiesta, el elemento causa externa es a veces difícil de precisar, salvo en algunos casos en que es claro y neto su papel.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

I N T R O D U C C I O N .

Al tratar sobre la responsabilidad en este trabajo, se quieren abarcar diferentes aspectos, los cuales nos interesan para el ejercicio de la profesión y adentrándonos en la Odontología Legal, se tratarán los temas de Responsabilidad Profesional, con las disposiciones que las Leyes tienen a este respecto.

Sabemos que cada uno de nosotros tiene conciencia de sus actos y que el hecho de que se nos muestren nuestros derechos y obligaciones como un bien manifiesto, no radica esencialmente en que se nos enseñe, sino aprender enseñando, por tal razón una de nuestras inquietudes es tratar de -- mostrar precisamente estas circunstancias. Como segundo objetivo en este trabajo, es aprender y aportar, mostrando la diversidad de normas de conducta que rigen al ser humano (ética y moral), que son el punto de partida para la determinación de las Leyes Humanas (deberes y derechos).

LA RESPONSABILIDAD DEL
CIRUJANO DENTISTA.

En un sentido amplio, responsabilidad (del latín "respondeo", yo me comprometo), es la obligación ó necesidad que se impone a una determinada persona de "responder" de sus actos libremente ejecutados, es decir, de reconocerse autor de ellos y de sufrir sus consecuencias.

Una consecuencia lógica de las nociones del deber y el derecho y de la libertad moral que ellos exigen, es un estudio de la responsabilidad y de la sanción, dos elementos indispensables de la idea de obligación moral.

No se concibe responsabilidad sin la aceptación de una legislación adecuada y de cuya observancia ó violación nos consideramos responsables. No cabe, entonces, admitir responsabilidad sin una ley que obligue, y sin un juzgado que falte a la observancia de aquélla.

En general podemos hablar de responsabilidad interna ó moral y de responsabilidad externa ó de actos externos, ésta última admite a su vez dos posibilidades: Responsabilidad Social y Responsabilidad Civil, Penal y la que podríamos llamar Administrativa.

La Responsabilidad Social, es la obligación que tenemos de comparecer ante el Tribunal de la opinión pú-

blica. Es sabido que la opinión ajena falla sobre buen número de nuestros actos exteriores y emite variedad de conceptos. De ellos resulta para nosotros según el caso, admiración, estima, desprecio, indiferencia, etc.

La Responsabilidad Legal, nos obliga a responder de nuestros actos ante los Tribunales que representan el poder judicial del Estado. Se reduce, en último análisis, a la obligación de reparar las violaciones de la ley, dentro de las condiciones prescritas en la legislación vigente, puesto que una ley no queda definitivamente establecida sino cuando se prevén las sanciones que se aplican al transgresor.

La sanción es el conjunto de penas y castigos anexos al cumplimiento ó violación de la Ley.

La sanción es consecuencia necesaria de carácter obligatorio de la ley. Una ley sin sanción sería nula ó sin efecto, ya que nada significaría el quebrantarla. Este requisito indispensable de la Ley es evidente e imperioso, en especial, al tratarse de la más importante de todas ellas: la ley penal.

Si los deberes u obligaciones pueden reducirse a dos clases: individuales y sociales, es lógico deducir, igualmente, la existencia de dos clases de sanciones: individuales y sociales.

Las sanciones individuales pueden ser naturales ó externas y morales ó de la conciencia.

Se denomina sanción social al conjunto de penas y castigos que, por parte de la sociedad, nos acarrea - el incumplimiento o violación de la ley. Reviste dos formas: la sanción de la opinión pública y la sanción de las leyes--positivas. La opinión pública se forma de los juicios y apreciaciones que las personas con quienes vivimos emiten sobre nuestra conducta, dicha opinión es muy variable y con frecuencia injustificada, al inspirarse en prejuicios, las pasiones, simpatías personales y espíritu de partido.

Hay, en efecto, en las sociedades humanas, leyes que estipulan las recompensas y estímulos que se otorgan al ciudadano por determinados servicios a la colectividad, o por causas diversas: honores, puestos, condecoraciones, etc. En la misma forma, existen leyes que especifican las sanciones que deben sufrir los transgresores de la ley: multas, degradaciones, prisión y hasta el cadalso.

Todo profesionista, tanto el médico como el odontólogo, el abogado, tienen clara responsabilidad penal, como todo habitante de un país, ante todo acto nocivo a la convivencia social, y como profesionista ante todo acto punible realizado en el ejercicio profesional en que exista cul-

pa del mismo.

La responsabilidad del odontólogo es ejercer su profesión con el conocimiento y habilidad prevalentes en el término medio de los colegas de su comunidad y atender a sus pacientes con sabiduría, experiencia y razonable cuidado en el desempeño de su profesión, asimismo, el especialista debe poseer y demostrar habilidad similar a la de los especialistas de su medio. De ello se infiere que el odontólogo que ejerza su profesión con una habilidad y cuidados inferiores a los habituales en los colegas de su medio, puede ser considerado negligente.

Sin embargo, "Res ipsa loquitur" (los hechos hablan por sí solos), los dentistas no pueden garantizar resultados ó curaciones y no tienen culpabilidad de los accidentes imponderables. Legalmente, el odontólogo no es un --asegurador de resultados (Sarner).

El odontólogo que acomete un tratamiento dental determinado, no implica asegurar el éxito del tratamiento emprendido. Un fracaso terapéutico no supone que el odontólogo sea negligente ni que tenga obligación de indemnizar al paciente.

Tampoco la mera muerte de un paciente en el sillón dental, implica negligencia ni falta de habilidad en

el odontólogo, así como la fractura de una mandíbula en el curso de una extracción en que se han observado todas las reglas técnicas de una razonable prudencia operatoria.

El Código Penal Mexicano vigente en el Distrito y Territorios Federales, establece sobre la responsabilidad Profesional lo siguiente:

ARTICULO 228.- Los Médicos, Cirujanos y demás profesionistas similares y auxiliares, serán penalmente responsables por los daños que causen en la práctica de su profesión, en los siguientes términos:

I.- Además de las sanciones fijadas por los delitos que resulten consumados, según sean intencionales ó por imprudencia punible, se le aplicará la suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión, o definitiva en caso de reincidencia, y

II.- Estarán obligados a la reparación del daño, por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeros ó practicantes, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.

Cabe señalar que dentro del Artículo anterior

encontramos las tres clases de Responsabilidad Profesional -
que señalamos:

1o.- LA PENAL: Que consiste en la privación -
de la libertad, variando su du-
ración en relación al grado de
la lesión, la intención de cau-
sarlo o la imprudencia punible.

2o.- LA CIVIL: Que consiste en reparar el da-
ño causado, es decir, pagar --
economicamente los daños que -
se hayan cometido.

3o.- LA ADMINISTRATIVA: Que consiste en la --
suspensión temporal del ejerci-
cio profesional o definitiva -
en caso de reincidencia.

ARTICULO 229.- El artículo anterior se aplicará a los médi-
cos que habiendo otorgado responsiva médica -
para hacerse cargo de la atención de un lesio-
nado ó enfermo, lo abandone en su tratamiento
sin causa justificada y sin haber dado aviso-
inmediato a la autoridad correspondiente.

ARTICULO 230.- Igualmente serán responsables en la forma en-
que previene el artículo 228, todos los que -

causen daños indebidos en el ejercicio de su profesión, ó de un arte ó actividad técnica.

La dificultad en la aplicación de las sanciones que señalan los artículos anteriores, comienza en la estimación de lo que se considere como daño.

Si tenemos en cuenta las variaciones sufridas en nuestros tres Códigos a propósito de responsabilidad médica, ponen de manifiesto las serias dificultades que hay para precisar lo que ha de entenderse por responsabilidad médica, y si a ello se añade lo difícil que en la práctica resulta saber cuándo un médico ha originado daño, exceptuando aquellos casos en los que claramente se ve la relación indiscutible de CAUSA A EFECTO, se comprenderá porque la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha sentado jurisprudencia: "En aquéllos casos en los que el médico a tenido la desgracia de producir la muerte ó causar lesiones graves a los enfermos, se tomará en cuenta:

PRIMERO: La acción u omisión voluntaria maliciosa.

SEGUNDO: Que el médico haya cometido un mal efectivo y concreto, y

TERCERO: Que exista una relación indiscutible de causa a efecto.

Se ha hablado también de imprudencia "temeraria", diciendo que la característica de ella es la de negligencia ó imprevisión inexcusables; el olvido de las precauciones necesarias que la prudencia más vulgar aconseja; -- otras veces, dice Torres Torija, "no hay tal responsabilidad, sino solo divergencia de criterio, que si se externa puede acarrear graves consecuencias" (Artículos 60, 61 y 62 del Código Penal, delitos por imprudencia).

Por lo tanto, debemos ser siempre muy prudentes y cuidadosos en nuestras actuaciones; tener muy en claro el criterio de RESPONSABILIDAD, base y fundamento de la medicina y odontología.

El médico u odontólogo son penalmente responsables de los delitos y faltas cometidos en el ejercicio profesional si mediaran impericia, negligencia ó imprudencia, - aunque no hubiere intención criminal, es decir un delito sin intención dolosa, que lo distingue del delito de orden común, aunque si existió culpa, por imprudencia, negligencia ó impericia y ello produjo como consecuencia un daño en el organismo del paciente. Esto dará lugar a que se apliquen al profesionalista sanciones penales que variarán según las circunstancias y las lesiones ocasionadas.

Como se ve las circunstancias que califican -

la culpa y responsabilidad profesional son la "imprudencia, - negligencia e impericia".

En una sociedad laboral constituida por dos o más odontólogos, sus actos son independientes y son responsables individualmente por actos de negligencia, siempre que no hayan realizado el trabajo incriminado juntos, en cuyo caso - su responsabilidad es mutua.

La responsabilidad moral, es de índole espiritual, representa la autocritica de su labor por el profesional, quién debe considerar que el paciente deposita en él toda su confianza, su salud y aún su vida.

Así, cuando se tenga que practicar una operación quirúrgica que por su naturaleza sabemos pone en peligro la vida del paciente, o se cause la pérdida de un miembro, o se ataque la "integridad de una función vital", es necesario recabar la autoridad del paciente o de los padres si es menor de edad, ó del cónyuge si fuera casado, a falta de ellos, del pariente más cercano, en caso de un alineado, etc., haciéndoles ver de antemano lo peligroso de la operación, ó la pérdida que va sufrir, sólo así estaremos a salvo de los enojosos incidentes con las autoridades y con los pacientes ó sus familiares.

Jurisprudencia: "actualmente la legislación po

sitiva es distinta en cuanto a la responsabilidad técnica de los profesionistas. El médico que por falta de precaución -- cause la muerte o daña la salud del paciente; el cirujano -- que lesiona; el abogado que arruina a su cliente; el ingeniero que por su impericia ocasiona un daño en la propiedad de quien confía en su aptitud, no sólo pueden ser demandados civilmente por los perjudicados, sino que conforme al artículo 230 del Código Penal vigente, incurren en una responsabilidad punible que se persigue de oficio". (Anales de Jurisprudencia, tomo X, pag. 647).

Para mayor claridad, citaremos el artículo correspondiente, anterior a dicha jurisprudencia:

ARTICULO 831.- Cuando se trate de practicar alguna operación quirúrgica que por su naturaleza ponga en peligro la vida del enfermo, cause la pérdida de un miembro ó ataque la integridad de una función vital, los cirujanos están obligados a recabar la autorización del paciente.

ARTICULO 832.- La aceptación expresa del paciente podrá substituirse por la de sus parientes ó personas a cuyo cuidado se encuentre, cuando el estado de su salud haga temer fundamentalmente que le sobrevenga la muerte ó un mal grave por --

causas emocionales.

ARTICULO 833.- El padre dará su consentimiento por sus hijos menores de edad. A falta del padre, bastará - la voluntad de la madre, y cuando el niño fue re huérfano, será necesario el consentimiento del tutor. Cuando éste lo negare o no pudiera otorgarlo, se recabará la autorización del -- Consejo Supremo de Defensa y Previsión Social, ó del Juez Penal del lugar.

ARTICULO 834.- Si se tratara de un casado, la aceptación podrá substituirse por la de su cónyuge.

ARTICULO 835.- Cuando el paciente sea un enajenado, el médico deberá también consultar al alienista.

ARTICULO 836.- En todo caso, el médico advertirá a las personas que otorguen su consentimiento, del resultado probable de la operación. Sólo en caso - de urgencia ó cuando no se encuentren los parientes ó las personas de que se hace mención anteriormente, será dispensable la aceptación previa.

ARTICULO 837.- La contravención a lo dispuesto en los Artículos anteriores se sancionará con seis meses - de arresto a tres años de segregación, y mul-

ta de quince a sesenta días de utilidad, imponiéndose además en caso de reincidencia, suspensión de un mes a dos años.

ARTICULO 838.- La suspensión de que habla el Artículo anterior, se aplicará con el doble de las sanciones mencionadas en el mismo artículo, cuando de la operación practicada sin los requisitos que exigen -- los artículos 831 y 832, resultare la muerte, la locura u otra mal trascendental en el paciente, -- y si además resultare la comisión de otro delito, se observarán las reglas de acumulación.

ARTICULO 839.- Los cirujanos que apliquen una operación completamente innecesaria a juicio de los peritos, pagará una multa de diez a treinta días de utilidad si no resultare daño trascendental. Habiéndolo, se duplicará la multa y se suspenderá al facultativo de seis a un año en el ejercicio de su profesión, sin perjuicio de aplicar las reglas de acumulación por el delito que resultare consumado.

Un consentimiento acordado y expreso, es que una persona en sano juicio tiene el derecho de tomar su propia decisión respecto a lo pertinente a su propio cuerpo. Ni el Estado-

ni ninguna otra persona tiene el derecho de obligarlo a aceptar tratamientos que él no desea. Un hombre es el dueño de su propio cuerpo y él puede prohibir expresamente la realización de una intervención quirúrgica salvadora vital o cualquier otro tratamiento médico. Un Cirujano Dentista puede estimar que una operación o algún tratamiento es deseable o necesario, pero la Ley no le permite sustituir por su propio criterio el del paciente mediante ninguna forma de artificio ó engaño.

Dicho consentimiento, puede ser definido por el deber de resguardar al paciente de los azares de nuevas ó experimentales terapias, así como de las posibles complicaciones resultantes de tratamientos no comunes. Cuando la posibilidad del riesgo al paciente aumenta, el deber de informarle aumenta, es decir, el paciente tiene el derecho de saber "en qué se mete".

Cuando un profesional desea tratar una afección por un método que entraña ciertos riesgos y él conoce que existen otros tratamientos de alternativa, debe advertir al paciente de tal circunstancia. El paciente tiene derecho a decidir -- por sí mismo cual curso de acción prefiere. La omisión de explicar alternativas que existen, puede constituir una negligencia. Deben ser dadas las explicaciones en el sentido que el paciente lo comprenda y que éste sepa qué es lo que hará su médico o Cirujano Dentista y el riesgo que esa labor puede significar a su salud e integridad física.

Asimismo, es de suma importancia conocer el éstado clínico pre-operatorio del enfermo. También lo es el conseguir el consentimiento escrito, como se dijo anteriormente, sobre todo en intervenciones de importancia tales como la extracción de impactados, operaciones maxilares, cirujías en boca, etc., pues significa una precaución valedera ante perso--nas de mala fé ó bien que por descuido postoperatorio del mismo paciente que olvida seguir las indicaciones y por ello provocan mayores consecuencias, es cierto que se pueden plantear algunas situaciones de carácter legal, ante resultados que no se consideren satisfactorios, mas para evitar los riesgos de estos juicios legales (aún cuando se tenga la conciencia de haber realizado un buen trabajo), la mejor protección es una buena "hoja clínica firmada por el paciente en el que exprese su consentimiento".

El consentimiento acordado y expreso lo determina el Código Sanitario en el Título Noveno "De la investigación para la Salud", en los siguientes términos:

ARTICULO 190.- La investigación clínica en seres humanos, solo podrá efectuarse cuando, a juicio de la institución médica autorizada por la SSA, no exista posibilidad previsible de ocasionar muerte, incapacidad ó daño irreparable al sujeto en experimentación.

ARTICULO 191.- En caso de que la investigación implique algún riesgo, será indispensable el consentimiento - por escrito del sujeto en quien se realizará - la investigación, libre de toda coacción y después de que se le haya explicado claramente el procedimiento a seguir y sus peligros. En caso de incapacidad legal del sujeto a estudio, se deberá obtener consentimiento por escrito de - su representante legal.

ARTICULO 192.- El sujeto en quien se realice la investigación podrá dar por terminada aquélla en cualquiera de sus etapas.

ARTICULO 193.- El médico responsable suspenderá la investigación en cualquier etapa de su desarrollo cuando, a su juicio, la continuación de aquélla -- pueda ocasionar lesiones graves, invalidéz ó muerte del sujeto en quien se realice la investigación e informará a la SSA en un término de diez días, sobre los motivos que originaron la suspensión, especificando la toxicidad ú otra forma de peligrosidad de los productos ó procedimientos utilizados en la investigación.

ARTICULO 194.- En el tratamiento de una persona enferma, el - médico podrá utilizar nuevos recursos terapéu-

ticos ó de diagnóstico, cuando exista posibili
dad fundada de salvar la vida, restablecer la-
salud ó disminuir el sufrimiento del paciente.

ARTICULO 195.- La investigación clínica en seres humanos, que
se realice en contravención a lo dispuesto en-
este capítulo, hará incurrir al responsable, -
en las sanciones administrativas ó penales co-
rrespondientes.

IDENTIFICACION DENTARIA.

CONCEPTO Y FORMAS.

Para establecer la identidad de un individuo vivo, muerto, o sus restos cadavéricos, llevamos a cabo una serie de procedimientos que nos conducen a tal fin, y que conocemos como: " Identificación ".

Identidad: es el conjunto de caracteres que sirven para individualizar a una persona, diferenciándola por lo tanto de las demás.

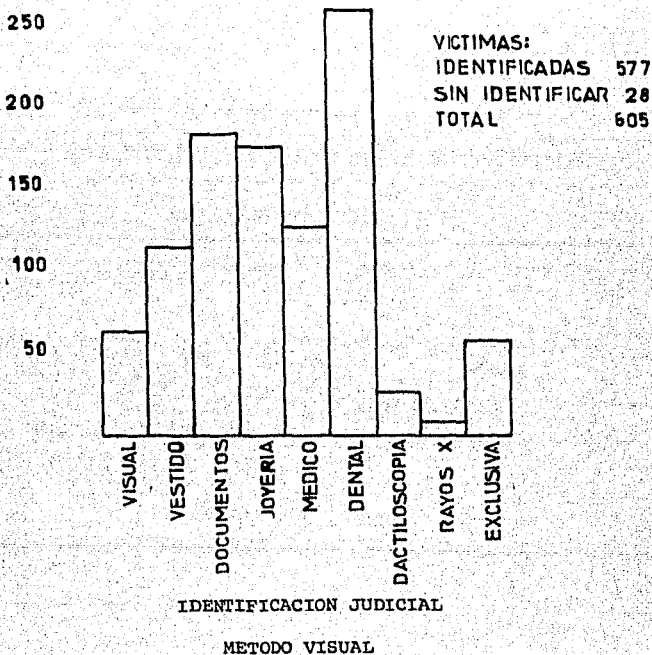
La identificación tiene dos formas:

- 1) Judicial.- Tiene como fin principal la identificación de delincuentes.
- 2) Médica.- Sirve para el reconocimiento de un sujeto vivo, muerto, o sus restos cadavéricos.

Identificación primaria, es un término que se puede aplicar ya sea al primer indicio descubierto en un caso dado para la identidad en evidencia bastante firme o insubstancial o a la clave de mayor valor deducido por retrospectión cuando toda evidencia ha sido aducida. Sin embargo, la categorización de la identificación en primaria o secundaria resulta poco práctica. Un método más virtual es establecer la identidad por todos o varios de los diferentes métodos y no estar satisfecho hasta que la identidad se haya establecido y

confirmado por lo menos por dos medios diferentes.

Los medios de identificación se observan en la gráfica basada en la identidad establecida de víctimas de trece accidentes de transporte público.



El método visual es un método standard acostumbrado por la policía para establecer la identidad de un cadá-

ver que esté dentro de la jurisdicción correspondiente.

La identificación visual de los rasgos fisonómicos puede ser confiable cuando un cuerpo está intacto o poco dañado exteriormente. Los efectos del fuego y las lesiones traumáticas reducen su valor considerablemente en muchas situaciones, ya que pueden conducir a una identidad incorrecta. En estos casos, se deberá considerar como clave y no como --- prueba de la identidad del cadáver.

FOTOGRAFIAS.

Las fotografías se deben considerar como paso-subsecuente, aún cuando las características faciales sean --- irreconocibles.

Es importante la permanencia de un fotógrafo - durante la examinación del cadáver, ya que por fotografías de ropa distintiva, posesiones personales o características fís_icas, puede ser reconocido un sujeto por parientes o amigos.

ROPA, DOCUMENTACION, JOYERIA.

Después de la fotografía inicial, se deberá re_mover del cuerpo, la ropa, documentación y joyería. Se debe--

rán examinar y catalogar, esto normalmente lo lleva a cabo - el cuerpo policíaco que probablemente tomará muestras del material de cualquier vestidura distintiva, etiquetas de fabricación o marcas de lavandería, las cuales pueden ser de valor para el establecimiento de la identidad del individuo.

Durante la remoción y examinación de la ropa, el patólogo deberá tener la oportunidad de examinarla por si hay evidencia de sangre o vómito y verificar si las ropas -- pertenecen al cuerpo en estudio.

EXAMINACION MEDICA.

En la examinación médica externa se procurará determinar el sexo de la víctima. Se llevarán a cabo mediciones antropométricas y se registrarán características tales - como: color de pelo, localización y abundancia; color de --- ojos si es posible; color de piel; anormalidades externas como manchas de nacimiento, cicatrices quirúrgicas o traumáticas, señas particulares y cualquier anomalía congénita o adquirida.

RADIOGRAFIAS.

Es necesario considerar si se deberá realizar

la examinación radiográfica, lo ideal sería tomar una serie-completa de radiografías del esqueleto de cada víctima.

Cuando un cuerpo está extremadamente quemado y puedan surgir dificultades para su identidad, las radiografías pueden resultar un elemento útil revelando la presencia de fragmentos impactados profundamente en el músculo quemado, los cuales no serían observados a simple vista. En varias -- ocasiones, tales objetos revelados nos han llevado a la identidad del cuerpo.

Otra ventaja de una inspección ósea, es que -- se obtiene un récord permanente de lesiones óseas y reduce -- el tiempo utilizado en organizar y anotar éstas durante la -- autopsia.

AUTOPSIA.

Durante el curso de la autopsia se tomarán -- evidencias para el establecimiento de la identidad, tal como, ausencia quirúrgica de órganos internos, estado post-operatorio como de una gastroenterotomía, evidencia de una enfermedad preexistente, lesiones internas y causa precisa de la -- muerte. Durante la autopsia se tomarán muestras de ciertos -- órganos y tejidos para la examinación rutinaria histopatológica y quimicotoxicológica, pudiendo revelarnos alguna enfer

medad de la víctima. En 1964 se estableció la identidad de un cadáver por la presencia de enfermedad de Hodkin.

DACTILOSCOPIA.

La dactiloscopia tiene como base el estudio de las impresiones dejadas por los relieves papilares de las yemas de los dedos de las manos. Estos relieves son permanentes, constantes, invariables en el mismo individuo desde los seis meses de vida intrauterina hasta la muerte, no habiendo impresiones dactilares iguales. Sin embargo, el valor de las huellas digitales ha sido limitado, especialmente en desastres masivos donde existen personas de diferente nacionalidad. Cuando las víctimas no identificadas se han limitado a unas cuantas y cuando toda evidencia posible se ha recolectado, se investigarán de ser posible las huellas digitales.

EXAMEN DENTAL.

El Odontólogo forense es la persona autorizada legalmente para dar su opinión acerca del estado dental del individuo en investigación, para ello deberá hacer una examinación de los maxilares y los dientes, un estudio minucioso de las lesiones que presente, tratamientos, señas particula-

res, características poco comunes, para lograr establecer la identidad del sujeto desconocido.

El valor de la evidencia dentaria en la identificación, hace mucho fué establecida. Se ha reconocido ampliamente en años recientes, particularmente los resultados de los trabajos del Odontologo Keiser Nielson (1963) que define la Odontología Forense como: " El manejo apropiado y --examinación de la evidencia dental en el interés de la justicia, para que los descubrimientos dentales puedan ser debidamente presentados y evaluados ".

La resistencia de los tejidos dentales permiten por su alto grado de mineralización, lograr la identidad de sujetos cuyo cadáver está despedazado, en proceso de descomposición, incinerado, o en tal estado que otros medios de identificación resultarían con un alto porcentaje de falla.

La Odontología Forense se practica actualmente en México a nivel de peritaje.

Por el conocimiento que tiene el Odontólogo - Forense de las regiones odontomaxilofaciales y sus anexos, - su intervención no solo ayuda a establecer la identidad de - un individuo, sino a clasificar lesiones y mutilaciones de - la cavidad oral, sus componentes y sus secuelas.

ODONTOLOGÍA FORENSE.

La Odontología Forense es un método de identificación, destinado a establecer la identidad de individuos, basándose en el estudio de cada una de sus características odontomaxilofaciales.

Las técnicas utilizadas orientan a determinar edad, sexo, grupo racial, ocupación, probable posición socioeconómica, hábitos y aporta datos para la reconstrucción facial. Para facilitar el logro de dichas determinaciones, clasificaremos a la Odontología Forense en comparativa y reconstructiva.

La Odontología Forense Comparativa, se utiliza cuando el número de víctimas no es excesivo y cuando la identidad de la víctima no se desconoce completamente. Tal sería el caso de accidentes en donde se tenga referencia de cada uno de los individuos afectados, por ejemplo: incendio de hoteles, donde se lleva un récord o se presume de tener datos de identidad de los ocupantes.

La Odontología Forense Reconstructiva es un conjunto de estudios que se llevan a cabo cuando la víctima es completamente desconocida, sea por falta de referencias o porque su estado no permite conocer su identidad, como sería

en el caso de un incendio en un almacén o en un desastre masivo.

Los dientes pueden revelar mucho sobre su dueño, posiblemente el país de origen por las características restaurativas o su morfología, su ocupación, también se puede estimar la edad y sexo de la víctima.

En caso necesario, para complemento de estos estudios, se auxilia de antropólogos físicos, antropólogos dentales, radiólogos, anatomopatólogos, quimicotxicólogos y laboratorios dentales.

ODONTOLOGIA FORENSE COMPARATIVA.

En virtud del factor de que la mayoría de las personas en algún tiempo tienen tratamiento odontológico, y que supuestamente los dentistas mantienen los expedientes -- clínicos de cada uno de sus pacientes, es posible determinar la identidad individual por comparación en un momento dado.

Este estudio comparativo se ha utilizado en forma limitada a consecuencia de la falta de conocimiento de la existencia de esta especialidad.

Para lograr la identidad post-mortem, se elabora un idento-estoma-grama que servirá de base para la comparación con el expediente clínico que está en manos del ci-

rujano dentista que se presume atendió al sujeto problema.

Evidentemente, entre más avanzado y extenso sea el tratamiento al que se ha sometido un individuo, mayor será la posibilidad de llegar a su identidad. Puede lograrse una identidad positiva cuando existe un cierto número de puntos de similitud, tal como piezas faltantes, puntos de igualdad de restauraciones de un diente en particular, y donde no existen puntos de incompatibilidad inconsistentes. El número mínimo de puntos de similitud requeridos para una identidad segura no se puede determinar dogmáticamente, generalmente 7 u 8 se dice que es un número conveniente, pero cada caso deberá ser considerado en sus medidas, y el criterio de esos méritos es parte de la experiencia requerida por el odontólogo forense.

Observaciones según un estudio hecho por los doctores: Snigh, Pentel, Gorel, Levine y Lowel en 1973, del estudio por comparación se pueden obtener dos clasificaciones básicas: exámen clínico visual y exámen radiográfico panorámico. El estudio fué realizado en 100 pacientes adultos, 48 de ellos pertenecientes al sexo masculino y 52 al sexo femenino, con edades fluctuantes entre los 18 y 64 años. Se obtuvo de ellos la clasificación; la primera categoría es el exámen visual clínico que comprende las características dentarias, y la segunda categoría es del tipo que se obtie-

ne solamente por examinación radiográfica.

El resultado del estudio comprendió un total de 78 sujetos que dependían del criterio clínico dental, de ellos, 32 dependían de presencia o ausencia de dientes, --- otros 32 de que si cada diente estaba o no restaurado, 4 se basaban en la presencia de prótesis fija, 4 en características oclusales poco comunes, y 6 de la presencia de diastema.

EXAMEN CLINICO VISUAL.

Presencia o ausencia de cada diente.

Se anota presente un diente solamente cuando está clínicamente visible intraoralmente. Por ejemplo: un tercer molar se considera ausente cuando esté cubierto solamente por una capa de tejido blando.

Un diente faltante en cadáver (no resultante del trauma del accidente), pero anotado como presente en la historia clínica de la persona conocida, no es un medio de identificación aún cuando existen varios rasgos similares, especialmente cuando la historia clínica dental no es re---ciente. Un diente presente en el cadáver, anotado como ex---traído en la historia clínica de una persona conocida, es una incompatibilidad inconsistente.

Estado restaurativo de cada diente.

Un diente se clasifica como restaurado, sin -
tomar en cuenta la extensión o número de restauraciones. Por
ejemplo: un diente se anota como restaurado aunque tenga só-
lo una restauración, restauraciones múltiples, una corona to
tal.

Son de mayor valor dos coronas acrílicas en -
los incisivos que una obturación de amalgama oclusal superfi
cial de tres o cuatro molares.

El material de restauración se deberá tomar -
en cuenta, ya que nos podría proporcionar datos acerca de la
procedencia del individuo.

Una restauración presente en el cuerpo, no --
anotada en la historia clínica de la persona conocida, no es
una inconsistencia incompatible, el diente en cuestión pudo -
haber sido extraído u obturado, como puede ser el caso entre-
la última historia clínica disponible y el accidente. Pero un
diente presente en el cuerpo, anotado de haber sido obturado-
en la historia clínica conocida, es una incompatibilidad in--
consistente.

Deberá uno tener en cuenta el principio de com
patibilidad e incompatibilidad de inconsistencia, solamente -
puede ser ignorado en el aspecto de una fuerte evidencia abru
madora, que la inconsistencia se deba a una equivocación u --

otro motivo, probablemente a un error en la transmisión del telegrama de las notas dentales como cuando se trata de un extranjero.

Prótesis Removible.

Se incluyen prótesis removibles, ya que podrían estar presentes en el exámen post-mortem. Las prótesis deberán ser objeto de estudio minucioso, ya que en algunos casos podrían darnos datos importantes como ha sucedido en estas llevan el nombre del laboratorio, o bién el nombre del sujeto.

Prótesis Fija.

Se divide la cavidad intraoral en 4 cuadrantes (derecho, izquierdo, maxilar y mandibular), y se anota la presencia de cualquier prótesis fija en cada cuadrante, independientemente de su localización o extensión dentro del mismo.

DIASTEMAS.

La cavidad oral se divide en 6 segmentos, 2 pertenecen al maxilar (derecho o izquierdo), 2 a la mandíbula (derecho e izquierdo), y los 2 restantes a la línea media existente en el maxilar y mandíbula, con el fin de distinguir un diastema de un espacio resultante de una movilidad dentaria.

La presencia de un diastema es anotada solamente cuando por lo menos los 3 dientes contiguos estén presentes y en posición normal.

Características poco comunes.

En ocasiones, la mención de características tales como: presencia de épulis fibroso, arco extraordinariamente largo, dientes supernumerarios, dientes en giroversión, o la existencia de sobreposición de dientes, sería una evidencia de gran valor.

El señalar peculiaridades anatómicas o patológicas en la historia clínica es de gran utilidad, pudiéndose cambiar una identificación dental posible en una casi cierta.

A continuación, daremos algunos ejemplos de los problemas que surgen en el uso del récord no detallado en el estudio comparativo visual.

Cuerpo AV/19/3/64.

En este cuerpo, solamente se encontró un fragmento pequeño del maxilar izquierdo 5 6 7. La historia clínica certificaba que el paciente traía una dentadura con los -- pónicos 4 2 1 | 1 2 la cual no se encontró, y que el sujeto presentaba las siguientes piezas:

7 5 3		3 5 6 7
5 3 1		1 2 3 4 5 8

Esto fué insuficiente en las circunstancias -- para hacer una identificación dental positiva; si se hubie-- sen incluido las restauraciones en la historia clínica den-- tal hubiera sido posible establecer la identidad.

Cuerpo AV/38/3/64.

En este cuerpo, 3 dientes específicos tenían obturaciones con amalgama (su localización precisa no fué -- descrita), y el segundo molar inferior derecho tenía una obturación oclusal de oro. Se sabía existían otras obturacio-- nes pero no había un récord de su número o localización. En-- resúmen, el único fragmento de la mandíbula que no se reco-- bró era ese que portaba el diente con la obturación oclusal de oro. Así, la información dental suministrada era totalmen-- te inadecuada para hacer una identificación positiva, ya que pudo adaptarse a un sinnúmero de cuerpos.

Afortunadamente en este caso no fué necesario depender de la información dental.

Este caso nos demuestra la insuficiencia de -- las historias clínicas elaboradas por los cirujanos dentis-- tas, y la importancia que tiene el elaborar una historia clí-- nica detallada y precisa, como también llevar un récord de -- características relativamente excepcionales de la boca del -- paciente además de la presencia de restauraciones y piezas --

faltantes, porque frecuentemente el único medio de identificación es el de la evidencia dental.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

En un desastre masivo en el cual las fuerzas traumáticas son severas, el valor de los cuadros dentales es reducido, y el valor de las radiografías es aumentado. Es común que un cuerpo haya retenido uno o dos fragmentos de la mandíbula, probablemente con una o dos piezas dentarias. Estos dientes podrían tener una restauración o dos, pero pueden ser dientes comunmente obturados y el cuadro puede ser bastante inadecuado en su detalle de tamaño y forma de las restauraciones para que la evidencia sea lo suficientemente fuerte para formar las bases de una identificación. Sin embargo, si se dispone de radiografías dentales de la parte en cuestión, pueden resultar de gran valor al compararlas con radiografías post-mortem de los fragmentos recobrados.

Con un exámen radiográfico se pueden obtener datos importantes de un sujeto, como son: tratamientos endodónticos, dientes impactados, dientes deciduos retenidos, dientes supernumerarios no erupcionados u otras caracterís-

ticas que no se pueden observar visualmente.

ENDODONCIA.

La presencia de tratamiento endodóntico en uno o más dientes es anotada por cuadrantes. El maxilar y la mandíbula se dividen en 4 cuadrantes (anterior derecho e izquierdo, posterior derecho e izquierdo). Así se podrá incluir un máximo de 8 características por persona.

DIENTES IMPACTADOS.

Es considerada la presencia de dientes impactados, únicamente cuando estos sean terceros molares maxilares y mandibulares o caninos superiores.

No se intenta distinguir entre impactación de tejido blando y tejido óseo.

DIENTES DECIDUOS RETENIDOS.

La cavidad oral se divide en 4 cuadrantes (maxilar y mandibular derecho e izquierdo) y se anota la presencia de dientes deciduos retenidos por cuadrantes, esto nos da 4 datos por individuo. Pueden anotarse 4 factores

adicionales, basados en la evidencia de haber alguna pieza -- permanente que le suceda.

SEGUNDO PREMOLAR Y SU RELACION
CON EL SENO MAXILAR.

Para el lado derecho e izquierdo del arco maxilar, el segundo premolar se anota como: (1) ausente sin más -- datos, (2) presente con la punta de la raíz invadiendo el ántrum, (3) presente con la punta de la raíz 1 mm adentro del -- ántrum y (4) presente con la punta de la raíz con más de 1 mm dentro del ántrum.

DIENTES SUPERNUMERARIOS.

La presencia de dientes supernumerarios no -- erupcionados, es anotada por cuadrantes. Es de mayor valor -- la presencia de un diente impactado o de un diente supernume-- rario que la ausencia de éstos ya que la incidencia por por-- centaje es menor y esto es aumentado por el patrón del hueso traveculado y la configuración anatómica del diente (espe--- cialmente de las raíces). Habrá mayor estabilidad.

El valor de las radiografías se demuestra en-- los siguientes ejemplos:

Cuerpo AV/17/3/64.

En este caso, el fragmento de la mandíbula recuperado tenía algunas restauraciones de un tipo común. Se tomaron radiografías post-mortem, para compararlas con placas tomadas antes de la muerte y lo que por examinación visual - podía solamente ser considerado como una posible identificación, fué demostrada ser cierta. No solo las obturaciones su per fici ales parecían ser similares en forma en las dos radiografías, la evidencia más importante fué la presencia de una característica menos común: la presencia de una obturación - en la raíz del segundo premolar inferior derecho.

Cuerpo AV/21/3/64.

En este caso se hace patente que hasta las ra di og ra f ías dentales no son siempre completamente adecuadas. - Se hizo una comparación entre una radiografía tomada antes - de la muerte y una post-mortem. Aunque había ciertas caracte r íst icas similares que sugerían fuertemente una identifica ci ón positiva, existían obturaciones en segundo premolar y - primer molar inferiores derechos que no se asemejaban en las radiografías. Esto podía deberse a diferencias en angulación, pero una explicación más satisfactoria se requería antes de - que se aceptara sin ninguna duda como una identificación po-

sitiva. En este caso la explicación se encontró en las notas - detalladas del tratamiento, donde se explica que la radiografía tomada anterior a la muerte databa de 3 años atrás y que - posteriormente las obturaciones se aflojaron habiendo reincidentia de caries por lo que se obturaron nuevamente.

IDENTO-ESTOMA-GRAMA.

Para lograr establecer la identidad post-mortem de un individuo, es necesaria la elaboración de un idento-estoma-grama.

IDENTO - Identificación; ESTOMA - Boca; GRAMA - huella, trazado.

Descripción de idento-estoma-grama.

El idento-estoma-grama utilizado por la Procuraduría General de Justicia, está compuesto esencialmente de un sistema numérico de inscripción, un esquema dental y un cuestionario en el que se utiliza un sistema nemotécnico de anotación.

ANVERSO DE LA FICHA.

La casilla que se encuentra en la parte superior derecha de la ficha está designada para la anotación del

número de archivo o cronología.

Abajo apreciamos un esquema dental que es la proyección de los dientes sobre un plano. Los dientes están representados por figuras geométricas donde se manifiestan cada una de sus caras.

En la parte inferior del esquema, del lado izquierdo se solicitan datos como son: el nombre y apellidos -- del individuo que en estos casos será "sujeto desconocido", -- edad y número de ficha rugoscópica.

Del lado derecho se hará referencia del sexo y raza del sujeto utilizando la siguiente nomenclatura:

Sexo masculino M1	Raza blanca	B1
Sexo femenino F2	Raza negra	N2
	Raza amarilla	A3
	Mestizos	M4

REVERSO DE LA FICHA.

Anotaremos las particularidades tales como: -- forma de arcada, oclusión, tipo de dientes, tipo facial, abrasión u oclusión traumática, y estado de las encías. Abajo, -- los datos obtenidos anteriormente se resúmen en una ficha numérica.

De ser posible se imprimen las huellas digita

les de los pulgares del sujeto problema. Enseguida se anotan las obturaciones y el color de éstas.

Las abreviaturas utilizadas para la designación de los materiales de obturación son:

Am	Amalgama.
O	Oro.
A	Acrílico.
Pr	Porcelana.
R. C.	Resina compuesta.
M. B.	Metal blanco.
Ob. P.	Obturación provisional.

El color de las obturaciones lo designamos - numéricamente: 3 - blanco, 16 - amarillo claro, 20 - amarillo obscuro, 9 - gris claro, 14 - gris obscuro.

Abajo se anotará la fecha de observación y - rúbrica del investigador.

Se anexarán las observaciones hechas que no - figuren dentro de la clasificación, como:

Dientes ausentes	(x)
Dientes con endodancia	(d. En)
Dientes fracturados	(d. F)
Dientes reemplazados	(d. Rm)
Dientes como soporte	(d. S)
Dientes con caries	(Ca)

Dientes en giroversión (Gr)
 Dientes incluidos (d. In)

Para la ubicación de algún trastorno u obturación, las abreviaturas utilizadas son: b - Bucal, l - Lingual, m - Mesial, d - Distal, i - Incisal, o - Oclusal, g -- Subgingival.

En prótesis, el sistema nemotécnico es el siguiente:

Puente fijo. (P. F.)
 Puente removible. (P. R.)
 Corona. (C)
 Corona combinada. (C. C.)
 Prótesis total. (Pr. T)
 Prótesis parcial. (Pr. P)

Se incluirán además los coeficientes fisiológico y estético siguiendo el método del profesor Silva.

En el coeficiente fisiológico se enumeran los elementos de la dentadura comenzando por los terceros molares y terminando en los incisivos. Aumentan los valores de incisivos y molares y se obtiene un valor total de 80 por cada arcada.

8	8	6	6	4	4	2	2	2	2	2	2	4	4	6	6	8	8	=	80
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
8	8	6	6	4	4	2	2	2	2	4	4	6	6	8	8	=	80		

$\frac{80}{80}$ indica funcionalidad completa. Si alguno de los elementos ha desaparecido, su funcionalidad no es completa y por lo tanto indica un estado de salud alterado.

En cuanto al coeficiente estético, se establece numerando la dentición de incisivos centrales a terceros molares, dando mayor valor a los dientes anteriores ya que resultan ser los más importantes estéticamente hablando. Se obtendrá de la puntuación un total de 104 por arcada.

2 2 4 6 8 10 10 10 10 10 10 10 8 6 4 2 2 = 104

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

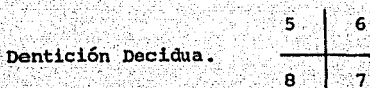
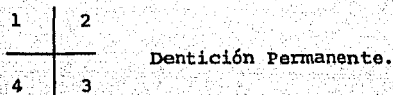
2 2 4 6 8 10 10 10 10 10 10 10 8 6 4 2 2 = 104

$\frac{104}{104}$ es una dentición completa estéticamente hablando.

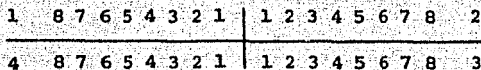
Uno de los problemas en el campo de la Odontología Forense a nivel internacional ha sido la falta de la -- institución de una nomenclatura universal. Son muchas las posibilidades de confusión después de un desastre masivo en el que se involucra gente de diversa nacionalidad y en el que se recibe la información dental telegráficamente.

En la junta realizada por la Federación Dental Internacional el año de 1970 en Bucarest, se propuso un sistema bidigital para uso internacional (comprende dentición per-

manente y decidua). El sistema es muy sencillo, consta de un cuadrante que toma una dirección en sentido de las manecillas del reloj, se enumera del 1 al 4 comenzando con el cuadrante superior izquierdo en la dentición permanente, y los digitales 5 al 8 se utilizan para indicar la dentición decidua.



Dentro del cuadrante, los dientes se enumeran de la línea media al extremo, y del número 1 al 8 en dientes permanentes y del 1 al 5 en caso de dientes deciduos.



Al hacer referencia de un diente permanente o deciduo, se anotará primero el número del cuadrante y después el número dental. Así: 34 representa al primer premolar inferior izquierdo (tomando en cuenta que la porción derecha del cuadrante representa el lado izquierdo de un individuo); 16 -

representa al primer molar superior derecho; 51 indica al in
cisivo central superior derecho; 74 se refiere al primer mo-
lar inferior izquierdo.

Esta nueva nomenclatura ha sido incorporada a
la forma Interpool, sistema utilizado en la ciudad de México
por el Servicio Médico Forense.

En algunos países como en Estados Unidos de -
Norteamérica, en el Instituto de Investigación de la Marina,
se complementa la ficha dental con modelos y fotografías.

MARCAS POR MORDIDA.

En materia de identificación dentaria, las mar
cas por mordidas, han cobrado importancia capital como eviden-
cia incriminatoria, sirviendo como base fundamental a la Odon
tología Forense.

Las huellas hechas por dientes humanos encon--
tradas en un cuerpo, sustancia u objeto en la escena de un --
crimen, pueden ser un instrumento de identificación y sus pro-
cedimientos están aún en investigación.

Estas marcas han sido encontradas en casos de-
homicidio, robo, violaciones, debiendo ser evaluado cada caso
por sus propias características de acuerdo a sus circunstan--

IDENTO - ESTOMA - GRAMA

(ANVERSO)

NUMERO



ESQUEMA DENTAL



NOMBRE _____

APELLIDOS _____

EDAD _____

FICHA
RUGOSCOPICA No.

SEXO

M 1
 F 2

RAZA

B 1
 N 2
 A 3
 M 4

PARTICULARIDADES

	<input type="checkbox"/>	CUADRADAS	1	<input type="checkbox"/>	EDENTE	0	
ARCADAS	<input type="checkbox"/>	REDONDAS	2	<input type="checkbox"/>	CORRECTA	-	
DENTARIAS	<input type="checkbox"/>	FORMA DE Y	3	OCCLUSION	<input type="checkbox"/>	PROTRUSIVA	2
	<input type="checkbox"/>	IRREGULARES	4		<input type="checkbox"/>	PROGNATICA	3
					<input type="checkbox"/>	BORDE A BORDE	4
					<input type="checkbox"/>	IRREGULAR	5
					<input type="checkbox"/>	ANOCCLUSION	6
T	<input type="checkbox"/>	EDENTE	01				
I	<input type="checkbox"/>	OVOIDES					
P		CORTOS	1				
		MEDIANOS	2				
O	<input type="checkbox"/>	LARGOS	3		CORTOS: MENOS DE 9.5 mm.		
D	<input type="checkbox"/>	EDENTE	02		MEDIANOS: 9.5 a 11 mm.		
E	<input type="checkbox"/>	CUADRADOS			LARGOS: MAS DE 11 mm.		
		CORTOS	1				
MEDIANOS		2					
D	<input type="checkbox"/>	LARGOS	3				
I							
E	<input type="checkbox"/>	EDENTE	03				
M	<input type="checkbox"/>	TRIANGULARES					
		CORTOS	1				
MEDIANOS		2					
T	<input type="checkbox"/>	LARGOS	3				
E							
S					<input type="checkbox"/>	NORMALES	
					<input type="checkbox"/>	SINOVITIS	
					<input type="checkbox"/>	PARODONTITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIOSTEITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL ABSCESOS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL ABSCESOS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL GRANULOMAS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL GRANULOMAS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL CARINOSAS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL CARINOSAS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL QUISTES	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL QUISTES	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON ABSCESOS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON ABSCESOS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON QUISTES	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON QUISTES	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON OSTIOPERIOSTITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON OSTIOPERIOSTITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS Y QUISTES	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS Y QUISTES	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS Y CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS Y CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIAPICAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS Y QUISTES Y CELULITIS	
					<input type="checkbox"/>	PERIIMBRIAL OSTIOPERIOSTITIS CON CARINOSAS Y QUISTES Y CELULITIS	

ABRASION: SI NO OCCLUSION TRAUMATICA: SI NO

COEFICIENTE PSICOLOGICO

COEFICIENTE ESTETICO

OBSERVACIONES

FICHA NUMERICA

0 a 1 a 4 1 a 4 1 a 8 1 a 12

RAZA ARCADAS OCCLUSION TIPO DE DIENTES

0 a 3

N° DE DIENTES

DEDO DERECHO DEDO IZQUIERDO OBTURACIONES COLOR



SERVICIO MEDICO FORENSE
DEL DISTRITO FEDERAL

FORMA INTERPOOL

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA LEGAL

No. de ACTA. _____

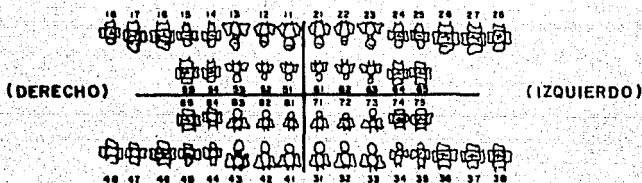
No. de EXPEDIENTE _____

DELEGACION _____

NOMBRE _____

ODONTOGRAMA

(SISTEMA BIDIGITAL)



11 _____	31 _____	51 _____	71 _____
12 _____	32 _____	52 _____	72 _____
13 _____	33 _____	53 _____	73 _____
14 _____	34 _____	54 _____	74 _____
15 _____	35 _____	55 _____	75 _____
16 _____	36 _____	61 _____	81 _____
17 _____	37 _____	62 _____	82 _____
18 _____	38 _____	63 _____	83 _____
21 _____	41 _____	64 _____	84 _____
22 _____	42 _____	65 _____	85 _____
23 _____	43 _____		
24 _____	44 _____		
25 _____	45 _____		
26 _____	46 _____		
27 _____	47 _____		
28 _____	48 _____		

COLOR _____ ANGULACION DEL MAXILAR _____ SEXO _____

Mexico D.F. a _____ de _____ de 19 _____

cias particulares y teniendo en consideración la textura del tejido mordido.

El discernimiento inicial de una marca, no es -- asegurar que tenga calidad como evidencia en un caso, los factores que determinarán su validéz como evidencia, serán la claridad y calidad de la marca, de preferencia tridimensional, la -- presencia de características particulares, resultados fotográficos y técnicas de laboratorio e impresiones.

Las huellas de mordiscos las causan más a menudo los animales que los seres humanos.

Cuando se ha descubierto la huella de un mordisco, debe intentarse analizarla en todos sus detalles y sintetizar a partir de éste análisis, en lo que sea posible, una imá-- gen exacta de la dentadura del perpetrador.

Los análisis de las marcas de mordida se dividen en:

- a).- Agentes que han producido las marcas.
- b).- Materiales o sustancias que han exhibido -- marcas.

Entre los primeros se encuentran:

HUMANOS.- Pueden ser niños en juegos violentos -- generalmente dados a hermanos o amigos; o adultos principalmente asaltos, ata-

ques o crímenes.

ANIMALES.- Existen numerosos casos de ataques - provocados y no provocados por animales domésticos o salvajes que pueden ser objeto de investigación.

Las marcas producidas por metales en forma de - peine, cadenas de bicicletas, palos en forma de masos medievales y ruedas dentadas como las sierras, han sido confundidas - con marcas de mordida.

Entre los materiales en que es encuentran hue-- llas dentales estan:

La piel humana.- Es frecuente en mujeres vícti-- mas de ataques, violaciones, o crímenes sexuales, estas marcas pueden ser numerosas y estar o no bien definidas; también los - crímenes en los que el asaltante muerde a su víctima como parte del asalto, o el asaltante es mordido por su víctima como - defensa. Dichas marcas aparecen generalmente en sitios descu-- biertos y más o menos prominentes del cuerpo (cara, nariz, ore-- jas, manos), dejando netas impresiones dentarias que afectan - la forma de dos líneas curvas equimóticas mirándose por su con-- cavidad, sin solución de continuidad epidérmica; a veces si -- forman colgajos, por ejemplo en los labios. Dado que estas ---

huellas varían rápidamente, es necesario registrar con prontitud todos los detalles.

Comestibles.- Entre los que se han encontrado marcas de mordida son: manzana, pera, plátano, naranja, carne, queso y dulces. Estos materiales están sujetos a una contracción considerable, además de una distorsión que deforma las marcas en cuestión, por lo que los análisis deben ser llevados a cabo en un lapso de tiempo corto. Las manzanas y el queso son los que más han servido como evidencia, pues con ciertas medidas tomadas se pueden conservar en su forma original por más tiempo.

Otros materiales como plumas, lápices, etc., han sido investigados para comparación de marcas. Los materiales duros y rígidos usualmente no son un buen material de estudio, por no quedar bien impresas las huellas en ellos.

Reconocimiento de las marcas por mordida.- Las marcas por mordida, deben ser examinadas cuidadosamente para lograr la revelación de todos los detalles de la dentadura del que las produjo.

Este examen lo debe efectuar el Odontólogo Forense una vez descubiertas las marcas por el médico Legista (frecuentemente son detectables por los oficiales de la policía y los patólogos); éste examen debe ser primero que la autopsia,

pues la destrucción de tejidos durante ésta, puede distorcionar las marcas.

Al comenzar el exámen de una marca en el cuerpo concierne al Odontólogo Forense inicialmente determinar si la marca fué producida por dientes humanos.

Un arco de forma consistente como el de la boca humana, en donde los dientes maxilares se distinguen de los mandibulares y sus características que producen, podrían verificar el hecho de que la marca fué hecha por dientes humanos.

El investigador debe hacerse una imágen mental de las peculiaridades de la mordedura y ser capaz de dar una descripción verbal de ellas; es muy importante hacer esto antes de llevar a cabo cualquier comparación con los dientes del sospechoso, ya que es fácil dejarse influir por el conocimiento previo de la dentadura del sospechoso.

En la dentición del sospechoso deben existir las variaciones observadas en las huellas de la mordedura; sin embargo, hay excepciones ya que la apariencia de un diente puede variar después de producida la mordedura. Se han descrito casos de ello y tal puede ocurrir en particular cuando los dientes del sospechoso son frágiles por presentar caries ó grandes obturaciones, o se han roto en el momento del crimen ó poco antes de la detención accidental o intencionalmente. Así,

las anomalías dentales son valiosas en estos casos, las peculiaridades más pertinentes visibles en las huellas de mordeduras son la falta de dientes o brechas en el arco dental, tales como un diastema en los incisivos centrales superiores; en el caso de una dentición incompleta, los dientes existentes pueden producir lesiones mucho más penetrantes; los ángulos rotos de un diente o los contornos afilados de una cavidad, causan también traumatismos no habituales; en algunas mordeduras, los dientes más prominentes se ponen en contacto antes que los --- dientes vecinos, razón por la cual no todos los dientes dejan huellas visibles. Usualmente solo los dientes anteriores y posiblemente los primeros premolares producirán impresiones identificables en una marca de mordida. Las mordeduras de los dientes erosionados de personas de edad avanzada presentan a menudo un patrón aplanado; en individuos muy jóvenes o con maloclusión, pueden persistir los mamelones originales.

Cada detalle de las marcas, debe compararse y reconocerse con los dientes del sospechoso. Se deben observar verdaderas anomalías en varios aspectos antes de poder hacer una afirmación positiva de la identidad de un sospechoso.

Procedimientos generales para examinar marcas por mordida.

El Odontólogo Forense debe determinar en el exámen, si la marca fué producida por dientes humanos, los cuales presentan características diferenciales en comparación con los dientes de los animales.

1.- OBTENCION DE LA SALIVA.

Las marcas, lesiones y ropa donde haya señales de mordida, deben ser examinados con una lámpara ultravioleta para extraer la fluorescencia de la saliva o cualquier marca - previa en el cuerpo que podría ser no visible al ojo humano. - La saliva debe ser examinada para el posible grupo sanguíneo - del perpetrador, limitándose solo a los tipos A, B u O.

La marca se lava con una torunda de algodón empapada en solución salina, esta torunda se sella en un tubo de ensayo. Como control, una segunda torunda de algodón se empapa en solución salina y sin ponerla en contacto con la marca, es colocada en otro tubo de ensayo, sellándolo. Ambos tubos de ensayo se envían al laboratorio forense para tipificar la san---gre.

Si se obtienen resultados definitivos puede ser por que no se encontraba saliva en la marca, porque ésta fué - removida por procedimientos anteriores o por fallo en el proce- dimiento de obtención.

Aunque útil a veces, éste procedimiento no es infalible, y, a pesar de que no es suficiente para probar la culpa de un sospechoso, la evidencia puede ser usada para excluirlo. Cuando se trata de obtener este tipo de evidencia, debe emplearse un control para verificar los resultados.

2.- FOTOGRAFIA DE LA MARCA.

La fotografía proporciona un registro permanente de las marcas de mordida en su lugar de origen y como consecuencia se pueden tomar medidas directamente de la fotografía, usando una regla milimetrada. Para mostrar la fotografía en un tamaño a escala, se debe colocar cuidadosamente una regla milimetrada o una cinta autoadherible con las mismas características en una posición que no obstruya la visibilidad de las marcas.

Se deben tomar fotografías con un buen equipo - en color y en blanco y negro de diversos ángulos de la marca, - el área de la marca y el cuerpo en general incluyendo los puntos de referencia anatómicos, recordando que la fotografía provee una representación plana de un objeto en tres dimensiones - y las marcas en la piel usualmente son en superficies curvas y las marcas en comestibles y otras sustancias son curvas o angulares por lo que la cámara debe ser orientada para fotografías

sucesivas para ser tomada la superficie curva o angular, con el objeto principal paralelo a la película y los ángulos rectos al eje mayor del lente. Se hacen dos acercamientos de las marcas con la exposición correcta y otros dos adicionales, uno con mayor exposición y otro con menos para compensar la sobreexposición o la falta de ella y para tener oportunidad de recoger otra evidencia que puede no ser vista al natural.

Cuando las depresiones en los tejidos causadas por los dientes pueden ser detectadas, se ilumina un poco más el lado más firme cuando se trata de reproducir.

Las fotografías en color también deben ser tomadas para mostrar el matiz de la marca, aunque a causa de ello no se reproduzcan ampliamente los detalles en las áreas más iluminadas. La selección de la película es usualmente blanco y negro que proveerá un negativo claro y bien definido y consecuentemente una buena impresión positiva. Las transparencias en color son de gran valor, si son de buena calidad y las marcas han sido re-fotografiadas con intervalos de 24 horas.

La iluminación debe ser enfocada en un ángulo hacia la sombra de las indentaciones que aparecerán más definidas en el positivo de la impresión, tomando precauciones para evitar la distorsión del material donde aparece la marca por -

el exceso de calor de las lámparas fotográficas. Se pueden --
usar filtros para realzar o desvanecer varias sombras de colo-
ración que estén asociadas con las marcas. En muchos casos se
puede usar el flash para iluminación, pero debe ser angulado-
correctamente para proveer proyecciones de las indentaciones.

La iluminación ultravioleta e infraroja podría
ser necesaria bajo algunas circunstancias, como brindar algu-
nos detalles que podrían no ser obvios en una impresión nor-
mal.

Cuando las marcas aparecen tenues pueden tor-
narse confusas, y confluentes, con poca definición; en gene-
ral, la fotografía provee los medios más seguros para obtener
un registro permanente de marcas de mordida.

3.- TOMA DE IMPRESIONES PARA OBTENER MODELOS - DE ESTUDIO.

Se efectúan después de que se han obtenido las
muestras de saliva y que las fotografías han sido tomadas, ya
que en el momento de tomar las impresiones pueden distorcio-
narse las marcas.

En un principio se utilizaba el yeso dental pe-
ro al mezclarse con agua, algunas veces puede dañar el mate--

rial sujeto a investigación a causa de las sustancias solubles en agua en el material que filtrará y destruirá las delicadas lesiones superficiales.

El silicón es, hasta la fecha, el material más exacto en impresiones dentales y el utilizado en la impresión de las huellas dentales; éste, después de ser debidamente preparado, se coloca cuidadosamente y sin burbujas sobre el área completa de la mordida abarcando más allá de ésta; ya que ha polimerizado se aplica otra capa de silicón más espeso para fijar el material. Finalmente, para soportar el silicón y mantener el contorno del material de impresión se agrega yeso dental en capas y ya fraguado se remueve del área.

El material en contacto con el tejido, debe reproducir la marca de la mordida; ya que la impresión es un negativo de la marca, cualquier indentación hecha en la piel por los bordes incisales de los dientes, estará representada ahora por áreas elevadas que pueden ser detectadas con una buena iluminación.

Después de examinadas las marcas, se procede a compararlas con la dentadura del o de los sospechosos.

No siempre es posible examinar a un sospechoso después de que un crimen a sido cometido, por lo que es suma-

mente importante que el registro original de las marcas sea de tallado lo mejor posible.

Es importante que el sospechoso sea examinado - lo más rápido posible, para evitar que la evidencia dental sea destruída a través de una alteración accidental o provocada.

Procedimientos generales para el exámen del sospechoso:

Se lleva a cabo el exámen haciendo una descripción detallada de los dientes presentes, indicando si hay ausentes; caries, restauraciones, malposiciones, anomalías en la forma del diente y del arco, diastemas, medidas de los dientes y de los espacios existentes y tipo de mordida.

Fotografía del sospechoso.

Las fotografías deben ser en color y en blanco y negro incluyendo la cara completa, una vista anterior de los dientes en oclusión, otra vista incisal de dientes superiores e inferiores y vistas incisales de los bordes con espejo.

Toma de impresiones.

Se toma la impresión del maxilar y la mandíbula, usando dos juegos de impresiones, una para comparación y el otro para evidencia directa.

Toma de mordida.

Se toma el registro de mordida en cera en oclusión céntrica, mordida de borde a borde, en protrusión mandibular y en excursiones laterales de la mandíbula o también se harán por duplicado.

Se procede a la comparación de las marcas de mordida con la dentición del sospechoso.

El Odontólogo Forense debe hacer una demostración clara de las comparaciones usadas como evidencias considerando el hecho de que una marca de mordida no es una reproducción exacta de la boca a causa de los cambios del tejido al momento y después de que se ha producido la mordida.

Se deben comparar los modelos, fotos e impresiones del sospechoso y de la marca de mordida. Se pueden alargar las fotografías para facilitar la comparación con otros materiales del caso. También se pueden tomar impresiones en cera rosa de los dientes del modelo para compararlo con la marca de mordida. Cada procedimiento depende de la habilidad del Odontólogo y cada uno seleccionará el procedimiento más apropiado.

RUGOSCOPIA.

Como complemento de las fichas dentales se utiliza la rugoscopia y fotorugoscopia.




Basada en la variedad de las rugas palatinas - que presenta el ser humano en la parte anterior del paladar - duro, la rugoscopia resulta un elemento útil para la determinación de la identidad de un individuo. Las rugosidades palatinas son diferentes en cada persona y es debido a ello que - pueden ser de gran utilidad.



Las rugosidades palatinas se forman aproximadamente al tercer mes de vida intrauterina y no desaparecen sino hasta la completa desintegración de los tejidos por la muerte del individuo.

El Profesor Silva ha realizado estudios a este respecto y ha llegado a formar un sistema propio y fácil de -- elaborar, diferenciando las rugas según la forma que dibujan - en el paladar.

Las rugas palatinas se dividen en simples y com puestas.

Las simples son:

- | | | |
|-----------|---|---|
| Rectas | 1 |  |
| Curvas | 2 |  |
| Angulares | 3 |  |

Circulares	4	
Sinuosas	5	
Puntos	6	''

Las líneas compuestas son las formadas por dos o más simples y se anotan dependiendo de sus particularidades.

Una línea formada por una recta y una curva se representará como: 12.

Si la línea compuesta está formada por una recta, una circular y una sinuosa, se anotará: 145.

Si aparece una recta y una curva y dentro de la curva un punto, anotaremos: 12(6).

Otra línea formada por una sinuosa y una angular con una recta adentro, se anotará: 53(1).

Cuando está compuesta por tres líneas, una sinuosa y dos rectas en las extremidades con dirección hacia -- abajo, se hará la anotación siguiente:

$$\frac{5}{1 - 1}$$

Cuando se trata de una sinuosa con una recta -- hacia arriba en un extremo y otra recta hacia abajo en el --- otro extremo, la anotación será: $\frac{1}{5}$

$$\frac{5}{1}$$

Cuando una sinuosa tiene en una de sus extremidades un ángulo dirigido hacia arriba y en la otra extremidad

una curva con un punto adentro, anotaremos: 3

5

2(6)

Las disposiciones de los números nos darán por sí solos la morfología de las rugosidades palatinas.

El rafé o papila palatina situada en la línea-media se presenta en cuatro formas:

- 1) Una papila simple, casi un punto,(S)
- 2) Una papila con una prolongación que llegue más o menos a una línea transversa trazada de canino a canino desde sus caras distales(C)
- 3) Una papila que llegue con su prolongación a otra línea transversa trazada desde ambas caras distales de los segundos premolares..(M)
- 4) Cuando la prolongación sobrepasa la línea -- transversa que va de premolar a premolar ---(L)

En ocasiones aparece una prolongación o dupla - que podrá ser independiente o estar ligada al rafé o ser una - prolongación de las papilas laterales.

Para su descripción se utilizan las letras ante riores y se agrega alguna de las siguientes, dependiendo del -

caso.

(d) con dupla prolongación.

(id) con prolongación independiente a la derecha.

(ii) con prolongación independiente a la izquierda.

(ud) con prolongación unida a las papilas derechas.

(ui) con prolongación unida a las papilas izquierdas.

Se elaborará una ficha rugoscópica de cada individuo, tomando como base las indicaciones anteriores.

FICHA RUGOSCOPICA

- Descripción -

En la parte superior izquierda se anotará el número de ficha de acuerdo al lugar que ocupe dentro del archivo, del lado derecho se anotará el número de registro general.

Abajo de los datos solicitados anteriormente encontramos del lado derecho un diagrama en el que se anotarán utilizando la nomenclatura correspondiente las rugas palatinas derechas e izquierdas y el rafé medio, y del lado iz---

quierdo un casillero en el que se anotarán el total de rugas de acuerdo a su clasificación.

Abajo del casillero se anotará el número de la ficha rugoscópica dado por la suma de líneas iguales tanto del lado derecho como del izquierdo del paladar y por el número total de líneas compuestas.

Ejemplo:

	RECTAS.	CURVAS	ANGULARES.
D	5	1	1
I	$\frac{4}{9}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$
	CIRCULAR.	SINUOSAS.	PUNTOS.
D	0	3	1
I	$\frac{0}{0}$	$\frac{3}{6}$	$\frac{1}{2}$

Número de ficha rugoscópica:

924062 - 8

8 = total de líneas compuestas del lado derecho e izquierdo.

Después de anotar el número de ficha rugoscópica se anotarán las observaciones.

Abajo de los datos anteriores se anotan datos como son: nombre (en este caso sujeto desconocido), edad, sexo y raza.

Se fechará la ficha de acuerdo al día en que se realice la investigación y el odontólogo forense deberá -

implantar su signa.

Abajo, en la parte central, encontramos un esquema representativo del paladar en el que el investigador deberá dibujar las rugas palatinas y el rafé, según observe. -- Por debajo del esquema encontramos nuevamente el diagrama en el que se harán las anotaciones correspondientes a las rugas palatinas y rafé medio presentes utilizando la nomenclatura correspondiente.

Una ficha en esta forma además de su variabilidad de combinaciones tiene una gran sencillez para remitirla con objeto de una investigación rápida por telegrama o vía telefónica.

FOTORUGOSCOPIA.

- Sistema del Dr. Jorge A. Castroverde -

La Fotorugoscopia se lleva a cabo utilizando una hoja de cera rosa recortada al tamaño del arco, se calienta ligeramente a la flama y se lleva con el dedo índice contra la bóveda palatina cuidando de que se impresione toda la superficie. Se retira inmediatamente y si las rugas palatinas han sido copiadas fielmente se procede a aplanar al máximo, -- endureciendo posteriormente. Procedemos enseguida a espolvorear grafito sobre la impresión, y de inmediato pasamos un --

pincel fino de tipo dactiloscópico y observamos que el polvo es incluido en la parafina excepto en las zonas donde están presentes los surcos y depresiones donde sólo caen pequeñas partículas que serán desprendidas al colocar la impresión de bajo de un chorro de agua suave. Secamos después con un paño suave y fino.

Posteriormente se sumerge la placa en una solución de alcohol o de goma laca por un segundo, dejamos que seque y obtenemos en esta forma una placa de mayor consistencia que podrá conservarse por mayor tiempo y archivar-se.

Esta impresión se coloca sobre un cristal de prensa fotográfica de contacto y encima de la placa se coloca papel de copiar negativo fotográfico. Se presiona con el cojín de la prensa dando un tiempo aproximado de dos segundos, usando un foco de 150 a 200 watts. Llevamos inmediatamente el papel fotográfico al revelador donde permanecerá el tiempo necesario y posteriormente al fijador.

Una vez seca y abrigantada la Fotorugoscopia se recorta cuidadosamente y se inserta en la ficha rugoscópica.

FICHA RUGOSOPICA-Sistema Luis Silva

Ficha No. _____ Registro General _____

Mul	
5	53 u
1-6-1	6-5
1-2-5 3	1
1	53 (1)
5	(1) 312
1	

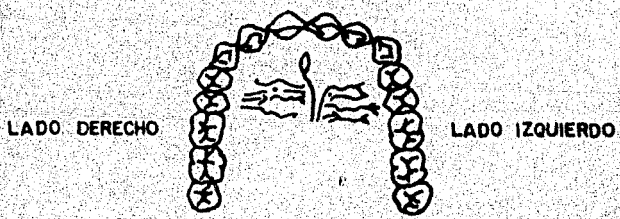
	Rectas	Curvas	Angulares	Circular	Sinuosa	Punto
D	5	1	1	0	3	1
I	4	1	3	0	3	1

No. 924062 - 8

Observaciones _____

NOMBRE _____
 Edad. _____ Sexo. M _____ F _____ Raza _____
 Fecha _____

_____ Dentista - Legista _____



DIRECCION DE LA LECTURA

Mul	
5	53 u
1-6-1	6-5
1-2-53	1
1	53 (1)
5	(1) 312
1	

CONCLUSIONES .

1.- La Odontología Legal, es la ciencia de las - conexiones entre la Odontología y el Derecho.

2.- Su importancia, va creciendo a pasos agigantados, ya que más frecuentemente se requiere la presencia de peritos Odonto-Legistas.

3.- Lesión, es todo daño en el cuerpo o la salud que produce una alteración anatómica o funcional, en virtud de una causa violenta, ajena al individuo y que produce un daño -- que puede ser superficial o profunda.

4.- Para que se configure una lesión de acuerdo con el Código Penal se requiere de tres elementos:

1.- Una alteración en la salud.

2.- Cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo, y

3.- Que sean producidos por una causa externa.

5.- Responsabilidad, es la obligación o necesidad que se impone a una determinada persona de responder de sus actos libremente ejecutados.

6.- Las lesiones que puede llegar a ocasionar -- un Cirujano Dentista en el ejercicio profesional, normalmente -

son imprudenciales.

7.- Al causar una lesión por imprudencia, el Cirujano Dentista de acuerdo con el Código Penal puede incurrir en tres tipos de responsabilidades: Penal, Civil y la que hemos denominado Administrativa. La primera de las citadas, consiste en la privación de la libertad, variando su duración en relación al grado de la lesión, la intención de causarlo y la imprudencia punible. La Civil consiste en reparar el daño causado en forma económica y por último la Administrativa, consiste en la suspensión temporal en el ejercicio profesional o definitiva en caso de reincidir.

8.- Las circunstancias que califican la culpa y la responsabilidad profesional son la "imprudencia, negligencia e impericia".

9.- Cuando se practique alguna operación quirúrgica bucal, extracción de piezas dentales, etc, los Cirujanos Dentistas están obligados a recabar la autorización del paciente o en su caso de sus parientes o personas a cuyo cuidado se encuentren.

10.- Para evitar que en un momento dado el Cirujano Dentista pueda ser acusado de Responsabilidad Profesional, la mejor protección es una buena "hoja clínica, firmada por el

paciente en el que exprese su consentimiento".

11.- El Odontólogo que realiza un tratamiento dental determinado, no implica asegurar el éxito del tratamiento emprendido, un fracaso terapéutico no supone que el Odontólogo sea negligente.

12.- La identificación dentaria en los últimos años ha cobrado importancia capital, ya que al través de ella se puede identificar a un sujeto vivo, muerto o sus restos cadavéricos.

13.- Para llevar a cabo lo citado en el punto anterior, la Odontología Legal se basa en el Idento-Estoma-Grama, la Rugoscopia y la Fotorugoscopia.

14.- Se propone modificar las leyes correspondientes, a efecto de que se establezca como una obligación del Cirujano Dentista una completa hoja clínica, ya que actualmente nos encontramos que son muy pocos los que realmente la llevan, dando lugar con esto, a que en un momento dado al sufrir un accidente una persona determinada, no es posible lograr su identificación, por carecer de las fichas dentales.

15.- Es necesario que los laboratorios dentales y a fin de contribuir en la identificación de un sujeto, pongan en los trabajos que realizan su razón social, con ello se-

facilitaría la localización del Cirujano Dentista, que posiblemente haya tratado al desconocido.

16.- Es necesario la aplicación de una nomenclatura dental común a nivel internacional, ya que los diversos sistemas utilizados por los dentistas en diferentes países, -- han dificultado la identificación por el medio dental. Asimismo se propone intercambios constantes de datos de los materiales dentales empleados en cada país, ya que estos varían en cada uno de ellos.

17.- Por la importancia que a tenido en los últimos años la Odontología Legal, consideramos por el gran beneficio que representa para los estudiantes de las diversas escuelas y facultades de Odontología, que la misma deje de ser materia optativa para quedar como materia básica, lo que redundaría en beneficio actual del alumno y posteriormente de la sociedad de la que formamos parte.

BIBLIOGRAFIA.

D. G. Gardner, DDS, MSD., D. J. Kenny DDS.; Forensic Odontology in Canada. --- Journal of the Canadian Dental Association 8:-299 1971.

Daniel H. Haines B. D. S. Ph. D. Leon Pentel D. D. S. F. A. C. D., Arthur D. Goren D. MD and Lowell J. Levine D. D. S. New York, N. Y.: The Use of Dental Characteristics in the Identification of Human Remains: Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Patology - - - 35 (I - 3) 1973.

R. A. Ruddiman, B. D. S., L. D. S., N. W. Kerr, B. D. S. M. B., Ch. B., F. D. S. Lewis A. Gillanders, D. M. R. D., F. F. R. - Forensic Odontology; Identification by Comparison; British Dental Journal; 127:505-7, December 2 1969.

Gosta Gustafson: Age Determination on Teeth. Journal of the American Dental Association 41:45-54 1950.

Clinton Johnson, D. D. S., M. - S. D.,: Transparent Dentine in Age Estimation; Oral Surgery Oral Medicine and Oral Patology - 25 (6) 1968.

Dr. Tomás Velázquez: Anatomía - Patológica Bucal y Dental 31 - 36 41 - 43 - 1966.

Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez:- Patología Oral 1959.

Dr. José Torres Torija: Medicina Legal; Librería de Medicina.

Dr. Salvador Martínez Murillo:- Medicina Legal; Editorial; Francisco Méndez -- Oteo; Librería de Medicina.