

Lej. 267

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

LA TUBERCULOSIS Y SU RELACION
CON LA ODONTOLOGIA

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

VIRGINIA DOMINGUEZ GOMEZ

MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

DEDICATORIAS	3
PROLOGO.	8

CAPITULO I.-

ANTECEDENTES HISTORICOS:

a.-Antigüedad.	12
b.-Hipócrates.	13
c.-Galeno.	14
d.-Edad Media.	15
e.-Renacimiento.	15
f.-Siglos XVII y XVIII	15
g.-Siglo XIX Época Anatomoclínica.	16
h.-Época Bacteriológica.	17
i.-Época Radiológica	19
j.-Época Patogénica.	21

CAPITULO II.-

TUBERCULOSIS:

a.-Definición.	26
b.-Etiología	26
c.-Diagnóstico	27
d.-Pronóstico.	27
e.-Tratamiento	30

CAPITULO III.-

LA TUBERCULOSIS Y SU RELACION CON LA ODONTOLOGIA:

a.-Objetivo fundamental.	34
b.-Casos clínicos.	46
c.-Prevención del contagio	56

C O N C L U S I O N E S

B I B L I O G R A F I A.

P R O L O G C

P R O L O G O

Mis padres deseaban que estudiara Medicina General y - a decir verdad , yo también porque las especialidades no dejan de ser parte de un todo; pero a medida que me fuí adentrando en mi Facultad, descubría el amplio e importante papel que la Odontología juega en el campo de la Medicina y - tengo al término de mi carrera profesional un más prometedor horizonte de superación.

Si bien es cierto que no salimos sabiendo lo SUFICIENTE , también lo es, que llevamos los conocimientos NECESARIOS para ir por los caminos de México sirviendo a nuestras Comunidades y honrando a nuestra Máxima Casa de Estudios. - Cuando hablo de SERVIR incluyo el abatimiento del costo de los servicios médico-dentales, ya que la generalidad del -- pueblo los siente caros y muchos de nosotros argumentamos - que "Se debe a que la carrera es cara" , olvidándonos de -- que nuestra prestigiosa Universidad Nacional Autónoma de México es de las más baratas del mundo en el pago de colegiatura y de que hacemos gastos únicamente durante nuestros estudios y en cambio vamos a vivir muchos años de nuestra profesión.

Nos motivó relacionar la Odontología con la tuberculosis en aquel preciso momento en que pudimos observar a contraluz que en el espacio que hay entre el paciente, el ci-

rujano dentista y la lámpara de la unidad, existen millones de partículas esparcidas conteniendo córpúsculos de saliva y otros materiales dentarios expulsados por la fresa al estartratando un diente y todo esto, sin que el Cirujano Dentista tome las providencias necesarias para evitar el contagio de la tuberculosis a través de la saliva del paciente en caso de que éste la padezca o bien de otras enfermedades pulmonares producidas por el resto de las partículas aspiradas.

C A P I T U L O I
ANTECEDENTES HISTORICOS.

CAPITULO I
ANTECEDENTES HISTORICOS.

Nos proponemos hacer un recorrido desde el antecedente--
mas remoto hasta nuestros días, describiendo cómo y dónde el--
genio del hombre ha desarrollado sus más cruentas batallas --
en contra de este mal que todavía azota a la humanidad y co--
mo dijera Aristóteles "Ve mejor las cosas quien las ve desde--
el principio" (1). Por ello deseamos hacer este recorrido ---
cronológico aunque el Doctor Ismael Cosío Villegas diga ...--
"Los resúmenes históricos de la Tuberculosis, que consignan--
los diversos tratados, son en verdad, las opiniones más o me--
nos equivocadas - de los médicos y el vulgo de la antigüedad.
En esencia estos resúmenes históricos no son sino reparación
de errores transmitidos a manera de herencia de generación en
generación, hasta que llega el momento en que el vigor inte--
lectual de algunos investigadores encuentra un núcleo de ver--
dad sobre el que se levantan paulatinamente los descubrimien--
tos del pensamiento científico"... (2). Esto nos recuerda - -
aquello de que la historia es la mentira que más se acerca a--
la verdad.

Las curaciones de brujos, hechiceros, la magia y el exor--
cismo deben haber sido seguramente el punto de partida en el--
intento de curación fisiológica como en la mayoría de los ca--
sos médicos en tiempos remotos; el investigador incansable --

- (1) Dr. Luis Alcalá Valdés. Aportaciones Médicas. Editorial -
Interamericana. México 1970. Pág. 13
(2) Dr. Ismael Cosío Villegas. Aparato Respiratorio. Editorial
Stylo. México 1951. Pág. 465.

llega hasta los años 460-370 a.C. con Hipócrates para continuar con Galeno 130-200 d.C. Siguen grandes aportaciones hasta llegar a LUIS PASTEUR (1822-1895) Químico y Biólogo Francés, creador de la microbiología, con sus descubrimientos--- inicia la era de las vacunas, renovando el campo de la medicina; hasta ROBERTO KOCH (1843-1919) que es lo que a nuestro tema corresponde por haber aislado el germen de la tuberculosis.

Nos basaremos en el estudio del Doctor Alcalá Valdés y sus trece distinguidos colaboradores, mismo que denomina --- "Aportaciones Médicas" y haremos una clasificación en función del tiempo o aparición del genio médico:

ANTIGUEDAD
HIPOCRATES
GALENO
EDAD MEDIA
RENACIMIENTO
SIGLOS XVII Y XVIII
SIGLO XIX EPOCA ANATOMOCLINICA
EPOCA BACTERIOLOGICA
EPOCA RADIOLOGICA y
EPOCA PATOGENICA.

"Antigüedad.-Las enfermedades infecciosas diezaban las poblaciones, las consideraban como pestes o plagas que periódicamente hacían su aparición, la mayor de las veces se lo -- atribuían a enojo de los dioses y hace apenas 100 años que se tiene conocimiento pleno sobre las enfermedades infecciosas - gracias al genio del Pasteur.

En el caso de la tuberculosis, la arqueología ha permitido descubrir huesos humanos y de animales con deterioros que puedan considerarse de origen tuberculoso.

Se tiene la idea de que los chinos e hindúes curaban ya a los tísicos, mediante reposo y control en la higiene de -- los alimentos.

De la Mesopotamia datan las primeras descripciones de - enfermedades con una mezcla de racionalismo empírico y misti cismo curativo.

Los médicos asirios y babilónicos decían que lo que ahora llamamos tuberculosis, era producto del demonio asakku, - describiendo sus síntomas con exactitud: "El enfermo tose -- frecuentemente, su esputo es espeso y algunas veces contiene sangre, la respiración da el sonido de flauta... suda mucho- y el corazón está muy inquieto"...

Los médicos egipcios tenían fama y cada uno curaba solo una enfermedad (Homero). Entre los hebreos se designaba sha- pahtha a la tisis, según se desprende del viejo testamento.- "En esto estará la plaga... la carne se consumirá y los ojos se consumirán en sus cuencas"... (Zacarías).

HIPOCRATES.-(460-370 a.C.) Fue el primer médico que des- cribió con claridad la evolución de la tuberculosis señalando sus síntomas, una "úlceras en el pulmón" provocaba la - --

(tisis ó consunción). Decía en sus aforismos: "Todas las enfermedades aparecen en todas las estaciones, pero algunas -- son más graves y se presentan más a menudo en ciertas épocas del año. En invierno reinan las pleuresías, las neumonías, - los males de la garganta, las toses... La tisis sobreviene - principalmente entre los 18 y 35 años" esto tiene vigencia - en nuestros días. Hipócrates empleo la auscultación aplicando el oído directamente al toráx. Identificó también por auscultación la presencia de líquido en los casos de hidroneumo toráx, mediante lo que hoy conocemos como sucusión hipocrática.

El Padre de la Medicina aplicó el nombre de tisis a la enfermedad, el significado de "consunción" o "decaimiento" y consideraba que era incurable. Decía: "Muchos, y de hecho la mayor parte, morían; de los confinados en cama no sé de uno solo que haya sobrevivido mucho tiempo. Morían más rápidamente que lo que es común en tales casos... La consunción era - la más frecuente de las enfermedades que entonces prevalecían, mortal para muchas personas" .

El hombre y el gran médico, enseñó a pensar racionalmente en sus observaciones y trató de luchar contra las enfermedades; pero se encontró inerte ante esta empresa, y la humanidad entera continuó igual durante veinticuatro siglos.

GALENO de Pérgamo (130-200 d.C.) también con grandes do

tes de observador, consideró que la tisis es contagiosa y -- recomendó el aislamiento de los enfermos. Afirmó que las personas que duermen con tísicos en la misma cama que usan sus ropas y sus sábanas o aquellos los que viven durante largo -- tiempo con ellos contraen la enfermedad. Designó ESCAPULA -- ALADA al omóplato saliente del tórax tísico. Quizá fue el -- primero en señalar la aeroterapia como recurso terapéutico y mandaba a sus enfermos a las laderas del Vesubio. Aseveró -- que "la úlcera del pulmón no puede cicatrizar a causa del -- constante movimiento" de éste.

EDAD MEDIA.-Las enseñanzas de Hipócrates y Galeno continuaron hasta la desintegración del Imperio Romano de Occidente y durante la Edad Media, la medicina árabe siguió los mismos pasos hasta llegar a las Cruzadas que dieron lugar a fundación de hospitales para la atención de los heridos de guerra y además, para el aislamiento de pacientes que se les encontrara alguna enfermedad contagiosa.

RENACIMIENTO.-Esta época fue el arranque científico de las grandes universidades, brillaron: matemáticos, astrónomos y médicos. Por lo que a tuberculosis se refiere, un condiscípulo de Copérnico en la universidad de Padua, JERONIMO-FRACASTORO (1483-1553) Señaló con notable precisión el contagio intrafamiliar de la tuberculosis.

SIGLOS XVII y XVIII.-El médico francés SILVIO (Francis-

co de la Boe, 1614-1672) enseñando en Anatomía en Amsterdam de sus hallazgos en cadáveres dijo frases que son una síntesis de la verdad actual : "En repetidas ocasiones he encontrado en los pulmones tubérculos mayores o menores que en la disección demostraron que contenían pus, creo que estos tubérculos se transforman completamente en pus y considero que de esta forma se convierten en cavernas, ya que están limitados sólo por una cápsula muy delgada. Considero que la causa de la tuberculosis pulmonar se puede encontrar en estos tubérculos".

Estas ideas las continúa en Inglaterra Tomás Willis. En Francia Barbey Rac y Ricardo Morton. En Ginebra Teofilo Bonnet.

Juan Bautista Morgagni es el creador de la ANATOMIA PATOLOGICA, se rehusaba a efectuar disecciones en los cadáveres de tísicos confirmando el contagio.

Carlos Linneo, médico sueco dice que la implantación de diminutos organismos son la propagación de las enfermedades contagiosas. Pedro José de Sault, afirma que el esputo es el medio propagador de la tuberculosis y Pedro Mauriac lo confirma.

SIGLO XIX EPOCA ANATOMOCLINICA.-A esta nueva fase de la ciencia pertenecen en Francia René Teofilo Jacinto Laennec y Gaspar L. Bayle; en Inglaterra Mateo Baillie.

Laennec, estimulado por Corvisart, conoció el método de-

percusión de Auenbrugger y se dedicó al estudio clínico de los enfermos. Como médico del hospital Necker, inventó el ESTETOSCOPIO (10. de mayo de 1815). Denominó con palabras totalmente nuevas en medicina: estertores, broncofonía, egofonía, síndromes pulmonares que persisten hasta nuestros días. En 1804 describió la peritonitis desconocida por todos los médicos de entonces, esto y otras importantes aportaciones médicas le valieron que el destacado cardiólogo mexicano Ignacio Chávez lo considere como el Hipócrates de nuestros tiempos y afirma que Laennec representó el advenimiento de una nueva era. De esta época es Carlos Alejandro Louis y en 1846 Hermann Klencke había comprobado que la tuberculosis puede ser transmitida al hombre por la leche de vacas enfermas. Sin embargo, hasta 1865 se demostró la inoculabilidad de la tuberculosis. En esta época eran ya conocidas las investigaciones las de Pasteur sobre los seres microscópicos, las cuales sirvieron de base a Juan Antonio Villemín para el desarrollo de sus experimentos, sobre la transmisibilidad e inoculabilidad de la tuberculosis, a la vez quedaba demostrado también el contagio intrafamiliar y caía por tierra la idea de la herencia proclamada desde Hipócrates con la frase "un tísico nace de otro tísico".

EPOCA BACTERIOLOGICA.-La gloria del descubrimiento del germen de la tuberculosis estaba reservada a ROBERTO KOCH (1843-1919) quien ya gozaba de fama por su demostración del

origen del carbunco. Aisló el germen, cultivó y reprodujo la enfermedad en conejos. El 24 de marzo de 1882, en la Sociedad de Fisiología de Berlín, dió a conocer su sensacional descubrimiento que motivó especulaciones en todo el mundo respecto al tratamiento de la temida peste blanca. Los postulados de Koch quedaron como base de la investigación bacteriológica. El bacilo recién descubierto fue objeto de solícitas atenciones y minuciosos estudios sobre sus peculiaridades biológicas, así como de búsqueda de técnicas para su rápida identificación. La propiedad denominada "ácido-alcohol resistencia" se debe a Pablo Ehrlich y a Jorge Eduardo Rindfleisch. El primero demostró en 1882 que en el bacilo resiste a la decoloración por los ácidos diluidos y empleó la fucsina para colorearlo. El segundo comprobó la resistencia del germen al alcohol. Esta propiedad permitió a Franz Ziehl y Federico Neelsen, también en 1882, hallar una técnica especial de coloración -- que permite en pocos minutos demostrar la presencia del germen en cualquier producto. Se modificó así notablemente la duración de 24 horas mediante soluciones de azul de metileno alcalinizadas.

Koch pensó que la tuberculosis, como otras enfermedades infecciosas, debería inmunizar al organismo y en 1890 anunció, quizá prematuramente, que había encontrado en la tuberculina un remedio para la enfermedad. Sin embargo, la aplicación a los enfermos no dió los resultados que él había anhelado.

Las dosis excesivas provocaron efectos mortales y descreditaron su empleo. La profilaxis, por lo tanto, no logró realizarse en la forma que él ideara.

EPOCA RADIOLOGICA.-Hasta entonces se tenía ya de la tuberculosis tres hechos esenciales conocidos: la clínica, la anatomía patológica y la bacteriología.

El siglo de las luces que fue el XIX preparaba a la ciencia otro maravilloso descubrimiento cuya aplicación en la medicina habría de ser decisiva para el completo estudio de los pacientes y la confirmación IN VIVO de las enfermedades. Los RAYOS X o RAYOS INCOGNITA como los llamara su descubridor GUILLERMO CONRADO ROENTGEN (1845-1922) fueron dados a conocer a la Sociedad Físico Médica de Wurzburg el 28 de diciembre de 1895. Sabida es la forma como accidentalmente el gran físico advirtió la luz fluorecente verdosa lanzada por una pantalla de platinocianuro de bario al paso de la corriente eléctrica por un tubo de Crookes colocado a dos metros de distancia. Las sombras de los objetos sólidos en la pantalla eran variables según su densidad, pero las radiaciones emitidas por el tubo de Crookes, aunque eran invisibles al ojo humano, tenían la propiedad de atravesar la mayor parte de los cuerpos, en lugar de ser reflejadas por éstos, como la luz. Sobre una placa fotográfica aquellas radiaciones producían el mismo efecto que la luz. Así probó con su propia mano y la de su es

posa; al ser revelada la placa, vió la sombra de los huesos y de las partes blandas.

Estos RAYOS INCOGNITA o RAYOS X cambiaron totalmente el curso de la medicina y la cirugía. Pronto fueron empleados en la exploración de fracturas, luxaciones, etc. En 1898 Bou----chard y Beclere los aplicaron al diagnóstico de las enfermedades pulmonares, como la tuberculosis que silenciosamente había hecho estragos en el pulmón sin que en los enfermos se encontrara alguna expresión clínica que sugiriera la investigación bacteriológica. Como consecuencia del nacimiento de la radiología fueron ampliándose los pormenores de la tuberculosis que cada día era mejor conocida. En 1897 FLUEGGE demostró el contagio de la enfermedad mediante las gotitas de saliva arrojadas por los enfermos al hablar, toser o estornudar.

El adelanto de la Medicina fue asombroso en todas sus ramas y el último año del siglo XIX terminó con el primer congreso de roentgenología en París, en 1900. Un año más tarde ROENTGEN recibió el premio Nobel de Física por su maravilloso descubrimiento y el bien que ha prestado a la humanidad. El premio de Medicina fue otorgado a ROBERTO KOCH en 1905.

Es posible afirmar que la cuarta columna de los estudios sobre tuberculosis estaba ya formada: el RADIODIAGNOSTICO.

Los cuatro ángulos del edificio que más tarde llegaría a ser llamado Tisiología reposan sobre firmes cimientos. Las --

dos columnas del frente simbolizan la CLÍNICA Y LA ANATOMÍA --- PATOLÓGICA y ambas llevan inscrito el nombre de una sola figura genial: LAENNEC.

De las dos restantes angulares, una representa a la --- BACTERIOLOGIA cuyo exponente es KOCH y la última a la RADIOLOGIA, que pertenece al gran físico ROENTGEN. En el frontispicio brilla el nombre de HIPOCRATES. En el resto de las columnas de este Edificio se leen también los nombres de los --- demás investigadores.

La Medicina científica había nacido de una simbiosis de la Física, Química y Biología.

EPOCA PATOGENICA.-La forma de principio y la evolución de la tuberculosis había siempre inquietado las mentes de los investigadores, aún antes de comprobada la existencia del --- germen causal. Se trataba de dilucidar la complejidad del pa-
decimiento que afectaba a tan gran número de personas y era la primera causa de muerte en las estadísticas. En las ne---
cropsias se buscaban más datos que arrojaran luz sobre este asunto.

JULIO MARIA PARROT (1829-1883) dió a conocer su expe---
riencia obtenida en el Hospital de Niños en 1876 a la Academia de Medicina de París: ..."he observado que cuando hay tu-
berculosis en los ganglios hiliares del pulmón hay siempre -

un foco en el segmento pulmonar que avanza en estos ganglios, y que este COMPLEJO es siempre la tuberculosis más antigua -- del organismo".

Seis años después Koch descubriría el germen causal. Al mismo tiempo que por esos años se hacían esfuerzos para combatir la enfermedad. Los estudios progresaban con rapidez. Se llegó a conocer mejor la primoinfección tuberculosa latente -- gracias a KUSS de París, continuador de los estudios de PARROT y a ANTONIO GHON (1886-1936) anatomopatólogo de Praga.

OTTO NAEGELI (1843-1922) dió a conocer en 1900 la frecuencia de la tuberculosis en un trabajo que asombró por sus cifras, nadie se imaginaba la cantidad de tuberculosos que vivían tranquilamente en medio de personas sanas. CLEMENTE F. VON PIRQUET (1874-1929) apoya a OTTO y aplica la tuberculina-cutánea de Koch con mejores resultados. CARLOS MANTOUX aplicó la tuberculina por vía intradérmica y obtuvo resultados superiores. Actualmente se emplea el derivado proteico purificado (PPD). Estas siguen siendo las bases para las campañas emprendidas en todos los países del mundo en su lucha contra el flagelo. CARLOS ERNESTO RANKE, ASCHOFF, ASSMANN, SIMON y PUHL son otros investigadores que ya marcaron los pasos exactos en el desarrollo de la tuberculosis.

La radiología contribuyó a esclarecer el concepto patogénico y sólo persisten discrepancias en cuanto al origen ENDOGENO, atribuye la enfermedad a la reactividad de los gérmenes-

latentes o dormidos en el propio organismo, EXOGENO es la --
reinfeción o sobreinfeción bacilar venida del exterior.

ALFONSO GUERIN (1863-1933) continuó la profilaxis con--
tra la peste blanca y en unión de ALBERTO CALMETTE, logran -
en 1921, la atenuación de los gérmenes para crear una vacuna,
efectuando pases sucesivos del bacilo bovino en un medio de
de bilis de buey con papa glicerizada al cinco por ciento. -
La vacuna B.C.G. (Bacilo de Calmette-Guerín) es empleada aho
ra como medio de protección en las personas expuestas al con
tagio de la tuberculosis.

Aunque desde tiempos remotos se ha intentado la cura---
ción de la tuberculosis pulmonar mediante reposo, climatote-
rapia y sobre-alimentación, la cirugía con sus diversos pro-
cedimientos logró numerosas curaciones en la primera mitad -
de este siglo. En la actualidad, con el descubrimiento de --
los antibióticos y quimioterápicos se ha obtenido la verdade
ra terapéutica etiológica. (1945).

Una enfermedad tan compleja como la tuberculosis es aho
ra bien comprendida. El esfuerzo de tantos investigadores da
al fin sus frutos" (3). En este bosquejo histórico se nos en
entrega la mejor de las esperanzas para que los enfermos que
se encuentran en el hospital de Huipulco y en todos los rin-
cones de nuestra Patria Mexicana así como del mundo entero, -
tengan un mejor y pronto restablecimiento. De aquí nos vamos

(3) Dr. Luis Alcalá Valdés. Aportaciones Médicas. Editorial -
Interamericana. México 1970. Págs. 3 a la 13.

directamente a la búsqueda del contacto, de la relación que hay entre la tuberculosis y la odontología; más nos entusiasma el tema porque después de haber consultado a varios autores, sentimos que todavía es poca la literatura al respecto.

C A P I T U L O I I

TUBERCULOSIS.

C A P I T U L O I I

TUBERCULOSIS

DEFINICION.-Como en todas las materias cuando de definición se trata, resulta difícil que los autores se pongan - de acuerdo:

El diccionario simplemente dice.--"Es una afección contagiosa" (4).

"La tuberculosis pulmonar es una infección pulmonar -- constituida por tubérculos en el tejido afectado" (5).

"Enfermedad infecciosa y contagiosa debido al bacilo - de Koch y caracterizado por la formación de tubérculos" (6).

ETIOLOGIA.-Es el Mycobacterium tuberculosis, que tie-- ne diversas clases de él que afectan algunos animales; pero-- nos abocaremos al causante de esta enfermedad en el ser huma-- no. Dentro de sus características tenemos: que son en forma-- de bastoncillo delgado que mide 4 micras de largo y 3 a 5 dé-- cimas de micra de ancho aproximadamente, presentan resisten-- cia a los agentes físicos y antisépticos; los bacilos no se-- decoloran facilmente por lo métodos de tinción usuales ni -- por la acción de ácidos minerales, por esta razón se reco-- mienda usar el método de Ziehl-Nielssen; el báculo es aero-- bio; su óptimo desarrollo para multiplicarse se efectúa en-- tre los 38 y 39 grados centígrados.

(4) Diccionario Castellano. Fernández Editor. México 1966. - Pág.399.

(5) Marcus A.Krupp Diagnóstico y Tratamiento . Manual Moderno, S.A. México 1972. Pág. 139.

(6) Miguel del Toro Gilbert. "Larousse"Editorial Méx.1970 - Pág.1032.

METODOS DE DIAGNOSTICO.-Distintos frotis en exámenes periódicos para comprobar el padecimiento; exámenes histopatológicos; proponemos utilizar el método de Ziehl-Nielsen aquí - los bacilos de Koch se ven rojos, los otros gérmenes y elementos celulares se tiñen de azul, consiste en fijar la preparación a la lámpara o al alcohol, se colora con solución fenicada de fucsina básica calentándola por ocho minutos hasta -- formar vapor, después con ácido sulfúrico al 20%, se decolora con alcohol; se lava en agua y se somete entonces a una débil coloración de contraste con azul de metileno, en solución - - acuosa; se enjuaga y se examina.

DIAGNOSTICO.-La tuberculosis puede simular cualquier enfermedad pulmonar, entre las que deben considerarse las neumonías bacterianas y virales, los abscesos y micosis pulmonares, carcinomas broncogénos, sarcoidosis y neumomiosis como también infecciones micobacterianas "atípicas" (no tuberculosas).

PRONOSTICO.-El pronóstico de la tuberculosis es un problema difícil de resolver. Para fundarlo es necesario tener todos los datos de exploración en nuestras manos y estudiarlos con cuidado.

Algunos autores dicen que la tuberculosis es la más curable de las enfermedades; en tanto que otros afirman que es fatalmente mortal. La verdad es otra, la tuberculosis en un - - gran número de casos es perfectamente curable, dependiendo de

un sinnúmero de factores pues dice Hutchinson "De las tres grandes divisiones de la medicina práctica - Diagnóstico, pronóstico y tratamiento, el pronóstico es ciertamente el más difícil" (7).

Dos principales factores explican los posibles modos de evolucionar de las lesiones tuberculosas, el bacilo tuberculoso y la resistencia del paciente, natural y adquirida, y probablemente modificado por las circunstancias ambientales. - - Además hay un tercer factor indiscutible, la terapéutica empleada.

Cada uno de estos factores encierra una serie compleja de elementos, cada uno de los cuales tiene un interés particular para el pronóstico de la enfermedad. Por lo que respecta al bacilo tuberculoso, habrá que tener en cuenta, su tipo, la cantidad, su virulencia, y la vía de introducción al organismo humano.

En cuanto a la resistencia del paciente, su natural resistencia a las enfermedades en general y a la tuberculosis en particular, su capacidad para desarrollar resistencia a la tuberculosis como consecuencia de la primoinfección, la edad, sexo, la presencia de otras enfermedades, la diabetes por ejemplo. Entre las condiciones ambientales que puede influir sobre la resistencia del paciente tenemos su ocupación, su estado socio-económico, sus hábitos de vida, el clima, la

(7) Dr. Ismael Cosío Villegas. Aparato Respiratorio. Patología Clínica. Editorial Stylo. México 1951. Pág.579

habitación, la alimentación, etc. En cuanto a la terapéutica-
empleada, poniéndonos en el caso de que sea la mejor y más --
apropiada para cada paciente, o sea poniéndonos en el mejor -
de los casos, no siempre se obtienen las mismas respuestas o-
resultados, dependiendo del estado inmunobiológico, cultura,-
educación, factores individuales y familiares etc.

La extensión de las lesiones, su naturaleza, la presen-
cia de caverna o cavernas, los síntomas generales, el estado-
de otros aparatos y sistemas y la presencia de enfermedades -
coexistentes, tienen también su importancia.

Podemos combinar las apreciaciones clínicas y bacterioló-
gicas y entonces tendremos las formas siguientes:

1a.-De actividad latente, en la cual hay bacilos de Koch
en el esputo y no hay manifestaciones clínicas.

2a.-De actividad no evolutiva cuando hay bacilos en el -
esputo y signos clínicos variables, pero las lesiones no tie-
nen tendencia a extenderse ni multiplicarse.

3a.-De actividad evolutiva cuando hay bacilos, se regis-
tran signos clínicos, las lesiones crecen en extensión.

4a.-De actividad evolutiva e infectante, cuando hay baci-
los de Koch, signos clínicos, lesiones que crecen y se multi-
plican, dando complicaciones tuberculosas a otros órganos.

Concluyendo, el pronóstico de la tuberculosis pulmonar - es un problema difícil y delicado de resolver debe planearse - en tres etapas, cuando se ha hecho el diagnóstico, cuando se - está en pleno tratamiento, después de terminar el tratamiento - base. En esta última etapa comprende las posibilidades de vi- - da futura del enfermo, clima, posición económica, rehabilita- - ción factible. etc.

El pronóstico de la tuberculosis en general se ha mejora - rado en el curso de los años gracias al mejor entendimiento - de la cura higiénico-dietética; a los métodos de colapso, a - los antibióticos, y a la quimioterapia moderna. Sin embargo - los dos factores de lucha siguen siendo los mismos el germen - y el terreno. Para lograr la victoria del terreno en la gran - mayoría de los casos se requiere la intervención oportuna del - fisiólogo y la fiel cooperación del enfermo.

TRATAMIENTO.-El tratamiento higiénico-dietético de la -- tuberculosis pulmonar sigue siendo la base firme y universal - mente admitida de toda terapéutica de esta enfermedad.

El tratamiento a seguir con aire tal como lo entendemos - actualmente, data de mediados del siglo pasado. Es Brehmer -- quien reglamenta por primera vez éste, asociándolo a un verda - dero entrenamiento físico. Corresponde a Dettwiler haber com - prendido la necesidad del reposo combinado y la terapéutica - permanente del aire y su sanatorio de Falkenstein fué, hasta-

fines del siglo XIX, la meta de los tisiólogos, deseosos de familiarizarse con los fundamentos de este tratamiento combinado con aire y reposo.

Reposo y descanso mental en ambientes estimulantes y saludables, bien sea en casa o en un sanatorio, deben instituirse siempre que exista o sea probable una lesión activa. Esto todavía constituye una medida importante en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, aunque la duración del reposo requerido ha sido reducida considerablemente por las drogas antituberculosas. Cuando desaparecen los síntomas se puede permitir la ambulación y las distracciones durante el día.

La mayoría de las autoridades recomiendan inicialmente el cuidado intrahospitalario de enfermos con tuberculosis pulmonar activa. Para enfermos incipientes con escasa sintomatología y hogar apropiado, habitualmente son suficientes de seis a ocho semanas en el hospital para establecer un buen programa de tratamiento y evitar el riesgo del contagio. Los pacientes con el padecimiento avanzado están listos para ser cuidados en su casa en cuatro o seis meses. La hospitalización prolongada es requerida cuando existen lesiones muy extensas, la enfermedad no responde al tratamiento adecuado o el hogar del enfermo no es apropiado para continuar su tratamiento.

La Quimioterapia es la medida más importante en el tratamien-

to de la tuberculosis, aunque debe ser combinado con el - - - reposo y la cirugía, cuando ésta sea indicada. La terapéutica medicamentosa es la indicada en todos los casos de enfermedad activa y resulta sumamente efectiva si se emplea con un bien regulado programa de reposo en cama y cirugía. En general el retorno a las actividades físicas limitadas se permite más pronto con el tratamiento médico y la ambulaci6n gradual puede iniciarse tan pronto como establezca la mejoría clínica.

Los principales medicamentos que se emplean en la actualidad para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar son: La isoniazida - - HAIN, estreptomina, ácido paraminosalicílico PAS, y etambutol. Se recomienda el empleo simultáneo de HAIN y de dos de los otros medicamentos, en el tratamiento inicial de la enfermedad avanzada, o cuando el esputo contiene bacilos tuberculosos. - - Cuando estos bacilos no se encuentran ya en el esputo, deberá continuarse el tratamiento con HAIN más uno de los otros dos - agentes orales.

Otros medicamentos antituberculosos: Estos son más tóxicos y menos efectivos que los medicamentos descritos antes. Se emplean en diversas combinaciones para el tratamiento de la enfermedad resistente a las drogas primarias: La etionamida, la pirazinamida, el sulfato de viomicina y los corticoesteroides y la cirugía.

El tratamiento sintomático. - Debe convencerse al paciente de que sus síntomas desaparecerán tan pronto se controle su enfermedad.

C A P I T U L O I I I

LA TUBERCULOSIS Y SU RELACION CON LA
ODONTOLOGIA.

C A P I T U L O I I I
LA TUBERCULOSIS Y SU RELACION CON LA
ODONTOLOGIA.

Este capítulo es la parte medular de nuestro trabajo, es el eje en torno al cual girarán nuestras ideas, ideas que como ya expusimos, nacieron en el momento mismo en que pudimos observar a contraluz, que en el espacio que existe entre el paciente, el cirujano dentista y la lámpara de la unidad, en ese instante surgió nuestra mortificación, por el medio ambiente contaminado por millones de partículas flotando en el espacio sin que el estudiante en la clínica o el cirujano dentista en su consultorio, tomen las debidas precauciones para evitar un contagio en el supuesto de que el paciente esté tuberculoso o contraigan otras enfermedades pulmonares provocadas por cualquiera de los materiales que la fresa expulsa de la pieza dentaria. Tal grado es delicado, que podemos considerar a la tuberculosis como uno de los RIESGOS PROFESIONALES del cirujano dentista.

Nos sentimos un tanto defraudados con el tema de nuestra tesis, porque a pesar de habernos sentido impulsados a desarrollarlo en virtud de las observaciones hechas; al consultar uno de los últimos tomos de nuestra bibliografía, nos encontramos con un párrafo que es casi un fotografía de nuestras inquietudes cuando el Doctor William G. Shafer en su Tra

tado de Patología Bucal nos dice... "LA POSIBILIDAD DE QUE EL ODONTOLOGO CONTRAIGA UNA INFECCION POR SU CONTACTO CON BACI--
LOS TUBERCULOSO VIVOS EN LAS BOCAS DE SUS PACIENTES CON TUBER-
CULOSIS PULMONAR Y ORAL, ES UN PROBLEMA DE GRAN IMPORTANCIA -
CLINICA" ... (8).

; Este es el Tema; ;Esta es la inquietud; , aunque un so-
lo autor lo ha dicho, ya no es nuestra únicamente y sim embar-
go, nos da gusto porque demuestra que no estamos equivocados-
y aunque hagámos el papel de reiterativos, continuaremos con-
entusiasmo nuestro desarrollo.

Con base en los objetivos, tuvimos que recurrir a la Tu-
berculosis y sus antecedentes históricos, su diagnóstico, pro-
nóstico y tratamiento, para llegar al área bucal como campo -
de nuestra especialidad. Y si hemos dicho que la manifesta---
ción clínica de la tuberculosis es: malestar general, fácil -
fatiga, pérdida gradual de peso, fiebre, escalofrío esporádi-
co, tos persistente con o sin hemoptisis, en lo general; así-
podemos decir en lo particular, que la sintomatología tubercu-
losa en la boca es: ulceraciones dolorosas en: paladar, en---
cías, lengua, frenillos, labios, mucosa vestibular, mejillas-
y a veces en glándulas salivales.

En la gran mayoría de los países este padecimiento es --
muy frecuente por su fácil y grave contagiosidad; por eso des-
de el punto de vista general como odontológico merece nuestra

(8) Dr. William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal. Editó--
rial Interamericana. México 1981. Pág. 314.

especial atención, no sólo auxiliando en las campañas para -- su prevención, sino dando un trato adecuado a los enfermos.

Siendo una vía de entrada importante la digestiva para -- el bacilo tuberculoso debemos al realizar la exploración física general poner mayor énfasis en la cavidad bucal que es -- nuestro campo de acción.

Dice el Dr. Kruger.- ... "El diagnóstico de las lesiones tuberculosas bucales se logra mejor con la técnica de tinción de Ziehl-Neelsen" ... (9). Esto ya lo describimos anteriormente, también podemos utilizar un "método directo en el cual se utiliza un laringoscopio con iluminación que depende de pilas eléctricas. El paciente se coloca en decúbito dorsal y el explorador, inclinándose sobre él, introduce en la boca el laringoscopio desplazando hacia arriba o en dirección de los -- dientes, lengua y epiglotis" ... (10).

Independientemente de los exámenes que normalmente hacemos con el explorador, abatelenguas y espejo; así detectaremos si es tuberculosis de laringe, bucofaringe, de la lengua o de que tipo se trata.

Este modesto trabajo tiene entre otros objetivos, hacer un urgente e inaplazable llamado para que se tomen todas las medidas profilácticas indicadas y necesarias, a fin de evitar lesiones pulmonares en nuestro medio, conservando así una ge-

(9) Dr. Gustavo O. Kruger. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana, México 1978. Pág. 155

(10) Dr. Mahlon H. Delp. Propedéutica Médica. Editorial Interamericana. México 1977. Pág. 109.

neración promisorio de cirujanos dentistas y no una generación de tuberculosos.

Por considerarlo importante transcribiré íntegro la parte bucal expuesta por el Dr. Shafer.- ..."La tuberculosis es una enfermedad infecciosa granulomatosa causada por el bacilo acidoresistente *Mycobacterium tuberculosis*, se da en todo el mundo, pero hay una sensible diferencia en el índice de mortalidad entre diferentes zonas geográficas y entre personas de diferentes razas. En Estados Unidos ha habido una gran reducción del índice de mortalidad por Tuberculosis desde los comienzos del siglo XX, aunque los estudios han comprobado que no hubo una gran reducción en la frecuencia real de la infección. Esto implicaría que la población actual de este país es más resistente a la enfermedad, probablemente debido a la creciente elevación del nivel de vida, mejores leyes y mayor atención a las necesidades nutritivas.

La tuberculosis pulmonar es la forma principal de la enfermedad, aunque la infección también se produce por vía intestinal, amígdalas y piel. La infección pulmonar primaria puede producirse a cualquier edad; se extiende en forma local se disemina o, más comunmente queda completamente aislada y cicatriza por fibrosis y calcificación. En cualquier momento se puede producir la reinfección o la exacerbación de la lesión primaria, pero la reinfección suele ser leve.

Características clínicas. Los signos y síntomas clínicos de la tuberculosis suelen ser muy poco notables. El paciente puede experimentar fiebre o escalofrío esporádico, pero la fatiga fácil y el malestar general suelen ser los principales rasgos iniciales de la enfermedad. También hay pérdida gradual de peso y tos persistente, con o sin hemoptisis.

Los microorganismos pueden diseminarse por la corriente sanguínea o por metástasis linfática, y en el primer caso, da lugar a lesiones de muchos órganos, como riñón e hígado. Esta es la tuberculosis miliar. La dispersión de bacilos tuberculosos por la vía linfática suele ser menos extensa, y los microorganismos con frecuencia se localizan en los ganglios linfáticos.

La infección tuberculosa de ganglios linfáticos submaxilares o cervicales o escrófula, linfadenitis tuberculosa, -- evoluciona para formar un verdadero absceso o permanece como una lesión granulomatosa típica. En cualquiera de los dos casos, hay una hinchazón clínica obvia de los ganglios. Son -- sensibles o dolorosos, con la piel inflamada que los cubre y cuando existe un absceso verdadero, es típica la perforación y descarga de pus. Esta forma específica de tuberculosis probablemente aparece como consecuencia de la extensión linfática de los organismos desde un foco de infección en la cavidad bucal, como las amígdalas. La casi completa eliminación-

del consumo de leche infectada ha reducido en mucho la frecuencia de la escrófula en años recientes.

La tuberculosis primaria de la piel, o lupus vulgar, se da en niños o en adultos y es una enfermedad muy persistente. Aparece como nódulos papulares que con mucha frecuencia se ulceran .

En particular son frecuentes en cara , pero pueden darse en cualquier parte.

Manifestaciones bucales. Las lesiones tuberculosas de la cavidad bucal existen, pero son muy raras. Los estudios conocidos sobre la frecuencia varían en forma considerable. Los estudios de Farber y col., señalan que menos del 0.1 por 100 de una serie de pacientes tuberculosos que examinaron presentaban lesiones bucales. Katz, por otra parte, halló alrededor del 20 por 100 de una serie de pacientes examinados por autopsia tenían tales lesiones, la mayor parte de las cuales se encontraban en base de la lengua y no habían sido descubiertas clínicamente. La localización de las lesiones ocultas tuberculosas hallada por Katz podría ser la causa de la disparidad en la frecuencia registrada en estos estudios.

Hay acuerdo general en que las lesiones de la mucosa bucal raras veces, son primarias, sino secundarias a la enfermedad pulmonar. Aunque el mecanismo de inoculación no ha sido establecido con claridad, lo más probable sería que los mi---

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

40

microorganismos estén en el esputo y penetren en el tejido mucoso por una pequeña solución de continuidad de la superficie. Es posible que los organismos sean transportados a los tejidos bucales por vía hematógena, para ser depositados en la submucosa, y por lo tanto proliferar y ulcerar la mucosa que los cubre.

La posibilidad de que el odontólogo contraiga una infección por contacto con los bacilos tuberculosos vivos en las bocas de los pacientes que sufren de esta enfermedad es un problema de gran importancia clínica. En muchas ocasiones, se comprobó que era factible obtener microorganismos acidoresistentes viables con hisopos enjuagues de las cavidades bucales de pacientes tuberculosos. Abbott y colaboradores comunicaron que se cultivaron bacilos tuberculosos del 45% de 300-muestras de agua utilizada para lavar dientes y encías de 111 pacientes tuberculosos.

Las lesiones pueden aparecer en cualquier sitio de la mucosa bucal pero son más comunes en lengua, seguida por paladar, labios, mucosa vestibular, encía y frenillos. La lesión tuberculosa corriente es una úlcera irregular, superficial o profunda y dolorosa que tiende a aumentar en forma lenta de tamaño. Se suelen encontrar en zonas de traumatismo y pueden ser tomados a simple vista o hasta con el carcinoma. Algunas lesiones mucosas presentan hinchazón o fisuramiento, pero no una ulceración clínica obvia. La gingivitis tubercu-

losa es una forma rara de tuberculosis que aparece como una proliferación difusa, hiperémica, nodular o papilar, de los tejidos gingivales.

La tuberculosis también puede atacar maxilar o mandíbula. Un modo común de entrada de microorganismos es en zonas de inflamación periapical por vía sanguínea, efecto anacóretico observado en la cavidad bucal en ciertas circunstancias. Asimismo, es concebible que estos microorganismos entren en tejidos periapicales por pase directo a través de la cámara pulpar y conducto radicular de un diente con caries expuesta. La lesión producida es en esencia un granuloma periapical -- tuberculoso o tuberculoma.

En un estudio de un grupo de pacientes tuberculosos, -- Brodsky comunicó la frecuencia de granulomas tuberculosos periapicales. Estas lesiones eran, por lo general, dolorosas, -- y a veces afectaban una considerable cantidad de hueso por medio de la extensión relativamente rápida.

También se produce la lesión difusa de maxilar o mandíbula, por dispersión hematógena de la infección, pero a veces por extensión directa o hasta después de la extracción dental. La osteomielitis tuberculosa es frecuente en fases tardías de la enfermedad y tiene pronóstico favorable.

Características Histológicas. Las lesiones tuberculosas

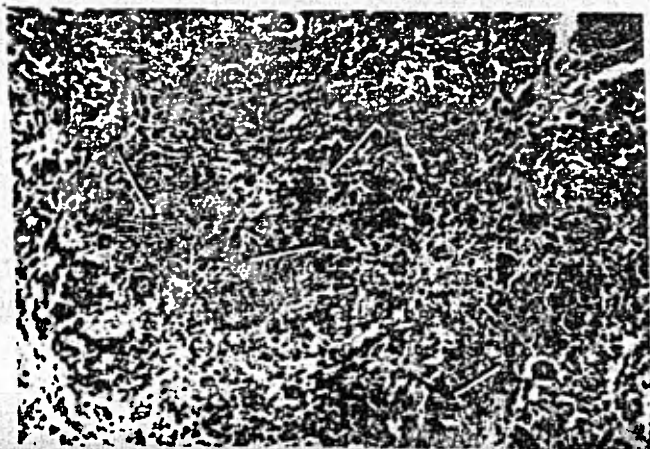
de la boca no difieren microscópicamente de las lesiones tuberculosas de otros órganos del cuerpo. Presentan focos de necrosis caseosa, rodeados de células epitelioides, linfocitos y algunas células gigantes multinucleadas. Sin embargo, la necrosis caseosa no está inevitablemente presente. El diagnóstico de tuberculosis puede ser confirmado solo mediante el examen microscópico del tejido y la comprobación de microorganismos en la lesión, junto con el cultivo y la inoculación en animales.

Tratamiento. El tratamiento de la tuberculosis es secundario al tratamiento de lesiones primarias." (11).

De todos los textos que hemos consultado este nos parece de lo más completo e interesante.

(11) Dr. William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana. México 1981. Pág. 313 a 316.

MATERIAL FOTOGRAFICO DE PATOLOGIA BUCAL.

**Tuberculosis bucal.**

Microfotografía de la biopsia de una úlcera tuberculosa de lengua donde se observan: 1) células gigantes, 2) células epiteloides, 3) linfocitos, y 4) zona de necrosis caseosa.



Úlcera tuberculosa del paladar.



Úlcera tuberculosa del dorso de lengua

Dentro de las fuentes de información para nuestro trabajo, tuvimos que recurrir como es lógico, al lugar más prestigiado de la República Mexicana como lo es el INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES mejor conocido como Hospital - de Huipulco, ubicado en la parte sur del valle de México.

No sería justo negar nuestro profundo temor al introducirnos a esa Institución que como caso de excepción, nadie limita la entrada de las personas al interior y creemos que el caso no necesita explicación porque sólo van ahí los que realmente lo necesitan.

Estuvimos en varias ocasiones amablemente atendidos por el Jefe del Departamento de Servicio de Estomatología C.D. Fernando Ríos Gómez; fue así como nos enteramos de que hay 25 pasantes de odontología, mismos que duran 3 meses en su servicio social; de verdad deben tener vocación médica para correr tal riesgo, que más creemos imaginario que real, ya que a su ingreso les hacen la prueba del PPD por vía intradérmica, y si resultara negativo nuevamente a los 15 días se les repite --- para que de ser positiva se les indica la administración de - un gramo diario de HAIN o en su defecto PAS como la terapéutica más eficiente durante su estancia además de las medidas -- preventivas indicadas.

En cambio al personal de base se les indica una radiografía de tórax cada 6 meses, buena alimentación e higiene como

regla general.

Los Centros Comunitarios y de Salud, remiten a los pacientes a esta Institución y algunos ya han recibido tratamientos antifímicos, lo cual atenúa al bacilo no dejando claras manifestaciones, lo que dificulta el diagnóstico. Probablemente a ello se deba que de cada 10,000 pacientes atendidos sólo se haya localizado un caso de tuberculosis bucal y en donde la lesión estuvo en paladar a nivel del primer molar, tal es el caso que citamos abajo.

Es por ello que esta Institución utiliza la biopsia y cultivos propios para el bacilo como los más acertados.

El caso clínico que presentamos fue detectado mediante una citología exfoliativa, que fué determinante para su eficaz tratamiento. Y que corresponde a la joven Blanca Estela-Ramírez Rodríguez, cuyos datos se anexan.

GUERRERO

**CITOLOGIA
EXFOLIATIVA**

LAPCE, S. A.



AV. OAXA

MEXICO D. F.

TEL.

19 85, 51-33

1015-C-2

12-1-56

Sr. Dr. Ramón Clivanes S.,
Presente

Resultado del estudio histopatológico
de la Smita Blanca Estela Ramírez

ANTECEDENTES: Paciente de 25 años de edad

MATERIAL: Biopsia de Lesión del Paladar

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Un fragmento que mide 1.8 cm. es de color
café claro con hemorragia focal, y de consistencia firme.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En las secciones exc. inadas se identifica
un epitelio poliestratificado escamoso no queratizado, con acantosis y una zona de ulceración cuya base está ocupada por
tejido conjuntivo fibroso denso infiltrado intensamente por
num. vasos linfocitos, plasmocitos células epiteloides, es-
tudios gigantes de tipo Langhans y algunos eosinófilos. En
áreas de necrosis con un infiltrado focal de leucocitos neu-
trófilos. Bacilos ácido alcohol resistentes.

RESULTADO:

TUBERCULOSIS DEL PALADAR

Miguel

Respectuosamente

mgol

DR. MIGUEL HULZ CONTRERAS

DR. VICTOR GAITAN G.

Q. B. F. MA. ESTELA SAMANO DE SIERRA

SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA
DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA MEDICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES

CONSULTA EXTERNA.

SOLICITUD DE INGRESO

NOMBRE: Alfonso Pablo Lopez Edad 25 años Sexo En. Edo. Civil Soltero

OCCUPACION: Libero de Negocio Procedencia: Manizales de Nariño

EMERGENCIA: No Fecha: 10/11/53 Lugar: Caldas

CENTRO POR: CLINICA DE TORAX: _____ HOSPITAL: Caba Linares

ESPONDILIOS: _____ MEDICO PARTICULAR: _____

OTROS: _____ TIEMPO DE EVOLUCION: 6 meses

DIAGNOSTICO: En Estadio Tuberculoso del pulmón

MOTIVO DEL INTERNAMIENTO:

- A.-DIAGNOSTICO
- B.-EMERGENCIA
- C.-FOMENTO LEGAL
- D.-TRATAMIENTO QUIRURGICO
- E.-CONDICIONES SOCIO-ECONOMICA FRECUENTIA
- F.-PROBLEMA TERAPEUTICO.

NO () SI (X) HA RECIBIDO MEDICACION ANTITUBERCULOSA.

VALORACION G.C.

CANTIDAD: 9 G.D.S.E.
T.M.H.

1. A. E.

2. A. E.

3. A. E.

DURANTE: 9 dias

ANAMNESIS: _____ FECHA: _____

LABORATORIO: BACILOSCOPIA: _____ FECHA: _____

OTROS: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA: 6. Feb. 1953

Manizales
MEDICO: [Signature]

Vo. No. AUTORIZACION DE INGRESO

CUOTA DE INGRESO: 200
RENTALIDAD: 150
CONTRIBUCION DE SALUD: 50
ACEPTADO AL PASEADO: 50

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO: [Signature]

LA TRABAJADORA SOCIAL: Paula [Signature]



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES

(1)

Nombre Rodríguez Rodríguez Blanca Estela	
Expediente No. 0719/80	Servicio 12-H
Clave T.S.	Cama 33

HOJA DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO

Fecha:	<p>6-II-80</p> <p>NOTA DE INGRESO AL SERVICIO Ingresó paciente del sexo femenino de 25 años de edad procedente de la consulta externa con el Dx. de TB del Paladar. Originaria: Hualahuapán de Leon Oax. Raíz: Hualahuapán Escolaridad: 2do primaria Ocupación: Hogar Edo. Civil: Soltera</p> <p>ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA PARA EL PADECIMIENTO ACTUAL Padre fallecido en un accidente, Madre viva y curó con enf. no presentada. Nietos: físicos, lúbricos, neoplásicos, epilépticos, cardiopatas, diabéticos. Ambiente de medio socioeconómico bajo lo cual resoperte en sus hábitos higiénico-dietéticos, alimentación regular en cantidad y más en calidad pero personal con cambio de ropa c/2 días. Tabaquismo y alcoholismo negativos otras toxicomanías neg. Inmunológicos: Antivariolosa no recuerda otras. Quirúrgicos: el 5/Julio/79 de un tumor en útero pero al parecer sin extirpación del mismo?????, nieta transfusionista, traumáticos, epilépticos hipertensivos, diabéticos, alérgicos. MENARCA: 13 años R 30/3-4 dismenorrea, NUBIL, PUB 31-1-80</p> <p>PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia en Dic/78 con disfonía la cual ha sido progresiva en forma muy lenta aunque han existido períodos en que este disminuye, así evoluciona hasta Julio/79 en que aparece tos en accesos sin predominio de horario con expectoración blanquecina en cantidad no cuantificada, al mismo tiempo la presencia de tumoreación en hemilabio inferior por la cual fue intervenida quirúrgicamente, en lo referente a la disfonía refiere la paciente que poco tiempo antes de dic/78 comenzó con prurito en la boca notando enrojecimiento de las encías del lado der. que se curó hacia el paladar, en el momento refiere disfonía, tos en accesos con expectoración blanquecina la cual tiene dos días que no se presenta, hace 15 días le efectúan biopsia de paladar Dx. TB2, iniciando tratamiento con SE, INH por 9 días.</p> <p>EP</p> <p>Se trata de paciente del sexo femenino de 25 años de edad pariente de Ant. gra normolínica sin movimientos anormales, orientada en las 3 esferas y con para el interrogatorio.</p> <p>CRANEO: Hemisferio sin exortosis ni hundimientos CARA: Ojos pupilas isocóricas normo-reflextas conjuntivas de buena coloración y bien hidratadas, náreas permeables, BOCA: se aprecia lesión de forma de herradura semicirculo ulcerativa, hiperémica entre 1 y 3er molar superior derecho, mucosa pálida, bien hidratada. CUELLO: De forma y volumen normal, no se palpan adenopatías, pulso carotídeo presenta sincrónico con el corazón 1.</p>
--------	---

NO. 888888

Ap. Digestiva

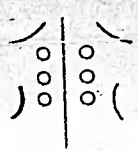
Ap. Uterino En mayo del 79 disminuye y normaliza el estado: 7 días
después en la preparación de la práctica laparoscópica, exploración
S. Endometrio largo y se le quita "tubo" pero no hay reporte de
metastásicas (al parecer no hay relación del problema de la
S. Menstrual con lo del abdomen).

EXPLORACION FISICA:

SIGNOS VITALES: T. A. F. C. F. R.
Temp. Pesa Talla

Cardio En base (cuando superior parte anterior) se practica diaphragma
Cano y se reporta lesión tuberculosa (se colapsa la zona
canto hacia alcohol oxidantes).

TORAX:



- 1. S. Cost.
- 2. S. Escar.
- 3. S. Atolect.
- 4. Fretos
- 5. [Diagram] (Subcap.)
- 6. [Diagram] (Crepit.)
- 7. Rene. Sil. Flant
- 8. S. Papipl.



- 9. S. Dorsos.
- 10. S. Pinnocost.
- 11. Area Costaco.
- 12. Septo Sufitico
- 13. Saco Dorsifico
- 14. Dorsoblenion
- 15. Reforamiento
- 16. Arteria

ABDOMEN

EXTREMIDADES

TERAPEUTICA EMPLEADA S.E., I.N.H. desde hace 9 días.

EXAMENES DE LABORATORIO PRACTICADOS En Rx no se observan más ya con
I. Diapabético apuntualmente normalis en campo peritoneal

INDICACIONES:
a) Endometrio que se soluciona
Se solicita este en atencion
Se indica continuar con S.E., I.N.H. hasta
deseo.
Alto

S. S. A.
HISTORIA CLINICA
Consulta Externa

Nombre	Blanca Estela Ramirez Rodriguez			Edad	25	Sexo	F	Exp.	7/19/80
Ocupaciones	trabajadora			Eda. civil	casada				
Lugar de origen	Nayaca								
DATOS PARA LOCALIZACION:									
Su domicilio	520 Febrero #52. Alcazarapain 2o. Etia								
Su trabajo									
Familiares									
Amigos									
Fecha del estudio	6-II-80								
ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:									
Diabéticos	Oxalúricos								
Cardiológicos	Coma								
Otros	Antecedente de cuadros gripales de repetición. PPD+++								
ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:									
Tabaquismo ()	No. de Cigarrs ()	Tempo ()	Alcoholismo ()						
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:									
Aborto	0	Paro	0	Abortos	0	Conatos	F. U. R.		
PADECIMIENTO ACTUAL: Dolor gástrico del 79 por en expectación, diarrea									
Fecha de inicio									
SINTOMATOLOGIA:									
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input checked="" type="checkbox"/> Náusea								
<input checked="" type="checkbox"/> Alzuda	<input checked="" type="checkbox"/> Perforata								
<input checked="" type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Espantacido	<input type="checkbox"/> Achealotida	Cantidad	20 lit.					
<input type="checkbox"/> Emisante	<input type="checkbox"/> Hemoptica								
<input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Fétido								
<input checked="" type="checkbox"/> Productivo									
<input type="checkbox"/> Hemoptica	Cantidad	Fecha última							
<input checked="" type="checkbox"/> Diarrea	Resp.	Card.	O. V.	Uro.					
<input type="checkbox"/> Dolor Torácico	Situ.	Tipo	Duración						
<input checked="" type="checkbox"/> Dificia	Intensidad	Inofensivos							
<input type="checkbox"/> Otros síntomas	Duración								
Síntomas generales:									
<input type="checkbox"/> Ataque al estado general	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Adinamia	<input type="checkbox"/> Astenia						
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Pérdida peso	Kg							
<input type="checkbox"/> Tiempo									

1. - Síntoma Normal sin irritantes
 2. - UV por turno
 3. - Solicitar BK en el diagnóstico
 4. - BK en biopsia de lesión del pulmón
 5. - BK, de, JORN, EST.
 6. - BK.

30 / 01 / 1971.

Fecha

HOJA DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO

Nombre	
Expediente No.	Servicio
Clave T.S.	Cama

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES

HISTORIA CLINICA

Nombre R. VIZCARRA RODRIGUEZ BLANCA ESTHELA	Fob. 9	Cama 33	Exp. 0719-011
Sexo FEMENINA	Edad 25 AÑOS Lugar de Origen HUACHAPAN DE LEON, OAX.		
Residencia HUACHAPAN DE LEON, OAX.	Estado Civil CADÚTERA		
Ocupación LABORES DEL HOGAR	(1) (2) (3) (4) (5) (6)		

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Padres, hermanos, cónyuge o hijos. **AHP. Padre muerto violentamente por herida con arma blanca. Madre viva aparentemente sana. 9 hermanos, 3 muertos, ignora la causa de la muerte o estado de salud. 6 vivos aparentemente sanos. COVIDR negativo. HIEGA OTROS ANTECEDENTES.**

Diabetes Mellitus, Epilepsia, Alergia, Tuberculosis, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES
a) NO PATOLÓGICOS

Nacimiento y desarrollo psicomórfico (marcha, lenguaje, estímulos) Habitación, Alimentación

Alcoholismo, Tabaquismo, Tóxicos, etc.

Ocupaciones anteriores y actual.

Inmunizaciones (BCG, antivaricelosa, DPT, Poliom.) y pruebas inmunológicas (tubercúlicas, micóticas, otras).

b) PATOLÓGICOS

Reseña cronológica de las principales enfermedades padecidas y del tratamiento instituido. Antecedentes: Inmicos, bacterias, metálicos, parasitarios, alérgicos, traumáticos y quirúrgicos.

Intolerancias medicamentosas (penicilina, sulfamidas, otros)

c) GINECO-OBSTETRICOS
(mujeres)

Menarquia: caracteres de la menstruación, la relación sexual, embarazos, partos y puerperios (características).

Fecha de la última regla

PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de comienzo, cuadro clínico, evolución de la sintomatología en el tiempo, síntomas presentes actualmente

AHP. Habitación: casa construida de adobe y cemento en malas condiciones de higiene y hacinamiento (7 personas en el mismo cuarto). Luz intrazonal sin agua dentro de la misma. Pucalido al aire libre. Alimentación mala en cantidad y calidad a base de frijoles, tortillas pan, verduras y leche. Higiene mala cada 2 días. Alcoholismo y tabaquismo negativos. Escolaridad hasta 2do. años de primaria. Inmunizaciones Antivaricelosa.

APP. De las enfermedades comunes de la infancia refiere haber padecido sarampión, Diarreas frecuentes aprox. 2 veces al año desde los 13 hasta los 18 años, en que fue con facilidad y le dio tratamiento antiparasitario con el cual refiere haber obtenido resultados que por las características parecen ser oxíuros. Ningún otro antecedente refiere haber sido intervenida quirúrgicamente el 24 de Julio del año pasado, para extirpar tumoración abdominal de la cual ignora sus características. Traumáticas, alérgicas y transfusionales negativas.

Menarca: años 13 años. Ritmo 30 x 3-4. Nubila. EVR 31-1-80.

Inicio su padecimiento hace 14 meses con hipostenia, adinamia con ardor y dolor a la deglución en faringe, y refiere haberse visto afectado por fiebre hiperélica y con una especie de "raipullido". También refiere que con el calor o con el frío del ambiente se le "cicra la garganta", hace 4 meses refiere sentir cambios en su voz, en su grave cada vez. Desde Julio del año pasado inició con tos seca en accesos sin predominio de horario, la cual se agravó con un larabe que le dieron donde fue intervenida quirúrgicamente, y desde entonces la tos ha sido productiva con expectoración amarillenta y en diciembre la noto con estrías sanguinolentas. La cantidad no es especificada pero en ocasiones fue escatizante y abundante. En Julio del año pasado acude con odontólogo de su pueblo que nota

1200
S. P. (fines)

ANAMNESIS o SITUACIONES PRESENTES

Una hiperpigmentación en paladar a nivel del tercer molar y desde el nacimiento se especifica en la cavidad bucal al tener el niño Ruben la boca donde la practica con una brocha de la perforación de los dientes TB. del paladar por lo que se advierte a esta familia.

APARATOS Y SISTEMAS (estado actual)

RESPIRATORIO.

Tos, expectoración, hemoptis, oplo, disnea, disfonía, etc.

CARDIOVASCULAR.

Dolor, palpitaciones, edema, edemas, insuficiencia circulatoria periférica, cefaleas, hipertens, isquemia, acufenos, etc.

DIGESTIVO.

Apetito, dispepsia, regurgitaciones, dolor, dispepsia, náuseas, vómito, hematemesis, ictericia, meteorismo, diarrea, melena, rectorragia, constipación, etc.

URINARIO.

Poliuria, polaquuria, disuria, ritmo de eliminación, incontinencia, hematuria, piuria, etc.

GENITAL.

(Mujeres) Alteraciones del ciclo menstrual, metrorragias, leucorrea, sintomatología irritativa al embarazo, menopausia

(Hombres) Inflamación, dolor, fistula en testiculos, erección, eyacuación, esterilidad

ENDOCRINO

Perturbaciones somáticas, manifestaciones de diabetes, bocio, hipertirocrosis, insuficiencia suprarrenal, etc.

MUSCULO ESQUELETICO

Algias, atrofia, deformidades articulares, movimientos, marcha, etc.

HEMATICO Y LINFATICO

Manifestaciones de anemia, púrpura equimosis, sangrado, edropatia.

NERVIOSO

Sensibilidad, motilidad, movimientos involuntarios, convulsiones, cefaleas, órganos de los sentidos, nervios craneales, sueño, funciones superiores

LO ANOTADO EN TABECIMIENTO ACTUAL.

S. D. P.

DESDE hace 4 días refiere disminución en la consistencia de las heces.

Micticero 3 x 2 x 24hrs. Resto S. D. P.

Refiere que antes de haber sido intervenida tenía flujo blanco pero en abundante cantidad, actualmente se encuentra S. D. P.

S. D. P.

Refiere dolor punzante en puntas del pie cuando toca tierra o cuando estaba sentada con las piernas colgando.

S. D. P.

S. D. P.



DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA MEDICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES PULMONARES

INEP.C.E. 02

Nombre	Blanca Ramirez R.	
Expediente No.	715/8-0	Servicio P-5
Clave T.S.		Cama 58

HOJA DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO

Fecha

12-VIII-80

Resumen para Alta. -

Paciente que regresa a este ser. después de haber estado 1980 dando se el Dx TB del pulmón izquierdo recibiendo trat. furosemid el cual al pocas horas por inefic. y regresa con dolor, enofo-pingo y abundante secreciones salivales. Se hacen diagn. disforico. sus BK de expect. son total. son negativos.

Se investiga con el ser. de etiología y sus infecciones que mediante bespos de pulmón se llega al Dx. Etiológico de TB de la región laringea.

por no tener patología pulmonar crónica de años se debe ser dada de alta con esquema II y Central en el Ser. de otorrinolaringología del Gea Gonzalez.

Indicaciones:

- 1.- Esquema II
Kanamycin 15r/1m 4/3rdia
Rifampicin 600mg/dia
Piazidina 35r/dia
HA IN 300mg/dia
- 2.- Interconsulta con otorrinolaringología del Gea Gonzalez por tub. Socia I
- 3.- Calcifosol 600.000 W 4/10 dias por dosis

A propósito hemos dejado para nuestros últimos renglones, reiterar la importancia de los medios de prevención en el trabajo diario del odontólogo como lo es el hecho de convertir en un "hábito solemne" el uso del cubreboca, guantes, bata estéril, poner fundamental empeño en el lavado de las manos y uñas; para que seguir, vamos a reportarnos a los vamos a reportarnos a los valiosos datos que el Dr. Kruger nos proporciona en cuanto a la asepsia ... "Como en cualquier campo de la Cirugía, las bases de la asepsia se aplican a la cirugía bucal, pero el uso de los antibióticos y el mejoramiento de los métodos de anestesia general como el bloqueo, han revolucionado la práctica de la cirugía bucal. Muchos procedimientos quirúrgicos que una vez fueran considerados como problemáticos, pueden ahora llevarse a cabo con éxito gracias a la seguridad de la anestesia, a la terapéutica antibiótica y al conocimiento del equilibrio de los líquidos. El uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado metódico en la asepsia ya que la infección de una herida puede acarrear el fracaso completo de la operación, o cuando menos, prolongar el proceso de curación. La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente exenta de microorganismos. Sin embargo, se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención. Antes de cualquier intervención, aún una extracción sencilla, la boca ha de ser aséptica o aplicar Mercresin en toda la cavidad bucal y la lengua. To-

dos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en una charola cubierta por una toalla estéril, en la región operada sólo deben introducirse gasas o esponjas estériles. Las manos del operador deben estar limpias. Las manos, y los brazos hasta los codos, deben cepillarse cuidadosamente con agua y jabón y se debe dar atención especial a las uñas. En Cirugía es costumbre cepillar las manos y los codos diez minutos. Enjuagándose frecuentemente con agua corriente, después de lo cual las manos y los brazos se lavan con alcohol antes de ponerse la bata estéril que abrochará la enfermera. En cirugía mayor de la boca todos los campos deben ser estériles, y el operador y sus ayudantes deben llevar cubreboca, gorros, batas y guantes de hule también estériles.

El Cirujano diferencia entre la limpieza cotidiana de su persona (Limpieza social) y la limpieza quirúrgica antes de la operación. La infección es el factor más frecuente del hecho quirúrgico. Aunque el cirujano no sea el responsable de la infección que se encuentra en una región, sí lo es de la que pueda introducir en la herida. El Cirujano y sus ayudantes esterilizan el campo operatorio y los instrumentos por medio del calor, sustancias químicas y fármacos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas. La cirugía aséptica es aquella que está libre de toda infección o contaminación por instrumentos o materiales empleados al operar.

Es mejor esterilizar las agujas hipodérmicas en autoclave que en soluciones. Las operaciones extrabucales requieren una limpieza cuidadosa de la piel, más allá del campo operatorio. Los pacientes masculinos deben ser rasurados antes de la asepsia de la piel. El primer paso en la preparación de la piel es lavarla completamente con gasa empapada en éter; después se lava con alcohol y, finalmente toda la zona operatoria se pinta con tintura de mercresín. Se colocan los campos y toallas estériles dejando solamente expuesto el campo operatorio. Es esencial una buena luz enfocada en el campo operatorio; una vez que el operador y sus ayudantes se han puesto los cubrebocas, gorros, batas y guantes, no deben tocar nada fuera del campo operatorio estéril". (12)

Aunque esto se aplica directamente en cirugía, podemos tomar la asepsia básica para cualquier tipo de operación dental; como podemos ver si un día se rieron del descubridor de la eficiencia de la asepsia hoy no encontramos un solo campo de la medicina en que no se aplique a riesgo de incurrir en la falta de profesionalismo.

Concluimos este trabajo con el deseo de que el honorable jurado lo considere no como una ostentación del conocimiento humano, sino como un resumen de las experiencias obtenidas a lo largo de mi carrera y de la recopilación efectuada en documentos de distinguidos investigadores que hemos citado a su debido tiempo.

(12) Dr. Gustavo O. Kruger. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana. México 1978. Pág. 3.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Por todos los medios posibles se debe educar y - acostumbrar al estudiante y al cirujano dentista al uso del cubreboca y demás medidas preventivas indicadas, como medio para evitar la tuberculo-- sis u otra afección pulmonar. De no ser así pron to la nación tendría en vez de una generación -- promisoría de odontólogos, una generación de tu- berculosisos.
- 2.- Consideramos a la tuberculosis como uno de los - más peligrosos riesgos profesionales del odontó- logo, razón que nos obliga a lo indecible por -- evitarla y
- 3.- Nos motivó el desarrollo de este tema el hecho - de no encontrar suficiente literatura médica re- lacionada con la tuberculosis y la odontología.

B I B L I O G R A F I A

- Alix y Alix José Dr.-Tuberculosis Pulmonar en la Era Anti---
biótica. Salvat Editores S.A. Barcelona, España 1979.
- Alcalá Valdés Luis Dr.-Aportaciones Médicas. Tuberculosis --
Pulmonar, Epidemiología, Diagnóstico, Terapéutica. Editorial In-
teramericana, S.A. México 1970.
- Corwin Hinshaw H. Dr.-Enfermedades del Toráx. Editorial In--
teramericana. México 1970.
- Cosio Villegas Ismael Dr.-Aparato Respiratorio, Patología Clí-
nica y Terapéutica. Editorial Stylo. México 1951.
- Delp H. Mahlon Dr.- Propedéutica Médica de Mayor. Editorial -
Interamericana. México 1977.
- Del Toro Gilbert Miguel.-"Larouse Editorial". México 1970.
- Diccionario Fernández Editor. México 1966.
- Hernández Valenzuela Rogelio Dr. Manual de Pediatría. Edito- -
rial Interamericana. México 1964.
- Jiménes Miguel Dr. Clínica del Aparato Respiratorio. Edito- -
rial Herrero. México 1954.
- Kruger Gustavo O. Dr. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial In--
teramericana. México 1980.
- Krupp Marcus A. Dr. Margen Sheldon Dr. Diagnóstico y Trata---
miento. Editorial El Manual Moderno. México 1972.
- Staines Enrique Dr. MEMORIA, VIII Congreso Nacional de Tuber-
culosis y Silicosis. Facultad de Ciencias de Ciudad Universi-
taria. Editorial Cyanamid de México, S.A.. México 1960.
- Unidad de Patología, Sanatorio Huipulco.-Primer Informe Anual
de Labores 1961, Facultad de Medicina de la UNAM. México 1961.
- William G. Shafer Dr. Tratado de Patología Bucal. Editorial -
Interamericana. México 1981.