



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**PATOLOGIAS QUE CAUSAN DOLOR EN LA
CAVIDAD BUCAL Y ORGANOS ANEXOS,
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

**ANTONIA VALDES DE LA TORRE
FRANCISCO JAVIER MARTINEZ PEÑA**

MEXICO, D. F. 1984



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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.-	1
CAPITULO PRIMERO.- "DOLOR ODONTOGENO"	3
CAPITULO SEGUNDO.- "DOLOR REFLEJO PROVE- NIENTE DE LOS ORGANOS VECINOS Y ENFERMEDADES SISTEMICAS".....	15
CAPITULO TERCERO.- "ENFERMEDADES PARODON- TALES"	31
CAPITULO CUARTO.- "SINDROMES DOLOROSOS ESPECIFICOS"	39
CAPITULO QUINTO.- "DISESTESIAS DE LA MUCO SA BUCAL Y LENGUA"....	50
CAPITULO SEXTO.- "ARTRITIS TEMPOROMANDIBU LAR Y SINDROME DOLOROSO MIOPACIAL"	53
CAPITULO SEPTIMO.- "SUBLUXACION DISLOCA/ CION Y CHASQUIDO"....	57
CAPITULO OCTAVO.- "XEROSTOMIA".....	59
CONCLUSIONES.-	61
BIBLIOGRAFIA.-	62

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

La práctica diaria del cirujano dentista se encuentra llena de pacientes que se presentan a consulta dental debido a patologías que le están causando dolor.

Tomando en cuenta la manera tan importante en que repercute un sintoma doloroso en el organismo del enfermo, es necesario hacer desaparecer en primera instancia cualquier sintoma de dolor que aqueja al paciente.

Esta tesis se elaboró con la idea de dar un modo de consulta al cirujano dentista de práctica general, sobre las patologías más comunes que existen y están causando un problema doloroso al paciente.

Así pues, además de dar a conocer las enfermedades incluimos el diagnóstico y tratamiento de las mismas para que el dentista elabore un diagnóstico diferencial y comparativo de las enfermedades; se debe tomar en cuenta que no solo

se estudian las patologías propias de la cavidad oral, sino que también existen enfermedades sistémicas y de organos vecinos que repercuten en la boca.

En algunos capítulos se mencionan tratamientos que para el odontólogo que se ha recibido--recientemente pueden parecerle "recetas de cocína" como lo nombran algunos médicos, pero cabe-aclarar que estos tratamientos están basados en forma científica y se han comprobado en la práctica diaria del cirujano dentista.

C A P I T U L O P R I M E R O

"DOLOR ODONTOGENO"

El dolor odontógeno es la causa más común-- de dolor en la cavidad bucal; en la mayor parte de los casos se debe a enfermedad de la pulpa-- dental.

Las causas de la enfermedad pulpar son fundamentalmente producto de la caries, en la cual hay invasión bacteriana; por fracturas dentales con infiltración de líquidos y/o microorganismos bucales; por irritación química de la pulpa y variaciones térmicas intensas.

En este capítulo nos referimos al dolor dental en sí y las secuelas patológicas que se van originando cuando no son tratadas a tiempo las primeras manifestaciones.

HIPEREMIA PULPAR

La hiperemia pulpar es una excesiva acumulación de sangre en la pulpa, resultado de una -- congestión vascular, y se considera como un sin toma pre-pulpítico.

ETIOLOGIA- Es la primera reacción pulpar ante el daño causado por agentes tales como: traumatismos, preparación de cavidades sin refrigeración, irritación de la dentina por caries ó --- sustancias de obturación, principalmente.

DIAGNOSTICO- El sintoma principal es el dolor de mayor o menor intensidad provocado por agentes físicos (frío, calor, electricidad); químicos (dulce, salada, ácido); mecánicos (al - morder). Dicho dolor desaparece en cuanto se re tira el irritante, y no perdura más allá del mi nuto.

TRATAMIENTO- Consiste en retirar el agente que está provocando la irritación y colocar medicamentos para protección de la pulpa.

PULPITIS

La pulpítis, es la inflamación de la pulpa dental.

ETIOLOGIA- La pulpítis se puede presentar por una hiperemia no tratada, por fracturas dentales en donde la pulpa queda expuesta, caries profunda, obturaciones extensas, bacteremias et cetera.

DIAGNOSTICO- Muchos autores clasifican la patología pulpar según la intensidad del dolor, magnitud de la afección, y si existe comunicación directa o no con la cavidad bucal; en cualquiera de los casos el dolor se presenta agudo o crónico.

Cuando el dolor es agudo, puede ser provocado por los mismos factores que en una hiperemia; o puede ser espontáneo, este dolor aún retirando el estímulo (si existe) dura varios minutos en desaparecer o más tiempo.

Cuando la pulpítis es ya crónica, el dolor se presenta con menor intensidad, mas leve y apagado al estímulo debido a la degeneración del nervio pulpar.

En cualquiera de los casos podemos hacer un -- examen sobre todo en dientes obturados, mediante el uso de pruebas térmicas, eléctricas, por bloqueo mediante anestesia local, y en muchos -- casos el examen radiográfico es de gran utilidad.

TRATAMIENTO- El tratamiento ideal es la extirpación pulpar, en forma parcial o total según -- el caso; debido a que la patología es irreversible se realizará la endodoncia y como último recurso la extracción del diente.

CALSIFICACIONES PULPARES

En muchas ocasiones debe tenerse en cuenta -- para el diagnóstico de pulpítis la presencia de cálculos pulpares.

DIAGNOSTICO- Aunque la etiología es desconocida y se presenta con mayor frecuencia en personas de edad avanzada pueden ser causa de dolor -- que varía entre la neurálgia pulpar leve e intensa y un dolor semejante al del tic doloroso.

No siempre es posible apreciarlos en radiografía, por lo que en un tratamiento de conductos-

es probable tropezar con dificultades; en estos casos y en muchos otros que si se observan, la extracción del diente es favorable para el alivio del dolor.

OSTEOMIELITIS

La osteomielítis, inflamación del hueso y medula ósea, puede originarse en los maxilares como resultado de infecciones dentales y parodontales principalmente.

La enfermedad puede ser aguda, subaguda y crónica y presentar un curso diferente según el caso.

OSTEOMIELITIS SUPURATIVA DE MAXILAR Y MANDIBULA.

Es una secuela grave de infecciones periapicales o parodontales, extendiéndose la infección por los espacios medulares con la ulterior necrosis del hueso afectado.

DIAGNOSTICO- En la forma aguda o subaguda, los síntomas son dolor bastante intenso, elevación de la temperatura, con linfadenopatía regional,

Los dientes de la zona afectada suelen estar flojos y dolorosos resultando difícil la masticación, en casos mandibulares la parestesia del labio inferior es común. A través de radiografía se observan las trabéculas muy difusas apreciándose zonas radiolucidas.

En los casos crónicos el dolor es de menor intensidad, la temperatura sigue elevada y la supuración puede formar un trayecto fistuloso y drenar a la superficie.

TRATAMIENTO- El primer paso es mantener el drenaje y tratar la infección con antibióticos; cuando el hueso se que ha perdido es poco se puede salvar el diente mediante la endodoncia.-

ABSSESO PERIAPICAL

Es un proceso supurativo agudo o crónico de la zona periapical dental, suele ser producto de una infección pulpar por caries, pero también aparece después de un tratamiento o traumatismo dental que ocasiona la necrosis pulpar. Puede originarse por la irritación de tejidos periapicales a causa de la manipulación mecánica o por la aplicación de sustancias químicas-

durante procedimientos endodónticos. Este absceso puede originarse directamente como una periodontitis apical aguda o continuación de una pulpitis aguda.

DIAGNOSTICO- El absceso periapical agudo presenta las características de una inflamación aguda del periodonto apical, el diente duele y está algo extruído en su alveolo. Su extensión es rápida hacia los espacios medulares del hueso adyacente, lo cual produce una osteomielitis siendo las características clínicas muy intensas y graves; radiográficamente se presenta una zona radiolúcida en el ápice del diente.

TRATAMIENTO- El principio del tratamiento es crear un drenaje a través de la cámara pulpar o la extracción del diente. Se puede realizar la endodoncia si las características de la patología y del diente lo permiten.

GRANULOMA PERIAPICAL (PERIODONTITIS APICAL)

Esta afección aparece a consecuencia de la pulpitis crónica no tratada; es una masa localizada de tejido de granulación formada como reac

ción a la enfermedad.

DIAGNOSTICO- La primera manifestación de que la infección se ha extendido, es la presencia de sensibilidad del diente a la percusión vertical o un dolor leve ocasionado al morder o masticar alimentos; en ocasiones el diente se siente como alargado en su alveolo, la sensibilidad se debe a hiperemia, edema e inflamación del ligamento periapical, radiográficamente se observa al granuloma como una zona radiolucida de tamaño variable en apariencia unida al ápice radicular.

TRATAMIENTO- El tratamiento es la extracción del diente afectado, en ciertos casos se puede efectuar el tratamiento de conductos con apicectomía.

Si se deja sin tratamiento esta patología puede degenerar en un quiste periapical por la presencia de restos epiteliales de la zona.

ALVEOLALGIA

La complicación más común de la cicatriza--
ción de heridas por extracción de dientes es -
la lesión conocida como alveolo seco.

Este es básicamente una osteomielítis focal
en la cual el coágulo se ha desintegrado o per-
dido con producción de mal olor y dolor inten-
so, pero sin supuración.

Una vez perdido el coágulo el alveolo apare-
ce seco con hueso expuesto; por lo general es-
ta lesión se presenta después de la extracción
de terceros molares inferiores retenidos.

La causa mas común de alveolítis es la falta-
de formación del coágulo, debido a un sangrado
prolongado, o causas externas como el poco cui-
dado del paciente después de la extracción; la
sintomatología aparece pocos días después de -
la extracción.

DIAGNOSTICO- La alveolítis se presenta en dos
formas; alveolítis seca y humeda.

- Alveolítis Seca- El paciente refiere un do--

lor muy intenso en la herida, así como un olor desagradable; a la observación encontramos hueso expuesto y a la palpación de la encía que rodea al alveolo existe dolor.

- Alveolítis Humeda- Se presenta como resultado de la formación de un coágulo falso, es decir, se forma un coágulo pero es deficiente y solo cubre la parte superior del alveolo, dejando el resto del alveolo expuesto sin protección.

En este tipo de alveolítis encontramos exudado purulento, debido a una descomposición de elementos internos que se han infiltrado como son restos de alimentos provocando una infección. El dolor es intenso y se persive un olor y sabor desagradable.

TRATAMIENTO- A continuación daremos a conocer algunas técnicas utilizadas con mucha frecuencia y buenos resultados dentro del tratamiento de la alveolál'gia.

Alveolítis Seca.

Se elimina toda substancia extraña dentro del alveolo mediante lavado a presión utilizando una solución salina y jeringa hipodérmica.

Posteriormente se raspa el alveolo con una cureta produciendo sangrado dentro de el, si se forma un coágulo aceptable se deja dando instrucciones al paciente para su cuidado; si el coágulo no es suficiente se coloca un aposito dentro del alveolo para proteger, este aposito debe contener una substancia sedante como el eugenol.

Otra técnica recomienda no irritar más el alveolo por medio del raspado, unicamente se lava el alveolo con una solución salina y se coloca un aposito como en la técnica anterior.

Alveolítis Humeda.

Como en las técnicas anteriores se lava perfectamente el alveolo y se realiza un raspado o curetaje en las paredes del alveolo desde el ápice hacia la parte más superior del alveolo provocando que la formación del coágulo sea uniforme. En caso de no lograr la formación de un coágulo verdadero se coloca un apósito dentro del alveolo.

Otra técnica es el lavado del alveolo en la forma ya descrita y colocar el apósito.

Se debe tener cuidado en diagnóaticar la presencia de infección dentro del alveolo, en cuyo caso se tratará debidamente con antibióticos.

PERICORONITIS (OPERCULITIS).

Es una inflamación de tejido gingival y tejidos blandos contiguos que se hayan sobre un diente que no ha erupcionado completamente.

Se presenta con mayor frecuencia en terceros molares.

DIAGNOSTICO- La superficie del diente se encuentra parcialmente cubierta por un capuchón-- (opérculo) que existe durante la erupción del diente, dicho opérculo es vulnerable a la irritación por el traumatismo durante la oclusión - esta zona se dificulta a la higiene y se retienen facilmente los alimentos, por lo que es común que haya infección y presencia de dolor.

TRATAMIENTO- Se administra antibiótico y anti-inflamatorio; pasada la fase aguda se puede eliminar el opérculo quirúrgicamente o la extracción del diente según el caso.

C A P I T U L O S E G U N D O

"DOLOR REFLEJO PROVENIENTE DE LOS ORGANOS VECINOS Y ENFERMEDADES SISTEMICAS".

En este capítulo se dará idea al cirujano-dentista, de las diferentes condiciones patológicas originadas en organos vecinos o distantes que causen dolor, y se han atribuido a los elementos que componen la cavidad oral.

Algunos autores afirman que esto no es frecuente pero sucede con bastante frecuencia para tomarlo en cuenta y estar alerta en nuestro diagnóstico.

SENOS NASALES

Los Senos nasales suelen ser causa común de problemas patológicos y presencia de dolor en cavidad bucal. Esto es causado por una inflamación en dichos senos que se conoce con el nombre de "Sinusítis"; la cual puede ser producida por una causa directa de los dientes adyacentes a estos senos como en el caso de segundos premolares y primeros molares superiores, siguiéndole en sercanía los primeros premolares y segundos molares superiores.

Es obvio pensar que cualquier inflamación -- del seno maxilar produce hipersensibilidad a las pruebas de percusión y vitalidad de esos dientes por su proximidad entre sí, además de que el nervio correspondiente pasa a travéz de la zona inflamada.

Cabe aclarar que la sinusítis maxilar se divide en dos conceptos que son: Sinusítis maxilar aguda, y Sinusítis maxilar crónica.

Siendo la face aguda la que presenta la sin-

tomatología dolorosa a la que hacemos referencia.

Esta enfermedad es consecuencia de un absceso periapical agudo o por enfermedades infecciosas como puede ser la gripe o por traumatismo.

DIAGNOSTICO- Los pacientes con sinusitis maxilar aguda, presentan dolor de intensidad moderada con tumefacción del seno afectado, cuando se ejerce presión sobre el maxilar el dolor aumenta, es frecuente que el dolor se irradie a diversas zonas incluidos dientes y oído.

Es básico en el diagnóstico el estudio radiográfico para reafirmar la presencia de sinusitis maxilar; la radiografía que se obtiene debe de ser una Occipitomentoniana.

TRATAMIENTO- El objetivo fundamental del tratamiento es la eliminación del foco infeccioso de origen dental, de ser este el caso se administrará antibiótico como Tetraxiclina o Ampicilina durante cinco días, una vez que se efectua esto la reparación sigue su curso normal.

Es también básico la aplicación de analgés-

sicos durante los primeros días posteriores - al tratamiento, algunos autores recomiendan la inhalación de tintura Benzoadada.

Cuando el paciente así lo requiera la terapéutica quirúrgica da muy buenos resultados.

DOLOR MIOCARDICO.

La insuficiencia cardíaca puede producir - un dolor oprecivo y difuso que hace que se presente el dolor en la mandíbula y dientes adyacentes.

Generalmente este dolor se presenta asociado con dolor torácico, pero hay ocasiones que el sintoma del torax no aparece; el diagnostico - de esta enfermedad es muy importante, ya que - un error en su apreciación y como consecuencia la realización de un tratamiento odontológico - es seguro que cause la muerte del paciente debido al estres nervioso que va asociado a la - patología cardiovascular que harán que se produzca el infarto cardíaco.

Se ha estudiado esta sintomatología y a ciencia cierta no hay una respuesta segura, pero a manera de información para el odontólogo de práctica general se hará mención de la teoría a que más se ha estudiado y tiene aceptación.

Según los estudios al respecto hacen creer que al encontrarse en formación el embrión fetal en sus tres capas que son ectodermo, mesodermo y endodermo respectivamente, existe una unión del tejido cardíaco con los demás órganos.

Pero cuando se efectúa la diferenciación de estas capas de formación, siempre quedan fibras nerviosas que transmiten estímulos; y es por eso que el dolor se irradia a mandíbula y brazo izquierdo.

DIAGNOSTICO- Al interrogar al paciente sobre el tipo de dolor y su localización, el paciente nos refiere un dolor oprecivo que va del torax al brazo izquierdo y se irradia a la parte izquierda de la mandíbula y cuello.

Hay casos en que el dolor solo se presenta en mandíbula y cuello y en ocasiones suele ser bilateral.

Este dato es el que nos permite diagnosti -
car un problema de arterias coronarias y no se-
debe realizar ningún tratamiento odontológico--
este paciente debe ser trasladado al médico es-
pecialista (cardiólogo).

Es importante también para asegurar un buen
diagnóstico el realizar un estudio radiográfico
de los dientes inferiores, ya que es factible -
de que se presente la casualidad de un absceso-
bilateral, pero se tendrá en cuenta que un do -
lor bilateral en cuello es un signo de alerta -
de una alteración en el estado general del pa--
ciente.

TRATAMIENTO- El tratamiento de estos pacientes
es bajo control médico del cardiólogo.

El cirujano dentista a raíz de los datos que -
le proporsione el cardiólogo, hará la elección-
del tratamiento; todo esto debe de ser evaluado
a la luz de los conocimientos actuales.

GLANDULAS SALIVALES

(SIALOLITIASIS)

La obstrucción de los conductos excretores de las glándulas salivales producen dolor en cavidad bucal y algunas veces este dolor es irradiado hacia los dientes.

Esta obstrucción de las glándulas salivales recibe el nombre de sialolitiásis (cálculo del conducto salival), esta patología consiste en la presencia de formaciones cálcicas en los conductos o glándulas salivales.

Las formaciones cálcicas se presentan debido a un depósito continuo de calcio en torno de un núcleo, que puede estar formado de cálculos ó células epiteliales descamadas, bacterias, -- cuerpos extraños o productos de descomposición bacteriana.

La oclusión del conducto salival impide el flujo de saliva y este estancamiento o acumulación de saliva bajo presión produce dolor y tumefacción.

La sialolitiásis se presenta a cualquier -- edad, pero es más común en adultos.

Los casos más comunes de sialolitiásis se presentan en glandulas submaxilar y parótida.

DIAGNOSTICO- Los pacientes así afectados se -- quejan de sentir dolor moderadamente intenso -- que se presenta principalmente antes, durante y después de las comidas, esto es debido a la estimulación psíquica y física del flujo salival-- además de la inflamación de la glandula afectada.

El uso de radiografías resulta muy útil en -- nuestro diagnostico.

Si los cálculos son palpables , cuando los-- cálculos tienen un tamaño suficiente, es de --- gran ayuda este tipo de diagnostico.

Para establecer una localización más exacta se utiliza la sialografía, que consiste en la -- inyección retrograda de un material opaco en el sistema ductal de la glandula afectada y des--- pués se estudia mediante una radiografía.

Los sialolítos son redondos, ovoides,-----

o alargados, miden hasta dos centímetros o más de diámetro.

TRATAMIENTO- En algunas ocasiones es posible - eliminar los cálculos pequeños mediante la manipulación.

Los de mayor tamaño requieren de la extirpación quirúrgica, por lo tanto será necesario remitir al paciente a un especialista, ya que en muchos casos se puede presentar el caso de sialolitos múltiples y sea necesario la extirpación de la glándula.

Es especialmente importante que el cirujano dentista tenga en mente que una patología en -- las glándulas salivales o en cualquier parte de la boca puede haber degenerado un cancer.

Así pues en glándulas salivales existen varios tipos de tumores malignos que nos van a -- presentar una sintomatología dolorosa, el diagnóstico temprano de estas enfermedades neoplásicas serán de suma importancia para el éxito de un tratamiento y el bienestar del paciente.

PARALISIS DE BELL

La parálisis facial de Bell descrita por este autor, es de comienzo agudo atribuido a un proceso inflamatorio agudo no supurativo del nervio por dentro del agujero estilomastoideo.

Su etiología es desconocida, siendo atribuida a la exposición al frío, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos estudiados la enfermedad comienza después de una exposición al frío.

DIAGNOSTICO- La parálisis de Bell es casi siempre unilateral, le precede un dolor en el lado afectado de la cara, en particular las zonas de oído, temporal (mastoidea) y ángulo mandibular.

Existe una parálisis de los músculos de la expresión, y afecta tanto aquellos inervados por el facial superior como a los del inferior.

La ceja se muestra caída y es imposible el fruncimiento de la misma, así como su elevación no presenta arrugas en la frente y se pone de manifiesto la parálisis orbicular de los párpados.

siendo imposible cerrar el ojo con lagrimeo -- constante.

El surco nasolabial se encuentra borrado y la boca se halla desviada hacia el lado sano , no se retrae el labio ni se puede fruncir; los alimentos tienden a acumularse entre los dientes y la mejilla, el desplazamiento de la boca produce una desviación de la lengua hacia el lado sano. El dolor se presenta en la región del orificio estilomastoideo, detras del oído, que desaparece cuando comienza la parálisis muscular.

La importancia para el cirujano dentista en esta patología reside en que el dolor es confundido con odontalgia, y cuando la parálisis facial aparece después de un tratamiento odontológico como en una extracción, muchas veces se -- culpa al dentista.

TRATAMIENTO- En las fases iniciales de la enfermedad es necesario la administración de analgésicos, se aconseja la terapéutica con esteroides, ya que disminuyen el edema del nervio facial en el canal de Eustaquio y se evita la degeneración grave del nervio.

Se recomienda un tratamiento con fisioterapia para aliviar la rigidez de los músculos faciales.

HERPES ZOSTER

El herpes Zoster es una enfermedad viral -- infecciosa aguda muy dolorosa e incapacitante, -- se caracteriza por la inflamación de los gan -- glios de la raíz dorsal, así como de los ner -- vios craneales extramedulares junto con erupcio -- nes vesiculares de la piel o mucosa en las zo -- nas inervadas por los nervios sensoriales.

El virus que causa esta enfermedad es el -- mismo de la varicela. Ksto se puede afirmar me -- diante los estudios que se han realizado y que -- esplican el porque de este virus.

Los estudios han revelado que al presentar -- se la infección por primera vez va a ocasionar -- la varicela; la infección recurrente que va aso -- ciada con factores inmunológicos origina el --- Herpes Zoster.

Así pues el Herpes Zoster, también llamado Herpes Zona, tiene como causa principal predisponente la baja de resistencia organica, es decir una baja en los factores inmunológicos del organismo.

Es por eso que se presenta en pacientes convalecientes de alguna enfermedad, en enfermos crónicos y ancianos.

El Herpes Zoster es una infección de corta duración y limitada por si misma, se cree que el periodo de incubación es entre siete y catorce días.

DIAGNOSTICO- Los principios de la enfermedad se manifiestan con fiebre, malestar general, dolor y sensibilidad en el trayecto de los nervios sensoriales afectados y por lo general es unilateral.

Al cabo de unos días el paciente presenta una erupción papular o vesicular en piel o mucosa inervados por los nervios afectados.

Una vez rota la vesícula comienza la cicatrización, que es el fin de la enfermedad; pero estas vesículas pueden infectarse i retardar el proceso de cicatrización.

Se debe tener cuidado en no confundir el Herpes Zoster en otra variedad de virus como el Herpes Simple.

Las manifestaciones bucales de esta enfermedad, aparecen en cara por infección del nervio trigémino; las lesiones de la mucosa bucal son bastante comunes, y es factible que se presenten vesículas muy dolorosas en mucosa vestibular, lengua, úvula, laringe y faringe.

Uno de los rasgos característicos de la enfermedad que se genera en cara y boca es que siempre será unilateral, cuando la extensión de la enfermedad llega hasta la línea media de la cara, siempre se detiene en ese punto.

Existe una forma especial de infección por Herpes Zoster que es la del Ganglio Genuculado que abarca oído externo y mucosa bucal, esta infección se conoce como "Sindrome de Hunt".

Los signos y síntomas comprenden parálisis facial, dolor del conducto auditivo externo y pabellón de la oreja; en cavidad oral y bucofaringe existen erupciones vesiculares, edema de roncquera, zumbidos y vertigos.

Al terminar el ciclo de la enfermedad desaparecen todos los síntomas incluyendo la parálisis facial.

TRATAMIENTO- El tratamiento es sintomático local y en contra del dolor; se recetan pomadas, pastas y fomentos para evitar la infección secundaria; para mantener seca la región se pueden utilizar polvos inertes como talco, óxido de zinc, caolín etc.

La medicación general va dirigida en contra del dolor. Para infecciones leves analgésicos--derivados del ácido acetil salicílico.

Se prescriben antibióticos solo en casos de infección secundaria .

HERPES SIMPLE

El Herpes Simple es una enfermedad infecciosa aguda, es el padecimiento infeccioso que más afecta al hombre después de las infecciones virales respiratorias.

Los cuadros clínicos que ocasionan son diferentes según se trate de infección primaria o recurrente.

La infección primaria se presenta en pacientes sin anticuerpos neutralizantes de este virus, por lo tanto su sintomatología es más severa.

Estos pacientes presentan la gingivostomatitis Herpética, o Estomatitis Ulcerosa Aguda.

DIAGNOSTICO- El paciente presenta ulceraciones encías inflamadas y sangrantes, dolor al tacto, fiebre y malestar general; cuando se trata de una infección primaria.

En la infección recurrente, se puede presentar en labio y nariz. Se presenta una zona eritematosa, sobre la cual aparecen grupos de pe--

queñas vesículas que se rompen y dan la impresión de que la lesión crece o extiende.

La aparición de las lesiones es casi siempre brusca, va precedida de prurito, sensación de calor o quemadura, el curso de la dermatosis es rápida y dura pocos días y es posible que se complique con infección bacteriana.

La infección se presenta relacionada con pacientes que han sufrido una enfermedad devilitante, por una exposición prolongada al sol, traumas repetidos en una misma zona o por factores emocionales.

TRATAMIENTO- El tratamiento a seguir es igual al que se utiliza con el Herpes Zoster; o sea a base de un tratamiento sintomático en contra del dolor, evitar un contagio bacteriano mediante la aplicación de polvos inertes y secantes, enjuagues y dejar que la enfermedad siga su ciclo de evolución hasta que desaparesca.

C A P I T U L O T E R C E R O

"ENFERMEDADES PARODONTALES"

GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA

(G. U. N.A.)

La Gingivítis Ulceronecrozante Aguda, es -- una enfermedad inflamatoria aguda, destructiva de la encía, y presenta signos y síntomas característicos, es una enfermedad no contagiosa.

Su etiología de debe principalmente al es-- tress emocional y se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y jóvenes adultos; se cree -- también de la participación de algunas bacte -- rias específicas como la Borrelia de Vincent.

Cuando la enfermedad se extiende a paladar --- blando y zona amigdalina se conoce como Angina- de Vincent.

DIAGNOSTICO- La afección aparece como una le-- sión difusa eritematosa y brillante sobre la en cía, sobre todo en encía marginal y papilar. Se caracteriza por su aparición repentina des--

pués de una enfermedad devilitante.

Estas lesiones son como depresiones crateriformes en forma de socabado que abarcan la papila, encía marginal o ambas; el paciente presenta un olor fétido característico. Esta enfermedad deja cicatrices; la superficie de la lesión se encuentra cubierta por una pseudo membrana grizacea, separada del resto de la mucosa por una línea eritematosa bién definida; en algunos casos la pseudo membrana se desprende dejando expuesta el margen gingival que es de color rojo, liso y brillante, además hemorrágico y muy doloroso.

Las lesiones destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes - la necrosis de la zona es la causa del mal olor que existe.

La gingivítis Ulceronecrosante Aguda se puéde presentar en bocas sanas o bién en pacientes con gingivítis crónica o periodontítis , la lesión se limita a un solo diente o puede generalizarse, dichas lesiones son sensibles al tácto, el dolor es constante, irradiado y corrosivo, el cual se intensifica al contacto con ali-

-mentos calientes o muy condimentados durante las comidas, existe un sabor metálico y un aumento en el flujo salival (sialorrea), y linfadenopatía regional.

TRATAMIENTO- Se elimina la fase aguda administrando al paciente antibióticos, analgésicos y en algunas ocasiones tranquilizantes. Pasada la fase aguda se realiza una gingivoplastia para devolver la estética y función a la encía.

HIPERPLASIA GINGIVAL.

En el adulto sano los tejidos gingivales ocupan la totalidad de los espacios interproximales, comenzando cerca de la zona de contacto y extendiéndose en sentido apical y lateral en una curva suave, sin embargo, frecuentemente hay un aumento de tamaño de la encía, de manera que el tejido blando sobrepasa los espacios interproximales y protruye sobre los dientes y hacia la cavidad bucal.

La Hiperplasia gingival puede afectar a una papila o a varias, y en muchas ocasiones a todas; el agrandamiento suele ser más voluminoso en la superficie vestibular.

Un aumento de tejido puede deberse a una hiperplasia o hipertrofia, es decir un aumento en la cantidad de elementos celulares. Hiperplasia gingival es un termino general para el aumento de tamaño de la encía que puede originarse por diferentes causas; existen muchas clasificaciones de Hiperplasia Gingival , pero en este tema tratamos solo la que nos interesa por la sintomatología dolorosa que presenta, conocida mejor como Hiperplasia Inflamatoria.

DIAGNOSTICO- En la Hiperplasia inflamatoria -- las encías agrandadas son blandas edematosas, hiperémicas o cianóticas y sensibles al tácto -- Sangran con facilidad y presentan una superficie brillante sin punteado. El agrandamiento de la encía es producto de irritaciones locales como mala higiene bucal, acumulación de cálculos (sarro), o en respiradores bucales.

TRATAMIENTO- Consiste en retirar el agente - irritante, una buena profilaxis, y la técnica - adecuada en el cepillado.

ABSCESO PERIODONTAL

También se le conoce con el nombre de absceso lateral o parietal. Es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales.

Su etiología se debe a la penetración muy profunda de la infección proveniente de una bolsa periodontal; también por la obstrucción ú obliteración del drenaje de una bolsa periodontal; por la eliminación incompleta de cálculos dentarios durante el tratamiento de la bolsa periodontal. Puede haber absceso periodontal en ausencia de enfermedad periodontal, después de un traumatismo del diente, o por perforación de la pared lateral de la raíz en un tratamiento de conductos empírico.

Los abscesos periodontales pueden ser agudos o crónicos.

DIAGNOSTICO- En el absceso periodontal agudo - el paciente refiere dolor irradiado, pulsátil, sensibilidad de la encía durante la palpación - del diente, sensibilidad a la percusión horizontal, movilidad dentaria e inflamación de los -- ganglios cervicales.

El absceso periodontal agudo aparece como - una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz; la encía se encuentra edematosa, roja, y con una superficie lisa y brillante puede tener forma de cúpula o puntiaguda y blanda, puede ser drenado mediante presión digital - suave.

El absceso periodontal crónico, se presenta como una fístula que se abre en la mucosa bucal generalmente este tipo de absceso es asintomático, pero algunas veces el dolor puede ser sordo leve elevación del diente y el deseo de morder o frotar sobre el mismo; radiográficamente se observa como una zona circunscrita radiolucida en el sector lateral de la raíz.

TRATAMIENTO- En el absceso periodontal agudo se administran antibióticos y antiinflamatorios y se realiza el drenaje del absceso.

En los casos crónicos, se medica al paciente como en la fase anterior y se elimina el absceso mediante un legrado periodontal de la zona.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA

La Gingivitis Descamativa Crónica es una afección que muchos investigadores consideran como una enfermedad degenerativa de los tejidos gingivales. Esta enfermedad se presenta en ambos sexos, pero predomina en mujeres que padecen irregularidades hormonales derivadas de la menopausia.

DIAGNOSTICO- En este tipo de pacientes las encías son rojas, tumefactas y de aspecto brillante, a veces con vesículas múltiples y muchas zonas desnudas superficiales, con una superficie conectiva sangrante y expuesta.

Las lesiones que aparecen tanto en bocas -- dentadas como en desdentadas presentan una distribución por placas; si a las encías no ulceradas se les da masaje, el epitelio se desprende o desliza fácilmente del tejido conectivo, para dejar una superficie expuesta y sensible y que sangra con facilidad.

El paciente se queja de la extremada sensibilidad, suele tener dificultades para comer -- principalmente alimentos fríos, calientes o muy condimentados; el cepillado es casi imposible -- por el dolor que produce y el sangrado.

TRATAMIENTO- El tratamiento es insatisfactorio y necesariamente empírico por la etiología desconocida, esta enfermedad es crónica y puede -- persistir por años, experimenta remisiones y -- exacerbaciones leves, pero rara vez hay una evolución espontánea permanente.

C A P I T U L O C U A R T O

"SINDROMES DOLOROSOS ESPECIFICOS"

NEURALGIA DEL TRIGEMINO

La neurálgia del trigémino es llamada también "Tic Doloroso", su etiología y naturaleza son desconocidas; se caracteriza por la brevedad de las crisis de dolor agudo en el territorio de una o más ramas del trigémino; siendo rara la enfermedad antes de la edad media.

DIAGNOSTICO- El dolor que se presenta es agudo paroxístico, punzante, lancinante; el paciente lo explica como un tiro o descarga eléctrica, --cuya estimulación produce un shock.

La serie de dolores paroxísticos pueden durar segundos o minutos al principio, y horas cuando avanza la afección.

La neurálgia se puede provocar con ciertos estímulos como al hablar y comer, cuando afecta la tercera rama; o al sonarse, cuando es la se-

gunda rama; o al lavarse la cara. Existen pequeñas zonas en el territorio de la rama afectada cuyo contacto desencadena la crisis.

El dolor en muchos casos puede ser causa de un espasmo de la cara, razón por la que se le denomina "Tic Doloroso", durante el cual se cierra el ojo y se produce lagrimeo.

A la exploración no encontramos ningún trastorno objetivo, a nivel de la zona inervada por el quinto par craneal; exceptuando el que en algunos pacientes hay cierta hipersensibilidad.

La presencia de signos de otras lesiones a nivel del sistema nervioso, así como la anamnesis permitirá hacer mejor el diagnóstico.

TRATAMIENTO- El tratamiento puede ser a base de fármacos o quirúrgico.

El tratamiento con fármacos analgésicos y anticonvulsivos empleados hasta hace poco tiempo, han sido substituídos por el Carbamazepine (tegretol); este fármaco además de sus propiedades anticonvulsivas controla eficazmente el dolor de la neurálgia; como todo los fármacos--

puede tener efectos secundarios del tipo de:- náuseas, vértigo, somnolencia; pudiendo causar anemia aplástica, así como eritema dérmico.

El tratamiento quirúrgico nos da un alivio duradero mediante el bloqueo de las fibras nerviosas de la rama afectada.

Mediante la alcoholización del ganglio de Gasser, proporciona alivio durante cierto tiempo, que puede ir de ocho meses a dos años o más pero en muchos casos deberá repetirse el tratamiento.

La sección quirúrgica del nervio o rama afectada confiere la remisión para siempre pero dejando sin sensibilidad la zona.

NEURALGIA GLOSOFARINGEA

En el nervio Glosofaríngeo puede originarse un dolor similar al de la neurálgia del Trigémino. No es una neurálgia de este tipo, pero cuando se produce, el dolor llega a ser igualmente-intenso.

La etiología es desconocida y suele presentarse a partir de la edad media de la vida.

DIAGNOSTICO.- El paciente tiene una zona desencadenante en bucofaringe posterior o fosa amigdalina; se manifiesta como dolor agudo punzante que abarca oído, farínge, nasofaringe, amígdalas y base de la lengua; casi siempre es unilateral irradiándose hacia abajo (en el mismo lado del cuello) llegando al ángulo de la mandíbula. El dolor tiene lugar en breves paroxísmos y puede ser muy severo, el dolor se puede generar al deglutir, hablar, bostezar, tocar, sacar la lengua, siendo la oreja muy sensible al tácto.-

TRATAMIENTO- El tratamiento consiste en actuar quirúrgicamente sobre el nervio, a nivel del --cuello en individuos debilitados (porción extra craneana del nervio), pero lo habitual es intervenir intracranealmente a la altura de la fosa posterior.

ARTERITIS TEMPORAL

La arterítis Temporal es una causa de cefalea, y que en muchas ocasiones se puede confundir con una migraña atípica. Es una afección relativamente rara como cualquier arterítis craneana y se presenta a partir de la quinta década de la vida.

La causa de la arterítis en algunos casos puede ser un proceso infeccioso sistemático inespecífico; una vascularítis de la arteria temporal produciendo una inflamación parietal y llegar a la trombosis.

DIAGNOSTICO - El dolor suele ser unilateral, - difuso, pulsátil; en zonas como articulación -- temporomandibular, maxilar superior, cabeza, occipucio; en muchas ocasiones la afección abarca la arteria oftálmica, en dichos casos se presenta dolor ocular, fotofobia, diplopía y hasta ceguera.

El diagnóstico es fácil porque la palpación de las arterias temporales las muestra inchadas y dolorosas con aumento de la temperatura corporal y en ocasiones el paciente presenta náuseas mareos, vómito y pérdida de peso.

TRATAMIENTO - No existe un tratamiento específico, excepto la eliminación quirúrgica de la - arteria afectada con un pronóstico favorable.

CAUSALGIAS

Este termino es aplicado al dolor intenso - que se origina después de la lesión o seccionamiento de un nervio sensorial periférico. Dentro de la odontología los casos ocurren después de extracciones dentales.

DIAGNOSTICO- El dolor suele aparecer después - de una extracción de un diente multirradicular - en particular cuando ésta ha sido difícil o -- traumática; el dolor aparece después de algunos días o semanas a la extracción, este dolor se o rigina en el lugar de la lesión y es desencadenado por contacto o aplicación de frío o calor - y en muchas ocasiones por trastornos emociona-- les.

Hay que diferenciar la causálgia del dolor - local debido a la lesión traumática del tejido - blando y hueso alveolar; además tratandose de - dientes posteriores en la mandíbula, la tiroi - dítis subaguda produce un dolor reflejo en esta zona en un 35% de los casos con dolor de este - tipo.

TRATAMIENTO- El tratamiento es un tanto difícil, ya que no siempre dan buenos resultados, como el bloqueo del nervio con anestésicos, curetaje del alveolo, aplicación tópica de fármacos, y muchas veces ni los analgésicos son de gran alluda. Pero cuando la causa es una tiroi-dítis el tratamiento de esta alivia el dolor reflejo que se presenta.

NEURALGIAS PSICOGENAS

Es de suma importancia tomar en cuenta los problemas psicológicos que aquejan al paciente, pues muchas veces los síntomas dolorosos que se presentan tienen mucho fondo psicológico.

La mayoría de los médicos con amplia experiencia acerca de los pacientes histéricos creen que esta es por lo menos la expresión de una constitución psicológica que con el tiempo podrá interpretarse como una alteración de la función neurofisiológica. Por lo tanto todo paciente que sufra una sintomatología psicológica requiere la debida consideración, tanto en la base física como en la psicológica; y en esta relación a menudo existen otros sistemas corporales similares a los neurológicos, particularmente el endócrino.

Puesto que la constitución física del paciente depende de sus genes, la historia familiar es altamente relevante, y si la psicogénesis de la sintomatología es clara los métodos físicos-

de tratamiento pueden ser de gran valor como los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso y los sedantes (psicofarmacología).

DIAGNOSTICO- Las neurálgias psicógenas se caracterizan por tener en común la expresión de problemas "inconcientes" que asumen tal diversidad de datos y síntomas que oscurecen su origen común. En algunos pacientes se puede descubrir su naturaleza al primer examen, pero en otros su etiología es más oscura, y solo después de muchos esfuerzos terapéuticos se logra encontrar la causa.

Estos síndromes se pueden dividir en dos grupos: los que presentan manifestaciones somáticas y los que no las tienen. La ayuda psiquiátrica es necesaria para sacar a luz los problemas inconcientes. Un concepto importante para la comprensión de los fenómenos psicodinámicos es el relativo a enfermedad orgánica; pues no hay duda de que las manifestaciones orgánicas pueden desarrollarse a partir de un estímulo psíquico, especialmente en el sistema vascular.

Otros cambios orgánicos por ejemplo la úlcera péptica tienen gran fondo psicógeno.

En esencia la presencia de lesiones visuales (vesículas, eritemas, úlceras, leucoplasias), deberían despertar en el observador la posibilidad de su etiología psicogenética.

TRATAMIENTO- El tratamiento debe originarse hacia la patología presente para la mejoría temporal, pero no se obtendrá curación definitiva -- mientras el problema básico no se resuelva y se combierta en otro conjunto de síntomas.

C A P I T U L O Q U I N T O

DISESTESIAS DE LA MUCOSA BUCAL Y LENGUA

Dentro de este grupo encontramos síndromes-
cuyos síntomas son las hiperestесias y las hipo-
estесias principalmente.

La hiperestesia se manifiesta como sensa --
ción de quemadura o escaldadura, en las hipoes-
tesias se presenta la falta o disminución de -
sensibilidad en varias áreas. Muchos pacientes-
con disestесias sufren pérdida del gusto, pica-
zón, asperezas, hormigueo, gusto metálico, ten-
sión de un segmento o de toda la mucosa bucal.-

Muchas causas de disestесias se deben a es-
tados generales del paciente; como son las ane-
mias perniciosas, deficiencias vitamínicas seve-
ras, endocrinopatías, compresiones nerviosas -
etc.

DISESTESIAS PSICOLOGICAS

Se presentan a menudo en pacientes depresivos o ansiosos, en estados psicopatológicos y neuróticos. En estos pacientes por lo general no encontramos cambios físicos en la mucosa bucal.

DISESTESIAS TRAUMATICAS

En este grupo se tiene un componente psíquico y físico.

DIAGNOSTICO- Los pacientes suelen liberarse de tensiones frotando la lengua, especialmente la punta contra los dientes anteriores, realizan pequeños movimientos antero-posteriores de sus prótesis produciendo irritación; esto, agregado a una hipoestesia en pacientes ansiosos se manifiesta como sensación de quemadura. Un efecto similar se produce con el constante roce de la cara lateral de la lengua contra los molares inferiores, debe investigarse la posibilidad de pequeños traumatismos repetidos, en estos casos la lengua presenta signos de glosítis con bordes enrojecidos.

La suave y continua eroción de la mucosa produce picazón, hiperestesia y enrojecimiento.

LENGUA ARDIENTE

También llamada Glosodinia ó Glosopirosis.- La causa es desconocida, se puede inclinar a -- trastornos de tipo psíquicos. En la mayor parte de los casos se presenta en mujeres menopáusicas o posmenopáusicas.

Los síntomas principales son dolor quemante en bordes y base de la lengua, acompañado de -- gusto amargo y metálico.

TRATAMIENTO DE LAS DISESTESIAS.

Cuando la causa es psicológica, generalmente-- el paciente no es capaz de verbalizar su ansiedad, creen sufrir alguna enfermedad grave (cancer), en estos casos lo mejor es disminuir el -- miedo y ansiedad del paciente aclarando su situación.

En los casos de factores psíquicos-traumáticos, el uso de tranquilizantes es eficaz, y en el tratamiento de las lesiones el uso de esteroides tópicos dan buenos resultados.

C A P I T U L O S E X T O

ARTRITIS TEMPOROMANDIBULAR Y SINDROME DOLOROSO MIOFACIAL.

Son afecciones en las cuales el dolor se presenta en la articulación temporomandibular y su cápsula, o en los músculos masticatorios y ligamentos vecinos.

TRASTORNOS INFLAMATORIOS EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Las artritis o inflamación en las articulaciones pueden afectar a la articulación Temporo mandibular, aunque esto no es muy común; los tipos mas comunes son: por alguna infección específica o por enfermedad sistémica del colágeno (artritis reumatoidea).

ARTRITIS POR INFECCION

La forma de artritis mas común en la articulación temporomandibular es originada por ex-

tensión directa de la infección hacia la articulación como resultado de celulítis y osteomielítis adyacente; por infección de la glandula parótida, infecciones óticas y faciales.

DIAGNOSTICO- El paciente así afectado se queja de dolor intenso en la articulación, con sensibilidad a la palpación y manipulación de la zona, dicho dolor limita el movimiento.

TRATAMIENTO- Consiste en la administración de antibióticos, y en casos avanzados se aconseja la meniscectomía o condilectomía.

ARTRITIS REUMATOIDEA

Esta enfermedad por lo general comienza en la edad adulta, la causa se atribuye a una reacción de hipersensibilidad a toxinas bacterianas

DIAGNOSTICO- La artritis reumatoidea en sus fases incipientes se manifiesta con fiebre baja, pérdida de peso, cansancio, las articulaciones afectadas estan tumefactas y el paciente se queja de dolor i rigidéz en estas.

El movimiento de la mandíbula al hablar y masticar causa dolor y puede estar limitado a cau-

sa de la rigidez; dicha rigidez está aumentada por las mañanas y disminuye durante el día con el funcionamiento continuo.

TRATAMIENTO- No existe un tratamiento específico, aunque la administración de esteroides (ACTH), produce un efecto favorable notorio, así como el uso de analgésicos. Cuando existen deformaciones y una limitación severa del movimiento se requiere la intervención quirúrgica.

SINDROME DOLOROSO MIOFACIAL

El principal factor que origina las manifestaciones es el espasmo de los músculos masticadores; y puede generarse como consecuencia de - sobre extensión, contracción excesiva o fatiga de músculos.

DIAGNOSTICO- Las causas más comunes es la fatiga muscular, producida por hábitos bucales crónicos, como frotamiento o apretamiento de los dientes; por factores irritantes como restauraciones con mala oclusión y aparatos protésicos-mal adaptados.

Estos hábitos son involuntarios como alivio de tensiones nerviosas. Hay cuatro signos y síntomas fundamentales del síndrome: dolor, sensibilidad muscular, chasquido en la articulación y limitación del movimiento mandibular unilateral, o bilateral, y en ocasiones con desviación en la apertura.

El dolor suele ser unilateral y apagado, en oído y zona preauricular que se irradia al ángulo de la mandíbula y zona temporal, el dolor varía entre la mañana y el resto del día.

Para llegar al diagnóstico hay que palpar los músculos masetero, temporal y pterigoideos. El dolor del masetero se puede confundir con dolor de los molares superiores; el espasmo del pterigoideo produce sensación de hinchazón o dolor de garganta, y en el caso del temporal el paciente lo describe como dolor de cabeza.

TRATAMIENTO- Lo primero en el tratamiento es el alivio de las tensiones emocionales, posteriormente hay que corregir restauraciones y aparatos mal diseñados aunado a ejercicios miotherápicos y quimioterápia (tranquilizantes y relajantes musculares).

C A P I T U L O S E P T I M O

SUBLUXACION DISLOCACION Y CHASQUIDO

La Subluxación es una hipermotilidad de la cabeza del cóndilo con un desplazamiento excesivo anterior. La dislocación ocurre cuando la cabeza del cóndilo se sitúa en posición anterior-superior con respecto a la eminencia articular-correspondiente; estos problemas interrelacionados producen ruido en la articulación conocido como chasquido.

DIAGNOSTICO- En cualquiera de los casos el problema es la incoordinación muscular.

La forma típica de subluxación se caracteriza por el trabado súbito y la inmovilidad de la mandíbula al abrir la boca, acompañada de contracción espasmódica prolongada de los músculos temporales, se presenta dolor debido al espasmo muscular, el comer y hablar resultan imposibles

TRATAMIENTO- Consiste en la relajación de los músculos y ayudar al paciente a regresar la mandíbula a su posición anterior.

La relajación se consigue fatigando los músculos masticatorios, se coloca el menton del paciente sobre la palma de la mano del operador y aplicando presión hacia atrás y arriba, tratando de abatir y subir la mandíbula varias veces.

Para guiar la mandíbula a su posición, se coloca la cabeza del paciente perpendicular al piso con los pulgares se presiona sobre los molares-inferiores y el resto de la mano sostiene la mandíbula, la presión se hace hacia abajo, atrás y arriba hasta la posición normal.

C A P I T U L O O C T A V O

XEROSTOMIA

La xerostomía o sequedad de la boca, es una manifestación clínica de la disfunción de las - glandulas salivales.

Las causas son diversas; falta de desarro - llo de las glandulas salivales, destrucción de- estas después de una intervención quirúrgica, - irradiaciones, inflamación o infiltración neo-- plásica, estados emocionales, psicósis, inges-- tión de ciertos medicamentos, uso de drogas o a - gentes tóxicos, deshidratación, cálculos saliva - les, deficiencias vitamínicas (anemias), por- el síndrome de Sjögren, en el cual la sequedad- bucal se asocia con sequedad de ojos, mucosas : nasal, vaginal y gástrica.

DIAGNOSTICO- Cuando la deficiencia de saliva - es pronunciada, puede haber grandes alteraciones la mucosa se presenta seca y atrófica, inflama- da o pálida y translúcida; la lengua y papilas- se encuentran atrofiadas, inflamadas y fisura--

das, y en casos graves existen zonas de denudación, existe sensibilidad, dolor y ardor de la membrana mucosa y lengua, la masticación y deglución pueden ser difíciles así como el uso de aparatos removibles.

La xerostomía crónica predispone a caries dental severa con la pérdida temprana de los dientes.

TRATAMIENTO- Dependerá de la naturaleza de la enfermedad. Se pueden utilizar sialogogos y, el alivio sintomático se efectúa con aceites; para pacientes con dentaduras el uso de vaselina o jaleas lubricantes en sus aparatos dan buenos resultados.

CONCLUSIONES

Al finalizar la elaboración de esta tesis, llegamos a la conclusión de que el odontólogo, sobre todo el de práctica general, debe tener también cimentados sus conocimientos sobre las enfermedades con sintomatología dolorosa, con el fin de poder realizar un diagnóstico diferencial y comparativo de estas patologías, para llegar a un tratamiento adecuado; ya que con esto, el enfermo sufrirá lo menos posible y al cirujano dentista le resultará más fácil realizar su trabajo odontológico.

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

- Archer, CIRUGIA BUCAL TOMO II, Editorial -- Mundi, 1970.
- Bhaskar, PATOLOGIA BUCAL, Editorial El Ate-
neo, segunda edición, 1974.
- Harty, ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA --
Editorial El Manual Moderno S.A. 1979.
- Preciado Z. Vicente, MANUAL DE ENDODONCIA -
Editorial Cuellar, segunda edición, 1977.
- Russell Brain, Roger Bannister, NEUROLOGIA-
CLINICA, editorial Marín S.A. cuarta edi-
ción, 1973.
- Dr. Shafer William, TRATADO DE PATOLOGIA /-
BUCAL, editorial Interamericana, tercera ed
1977.
- Apuntes de la Facultad de Odontología.