



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

Facultad de Odontología

Aspectos Importantes de la Historia Clínica.

## Tesis Profesional

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA

presenta

PATRICIA MARES AGUILAR

MEXICO, D. F.

1983



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 T R O D U C C I O N

El principal motivo por el que se elaboró - este trabajo, es mostrar la importancia que reviste el - hacer una correcta y amplia historia clínica a los pacientes en el consultorio dental. De esto dependerá, en gran medida el que se prescriba un tratamiento lo más adecuado y menos traumático posible.

Sabido es que en México existe una gran cantidad de pacientes ambulatorios, los cuales la mayoría de las veces son atendidos sin realizarles historia clínica, situación que hace depender la salud del paciente de la - casualidad.

Así pues, el presente trabajo busca -dentro de sus limitaciones- el despertar la conciencia tanto del estudiante de Odontología como del profesional que no realice aun esta historia, de la necesidad de llevar a cabo - el trabajo propedéutico en el consultorio. Al mismo tiempo se trata de dar una pauta a seguir para realizar dicha historia, proporcionando elementos que el profesional o el - estudiante puedan manejar de acuerdo a sus necesidades y a las de cada uno de sus pacientes en particular, pues la - experiencia ha mostrado que el hacerlo es tan indispensable como la habilidad y el conocimiento científico que debe tener el Cirujano Dentista.

## I N D I C E

CONSIDERACIONES GENERALES.....	1
I.- FICHA DE IDENTIFICACION.....	5
II.- FICHA DE EXPLORACION.....	9
III.- DIAGNOSTICO.....	67
IV.- PRONOSTICO.....	75
V.- PLAN DE TRATAMIENTO.....	81
VI.- EVOLUCION.....	91
VII.- CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	98

CONSIDERACIONES

GENERALES

En la práctica odontológica el Cirujano Dentista debe realizar una historia clínica adecuada para cada uno de sus pacientes.

Dentro del estudio de la medicina, encontramos una relación estrecha entre ésta y la Odontología. El estudio de la medicina bucal nos permite describir las manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas y también determinar cuando algunas enfermedades son de etiología bucal.

En encuestas realizadas durante tres años en diversos grupos de estudios odontológicos, se ha encontrado que un 90% de estos Cirujanos Dentistas, no realizan una historia clínica de todos sus pacientes. Esto hace pensar en que personas con alteraciones cardiovasculares, hematopoyéticas y sistémicas en general, han tenido mucha suerte en salir ile-sas de los consultorios dentales.

El Cirujano Dentista no puede permitir que su paciente corra riesgo alguno, por no tener quince minutos -- para realizar la historia clínica.

Cuando en la consulta se trata a un paciente -- con alguna alteración sistémica y se necesita de la valoración de otro facultativo, se remite a esta persona con el especialista indicado, pero es importante tomar en cuenta la -- forma en que se haga. Se necesita tener el conocimiento de la

enfermedad con respecto a sus síntomas y signos, tanto generales como bucales, además conocer los métodos auxiliares de diagnóstico para cada caso en particular y así cuando se solicite esta valoración se haga en forma adecuada. Por ejemplo:

Paciente de edad avanzada, con padecimiento cardiovascular que refiere alteración en la presión arterial que no está siendo controlado en la actualidad y el Cirujano Dentista requiere realizar extracciones dentarias, por lo que se hace necesario solicitar la valoración del Cardiólogo en este caso y se le pide que establezca la presión arterial y valore el estado cardiológico para realizar posteriormente el tratamiento quirúrgico. En caso de que el Cirujano Dentista no esté bien preparado, solo pedirá al médico la autorización para realizar una extracción. Esto es importante ya que la comunicación entre estos dos facultativos será la base para un tratamiento adecuado a los pacientes.

Algunas enfermedades presentan signos y síntomas que pueden dar un diagnóstico fácil de interpretar, sin embargo no todas las alteraciones sistémicas dan por sí mismas el diagnóstico correcto, y es así como una buena historia clínica es indispensable para encontrar informes acerca de la duración, síntomas y modificaciones de una enfermedad y permitir que el Cirujano Dentista interprete con facilidad lo que está viendo.

La historia clínica es la narración de los -- acontecimientos relativos al estado en que se encuentra la sa lud de una persona. Esta narración debe ser hecha siguiendo -- un orden cronológico estricto.

La historia clínica debe comprender, únicamente, los datos que hayan sido recogidos, sin hacer la menor in terpretación de los mismos. En efecto, la historia clínica -- tiene por objeto hacer un relato fiel de los datos que sean -- encontrados y no la interpretación que haga el relator de -- dichos hechos. Se trata, en efecto, de que el lector de la -- historia forma, por si mismo su propio juicio, de acuerdo con los datos que le son proporcionados. Por ello es lamentable -- que se anote, por ejemplo: aparato respiratorio NORMAL, lo -- que constituye un juicio que el relator se ha formado acerca de tal aparato. En este caso deberá decirse cual es la forma y el volúmen del tórax, el número de movimientos respirato- rios por minuto, cómo se transmiten las vibraciones vocales, -- cómo se percibe o es percibido el murmullo respiratorio, etc.

Una historia clínica completa debe constar de las siguientes partes:

- I.- FICHA DE IDENTIFICACION.
- II.- FICHA DE EXPLORACION.
- III.- DIAGNOSTICO.
- IV.- PRONOSTICO.
- V.- PLAN DE TRATAMIENTO.
- VI.- EVOLUCION.



I

F I C H A   D E

I D E N T I F I C A C I O N .

La ficha de Identificación incluirá el registro de los siguientes datos:

1.- Nombre completo del paciente.- Cuando vaya a servir para el archivo del clínico deberá asentar el nombre completo del paciente, pero cuando se trate de dar a la publicidad la mencionada historia, con el objeto de hacer conocer a los demás los hechos en ella contenidos, será mejor poner solamente las iniciales del nombre y apellidos, pues en ocasiones quizá no convenga al paciente que sean divulgados los mencionados hechos referentes a las condiciones en que su salud se encuentra.

El secreto profesional obliga en todos los casos a ser discreto y con mayor razón cuando se trate de manifestaciones en relación con el funcionamiento neuropsíquico de las personas.

Estas recomendaciones no cuentan cuando se trata de satisfacer los requerimientos de un juez en el ejercicio de sus funciones.

2.- Sexo.- Es importante este dato debido a que algunas enfermedades son propias o características de uno u otro sexo, como es el caso del cementoma, que aparece solamente en las mujeres. En otros casos el sangrado menstrual también determina la aparición de ciertas manifestaciones paradon tales, como segundo ejemplo.

3.- Edad y lugar de nacimiento.- Este inciso se relaciona con el anterior en lo que se refiere a que también hay ciertas enfermedades que aparecen a una determinada edad, es decir, hay padecimientos que son privativos de los niños, otros lo son de personas en edad adulta y algunos más, de los ancianos. Por ello es importante señalar la edad del paciente, pues algunas veces pudiera encontrarse algunas enfermedades que constituyan verdadera anomalía, de acuerdo con la edad del sujeto (endurecimiento arterial en los niños, malas conformaciones cardíacas en ancianos, etc.).

Por otra parte es importante también saber el lugar de nacimiento o lugares donde ha vivido el paciente, -- pues igualmente existen enfermedades regionales (paludismo) o agentes que puedan causarlas y que influyan o tengan alguna relación con las condiciones actuales de salud de la persona explorada. Otro caso es el que se presenta en los pacientes que padecen fluorosis y que es una característica de las personas que habitan en algunos lugares del norte de la República.

4.- Estado civil.- Dentro de este inciso se debe preguntar al paciente el tiempo que hace que está casado (a), la salud del cónyuge y cuantos hijos tiene. Estas inquisiciones deberán ser hechas con la mayor discreción y comedimiento. Todos estos datos pueden ayudar a reconocer algún tipo de enfermedad contagiosa.

5.- Ocupación.- Así como hay enfermedades características del sexo, de la edad y del lugar de nacimiento, así también las hay características de una determinada ocupación o tipo de trabajo, como se presenta en el caso de los depósitos de metales pesados en las encías de los pintores y tipógrafos; por lo tanto es recomendable conocer el tipo de trabajo que desarrolla el paciente.

6.- Dirección y teléfonos particulares y del trabajo.- La obtención de estos datos es, desde luego, con la intención de saber cómo o a donde comunicarse con el paciente para ponerse de acuerdo en algunos aspectos que se hayan olvidado en el consultorio; también es con el fin de dar aviso a los familiares o conocidos en caso de algún percance no deseado.

7.- Fecha en la que se realizó la historia.- Esto se debe hacer con el objeto de saber en qué medida evoluciona el paciente o si hay algún contratiempo que impida esa evolución, en cuyo caso se podrá intensificar el tratamiento o elegir otro.

II

F I C H A   D E

E X P L O R A C I O N

La ficha de exploración corresponde a la revisión minuciosa del paciente, es decir, se van a obtener datos independientemente de los ya proporcionados por la persona enferma. Estos datos se pueden obtener por medio de técnicas - como son: interrogatorio, medición, inspección, palpación, - auscultación, percusión, etc., así como pruebas de laboratorio.

Se deben explorar todos los aparatos y sistemas del sujeto, aunque desde luego poniendo mayor atención en las partes correspondientes a la ciencia odontológica como lo son la cabeza, la cara y el cuello, lo cual no deberá quitar importancia al resto del organismo.

La ficha de exploración consta de las siguientes partes:

- 1.- Aspecto físico del paciente.
- 2.- Motivo de la consulta.
- 3.- Estudio de la cabeza, cara y cuello.
- 4.- Exploración de la cavidad bucal.
- 5.- Enfermedad actual.
- 6.- Antecedentes patológicos familiares.
- 7.- Antecedentes patológicos personales.
- 8.- Antecedentes no patológicos personales.
- 9.- Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos.
- 10.- Pruebas de laboratorio.
- 11.- Estudio radiográfico.
- 12.- Modelos de estudio.

1.- Aspecto físico del paciente.

Se llama aspecto general de los enfermos o habitus exterior al conjunto de particularidades que pueden ser apreciadas desde el primer momento sin hacer intervenir, de manera deliberada, ningún procedimiento de exploración y contando tan solo con la atención que merezca cada caso que se presente.

Para que el estudio del aspecto general de los enfermos resulte más provechoso, es conveniente estudiar por separado cada uno de los atributos que lo constituyen. Tales atributos son:

A) La talla o estatura.

Talla o estatura es la distancia que hay entre un plano que pasa por el vértice de la cabeza y otro por la planta de los pies estando el cuerpo erguido.

Las tallas pueden ser divididas en grandes, medianas y pequeñas; la talla grande para el hombre adulto oscila entre un metro setenta y cinco y un metro ochenta y cinco centímetros. La talla mediana está considerada entre un metro sesenta y cinco y un metro setenta y cinco centímetros. Las tallas pequeñas son aquellas que alcanzan un promedio de un metro cincuenta y cinco y un metro sesenta centímetros. La talla de la mujer es, aproximadamente, diez centímetros inferior a la del hombre.

El alejamiento del promedio de estas estaturas que se pueden considerar normales, puede dar lugar, si es en aumento, al gigantismo y si es en disminución al enanismo. Así, una estatura mayor de dos metros debe considerarse fuera de los límites que se asignan al promedio normal. En el límite inferior, la talla de un metro treinta centímetros o menos debe ser considerada también como anormal.

El gigantismo y el enanismo son generalmente - debidos a distrofias huesosas, causadas por disfuncionamiento de las glándulas endócrinas, principalmente la hipófisis y la tiroides.

#### B) La constitución física.

En clínica se llama constitución al grado de - robustez que presenta una persona. El criterio para juzgar de ella es dado por el desarrollo del tejido huesoso, del muscular y del célula-adiposo.

La constitución puede ser fuerte, mediana o - débil. La primera es aquella en que los tres elementos de que se habló están desarrollados al máximo, constituyendo a un individuo vigoroso o eucrático. En la constitución débil, por el contrario, estos elementos tienen un desarrollo precario:- huesos delgados, músculos poco vigorosos y panículo célula-adiposo escaso. La constitución mediana, como su nombre lo - indica, ocupa un lugar intermedio entre las otras dos.

Estas tres constituciones pueden ser debilita-



das por los padecimientos, constituyendo la constitución -- debilitada. Así se habla de constitución fuerte debilitada, mediana debilitada o débil debilitada. No debe ser confundida la constitución débil con la constitución debilitada.

C) Peso.

En lo referente al peso deberán ser observadas y anotadas las variaciones que haya sufrido, ya sea en exceso o en defecto, en relación con la edad del paciente. - Una pérdida acentuada en el peso de una persona hace pensar en padecimientos conjuntivos si dicha pérdida es duradera y progresiva (diarrea crónica, tuberculosis, cáncer).

El exceso de peso permanente constituye la - obesidad cuando es muy exagerado y es por sí mismo, una causa predisponente a otros padecimientos (diabetes, alteraciones cardiovasculares).

D) La conformación.

Se designa así a la relación de proporción - existente entre los diversos segmentos del cuerpo y la configuración exterior del mismo. Desde este punto de vista las - personas pueden estar bien o mal conformadas.

Para el estudio de la conformación se toma - como referencia o unidad la altura de la cabeza. El cuerpo humano tiene una altura de siete cabezas y media. Un pie tiene la longitud de la altura de la cabeza.

La distancia del codo a la extremidad de los dedos es igual a dos cabezas; la distancia de la rodilla a la planta del pie es igual a dos cabezas; la longitud del miembro superior es igual a tres cabezas.

La distancia del ombligo hacia arriba es igual a tres cabezas. Del ombligo hacia abajo hay una distancia de cuatro cabezas y media.

La alteración de estas proporciones normales es lo que constituye la mala conformación de los individuos. Además, la configuración exterior del cuerpo puede estar alterada en todas o en algunas partes constituyentes, dando lugar a separación del tipo humano normal.

#### E) La actitud.

Llámase actitud a la postura que adopta el cuerpo en un momento dado. En clínica las actitudes se dividen en: voluntarias, instintivas, forzadas y pasivas. El criterio que sirve para establecer esta clasificación es dado por el grado de intervención de la voluntad para determinar la actitud.

La actitud voluntaria es aquella que el enfermo adopta porque así lo desea; en ella la voluntad del paciente se impone en todo su esplendor, modificando la actitud cuando así lo desee el individuo.

La actitud instintiva es la que adoptan los -- enfermos con el objeto de mitigar sensaciones desagradables o dolorosas; aquí la voluntad puede aún intervenir para modificarla, aún cuando ello sea provocando molestias o sufrimientos. Ya no hay pues, en esta actitud, tanta libertad en la -- acción de la voluntad como en la actitud antes descrita. Como ejemplo podría citarse la actitud que adopta un enfermo cuando tiene dolor abdominal intenso, pues instintivamente dobla sus muslos sobre el abdomen, para evitar que la tensión de -- ellos exacerbe su dolor.

En las actitudes pasivas la voluntad está completamente aniquilada. El cuerpo yace únicamente sometido a -- las fuerzas del medio, comportándose como un fardo. Ejemplos de esta actitud pueden encontrarse en los estados comatosos, cualquiera que sea su causa: alcohólico, diabético, por traumatismo encefálico, shock anafiláctico, etc.

#### F) Facies.

Las enfermedades imprimen su huella en el rostro, haciendo que éste adquiriera una expresión especial. A esto es a lo que se le llama facies. Todos los padecimientos -- son capaces de producir esta modificación en el rostro de las personas. Los médicos que por su especialización ven gran cantidad de enfermos con padecimientos similares, llegan a adquirir una gran destreza para reconocer estas modificaciones. -- Así los oculistas hablan de facies miópicas; los cardiólogos

de facies aórtica; existen facies acromegálicas, parkinsoniana, tetánica, etc.

A manera de ejemplo y para que se vea la importancia que puede tener esta parte del aspecto general de los enfermos, se tiene la costumbre de describir cuatro tipos de facies que, por la frecuencia con que se presentan, sirven -- para caracterizar la importancia de este estudio; son ellas: la facies febril, llamada también vultuosa, la facies tífica, la facies peritoneal y la hipocrática o agónica.

La facies febril se caracteriza por una rubicundez generalizada de la cara, que se hace más aparente en las mejillas, por brillo y congestión de las conjuntivas y -- por aumento de volúmen de la cara, de aquí el nombre de vultuosa que se aplica a esta variedad de facies.

La tífica es una variedad de facies febril a -- la que además de los atributos de ésta, se agrega un estado -- de indiferencia, de apatía de los enfermos, a tal grado, que a veces son necesarias excitaciones un poco enérgicas para -- sacarlos de esta condición y lograr que contesten a lo que se les interroga.

En la facies peritoneal o rostro contraído, o aún facies abdominal, la cara se ahueca, haciendo gran prominencia la barba y los pómulos, la nariz se afila, las órbitas están profundamente excavadas, los párpados se rodean de una

areola roja azulada, la mirada es vaga; todo el rostro expresa dolor intenso. Esta facies se presenta en casos en que hay violento dolor en el vientre: peritonitis, apendicitis, cólico hepático, perforación intestinal, etc.

Los moribundos presentan una facies especial - llamada hipocrática o agónica; en ella la cara está pálida, - cubierta la frente de sudor viscoso, en la nariz los polvos - atmosféricos se depositan en las visbrisas por falta de velocidad en la corriente de aire respirado, los ojos se cubren - de un velo viscoso que hace que las córneas pierdan su brillo.

#### G) Movimientos anormales.

Movimientos anormales son llamados aquellos - que se efectúan de un modo que no es el habitual. Los movimientos anormales pueden ser de dos categorías: por perversión de movimientos fisiológicos o por aparición de movimientos absolutamente nuevos.

Como ejemplo de los primeros se puede citar la alteración de los movimientos respiratorios en las disneas, - la percepción marcada de los latidos en el cuello (baile arterial), la modificación en el parpadeo que se presenta en algunos estados neuropáticos.

Entre los movimientos anormales absolutamente nuevos, sin representante fisiológico se encuentran las convulsiones, los temblores, los movimientos coreicos y los tiques.

La convulsión es siempre pasajera, transitoria o por lo menos paroxística, en tanto que los tiques duran -- mucho tiempo, a veces toda la vida; los movimientos coréicos tienen una duración que se cuenta por lo menos por semanas.

Las convulsiones se dividen en: tónicas y clónicas. En la convulsión tónica la contracción dura algún -- tiempo, poniendo al músculo en estado de rigidez e inmovilizando las partes en donde se inserta. La convulsión clónica está caracterizada por la sucesión de contracciones y relajamientos de los músculos, lo que hace que se ejecuten movimientos más o menos violentos de los segmentos del cuerpo donde -- se insertan.

Los temblores son movimientos oscilatorios rítmicos, de pequeña amplitud, cuya frecuencia varía entre cuatro y doce oscilaciones por segundo.

A los temblores se les clasifica también por -- la frecuencia de sus oscilaciones, designándose con el nombre de rápidos o vibratorios aquellos que cuentan doce o más oscilaciones por segundo; ejemplo de ellos es el que se presenta en la enfermedad de Basedow.

Son temblores de ritmo mediano los que tienen de seis a siete oscilaciones por segundo; este es el temblor que se presenta en la mayor parte de las intoxicaciones: -- alcoholismo, saturnismo, hidrargirismo, etc.

Por último los temblores lentos son los que se presentan con un número de cuatro a cinco oscilaciones por segundo, son tipo de ellos el temblor senil y el de la parálisis agitante. Hay cierta categoría de temblores que se reputan - fisiológicos; así las emociones, el frío, la fatiga muscular - producen estos temblores.

Los movimientos coréicos son movimientos desordenados, es decir, sin ningún ritmo y de gran amplitud, enteramente variable, ilógicos, contradictorios, no concurren a ningún objeto y tienen lugar lo mismo en reposo que durante los - movimientos intencionales, los cuales dificultan. Es frecuente que los movimientos coréicos se acentúen más en un lado del - cuerpo.

Pueden ocupar todos los segmentos del cuerpo, - pero son más estensibles en los miembros, sobre todo en los superiores. La agitación coréica aumenta bajo la influencia de - la emoción y desaparece durante el sueño, por lo menos en las formas que no son de extrema gravedad.

Los tiques son movimientos funcionalmente coordinados hacia un fin determinado, adaptados a un objeto, cuyo carácter patológico reside en su repetición incesante e inútil el estado mental que obliga al enfermo a efectuarlos es una - verdadera impulsión que produce satisfacción al ejecutarlo.

El tique es un movimiento involuntario, pero no

está sustraído completamente a la acción de la voluntad, la -- que tiene siempre una acción suspensiva sobre él (momentánea), o por lo menos la puede atenuar. Pero como el estado mental -- del ticoso se acompaña de debilitamiento de la voluntad, la -- suspensión producida en el tique es enteramente pasajera, al -- rato vuelve a estallar de una manera irresistible.

La suspensión voluntaria del tique se acompaña de sufrimiento, que puede llegar hasta producir un estado de -- angustia. La reaparición del tique produce una satisfacción en el sujeto. La frecuencia e intensidad del tique son tanto mayores en su reaparición, cuanto más tiempo ha durado la suspensión. El tique desaparece, en la gran mayoría de los casos, -- durante el sueño. El asiento de los tiques puede ser la cara, el cuello, los miembros superiores, el tronco, los miembros inferiores, la función de deglución, la de respiración o la de -- fenación.

## 2.- Motivo de la consulta.

Es lógico empezar la historia preguntando sobre la molestia responsable de la visita del enfermo. El enfermo -- describirá entonces lo que conoce como "motivo de la consulta" El entrevistador hará preguntas adicionales que definan la naturaleza y duración de la molestia más importante. Por ejemplo si el enfermo se queja de dolor en el maxilar inferior, el motivo de la consulta debe registrarse más o menos como sigue: "Dolor periódico en el lado derecho de la mandíbula con sensi-



bilidad intermitente de los premolares inferiores derechos a los cambios de temperatura, 2 meses de duración.

Siguiendo la exposición relativa al motivo de la consulta, es natural continuar la entrevista haciendo preguntas sobre ello, en vez de interrumpir la línea del pensamiento queriendo establecer primero la historia personal, familiar y social, a menos que, por supuesto, estén relacionados con la situación actual. Las preguntas deben ser específicas, claras, y hechas de manera comprensible que permitan al enfermo dar una respuesta concisa. Cada respuesta debe valorarse por su posible relación con el problema principal. Debe hacerse un relato cronológico, empezando por el momento de comienzo de la enfermedad y contendrá un resumen sobre el estado de salud anterior.

La sintomatología debe extraerse de forma clara y sistemática. Para ello el entrevistador necesita saber no sólo las manifestaciones del proceso sospechado sino también las de aquellas entidades consideradas en el diagnóstico diferencial. Debe tener en cuenta, por ejemplo, que la enfermedad actual puede no derivar de un suceso o accidente, que puede ser completamente independiente de la historia anterior, o que puede ser una complicación de otra enfermedad del cuerpo.

Se resumirá de forma breve el tratamiento anterior y se detallarán todos los medicamentos usados junto con la dosis y el grado de respuesta.

Los motivos de la visita de un enfermo varían. - El más sencillo es una molestia específica, como el dolor de -- muelas. Los síntomas vagos o la solicitud de un chequeo refle-- jan a menudo problemas emocionales o son debidos al temor cau-- sado, entre otras causas, por una enfermedad o muerte dentro -- del círculo familiar o de amistades.

Es importante registrar los datos negativos cuan-- do se valoran los síntomas de una enfermedad. Es conveniente -- anotar tanto los síntomas positivos como los negativos por dos razones. Primera, proporciona información sobre la gravedad de la enfermedad, o el grado de afectación; segunda, permite una -- mejor valoración en el curso de la enfermedad. A los hechos im-- portantes se les debe poner la fecha más exacta posible, ya sea poniendo la fecha del acontecimiento o la edad del individuo.

### 3.- Estudio de la cabeza, cara y cuello.

A) Exploración de la cabeza y cara.- La cara de un enfermo puede proporcionar muchos datos diagnósticos. La emo-- ción y las alteraciones emocionales se reflejan en la expresión facial (ansiedad). Ciertas enfermedades del sistema nervioso -- central como la rigidez mímica (rostro "parecido a una máscara") en las parálisis agitantes alteran la expresión del rostro y también se afecta en alteraciones endócrinas (rudeza en la acro-- megalia, masculinización en las enfermedades de las suprarrena-- les y de los ovarios). La simetría de la cara se altera en la parálisis de la musculatura facial producida por lesiones del -- nervio, tanto en su porción central como periférica (séptimo --

par). La tumefacción de la glándula parótida (paperas), submaxilar y de los ganglios linfáticos también alteran el perfil de la cara. Esta tumefacción puede deberse a una inflamación o a una proliferación celular. La contracción de toda la musculatura facial produce la llamada "risa sardónica" que se ve en el tétanos. Los párpados pueden estar tumefactos por una causa local (dilatación de las glándulas lagrimales) o por una enfermedad general (edema palpebral en enfermedades renales). La hiperplasia de las adenoides produce una deformación característica del rostro. Las mejillas están sonrosadas ("rubor febril") en enfermedades febriles crónicas (tuberculosis, endocarditis subaguda bacteriana y enfermedad cardíaca reumática. La cara muestra caracteres hundidos en la deshidratación, --choque y peritonitis (cara hipocrática).

La voz se altera por parálisis de las cuerdas vocales (ronquera), en procesos del sistema nervioso central (esclerosis múltiple), en enfermedades endócrinas (mixedema) y cambios locales (hipertrofia de la lengua: hiperglosia).

La configuración de la cabeza está deformada de manera característica en la enfermedad de Paget de los huesos, en la sífilis congénita, en la anemia hemolítica congénita (como la anemia de Cooley), raquitismo, hidrocefalia y acromegalia. Los movimientos incontrolados de la cabeza son observables en la insuficiencia aórtica (sincronizados con el latido cardíaco), en la enfermedad de Parkinson (temblor de la cabeza)

y en personas con tiques espasmódicos.

Debe anotarse la asimetría, agrandamiento o deformidad del cráneo, la presencia de lesiones y señales de heridas en el cuero cabelludo.

Ya que los movimientos de los ojos se controlan por medio de los nervios craneales (tercero, cuarto y sexto par) las lesiones que afecten a estos nervios serán la causa de parálisis en sus músculos respectivos y de las alteraciones típicas en la posición de reposo y en los movimientos de los ojos. Los movimientos rítmicos rápidos de los ojos al mirar hacia los lados, arriba o abajo (nistagmo) indican alteraciones del sistema vestibular u octavo nervio. El nublamiento o blanqueo de una parte del cristalino (catarata) se presenta con la edad, pero también puede ocurrir en las personas jóvenes con diabetes mellitus o con hipocalcemia prolongada (hipoparatiroidismo, malabsorción). La exploración del fondo del ojo forma parte de la exploración física.

El dolor y el enrojecimiento del oído externo con o sin supuración se debe frecuentemente a una otitis externa. La infección del oído medio (otitis media) produce dolor y fiebre. Puede complicarse con una mastoiditis, meningitis, absceso cerebral y tromboflebitis del seno lateral. Las infecciones del oído medio pueden volverse crónicas acompañándose de perforación, supuración y disminución de la audición. Si se afecta el aparato vestibular (laberintitis) hay vértigo y nis-

tagmo. La audición también es afectada en la otosclerosis -- (reemplazamiento del hueso esponjoso por hueso denso en la región de la ventana oval). En las personas con gota se establecen los depósitos característicos de uratos (tofós) en el pabellón de la oreja.

La nariz se deforma (nariz en silla de montar) por acción de las fracturas (traumas) o por la destrucción de los huesos nasales (sífilis) y desfigurada por acción del rino<sup>ma</sup> fima, acné rosácea y lepra. La piel de la nariz y de las mejillas se afecta de forma característica en el lupus eritematoso (erupción en "mariposa"). En los enfermos con insuficiencia respiratoria, sobre todo en la primera y segunda infancia, las ventanas de la nariz se mueven durante la inspiración y la expiración. La respiración nasal queda impedida por la desviación del tabique nasal, por la proliferación de la membrana mucosa (pólipos), por cuerpos extraños y por las adenoides.

Las múltiples ulceraciones pequeñas de los labios (herpe labial) son inespecíficas y se presentan en muchas enfermedades febriles. Una ulceración única en el labio puede ser debida a un cáncer (espinocelular) o a sífilis (primaria). Las fisuras en las comisuras labiales producen las boqueras. - La sífilis congénita produce las llamadas rágades, pequeñas escaras que van desde la boca hasta las mejillas y el mentón.

La garganta queda enrojecida en la faringitis y

en la amigdalitis y puede presentar múltiples manchas blancas - que concluyen formando placas blancas o grisáceas. La amigdalitis puede complicarse con un absceso periamigdalár.

B) Exploración del cuello.- El cuello puede estar deformado por el agrandamiento de la glándula tiroidea (bocio) o de los ganglios linfáticos (infección, neoplasias). El aumento de tamaño de la tiroidea puede o no asociarse a una -- hiperactividad de la glándula. En el primer caso (hipertiroidismo) puede haber un ruido audible sobre la glándula. Las venas - del cuello están dilatadas si el enfermo está sentado o semiacostado si hay una insuficiencia cardíaca, obstrucción de la vena cava superior, o pericarditis. Las venas del cuello son pulsátiles en la insuficiencia de la válvula tricúspide y en ciertos - tipos de arritmia cardíaca (bloqueo cardíaco). Las pulsaciones vigorosas en el cuello se deben frecuentemente a una gran presión sistólica en las arterias (insuficiencia aórtica, anemia, arterioesclerosis), o a la dilatación de una arteria (aneurisma) La posición normal de la tráquea está en la línea media. La desviación de esta posición indica la existencia de un proceso torácico que da lugar a una retracción (inflamación) o a un desplazamiento (tumor, exudado).

La forma normal del cuello es cilindroide, presentando variaciones según la edad, el sexo y el desarrollo corporal de las personas. Presenta cierto número de salientes debidas al relieve de músculos y cartílagos. En el niño y en la mu-

jer estas salientes son menos marcadas que en el hombre. En las personas enflaquecidas se vuelven más notables.

El cuello es muy móvil; presenta movimientos de flexión sobre el tronco, de extensión, de lateralidad y de rotación.

Los procedimientos de exploración aplicables al cuello son: la inspección, la palpación, la auscultación y accesoriamente, en algunos casos, pudiera ser necesario recurrir a la percusión, la medición y la punción exploradora.

El plan que deberá seguirse es el siguiente: primero será hecha una exploración en conjunto para después hacer la exploración especial de cada uno de los órganos que en esta región del cuerpo se encuentran, sea formando parte de los órganos o aparatos colocados fuera del cuello y que solo en parte pasan por él, o bien de órganos que pertenecen a esta región del cuerpo. Entre los primeros están la faringe, el esófago, la laringe e iniciación de la tráquea-arteria y los vasos arteriales y venosos que pasan por el cuello. En los segundos serán estudiados el cuerpo tiroideo y los ganglios linfáticos que se encuentran en el cuello, las glándulas parótida y submaxilar, así como el músculo externo-cleidomastoideo, mencionando de paso el hueso hioides.

El registro de las observaciones debe hacerse de

la forma que describa mejor los hallazgos clínicos, de modo que cuando se lea posteriormente la ficha del enfermo, se recuerde con exactitud el cuadro clínico.

#### 4.- Exploración de la cavidad bucal.

La exploración de la boca es una medida muy importante que debe realizarse como procedimiento de rutina antes de instaurar cualquier forma de tratamiento dental, tanto si el enfermo se presenta como consulta de urgencia o con el propósito de realizar una revisión dental rutinaria. Evidentemente, en los casos muy urgentes, debe dejarse para una ocasión más propicia la exploración completa de la boca, pero la urgencia no debe servir de excusa para omitir la exploración de forma indefinida.

Cada enfermo nuevo, así como el enfermo que se presenta para una revisión, se debe someter a una amplia exploración de la boca, ya que, salvo contadas excepciones, es el mejor servicio que puede prestar el odontólogo. Además, la exploración de la boca es una responsabilidad profesional del dentista porque no hay ninguna otra rama de las profesiones sanitarias que sea más adecuada y más idónea para asumir y realizar este servicio a la salud.

La exploración de la boca debe realizarse de forma ordenada y total, y debe comprender un exámen detallado de cada tejido y estructura, no omitiendo ninguno. Debe procederse en el siguiente orden:



A) Labios.- La forma y dimensiones están en relación con las de los dientes y las encías, variando según la edad, los individuos y las razas. Los dos labios se unen lateralmente para formar las comisuras o ángulos labiales.

La inspección y la palpación son los procedimientos exploratorios que generalmente son aplicados a la región de los labios. La inspección de esta región suministra datos referentes a la forma, al volúmen, al estado de la superficie y a los movimientos.

Entre las alteraciones de forma más comunes que pueden encontrarse en el labio superior, ocupa un lugar prominente el "labio leporino", mala conformación congénita debida a la falta de soldadura de los botones germinativos correspondientes, lo que hace que el labio superior presente una o dos hendeduras, más o menos completas según la extensión que alcance este vicio de conformación. Cuando la hendedura es única, es frecuente que se cargue más hacia la derecha del labio. Cuando son dos, dejan entre ellas un lóbulo medio esferoidal colocado abajo del subtabique nasal.

El epiteloma de los labios, más frecuentemente en el inferior, es también una causa de deformación. En algunas personas el hábito de morderse los labios produce deformaciones en los mismos.

Por lo que al estado de la superficie se refiere,

Los labios pueden presentar coloraciones anormales: cianosis, - palidez, etc., que son una repercusión de un estado general - anormal.

Igualmente los labios pueden ser el asiento de - erupciones y pérdidas de substancia, como en el caso del epite- lioma ya mencionado y de queilosis (boqueras) que son grietas - que se sitúan sobre todo en las comisuras y constituyen una - manifestación de avitaminosis B2 (Riboflavina): estomatitis co- misural o angular.

El borde libre de los labios puede tener ulcera- ciones de otro origen: chancros, aftas, vesículas de herpes. En los labios pueden haber movimientos anormales: temblores en los alcohólicos, enfermedad de Parkinson, estados emocionales, ti- ques o aun movimientos convulsivos.

Para explorar la cara posterior o mucosa de los labios deben ser invertidos hacia adelante; para ello, se toma con el pulgar y el índice de cada mano cerca de las comisuras - el labio que se va a explorar, llevándolo hacia adelante para - separarlo de la arcada dentaria e invirtiendo el labio superior hacia arriba y el inferior hacia abajo, notando por la inspec- ción el grado de desarrollo del frenillo, la coloración general de la mucosa, así como el grado de humedad.

B) Mucosa bucal.- La inspección y palpación se - usarán para determinar el contorno, configuración, color, orifi

cios de las glándulas parótidas y la presencia o ausencia de lesiones en la mucosa bucal; exploración de los pliegues mucobucal superior e inferior.

C) Paladar.- La inspección del paladar permitirá observar la forma general de éste. Normalmente tiene la forma de una bóveda regularmente cóncava que puede adoptar ciertas variantes:

- El tipo elíptico, que es el más común, en arca da, de vértice redondo y ramas convergentes.
- El tipo de vértice aplanado y ramas convergentes.
- El tipo de vértice aplanado y ramas divergentes.
- El tipo hiperbólico de vértice redondeado y - ramas divergentes.

Anormalmente el paladar puede adoptar una forma notablemente ojival. Esta forma coincide con un aplanamiento general de la cara, de modo que su diámetro transversal está muy reducido. Esta forma general del paladar constituye un estigma físico de degeneración.

La inspección dará cuenta igualmente de la colocación de la mucosa y de presencia de enantemas (erupciones primarias) en ellas.

La continuidad del paladar duro puede estar alte

rada de manera congénita, por falta de soldadura de las apófisis palatinas del maxilar, dando lugar a las fisuras del paladar; habitualmente es una sola, que ocupa la parte media del paladar; muy frecuentemente estas fisuras se complican con labio leporino y división del velo del paladar y de la úvula. Esta condición produce, naturalmente, trastornos serios en la deglución y en la fonación.

La pérdida de sustancia en el paladar puede ser también adquirida en los casos de reblandecimiento de una goma sífilítica y corrosión, estableciéndose entonces una comunicación anormal entre la cavidad de las fosas nasales y la bucal.

Las alteraciones en el volúmen que por la inspección del paladar pueden apreciarse, son motivadas por procesos inflamatorios o neoplásicos que en la región pudieron tener lugar.

La palpación del paladar, del velo y las amígdalas se emplea para obtener nociones de consistencia en la que queda comprendida, naturalmente, la fluctuación. No hay dificultad en palpar el paladar cuando la abertura de la boca es posible.

Para hacer la palpación de la amígdala es necesario insensibilizar primero la región por medio de embrocación de solución de cocaína al 4 ó 5 %, teniendo cuidado insensibilizar tanto el velo como la úvula y la región amígdalina. Una vez hecho esto se introduce el dedo índice de la mano con que se quiere palpar, llevando la mano hacia la comisura res-

pectiva de modo de alcanzar la garganta; las manos del explorador deben estar asépticamente limpias y enguantadas. Hay ventaja en mantener los maxilares separados por medio de abre bocas o con un tapón de corcho, con objeto de evitar el ser mordido en algún movimiento brusco de oclusión de los maxilares.

D) Orofaringe.- Inspección en busca de señales de lesiones en la región tonsilar y en la garganta, susceptibles de ser enviadas al cirujano de la cabeza y cuello o al internista.

E) Exploración de la lengua.- La inspección y algunas veces la palpación son los procedimientos de exploración aplicables a la lengua y al piso de la boca. Por lo que a la lengua se refiere, por inspección se pueden notar alteraciones de forma y volumen en las inflamaciones del órgano o glositis de cualquier origen. La lengua escrotal es una alteración congénita de la forma de la lengua en que la mucosa está arrugada, plegada, como demasiado amplia. Esta mala conformación no tiene importancia patológica. Los bordes de la lengua pueden estar alterados en su forma debido a la presencia de cicatrices ocasionadas por mordeduras, hecho que acontece en los epilépticos y que constituye un buen signo diferencial entre los accesos convulsivos de este origen y los que pueden presentarse en la histeria. El cáncer altera igualmente la forma y el volumen de la lengua.

La macroglosia es un aumento general del volumen de la lengua, que suele presentarse en la acromagalia. Esta con

dición dificulta la deglución y la articulación de las palabras. Por lo que al estado de la superficie y la coloración de la lengua se refiere, la inspección proporciona datos de primera importancia cuando se consideran las variaciones que pueden presentarse en la cara superior de ella principalmente.

En condiciones normales la mucosa de la lengua es húmeda y de coloración rosada, más pálida en el dorso, más rojiza en los bordes y gris rosada en la cara inferior. El color puede variar según el estado de salud, los hábitos de higiene, ingestión de substancias alimenticias, etc. A consecuencia de deficiencias en la digestión estomacal la cara dorsal de la lengua se cubre de un barniz blanco-amarillento, disminuyendo su humedad; esto es lo que se denomina "lengua saburral". En los estados febriles se presenta también la lengua saburral.

Una variedad de la descamación de la mucosa lingual es la llamada "lengua geográfica" o glositis descamativa, en la que los límites de las placas de descamación son curvilíneos.

En la "melanoglosia" o lengua negra, la mucosa se pone de color negruzco, las papilas se hipertrofian, adquiriendo un aspecto aterciopelado, piloso, que ha hecho que se le llame "lengua negra pilosa".

La hipertrofia de las papilas dificulta la percepción de los sabores y la articulación de las palabras. Ade-

más de estos diversos cambios en la mucosa de la lengua puede haber en ella pérdida de sustancias, ulceraciones de diverso origen.

En la sífilis terciaria puede presentarse la esclerosis superficial y profunda, en la que hay islotes de tejido duro separados por surcos longitudinales y transversales.

La inspección del piso de la boca es capaz de hacer notar la coloración de la mucosa, que esta en relación, generalmente, con la coloración del resto de la mucosa bucal; roja intensa en la estomatitis catarral, sembrada con granos de color blanco-brillante en el algodoncillo o estomatitis cremosa. La mucosa del piso de la boca puede ser el asiento de ulceraciones, que a veces se cubren de pseudo-membranas. El frenillo de la lengua presenta, en ocasiones, en los casos de coqueluche (tosferina), una ulceración debida al continuo choque con los incisivos inferiores en los accesos de tos.

El piso de la boca puede ser abultado por colecciones de líquidos enquistados que se encuentran ahí y que han recibido el nombre de "ranilla". Estos abultamientos pueden ser intermitentes, presentándose únicamente durante la ingestión de alimentos y la masticación de ellos. Se deben a litiasis de las glándulas salivales sublingual y submaxilar. Estos aumentos de volumen son acompañados de dolor.

Las infecciones agudas dan lugar, también, a --

aumento de volumen localizados en el piso bucal, constituyendo el flemón del piso de la boca. Las neoplasias de diverso origen ocasionan igualmente, el aumento de volumen en el piso de la boca. La humedad de la mucosa del piso de la boca sufre alteraciones, sea aumentando, en caso de ptialismo o sialorrea o disminuyendo hasta ponerse casi seca en los casos de asialia (falta de saliva) llamada también "acrinia salival".

F) Parodonto.- El exámen clínico periodontal se realiza mediante visión y palpación directas y valiendose de una sonda periodontal, un espejo bucal y otros elementos auxiliares como exploradores y cucharillas curvos. Las radiografías y los moldes de estudio constituyen valiosos elementos informativos.

El dentista puede obtener una rápida impresión de conjunto de la salud periodontal mediante la inspección visual de la boca. Comparando el estado de los tejidos gingivales con el patrón "normal", puede descubrir alteraciones groseras, así como algunos de los factores etiológicos que las han producido. Las alteraciones de la coloración y del contorno de la encía, su consistencia, la presencia de hiperplasia, retroceso, retracción, hemorragia y exudación son descubiertas fácilmente por el ojo experto. Sin embargo, por desgracia, puede haber una enfermedad periodontal avanzada sin que muestre signos evidentes. Por esta razón, prescindiendo de las apariencias clínicas, un componente esencial de toda exploración clínica es la investigación cuidadosa de los tejidos gingivales con un ins



trumento adecuadamente diseñado para la exploración del surco - gingival.

El empleo de la sonda periodontal es esencial en el diagnóstico periodontal. No existe otro medio comparable al empleo de la sonda que permita al dentista averiguar el estado de salud y de integridad del periodonto. Son muchos los que - consideran que este instrumento sencillo es el utensilio diagnóstico más importante en odontología, más importante incluso - que la radiografía.

El objetivo del sondeo es determinar la profundidad del surco gingival, o de la bolsa, y estimar la extensión - de la pérdida de hueso y la topografía del hueso restante.

La información en conjunto -profundidad del surco que se registra en la ficha, más la impresión global táctil obtenida mediante la sonda- ayuda al dentista a visualizar la - arquitectura ósea subyacente en tres dimensiones.

Resumiendo, en lo referente al parodonto se debe rá determinar el color, forma, configuración de las encías, anomalías y lesiones, inflamaciones, hipertrofias, retracciones y ulceraciones.

G) Dientes.- El interrogatorio, la palpación, la percusión auscultatoria, la medición y los métodos de laboratorio son los procedimientos de exploración que pueden ser aplicados a los dientes.

La manifestación por excelencia que suministra - el interrogatorio es el dolor. De él hay que averiguar si es - provocado o espontáneo. El dolor provocado puede ser debido a excitaciones mecánicas, a cambios de temperatura o a la acción de sustancias irritantes, ácidas o azucaradas. La excitación mecánica puede ser ocasionada por el contacto del diente antagónico, dificultando entonces la masticación.

La ingestión de líquidos fríos o calientes puede provocar dolor; otras veces el dolor es provocado por la succión. El interrogatorio podrá también ilustrar al explorador - acerca de las sensaciones de aspereza que la lengua pueda sentir al contacto de las piezas dentarias.

La inspección directa de las arcadas dentarias - fijará primeramente la forma de ellas, que puede ser alterada - por la falta de algunas piezas o por la presencia de mayor número de ellas o aun por mala conformación del maxilar o la mandíbula.

Una vez hecho el estudio de las hileras dentarias en conjunto es necesario proceder a la inspección de cada una de las piezas, notando las anomalías de forma, de volumen, de coloración, de estado de la superficie o de colocación. Entre las primeras han sido descritas en los incisivos los "dientes de Hutchinson", que consisten en una alteración del borde - libre del diente; generalmente los incisivos adquieren la forma

de escotadura semi-lunar. Esta mala conformación dentaria es simétrica y generalmente en los incisivos superiores. Otras anomalías de forma pueden encontrarse, verbigracia: atrofas cuspidianas en los molares, principalmente en el primero y distrofas cuspidianas múltiples, sistematizadas de manera análoga para una serie de dientes; constituyendo todas estas anomalías, estigmas o signos de degeneración sifilítica; como tal se describe también la exuberancia del tubérculo de Caravelli, colocado en la cara palatina del primer molar superior.

La inspección puede aclarar pérdidas de substancia ya sean debidas a caries o a otra causa. En relación con el volumen de los dientes pueden ser de mayor tamaño que lo normal (macrodentismo) o por el contrario de forma más pequeña -- constituyendo el "microdentismo".

Los dientes pueden estar anormalmente situados (dientes palatinos) o implantados oblicuamente. Aun puede haber ciertas monstruosidades: caninos en forma de incisivos.

La coloración de los dientes puede estar también alterada en totalidad o bien en forma de manchas. En los lugares en que los habitantes consumen aguas con abundancia en sales de hierro se ven los dientes, incisivos principalmente, con manchas de color café; tal acontece con los habitantes de Aguas calientes y Durango. Estas manchas no tienen significación patológica. Otras veces las manchas oscuras o blanquecinas de los dientes son indicadoras de caries. El cambio de coloración

en la totalidad del diente es debido a la pérdida de vitalidad del mismo.

La palpación de los dientes puede ser manual, o mejor dicho, digital e instrumental. Por la primera es posible determinar movilidad anormal y dolor. La palpación instrumental es hecha por medio de sondas exploradoras, pinzas, etc., - sirviendo principalmente para descubrir las pérdidas de tersura de la superficie de los dientes o la presencia de cavidades -- (caries) en los mismos, haciendo notar la profundidad que pudieran tener y si la exploración despierta dolor.

La percusión de los dientes es usada exclusivamente para localizar el dolor. Esta debe ser hecha en sentido longitudinal del diente y transversalmente a él; lo primero para determinar si la causa del dolor está en el apex de la raíz, y la segunda para saber si es en el ligamento circular donde - radica la causa del dolor.

La percusión de las piezas dentarias puede también hacer notar la diferencia del ruido que se obtiene percutiendo un diente sano y el que da un diente ahuecado por un proceso carioso (percusión auscultatoria).

H) Región mentoniana.- Para investigar las anomalías que pudieran tener asiento en esta región hay que valerse de la inspección y de la palpación. La región puede ser alterada en su forma por procesos inflamatorios, neoplásicos o contracturas del maxilar inferior. Las inflamaciones en este sitio son debidas, frecuentemente, a las infecciones de los --

folículos pilo-sebáceos por estafilococos, dando lugar a la formación de diviesos o de ántrax.

Los tumores que pueden deformar la región pueden ser épullis benignos u osteosarcomas. Las fracturas del maxilar inferior deforman, igualmente, la región mentoniana cuando están situadas en la sínfisis del hueso.

El estado de la superficie y la coloración se alteran en casos de eczema de la piel de la barba, presentándose ésta de color rojo vivo, con finas escamas y ligeramente rezumante.

La palpación puede localizar dolor en la región, aumento de consistencia de las partes blandas y movilidad anormal. La movilidad anormal acusa pérdida de continuidad del hueso que forma el esqueleto de la región; en tal caso se averiguará si la fractura es única o doble, cosa frecuente. Además, se encontrará, en caso de fractura, crepitación huesosa.

I) Regiones maseterinas.- Son de forma plana o apenas convexas en la generalidad de las personas; sin embargo, en las muy enflaquecidas o en las que el masetero está muy desarrollado, son bastante salientes.

Los caracteres de la piel son parecidos a los de la región geniana y se encuentran también en ella, en el hombre, numerosos folículos pilosos. En la zona profunda de la región maseterina se encuentra la articulación temporomaxilar.

Esta articulación, muy importante por sus movimientos, desempeña un papel capital en la masticación, la fonación y la mímica facial. Los movimientos de la articulación -temporo-maxilar pueden ser reducidos a tres tipos:

- Movimientos de abatimiento y elevación.
- Movimientos de proyección hacia adelante y de retracción.
- Movimientos de lateralidad o de diducción.

El movimiento de abatimiento es provocado por el vientre posterior del digástrico y por los músculos suprahióideo: milohióideo, genihióideo y cutáneo cervical.

El movimiento de abatimiento puede ser hecho en dos tiempos, el primero, de proyección hacia adelante y ligero abatimiento de la mandíbula y el segundo de abatimiento completo. Puede hacerse en un solo tiempo.

El movimiento de elevación está bajo la dependencia de los músculos masetero, temporal y pterigoideo interno. En este movimiento el mentón se lleva ligeramente hacia adelante para luego volver al cierre normal de los maxilares.

El movimiento de proyección hacia adelante es muy limitado en el hombre; está caracterizado por la proyección hacia adelante de la arcada dentaria inferior que sobrepasa a la superior cuatro o cinco mm. Son los músculos pterigoideos externos los que realizan este movimiento.

El movimiento de retracción, inverso del interior es producido por el músculo digástrico y los haces posteriores u horizontales del músculo temporal.

Los movimientos de lateralidad o de diducción provocan un movimiento alternativo del mentón, a la izquierda y a la derecha de la línea media, haciendo que los molares hagan su papel de muela. Son los músculos pterigoideanos externos e internos de un lado y los externos del otro, aquel hacia donde se desvía la mandíbula, los que intervienen en este movimiento.

En caso de luxación de la mandíbula los dos maxilares están ampliamente separados, la boca abierta y la aproximación de ellos es imposible. Cuando hay contractura del masetero el abatimiento de la mandíbula y por lo mismo la abertura de la boca son imposibles.

#### 5.- Enfermedad actual.

Una buena práctica psicológica consiste en pedir al paciente que relate su E.A. (su problema) con sus propias palabras. Habitualmente se registra en términos no técnicos, como "llaga dolorosa en la lengua". Luego se pide al paciente que "cuente" desde cuando (fecha) observó por primera vez la lesión, cómo se desarrolló, los síntomas experimentados y los tratamientos previos. Los detalles completos de la enfermedad actual — constituyen la historia de ésta. Los síntomas del paciente representan la suma de sus experiencias subjetivas, incluyendo sus reacciones emocionales. Se construye así la historia de la en-

fermedad actual (H.E.A.).

Dentro de lo posible, no hay que interrumpir al paciente. Deben evitarse las preguntas tendenciosas. El paciente debe expresar sus emociones y reacciones al ambiente que lo rodea, pero sin alejarse demasiado del tema de la enfermedad actual. Tampoco conviene subrayar errores en la utilización por el paciente de ciertos términos técnicos o la interpretación de síntomas durante el interrogatorio. Si el paciente suspende el relato de su enfermedad, en general basta con repetirle la última frase pronunciada para que continúe.

Las razones que tenga el paciente para buscar - tratamiento odontológico, y los detalles del caso, podrían parecer fáciles de obtener, y existe la tentación de confiar estas tareas a personal auxiliar. En ciertos casos, este método puede ser satisfactorio, pero en otros, lo que permite comprender el verdadero problema no es tanto lo que dice el enfermo, sino más bien la forma en que lo dice.

Además de la enfermedad principal y de la historia de la enfermedad actual, es necesario recoger los antecedentes odontológicos. Como en los casos anteriores, muchas veces - es preferible vigilar estrechamente la forma en que el paciente describe los detalles del tratamiento odontológico previo y sus reacciones frente al dentista, que estudiar los datos anotados en una hoja por una secretaria, o un asistente. Hablando personalmente del tratamiento odontológico previo con el paciente, y



prestando atención a los matices de las palabras empleadas y de la expresión de la cara, es posible formarse una idea bastante acertada de la importancia que el paciente ascribe a un buen -- tratamiento odontológico y hasta que punto ha seguido y seguirá en el futuro las indicaciones que se le den.

Durante la fase inicial de la entrevista se estblecen las bases para la comunicación entrevistador-enfermo y -- se delimitan para fines diagnósticos las áreas generales afectadas.

El entrevistador observará que los síntomas señalados tienden a agruparse, para constituir los episodios del padecimiento. Su tarea, entonces, será de caracterizar cada uno -- de estos episodios y analizar las relaciones que presentan entre sí. En primer lugar, procura identificar cual de los episodios puede ser la causa del problema clínico actual de su enfermo, para esto necesita hacer una reconstrucción consecutiva de los síntomas más recientes, refiriéndose especialmente a su evolución y características. Conforme se va desarrollando la entrevista se irá aclarando cuales son los episodios que pertenecen propiamente al padecimiento actual y cuales representan enfermedades pasadas. No habrá ningún problema de identificación si -- se trata de una enfermedad bien delimitada en un individuo que nunca estuvo enfermo antes. Sin embargo, puede encontrarse una gran variedad de situaciones clínicas cuya complejidad hará más difícil la definición del padecimiento actual.

Debido a esta complejidad de las enfermedades, - el estudio de los síntomas de presentación suele abarcar las - circunstancias de la vida actual del enfermo, su estado de salud en el pasado y el estado de salud de los miembros más importantes de su familia. Así, aunque el objetivo principal es la aclaración del padecimiento actual, esta parte de la entrevista aportará datos importantes sobre numerosos aspectos de la historia clínica. En efecto, la investigación ulterior de los antecedentes familiares y de la historia personal y social se realiza con más facilidad si el entrevistador puede referirse a - puntos que fueron ya mencionados por el propio paciente. Así - mismo, las asociaciones espontáneas que hace el enfermo entre - los síntomas y algunos acontecimientos de su vida pueden contribuir a entender mejor su padecimiento actual. Por ejemplo: si el enfermo menciona que su padre tuvo recientemente un ataque - cardíaco, mientras describe sus propios trastornos respirato- - rios, el entrevistador debe pensar en la posibilidad de un origen psíquico de los síntomas del enfermo.

#### 6.- Antecedentes patológicos familiares.

Los antecedentes familiares comprenden la edad, salud y causa de muerte de familiares (padres, hermanos, esposa hijos). Incluirá una anotación acerca de las enfermedades con gran capacidad de infección, pues estos antecedentes permiten - obtener información acerca de enfermedades transmisibles o que tienden a afectar familias enteras. Es el caso de la tuberculosis, fiebre reumática, migraña, trastornos siquiátricos o neuró - ticos, ciertas variedades de cáncer (por ejemplo, de la mama),-

alergias e hipertensión arterial. Las enfermedades hereditarias son comunes en el sistema nervioso (por ejemplo la corea de Huntington), y es clásica la naturaleza hereditaria de las hemofili<sub>as</sub> y la diabetes; debe preguntarse la causa de muerte de los que fallecieron. Un paciente del sexo masculino, con angina de pecho, cuyo padre y abuelo hayan muerto antes de los cuarenta años por infarto del miocardio, requiere manifiestamente un manejo cuidadoso.

Al finalizar las averiguaciones acerca de los antecedentes familiares, se hacen preguntas más específicas sobre aquellas enfermedades que podrían relacionarse con su propio padecimiento por medio del contagio o por un factor genético. Es preciso recordar que algunas enfermedades hereditarias no siempre se manifiestan directamente en los padres o abuelos, así, por ejemplo, la hemofilia atribuida a un gene recesivo ligado con el sexo, podrá ser clínicamente evidente sólo en un tío o primo.

#### 7.- Antecedentes patológicos personales.

Una vez terminada la historia de la enfermedad actual y los antecedentes patológicos familiares, la historia se extiende hasta la salud y enfermedades anteriores (antecedentes patológicos). Esta anotación contendrá una exposición del estado de salud del enfermo, una lista de las principales infecciones que haya padecido, una mención de los estados alérgicos importantes (en especial la reacción a los fármacos) y un registro de las intervenciones, heridas, y datos acerca de técnicas

médicas, enfermedades e ingresos en hospitales anteriores. Se anotarán los datos de los antecedentes patológicos que sean importantes para la enfermedad actual. La historia contendrá también una exposición acerca de la estabilidad mental del enfermo.

Al final de la historia se hará un comentario sobre la confianza que merecen las descripciones del enfermo. Se comprobarán, con su permiso, las hospitalizaciones anteriores o las consultas a otros médicos, así como el diagnóstico de la enfermedad y las técnicas exploratorias empleadas.

Puede conseguirse una información valiosa por la comparación de radiografías, electrocardiogramas y resultados de laboratorio obtenidos en exámenes previos.

Los antecedentes médicos del paciente son menos importantes para el diagnóstico odontológico que para el diagnóstico médico; sin embargo, pueden resultar fundamentales en ciertas enfermedades de la boca, como liquen plano, eritema multiforme o glositis benigna migratoria. Aun cuando los antecedentes médicos no ayuden al diagnóstico exacto de la enfermedad principal, suministran al clínico cierta información del estado físico del paciente, su posible reacción a las infecciones, y sus reacciones emocionales, cosas que pueden modificar tanto el tratamiento como el pronóstico.

Los antecedentes médicos contienen información acerca de cualquier enfermedad grave o importante que se haya

sufrido en el pasado (una enfermedad antigua, pero cuyos síntomas todavía persisten, puede pertenecer simultáneamente a los antecedentes médicos y al estudio de aparatos y sistemas). Los antecedentes médicos comprenden los siguientes capítulos:

- Enfermedades graves o importantes.
- Hospitalizaciones.
- Transfusiones de sangre.
- Alergias.
- Tratamientos medicamentosos.

Como el término de "enfermedad grave" es poco preciso, se pedirá al paciente que mencione las enfermedades que requirieron atención médica, o que lo obligaron a permanecer en cama tres días o más.

Además de indagar sobre enfermedades graves en general, el dentista preguntará específicamente al paciente si está enterado de haber sufrido en el pasado enfermedad del corazón, fiebre reumática, "dolores de crecimiento", soplos cardíacos y otras manifestaciones de fiebre reumática o cardiopatía reumática. Por desgracia, como la fiebre reumática suele presentarse entre los seis y los diez años, muchos pacientes han olvidado estos hechos fundamentales. La relación entre cardiopatía reumática y la endocarditis que puede sufrir un paciente a consecuencia de maniobras odontológicas es conocida de todos.

También se debe pedir al paciente que mencione -

todas sus hospitalizaciones previas, y diga porqué fueron. - Quizá se haya tratado de estudios diagnósticos, o de una enfermedad grave comprobada. Otra subdivisión de los antecedentes médicos debe comprender el registro de las transfusiones de sangre. Si las hubo, quizá se debieron a enfermedad grave, lo que constituye doble prueba para un paciente poco comunicativo u olvidadizo, que tal vez no haya mencionado la enfermedad al tratar de hospitalización o enfermedades graves. También debe recordarse que un paciente que recibió recientemente una transfusión de sangre puede ser portador del virus de la hepatitis lo que representa un peligro tanto para el dentista como para sus otros pacientes.

Las alergias o tendencias alérgicas conocidas - deben figurar en los antecedentes médicos. Estas tendencias incluyen por ejemplo, el asma y la fiebre de heno. Deben distinguirse las alergias verdaderas, que se manifiestan por urticaria, edema angioneurótico, erupciones cutáneas, síntomas respiratorios y síntomas de enfermedad del suero, de simples aversiones psicológicas del paciente. Una historia de "alergias" múltiples a los alimentos a veces sólo significa flatulencia o erupciones frecuentes por comer sin placer.

Como los pacientes muchas veces olvidan sus alergias, es aconsejable que el dentista pregunte específicamente - acerca de las alergias a cualquier medicamento que piense recetar; por razones médico-legales, debe anotar esta información - sobre alergia en la historia.

Es preciso preguntar una y otra vez al paciente qué medicamentos está tomando, o tomó hace poco (en las últimas seis semanas). Cuando el enfermo no conozca bien la naturaleza del medicamento, es aconsejable mandar una carta o llamar por teléfono al médico tratante o a la farmacia. Quizá estas "pastillas para el corazón" no sean digital, sino anticoagulantes. A veces, un paciente que toma un medicamento con regularidad olvida mencionarlo en la lista de fármacos ingeridos. Un enfermo con cardiopatía reumática puede olvidar que ingiere todos los días un comprimido de penicilina. Una mujer que toma pastillas anticoncepcionales también puede olvidarlas. Los enfermos que ingieren con regularidad aceite mineral como laxante quizá no lo consideren "medicamento", y es difícil esperar de ellos que sepan que este aceite transtorna importantemente la absorción de vitamina K, y puede tener como consecuencia una diatesis hemorrágica durante las maniobras odontológicas, por descenso del nivel de protrombina.

Es preciso recordar a los pacientes que por "medicamentos" se entiende todo lo que se ingiere aparte de los alimentos.

El estudio de aparatos y sistemas es una lista de síntomas atribuibles a varios sistemas de órganos del cuerpo (como cardiovascular, digestivo, genitourinario, etc.). El estudio consiste en preguntar en forma metódica al paciente si sufre síntomas susceptibles de indicar alguna enfermedad de dichos sistemas de órganos. Es necesario este paso, pues algunos pa-

cientes quizá no relacionen los síntomas que sufren con ninguna anomalía o enfermedad, y por lo tanto, no piensen en mencionárselo al dentista o al médico, en ausencia de preguntas específicas. Por ejemplo, si se pregunta al paciente: "¿todo anda bien del lado del corazón?", puede decirse que sí. Pero un estudio más cuidadoso del sistema cardiovascular consiste en preguntar al paciente si sufre fácilmente de sofocación, si siente dolor precordial o en el brazo izquierdo al hacer ejercicio, si tiene edema de tobillos, cianosis, disnea de esfuerzo, ortopnea, etc. De esta manera es posible reconocer la existencia de síntomas y signos de enfermedad cardiovascular. ¿Cuántos enfermos saben que existe una relación entre su corazón y una hinchazón de los tobillos?

Resumiendo, se deberán anotar los siguientes -  
datos:

- Enfermedades desde el nacimiento como son sarampión, rubeola, poliomielitis, etc.
- Enfermedades de la adolescencia como amigdalitis, colitis, fiebre reumática, etc.
- Enfermedades de adulto: apendicectomías, operaciones de hernias, vesícula, etc.
- Enfermedades de la vejez: gota, corazón, etc.
- Alergias: penicilina, ácido acetilsalicílico, anestésicos locales, algún otro fármaco.
- Traumatismos: contusiones, golpes, fracturas, esguinces.
- Mutilaciones: falta de algún dedo, mano, etc. y el motivo.



- Corticoides: aplicación de cortizona.
- Transfuncionales: haber recibido sangre de -  
otras personas.
- Enfermedades mentales o nerviosas.
- Enfermedades gineco-obstétricas (en personas -  
del sexo femenino): embarazo, abortos, partos,  
etc.

8.- Antecedentes no patológicos personales.

Los antecedentes sociales y ocupacionales permiten a veces establecer el diagnóstico de ciertos trastornos. Un moteado oscuro sorprendente de la encía peridentaria deja de ser un misterio cuando el paciente nos dice que trabaja con plomo, bismuto o cadmio. Es fácil explicar una erosión anormal de los dientes en un trabajador que maneje un soplete de arena; - habrá que mandar de inmediato este paciente al médico, para un estudio de los pulmones en busca de silicosis. Un alcohólico - presenta más riesgo en caso de anestesia general, pues puede - sufrir una hipotensión profunda y duradera. Los alcohólicos con frecuencia muestran leucopenia y una baja resistencia a las infecciones; si se hospitalizan sin acceso a la bebida, pueden - sufrir una crisis de delirium tremens que llega a causar la - muerte. Un paciente que haya viajado recientemente al extranjero puede sufrir una enfermedad infecciosa desconocida en el - país de origen.

En esta parte del interrogatorio se deberán anotar los siguientes puntos:

- Etilismo (alcoholismo): si el paciente bebe es porádicamente, cada ocho días, cada ocho días mucho o diario.
- Tabaquismo: si fuma esporádicamente, media cajetilla, una cajetilla diaria o más.
- Habitación: si donde habita el paciente está bien ventilado, luz, higiene de la habitación; si está en malas condiciones, muchas personas en una misma habitación, piso de tierra, etc.
- Alimentación: calidad y cantidad de la misma, balance entre vitaminas y proteínas.
- Vestido: higiene personal, frecuencia del baño aseo bucal.

Todos estos datos deberán investigarse con el mayor tacto y discreción para evitar disgusto por parte del paciente.

Si se ha tenido cuidado de seguir el padecimiento del enfermo en el contexto de su modo de vivir y de sus relaciones familiares, sólo quedará la tarea de completar algunos temas dejados inconclusos en el transcurso del interrogatorio. Generalmente, la confianza del enfermo ha llegado para entonces a tal punto que está completamente dispuesto y, a veces hasta ansioso, de discutir sus preocupaciones personales, que antes hubiera dudado en revelar. Estas preocupaciones tienen mucha importancia para las decisiones que habrán de tomarse acerca del tratamiento y pronóstico.

La cantidad y precisión de detalles que será necesario obtener son diferentes para cada enfermo, pero en todos los casos es imperativo disponer de una información completa acerca de las condiciones de vida actuales del paciente. Generalmente, cuando se demuestra interés y el dentista se deja guiar por el paciente, éste suele indicar espontáneamente todo lo que puede ser útil. La edad del enfermo y la naturaleza del problema actual dan algunas indicaciones sobre los puntos que deberán ahondarse.

La finalidad de la historia personal y social del enfermo es de proporcionar una visión general de la adaptación y del funcionamiento del enfermo a lo largo de su vida; la mejor manera de lograrlo es estudiando cómo se comportaba el paciente frente a las crisis de índole diversa por las que tuvo que pasar en su vida. Así, se investigarán sus reacciones y actuaciones ante algunos hechos tales como su vida fuera de casa, enfermedades y muertes de parientes o amigos íntimos, casamiento, cambios en su posición económica o social. Se insistirá siempre más en las reacciones del enfermo y en su manera de capear dichos acontecimientos, que en el acontecimiento mismo.

#### 9.- Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos

Es necesario la revisión de los sistemas orgánicos para excluir la posibilidad de otros padecimientos que hayan pasado desapercibidos en la descripción de la enfermedad actual.

La revisión de sistemas permite pasar revista a todos los demás síntomas y padecimientos menores que pudo haber tenido el paciente. Comprende todos aquellos síntomas tanto pasados como presentes que no fueron considerados como parte del padecimiento actual. Con cierta práctica, resulta relativamente fácil aprender de memoria los principales síntomas que suelen estar asociados con cada uno de los órganos o sistemas orgánicos. Para facilitar este proceso es recomendable apuntar todas las informaciones pertinentes, tanto negativas como positivas.- Los síntomas positivos deben describirse brevemente a fin de poder identificarlos de manera evidente, especialmente en cuanto a cronología.

Los síntomas que han de considerarse en cada sistema orgánico son los siguientes:

- Piel: cambios de color, prurito, contusiones, pe-  
tequias, marcas de nacimiento o nevos; infeccio-  
nes, erupciones, pelos, uñas.
- Sistema hematopoyético: anemia, transfusiones y  
reacciones (de ser posible señalar fechas), he-  
morragia espontánea o excesiva después de avul-  
sión dentaria, amigdalectomía o pequeña lesión;-  
ganglios dolorosos, tumefactos o supurados.
- Cabeza y cara: cefalalgias, traumatismos, dolor  
facial.
- Oídos: dolor, secreción, cerumen, sordera, zumbi-  
dos.

- Ojos: visión, lentes (fecha del último exámen), dolor, inflamación, infección, diplopía, visión borrosa, escotomas, nistagmo.
- Nariz y Senos: epistaxis, obstrucción, secreción escurrimiento posnasal, dolor de los senos.
- Boca: faringe y laringe; Labios (color, humedad, lesiones, queilosis); aliento, lengua (tamaño, papilas, humedad, saburra, movilidad, lesiones); dientes (caries, extracciones, abscesos, prótesis, fecha del último exámen); encías (sangrado, color, forma, parodontitis, gingivitis); cavidad bucal (paladar, arcos amigdalares, carrillos, piso de la boca); faringe posterior (color, pigmentación, movimiento, tejido linfóide, masas, lesiones); amígdalas (tamaño, exudado, color).
- Cuello: movilidad y fuerza del cuello, dolor, cicatrices, masas, glándulas salivales (tamaño, sensibilidad dolorosa); tiroideas (tamaño, sensibilidad, nódulos, quistes).
- Vías respiratorias: tos, cambios en la tos crónica, expectoración, jadeo, dolor pleurítico, cianosis, tuberculosis.
- Sistema cardiovascular: dolor torácico con el esfuerzo, disnea con el esfuerzo, disnea nocturna, edema de los miembros inferiores, palpitaciones, presión arterial y pulso, soplo diagnosticado, dolor en las pantorrillas con el esfuerzo, várices, etc.

- Sistema gastrointestinal: apetito, sed, náuseas, vómito, idiosincrasias alimenticias, gases, eructos, ácidos, trastornos de la deglución, dolor abdominal, ictericia, movimiento intestinal (frecuencia, diarrea, estreñimiento, sangre, heces - de alquitrán, laxantes); hemorroides, hernia, - hepatitis.
- Vías urinarias: disuria, cambio de color, poliuria, frecuencia, urgencia, nocturia, escozor, - hematuria, cálculos, trastornos en la emisión de orina, retención, edema de los párpados o generalizado.
- Esqueleto: dolor en las extremidades, espalda o cuello; rigidez; limitación de los movimientos, tumefacción de las articulaciones, calor, enrojecimiento o crepitación, esguinces, deformaciones, articulación temporomandibular.
- Sistema nervioso: convulsiones, síncope, vértigos, desvanecimientos, temblor, ataxia, trastornos del habla, atrofia o dolor muscular, masas, - debilidad o parálisis, parestesias.
- Sistema endócrino: bocio, temblor, intolerancia al calor o al frío, cambio de voz, polifagia, poliuria, polidipsia, cambio en el perímetro del cuerpo.
- Estado psicológico: nerviosidad, irritabilidad, pérdida de la memoria, depresión, fobias, insomnio, pesadillas.

Aunque la revisión de sistemas incluye un gran número de secciones, en la práctica el odontólogo se limita a hacer una pregunta general acerca de los puntos más importantes, prosiguiendo con la averiguación rápida y breve de aquellos que le parecen ser más propios para el enfermo que estudia en ese momento.

#### 10.- Pruebas de laboratorio.

Los estudios de laboratorio constituyen una ampliación de la exploración física. Se obtienen del paciente tejidos, sangre, orina y otras muestras que se someten a estudio microscópico, bioquímico, microbiológico o inmunológico. Al avanzar los conocimientos de la amplia gama de enfermedades susceptibles de afectar a la cavidad bucal, se aprovecha cada vez más la información derivada de estas pruebas de laboratorio para establecer la naturaleza de la enfermedad del paciente. Es raro que una prueba de laboratorio aislada permita diagnosticar la naturaleza de una lesión bucal; pero si se interpreta a la luz de la información procedente del interrogatorio y de la exploración física, con frecuencia los resultados de los análisis confirman o establecen una impresión diagnóstica.

Tanto las muestras obtenidas directamente de la cavidad bucal (raspado de la mucosa de la boca, biopsia tisular, torundas con exudado) como el material más frecuentemente estudiado en el laboratorio clínico (sangre, orina) pueden suministrar información de gran utilidad para el diagnóstico de lesiones bucales: se necesita demostrar la presencia

de levaduras y micelios en un frotis de mucosa bucal teñido - con Gram para confirmar un diagnóstico de moniliasis (mugrete) para confirmar un diagnóstico de mononucleosis infecciosa, - que explique lesiones bucales atribuidas a enfermedad, es preciso encontrar un título elevado de anticuerpos heterófilos - en suero, así como los cambios característicos de número y - tipo de leucocitos circulantes.

Con frecuencia, las lesiones de la cavidad bucal pueden verse complicadas por una enfermedad general concomitante, o pueden deberse a esta enfermedad; por lo tanto, - muchos estudios de laboratorio solicitados por el dentista - son los mismos que se utilizan en medicina. La enfermedad general sospechada por el dentista suele ser más grave para el paciente que la lesión bucal que presenta; de hecho, al estudiar una situación de este tipo, el dentista está atacando un problema médico.

Debe insistirse en que la mayor parte de los - estudios realizados por los dentistas en busca de enfermedades generales no bastan para establecer un diagnóstico. Por - ejemplo, el dentista que encuentre azúcar en la orina de un - enfermo no debe decirle que tiene diabetes, sino simplemente que el resultado de la prueba es anormal y que es necesaria - una consulta médica. Los resultados de la prueba deben ir directamente al médico, y el diagnóstico de diabetes, hipertensión, etc., será hecho por éste, después de una exploración - física y un interrogatorio completo, y probablemente, de otros estudios de laboratorio.



El dentista que pide o realiza pruebas de laboratorio para la identificación de una enfermedad general debe pensar siempre en lo que podrá hacer con los resultados de la prueba cuando lleguen a sus manos. Una prueba de laboratorio sin medidas ulteriores, además de no servir de nada, puede producir gran ansiedad en el paciente.

Una de las pruebas de laboratorio que más comúnmente solicita el cirujano dentista en la que se refiere a la glucosa, que en sangre total no debe elevarse por encima de los 120 mg., ni debe descender más allá de 80 mg. La concentración de la glucosa sanguínea está controlada por diversas variables de las que la más importante es la insulina, secretada por el páncreas. Las glándulas suprarrenales, hipófisis y tiroides y el hígado participan también en la regulación del metabolismo de la glucosa. La concentración sanguínea de glucosa se eleva en la diabetes mellitus y disminuye después de la administración de insulina.

Las pruebas de tolerancia a la glucosa miden el cambio de la concentración sanguínea de glucosa después de la administración de una dosis tipo de glucosa. Normalmente hay un pasajero aumento de la concentración de glucosa sanguínea que vuelve a la normalidad dentro de las dos horas. En la diabetes mellitus el nivel de la glucosa inicial (en ayunas), puede ser superior al normal y el descenso se retrasa. En la malabsorción la concentración inicial de glucosa sanguínea es a menudo inferior a la normal y después de la administración de la dosis de prueba sólo hay un cambio moderado en la con--

centración. La prueba puede durar de 2 a 3 ó inclusive hasta 6 horas para detectar una diabetes leve o una hipoglucemia - posprandial. No es necesario hacer una explicación de la importancia que tiene este tipo de exámen para el cirujano dentista, pues su profesión está directamente ligada en innumerables ocasiones con todo tipo de problemas sanguíneos.

#### 11.- Estudio radiográfico.

El diagnóstico de las lesiones de los maxilares depende generalmente de los datos obtenidos en la exploración clínica y en las técnicas de laboratorio junto a los hallazgos radiológicos. Normalmente, la radiografía proporciona las primeras sugerencias acerca de las alteraciones óseas observadas en la enfermedad. Las alteraciones sutiles de la densidad ósea detectables en las radiografías ayudan no solo a establecer el diagnóstico, sino que también proporcionan un medio para seguir la evolución de la enfermedad, ya sea en su desarrollo o en su respuesta al tratamiento.

Ya que la imagen radiológica desempeña un papel tam importante en el diagnóstico, el dentista debe asegurar la mayor exactitud posible utilizando las placas y las técnicas de exposición más efectivas. La calidad de la radiación debe ser tal que refleje las mínimas variaciones en la densidad de la lesión y en el hueso de alrededor. Debe de utilizarse sólo la cantidad de radiación precisa para registrar estas densidades de la forma más adecuada, debido al interés cada vez mayor que se presta a la higiene de la radiación.

La visualización adecuada de un proceso patológico dependerá a menudo de la utilización de una película de tamaño adecuado. La placa periapical registrará correctamente los dientes, la cresta alveolar y el hueso de alrededor, pero puede registrarse un quiste radicular grande en una película mayor como es una placa lateral, asegurando así una imagen más exacta no sólo de la lesión misma, sino también del quiste en relación con sus alrededores.

La película panorámica es de gran importancia cuando se quiere una comparación entre los lados derecho e izquierdo o cuando se estudia una lesión expansiva de los maxilares. El tamaño y extensión de una displasia fibrosa generalizada se aprecia mejor en una de estas películas. En resumen la extensión de la lesión determinará el tamaño de la película a utilizar.

La representación gráfica de una lesión ósea determinada requiere a menudo la utilización de diversas angulaciones para mostrar las tres dimensiones de la forma más exacta posible. Por ejemplo, una película puede, en virtud de su posición adelantada en relación al ángulo de la radiación, mostrar la longitud anteroposterior de la masa, mientras que otra, como puede ser una oclusiva, indicará la verdadera dimensión bucolingual.

El problema de la valoración exacta de las alteraciones en la densidad de la película todavía no está bien

solucionado en la radiología dental. La gran variación en el aspecto de densidades óseas normales hace muy difícil a veces detectar alteraciones del hueso incluso frente a datos clínicos y de laboratorio positivos. Por ello muchos casos de enfermedades generales se descubren sólo después de que aparezcan otros signos y síntomas.

#### 12.- Modelos de estudio.

Los modelos en yeso proporcionan una "copia razonable" de las arcadas del paciente. A pesar del exámen clínico minucioso, es bueno contar con un buen juego de modelos en yeso para correlacionar datos adicionales tomados por -- otros medios como son las radiografías intrabucales, la observación directa, etc. El dentista no deberá depender de la memoria y sus apuntes al tratar de definir el estado preciso de la oclusión de un paciente.

Los modelos de estudio tomados en un momento - determinado durante el desarrollo de un niño (por ejemplo), - constituyen un registro permanente de esta situación ligada al tiempo. Junto con los datos obtenidos subsecuentemente, constituyen un registro continuo del desarrollo o falta de desarrollo normal. Igualmente la medición de las arcadas, discrepancia en el tamaño de los dientes, espacio existente, longitud total de las arcadas, etc., son más precisos cuando se - realizan sobre modelos de estudio que en la boca del paciente.

Los modelos en yeso proporcionan un registro -

preciso de una situación determinada en un momento dado. Las medidas, tan necesarias para problemas de longitud de arcada deben ser tomadas directamente de los modelos. Sirven también como auxiliares valiosos para discutir el problema con el paciente o aún con otros pacientes que tengan problemas similares.

Después del exámen clínico, no hay mejor auxiliar que los modelos de yeso correctamente tomados y preparados de los dientes y tejidos de revestimiento del paciente. La mayor parte de los datos sacados del estudio cuidadoso de los modelos de yeso sirven para confirmar y corroborar las observaciones realizadas durante el exámen bucal.

Los problemas de pérdida prematura, retención prolongada, falta de espacio, giroversión, malposición de dientes individuales, diastemas por frenillos, inserciones musculares y morfología de las papilas interdentarias son apreciados de inmediato. Las dudas acerca de la forma y simetría de los dientes y de la arcada, tamaño de los dientes y discrepancia en la forma de uno de los maxilares solo pueden ser resueltas si se toma el tiempo necesario para observar, medir y apreciar. El grosor del hueso alveolar sobre los dientes, la profundidad de la curva interna del hueso basal partiendo del margen gingival, la relación apical basal de los dientes en cada maxilar y las relaciones apicales basales de las arcadas dentarias superior e inferior son algunos de los datos importantes que se obtienen.

Las yemas de los dedos sensitivas al pasar sobre los dientes, tejido gingival, bóveda del paladar, vestibulo superior e inferior y mucosa bucal, pueden obtener muchos de los datos en el exámen clínico inicial, pero la objetividad de un análisis sobre un modelo de yeso es mayor, ya que permite medir lo que era solamente una impresión clínica. Los problemas de migración, inclinación, sobreerunción, falta de erupción, curva anormal de Spee y puntos prematuros pueden ser anotados y correlacionados con el análisis y los datos radiográficos.

Los modelos de estudio tienen gran cantidad de usos en varias ramas de la Odontología; así, por ejemplo, son de vital importancia en prostodoncia, en donde un buen modelo es básico para el éxito de una placa total; en prótesis parcial, sea fija o removible, un modelo correctamente elaborado es determinante para una prótesis bien ajustada que proporcione al paciente las características ideales de funcionalidad y estética; en operatoria dental son necesarios para elaborar incrustaciones correctamente diseñadas y que se ajusten a la fisiología de la masticación individual del paciente; en ortodoncia son una de las bases principales para realizar un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado, etc.

III

DIAGNOSTICO.

Al irse identificando la odontología con un servicio público, se atiende cada vez más a la prevención de enfermedades bucales, y a su diagnóstico, incluso dentro del campo de la medicina general. El dentista, cuyo interés se concentra anatómicamente en la cavidad bucal y los órganos que contiene o la rodean, debe ser capaz de diagnosticar en forma segura en esta región, incluso frente a casos de patología médica.

El médico general y el especialista que se ocupa de regiones vecinas de la cavidad oral no suelen conocer bien las enfermedades habituales de los dientes, los tejidos de sostén o la mucosa bucal; muchas veces no conocen tampoco las manifestaciones bucales de las enfermedades generales. Por lo tanto, el dentista debe encargarse de diagnosticar: enfermedades de los tejidos dentarios duros y blandos, enfermedades de los tejidos de sostén (periodónticos); enfermedades que se limitan a labios, lengua, mucosa bucal y glándulas salivales, lesiones de la cavidad bucal y órganos vecinos que formen parte de una enfermedad general.

Además de suministrar a su paciente un servicio de salud de mayor calidad, es preciso que el dentista conozca las enfermedades generales susceptibles de modificar o impedir determinadas maniobras odontológicas, aunque en estos casos no se observe ningún cambio característico en la cavidad bucal.



La palabra diagnóstico supone identificación de la enfermedad existente. Obligatoriamente, debe tomar en cuenta las características de la enfermedad del caso, que la distingue de otros fenómenos patológicos. Constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación, cuya base y tela de fondo es el interrogatorio del paciente, la exploración física y los estudios de laboratorio indicados. La función diagnóstica es una responsabilidad importantísima en el ejercicio de la odontología. El dentista suele atender a intervalos regulares pacientes ambulatorios que no presentan enfermedad grave. Mediante observación crítica y preguntas cuidadosas, tiene una gran oportunidad de identificar signos tempranos de enfermedades degenerativas comunes, deficiencias nutricionales y enfermedades del metabolismo. Así mismo, puede asumir un papel decisivo en el diagnóstico temprano del cáncer y puede aconsejar visitas de revisión periódica por el médico. El dentista no debe olvidar que hay muchos más enfermos en las calles que en los hospitales y que algunos de estos enfermos pueden acudir a él en busca de servicios profesionales. Estos casos asintomáticos pueden presentar las primeras manifestaciones de una enfermedad general, cuyo diagnóstico temprano por el dentista permite al médico aplicar un tratamiento temprano también, y en general más eficaz.

El dentista debe conocer además las manifestaciones bucales y la sintomatología de las enfermedades contagiosas más graves. Un pronto diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades disminuye el peligro de contagio a otras per

sonas, incluyendo el propio profesionalista.

Tanto el paciente como el dentista se benefici--  
cian del tratamiento lógico y eficaz que permite un diagnósti--  
co bien hecho. Los estudios diagnósticos, ordinarios o espe--  
ciales, reducen además al mínimo las reacciones generales in--  
deseables, desagradables y a veces graves, frente a ciertos -  
tipos de tratamiento odontológico.

El tiempo que el dentista dedica al interroga--  
torio no sólo es útil para establecer el diagnóstico y pla--  
near el tratamiento, sino que representa un medio excelente -  
para establecer buenas relaciones con el paciente. Este aspec--  
to del método diagnóstico generalmente recibe poca atención -  
por parte del clínico. En general es necesario explicar al -  
paciente las ventajas de un diagnóstico completo antes del -  
tratamiento odontológico. Se trata de una etapa importante en  
la educación del paciente y otro punto a favor de un buen -  
diagnóstico.

En un tiempo, muchos dentistas consideraban -  
que no era necesaria una historia escrita para cada paciente.  
Por fortuna para los enfermos, en la actualidad los dentistas  
se percataron de la necesidad e importancia de una historia -  
cuidadosa antes de cualquier tipo de atención odontológica.  
Es fundamental que el dentista identifique cualquier posible  
enfermedad general y conozca la naturaleza exacta de los medi

camentos recetados por el médico, de manera de poder planear un tratamiento odontológico apropiado.

Es esencial realizar una historia completa para el diagnóstico de enfermedades poco frecuentes de tejidos bucales duros y blandos. Una historia bien hecha y bien analizada no solo ayuda a establecer la causa de la lesión, sino - que proporciona al dentista una valiosa información acerca de las reacciones del paciente frente a esta enfermedad. También permite una exploración mejor y más eficaz. Constituye un antecedente útil para el tratamiento del paciente, para fines - de investigación y, cuando haga falta, para fines médico-legales.

El paciente que requiere una atención odontológica ordinaria suele asentir a que se le interrogue cuando se le explica bien la importancia y necesidad del proceder; aprecia el interés global del dentista por su problema.

En general, se llega al diagnóstico final después del estudio cronológico y la valoración crítica de la - información recogida en el interrogatorio, la exploración - física del paciente y los resultados de estudios radiográficos y de laboratorio. La fase más importante de todo el método diagnóstico es la valoración crítica del conjunto de datos obtenidos.

Uno de los problemas más difíciles con que se enfrenta el clínico consiste en establecer si la enfermedad -

principal que aqueja al paciente es de naturaleza orgánica o "funcional", o si constituye una manifestación del estado emocional del paciente. Para ello, es necesario averiguar el significado que el paciente atribuye a los síntomas, y sobre todo las posibles ventajas que presentan para él. El 80% de los pacientes con problemas funcionales se pueden reconocer por un interrogatorio cuidadoso, sin recurrir a muchos estudios de laboratorio caros y a veces dolorosos, cuyos resultados pueden ser todos normales.

Las reacciones emocionales suelen traducirse durante el interrogatorio por preocupación o ansiedad notable del paciente; éste transpira en forma visible o excesiva, se muerde los labios, etc. El idioma empleado o el tono de la voz pueden ser importantes. El paciente puede manifestar factores tanto orgánicos como emocionales, en cuyo caso hay que establecer si el factor emocional es el más importante o si precedió a los síntomas orgánicos. En muchos casos los datos de enfermedad orgánica local no son convincentes. Una enfermedad orgánica o funcional puede representar ventajas considerables para ciertos pacientes.

Por razones médico-legales el diagnóstico final debe hacerse por escrito y debe comunicarse al paciente o a un miembro responsable de la familia.

Después de revisar cuidadosamente toda la historia, los datos clínicos y de laboratorio y de explorar repetidamente al paciente, no siempre es posible llegar a un diagnóstico indudable. El dentista no debe vacilar en comunicar esta situación al paciente, pues un "diagnóstico incierto" sólo prueba la honestidad del dentista y no una falta de capacidad. Sin embargo, el paciente se preocupa no solo de la enfermedad que tiene, sino también de las que no tiene. Si no puede hacerse un diagnóstico preciso, es muy importante que el clínico comente con el paciente todo el método diagnóstico y señale específicamente, por ejemplo, que las pruebas serológicas en sangre han descartado una lesión sifilítica, y que no hay datos clínicos o de laboratorio (biopsia) de que la lesión sea cancerosa, etc.; el enfermo tiene derecho a este tipo de información y la agradece casi tanto como un diagnóstico específico.

El diagnóstico tiene dos objetivos principales: uno, que consiste en caracterizar la naturaleza del proceso patológico en términos científicos e impersonales y el otro que tiende a valorar las consecuencias que tendrán estos procesos sobre un enfermo dado. El primer objetivo se refiere a la enfermedad, mientras que el segundo alude al padecimiento. Por lo tanto, el proceso diagnóstico conduce, esencialmente, a la clasificación de la enfermedad y a la evolución del padecimiento del enfermo; ambos procedimientos proporcionan la base racional que permitirá establecer el pronóstico y planear

el tratamiento. Por ejemplo, el término "diabetes mellitus" - se refiere a la enfermedad presente en todos aquellos enfermos en los que se hizo este diagnóstico; pero este término da una información relativamente escasa acerca de la experiencia de cada enfermo particular con la diabetes. Para comprender - realmente el padecimiento de un paciente dado es necesario - conocer la gravedad, duración, etapa y evolución de la diabetes en este enfermo, así como la influencia que pueda tener - su constitución biológica o psicosocial particular sobre la diabetes, y, recíprocamente, el impacto que produce dicha enfermedad sobre la manera de vivir del enfermo.

Así, el proceso diagnóstico es la operación - mental que permite identificar la enfermedad y evaluar el padecimiento.

La entrevista, ya sea realizada con el enfermo o una persona bien informada, suministra datos que pueden referirse a las sensaciones subjetivas del paciente (como por ejemplo, dolor, náusea o falta de respiración), a sus sentimientos (por ejemplo, aprensión, desesperación o irritabilidad), a cambios externos (como edemas, palidez o lesiones - cutáneas) y a ciertas alteraciones de sus funciones (por ejemplo, estreñimiento, parálisis o incapacidad para trabajar). El interrogatorio aporta también datos sobre la salud pasada del enfermo y de su familia su educación y trabajo y las circunstancias que rodearon la aparición del padecimiento. El - examen físico permite apreciar en qué estado se encuentra el cuerpo del enfermo y cómo se comporta éste.

IV

PRONOSTICO.

La propedéutica proporciona el conjunto de elementos que forman el material que ha de servir para la elaboración intelectual necesaria para conocer el estado en que se encuentra la salud de una persona. Es decir, elaborar un diagnóstico. Es este uno de los objetos de la clínica; pero la ciencia médica debe también servir para conjeturar con la mayor probabilidad cual será el éxito que tendrá un organismo - cuya salud se encuentra alterada, es decir, tratar de fundamentar un PRONOSTICO. Otro fin de la ciencia médica es tratar de ayudar al organismo a restablecer la normalidad en su salud, es decir, servirá para instituir una terapéutica adecuada para lograrlo.

Establecer un diagnóstico, fundar un pronóstico e instituir, en su caso, un tratamiento, tales son los fines de la ciencia médica.

El diagnóstico completo se basa en hechos, con la interpretación que de ellos se haga. El hecho es definitivo, único, invariable, en tanto que las interpretaciones que de él se hagan pueden ser muy diversas.

Por eso cuando se presenta una manifestación de enfermedad se procurará: 1) Conocerla en todas sus características 2) Fijar bien todas las circunstancias en que se presenta 3) Determinar cuales de esas circunstancias son necesarias para su producción y cuales son contingentes 4) Tra



tar de conocer cuales son las circunstancias que al ser suprimidas, hacen que desaparezca.

Se comprende, fácilmente, cómo es necesario - para establecer el diagnóstico tener un conocimiento exacto - de los hechos que indican la alteración de la salud, y además interpretarlos correctamente.

Pero dar un nombre a la alteración de salud no es establecer el diagnóstico completo. Es necesario establecer todas las condiciones en que el hecho morboso se presente así como fijar las condiciones orgánico-funcionales de conjunto en que el individuo se encuentre.

Solamente así será posible conjeturar sobre el éxito que tendrá una alteración de salud que evoluciona en un individuo, es decir, se podrá fundar un pronóstico. El pronóstico es, pues, el cálculo que el clínico hace sobre la probable evolución que tendrá un organismo que ha perdido ese equilibrio que es conocido con el nombre de salud.

Para elaborar un pronóstico acertado, precisa conocer bien las condiciones generales necesarias para que la vida y la salud se mantengan, o sea, es necesario estar bien enterado de los hechos fisiológicos. Luego se necesita una disciplina clínica suficiente para establecer un diagnóstico acertado y después poseer un acervo de experiencia que permita hacer la comparación necesaria entre el hecho patológico -

actual y los que forman esa experiencia que hará recordar cómo han evolucionado organismos que han estado sometidos a padecimientos semejantes al que, por el momento, ocupa la atención del clínico. Esta comparación del hecho patológico actual con los que forman el caudal de ilustración del médico o dentista, deberá ser hecha siguiendo todo el rigorismo lógico, -- para apartarse, en lo posible del error.

A fin de poder hacer un pronóstico, o sea predecir la evolución y desenlace del padecimiento, el dentista debe saber qué es lo que hace que un padecimiento sea único -- para cada uno de los enfermos. Con frecuencia resulta muy difícil argumentar el pronóstico de un paciente debido a la multiplicidad de factores contribuyentes desconocidos; no obstante el clínico debe tratar de hacerlo, puesto que el análisis del pronóstico no sólo le ayudará a planear el tratamiento, -- sino que también le permite valorar los múltiples elementos -- que influyen sobre dicho juicio. El pronóstico puede dividirse en tres partes; evaluación de la gravedad del padecimiento, supuesta eficacia del tratamiento y evolución que puede preverse para el padecimiento.

Utilizando la información obtenida mediante el interrogatorio y el examen físico de admisión se puede apreciar la gravedad del padecimiento del enfermo, explicando brevemente las razones de una opinión propia. Por ejemplo la gravedad de la insuficiencia cardíaca se aprecia en términos de la duración de los síntomas, de la extensión de los signos -- físicos, del grado de incapacidad funcional y de la respuesta a otros tratamientos.

El dentista debe percatarse de la actitud psicológica del enfermo hacia su padecimiento, puesto que no siempre coinciden el grado de preocupación del paciente y la gravedad de su padecimiento; en efecto, mientras pacientes graves aparentan una indiferencia asombrosa, otros exhiben una preocupación desmedida por un mal sin importancia.

A continuación el dentista debe hacer una breve aclaración acerca de la supuesta eficacia del tratamiento, puesto que el pronóstico depende en gran parte de la eficacia del tratamiento.

Cuando existe la posibilidad de escoger entre varios tratamientos, se deberá reflexionar el porqué de la elección de uno de ellos, es decir, explicar las razones de tal preferencia y comentar la evolución esperada del padecimiento.

El dentista no sólo debe valorar los efectos de los medicamentos específicos y de la posible intervención quirúrgica, sino también los de todos los factores que influyen sobre el tratamiento actual del enfermo. Es necesario tomar en cuenta y conocer la personalidad del enfermo, sobre todo para saber hasta que punto éste puede colaborar en la realización de un programa terapéutico. También es importante conocer las circunstancias presentes de la vida del paciente para poder predecir cual será su respuesta al tratamiento. Este tipo de información se refiere principalmente a la posición económica del paciente.

Como conclusión de la sección referente al pronóstico se analizará la evolución que se prevé para el padecimiento, basándose en la patogenia de la enfermedad, la gravedad del padecimiento del paciente y en la respuesta que se espera obtener del tratamiento. Por último se hace una aclaración sobre la posible duración del padecimiento y el grado de incapacidad que puede dejar. En cuanto a la duración del padecimiento es agudo y de curación espontánea; crónico y remitente; o progresivo y sin modificación. Para valorar la incapacidad se predice la duración del tratamiento, el tiempo de posible convalecencia y las posibles secuelas.

V

PLAN DE

TRATAMIENTO

Antes de dar por terminado el expediente inicial del enfermo puede ser útil esbozar en términos generales el plan de tratamiento. En efecto, la elaboración de este -- plan no sólo ayuda a aclarar conceptos, sino que sirve como - un resumen del tratamiento propuesto al paciente.

Aquí se recomienda identificar primero todos - los problemas que necesitan ser examinados. Cuando hay más de una enfermedad, cada diagnóstico importante debe subrayarse, - describiendo su tratamiento en un párrafo aparte. Esta manera de proceder ayuda a no pasar por alto puntos importantes en - el cuidado de un paciente.

Cuando el tratamiento presenta problemas especiales o controvertibles es necesario analizarlos brevemente, ya que pueden ser de diferente índole, como, por ejemplo, las razones para la elección de un determinado antibiótico, las - ventajas y peligros de una cirugía en un paciente de edad - avanzada, o la capacidad y motivación del enfermo para comprometerse a seguir un tratamiento.

La elaboración de un plan de tratamiento siempre ha sido un arte esquivo, generalmente limitado a una discusión breve acerca de los procedimientos quirúrgicos, restaurativos y protéticos. Para elaborarlo es indispensable identificar las diversas alteraciones dentro de la cavidad bucal, - así como realizar un estudio científico acerca de las entida-

des biológicas interrelacionadas. Cualquier diagnóstico de una enfermedad específica, implica que el dentista debe conocer perfectamente cuáles pueden ser los límites normales de las variaciones para cada paciente en particular, antes de iniciar su tratamiento o de enviarlo a un clínico con más experiencia en el campo del tratamiento indicado para dicho enfermo.

Así pues, el diagnóstico no se basa solamente en las desviaciones de lo normal, sino que también en el conocimiento exacto del sitio y frecuencia con que estas alteraciones se presentan en la cavidad bucal y sus estructuras anexas. La elaboración del plan de tratamiento depende del diagnóstico, que a su vez depende de: 1) historias médica y dental; 2) estudio general de las estructuras bucales y peri bucales; 3) registro metódico de lo observado en la cavidad bucal.

Gran parte de los procedimientos dentales pueden realizarse con el arsenal dental para prestar la atención profesional mínima indispensable para la restauración y conservación de la salud bucal de la población. Sin embargo, al aumentar la complejidad de un caso, deben también aumentar, tanto en número como en calidad, los instrumentos de diagnóstico. Los casos complejos requieren dedicación y tiempo por parte del dentista para poder presentar al paciente sujeto a tratamiento prolongado, una relación organizada del tratamiento requerido, con un programa para su ejecución.

Principios generales para la elaboración de un plan de tratamiento flexible.- Las normas que rigen la terapéutica actualmente en el tratamiento que se imparte a los pacientes son variables debido a las diferencias en los grupos y condiciones clínicas que se le presentan al operador. Sin embargo, existen ciertas reglas básicas aplicables a todos los pacientes, no obstante las dificultades que presente cada caso.

Regla 1.- Proceder científico, basado en el uso académico adecuado de los diversos procedimientos diagnósticos. Sería ridículo utilizar modelos de estudio en todos los casos que emprende el dentista; la historia clínica, sin embargo, es indispensable para todos los casos. Además, si se obtienen todos los estudios y auxiliares para el diagnóstico y no se utilizan en un caso difícil, los resultados reflejarán esta omisión.

La historia clínica dental y el examen visual de la boca, revelarán, a veces, la actitud del paciente hacia los tratamientos largos y complicados. Una de las experiencias frustrantes para el dentista sucede cuando, después de realizar un buen diagnóstico, le es imposible instituir el plan de tratamiento por algunas de las siguientes causas: el paciente carece de recursos económicos; el paciente es muy aprensivo, al punto de no permitirle al dentista refutar los motivos de su angustia; por último, la tercera causa sería una combinación de las dos anteriores.



El primer problema se resuelve más fácilmente que el segundo. Las dificultades monetarias pueden resolverse mediante un programa de pago previo o escalonado, que cubra todos los problemas relacionados con caries y tejidos blandos. Este plan debe incluir un programa de visitas periódicas para la realización del tratamiento. El paciente temeroso constituye un problema importante en la práctica, y generalmente el dentista no cuenta con la opinión de un médico competente. Esto no significa que el dentista deba mandar al paciente a consultar a un psiquiatra; aunque sí puede enviarlo a un internista, quien a su vez lo mandará con alguna persona responsable, antes de iniciar el tratamiento dental.

Regla 2.- Para llegar a formular un diagnóstico de presunción, es necesario seguir un orden lógico y organizado.

Este orden depende de la situación clínica que se le presenta al operador. Si el paciente padece dolor o molestia leve, el dentista debe procurar aliviar los síntomas y tratar la causa del trastorno más inmediato. Con frecuencia, el paciente acude con un trastorno que puede ser o no de naturaleza concreta. Sin embargo, espera que se le instituya un tratamiento inmediatamente para dicho trastorno. Por ejemplo, un paciente se presenta para que le traten un diente anterior astillado, cuando en realidad lo que merece atención inmediata son las piezas posteriores. En este caso, se debe instituir un tratamiento paliativo para la región anterior mientras se lleva a cabo el tratamiento de la parte posterior.

La clasificación de los pacientes según sus - necesidades dentales y número de dientes ayudará a seguir un orden consecutivo y lógico. Si no se establece esta secuencia pueden surgir problemas físicos, mentales y económicos - graves, tanto para el dentista como para el médico.

Orden para la elaboración de un plan de trata  
miento:

1. Pacientes con dentadura completa natural.
  - A. Operatorio.
    1. Profilaxia.
    2. Odontología restaurativa.
  - B. Operatorio y ortodoncia.
    1. Profilaxia.
    2. Odontología restaurativa.
    3. Tratamiento de ortodoncia.
  - C. Endodoncia, operatorio y periodoncia.
    1. Raspado inicial.
    2. Procedimientos de control de caries.
    3. Endodoncia.
    4. Periodoncia.
    5. Odontología restaurativa.
  - D. Cirugía, endodoncia, periodoncia, operatorio, prostodoncia parcial fija o parcial removible.
    1. Raspado inicial.
    2. Cirugía.
    3. Procedimientos de control de caries.
    4. Endodoncia.
    5. Periodoncia.

6. Odontología operatoria.
  7. Prostodoncia parcial fija.
  8. Prostodoncia parcial removible.
2. Pacientes con dentadura parcial natural.
    - A. Cirugía, endodoncia, operatorio, prostodoncia fija o removible.
      1. Raspado inicial.
      2. Cirugía.
      3. Procedimientos de control de caries.
      4. Endodoncia.
      5. Odontología operatoria.
      6. Prostodoncia fija o removible.
    - B. Cirugía, endodoncia, operatoria, prostodoncia fija o removible, cuando la periodoncia ocupe la mayor parte del tiempo del operador.
    - C. Prostodoncia únicamente.
      1. Prostodoncia parcial fija.
      2. Prostodoncia parcial removible.
  3. Pacientes edéntulos.
    - A. Cirugía y prostodoncia.
      1. Cirugía.
      2. Prostodoncia.
    - B. Prostodoncia únicamente.
      1. Prostodoncia.
      2. Prótesis máxilo facial.

Esta lista ayuda a determinar el diagnóstico final y sirve de guía durante todas las investigaciones preliminares.

De esta manera puede completarse un plan óptimo de salud bucal y presentarse al paciente para su aprobación.

Regla 3.- Proporcionar flexibilidad al plan de tratamiento. Es muy importante evitar situaciones embarazosas que podrían surgir ya sea por la falta de previsión en los planes del tratamiento propuesto o de flexibilidad para adaptarlos al derecho del paciente de escoger según su posición social y económica.

La flexibilidad está basada en dos principios: primero, el derecho del paciente de escoger entre varios planes de un tratamiento cambiable; y segundo, previsión por parte del dentista para poder proporcionar planes de tratamiento alternativos a fin de lograr una salud bucal óptima para sus pacientes.

Específicamente, el tipo y diseño de un aparato protésico debe conformarse al plan restaurativo propuesto para el diente. Por ejemplo, si el diente se pierde después de realizar un tratamiento periodontal, esto indica que el diente no era apropiado para prótesis parcial fija. Un plan alterno debe incluir una prótesis parcial removible, que permita añadir un diente, si ha de extraerse, conservando su función y aspecto. Debe tomarse en consideración la durabilidad de todo trabajo, aunque también se debe considerar los -

deseos del paciente, que puede preferir un material diferente por razones estéticas. Por ejemplo, utilizando carillas de plástico en una prótesis fija para una persona que las desgastará con el cepillo en lugar de colocar restauraciones metálicas unidas a porcelana.

El dentista contrae de hecho una obligación -cuádruple en relación con los problemas de su paciente, más o menos en el siguiente orden:

1.- Eliminación del dolor y la enfermedad: - Erradicación del proceso infeccioso o de otras entidades mor bosas como meta mínima del tratamiento, deben practicarse - biopsia y otros métodos diagnósticos además de los sistemáti cos ya preestablecidos.

2.- Restablecimiento de la función: Es sin - duda la fase más importante del tratamiento e incluye la ins titución de todos los métodos necesarios para proporcionar - al paciente capacidad masticatoria adecuada.

3.- Aplicación de estética apropiada: Si bien esta fase se antoja de importancia primaria para el paciente, posee sin duda menor interés en cuanto se refiere a la salud global del enfermo. Sin embargo, el dentista debe ser indulgente respecto a sus demandas de prioridad de la función sobre la estética, ya que no sería correcto, por ejemplo, dejar a un sujeto sin dientes anteriores durante períodos prolongados mientras se restaura una oclusión posterior. A memudo es posible aplicar dispositivos o prótesis temporales que

brindarán buen efecto estético y estimularán al paciente a -  
considerar con mayor interés la fase funcional del tratamiento  
to.

4.- Fase de conservación: Cuando se atiende -  
esta fase en forma adecuada queda el paciente protegido con-  
tra cambios futuros del estado de su boca, y además se evitan  
posibles mal entendidos entre el dentista y el paciente. De -  
esta manera el enfermo goza de un estado de salud óptimo --  
(bucal) y se previenen cambios indeseables antes de que se -  
conviertan en complicaciones importantes.

V I

E V O L U C I O N

En estas notas el dentista registra las modificaciones que ocurren en los síntomas y demás manifestaciones durante el tratamiento. También han de incluirse en estas notas todos los datos pertinentes, tanto de la historia clínica como del examen físico, que no fueron obtenidos durante el examen de admisión o inicial. En efecto, la gravedad o molestia del enfermo al llegar pudo haber impedido la realización de un interrogatorio o examen completos, o bien, desde entonces pueden haber sido aportados nuevos datos ya sea por la familia, el médico de cabecera o por el estudio de otros expedientes anteriores. En general, las notas sobre evolución sólo destacan uno o dos puntos importantes, pero deben escribirse con frecuencia para tener siempre a mano un resumen breve del estado del paciente. Estas notas no deben ser simplemente una descripción de las proyectadas pruebas de laboratorio o de sus resultados, sino que deben recalcar las nuevas manifestaciones presentadas por el paciente e incluir los diagnósticos más recientes hechos por el clínico. Cada una de estas notas ha de llevar la fecha en que fue realizada.

Las notas sobre evolución pueden ordenarse en la forma siguiente:

Síntomas actuales del paciente.- Unas cuantas líneas son suficientes para informar cómo se siente el enfermo, qué cambios ocurrieron en los síntomas o que síntomas nuevos han aparecido.



Datos físicos pertinentes.- Se hace una descripción breve de los datos positivos o de los cambios ocurridos. Generalmente sólo se describe la región donde se encuentran las anomalías.

Impresión.- Es muy importante que el dentista señale su opinión presente acerca del diagnóstico, ya que éste puede haber cambiado desde el día de la primera cita.

Plan.- Es conveniente indicar el diagnóstico actual así como el plan de tratamiento, que pueden haber cambiado desde el día de la primera cita.

Unas notas de evolución bien redactadas no sólo ayudan a los demás a comprender al paciente, sino que también son muy útiles para estimular el examen y pensamiento crítico del dentista. En efecto: al saber el dentista que debe incluir en el expediente datos de la historia clínica y del examen físico, procura agudizar la precisión de su examen clínico. Asimismo, el hecho de redactar un plan de estudio y tratamiento obliga al clínico a reflexionar antes de pedir la realización de nuevas pruebas de laboratorio u ordenar nuevos medicamentos. Por último, la redacción de las notas de evolución mantiene constantemente la atención sobre los problemas que quedan todavía por resolver.

Ejemplo:

Hoja de evolución

Nombre del paciente: -----

Fecha: -----

Signos y síntomas:

Primer molar superior izquierdo que presenta una cavidad cariosa M/O, provocando comunicación a cámara pulpar. El dolor se presenta - provocado por estímulos térmicos y en el momento de la masticación.

En el estudio radiográfico periapical, se observa zona radiolúcida, en contacto con la - zona pulpar y zona radiopaca cercana a los - ápices de dicho diente.

DIAGNOSTICO:

Caries de tercer grado provocando comunicación pulpar (pulpitis y reacción periapical).

Plan y tratamiento:

a) Tratamiento de endodoncia, b) Obturación protésica.

Pronóstico: Depende de lo que observemos y - puede ser favorable o desfavorable.

Nombre del C.D. -----

VII

CONCLUSIONES

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

1.- La historia clínica es importante como medio para llegar a un diagnóstico y como seguridad tanto para el paciente como para el dentista.

2.- Todo cirujano dentista tiene como deber - ineludible hacer una adecuada historia clínica a sus enfermos, pues de no hacerlo así pondrá en peligro la seguridad tanto de su paciente como de sí mismo; además puede llevar a cabo tratamientos ineficaces debido a la falta de conocimiento que tiene de dicho paciente.

3.- Está comprobado por medio de encuestas - que una gran mayoría de cirujanos dentistas no hacen historia clínica a sus enfermos, razón por la cual muchos pacientes con padecimientos sistémicos, cardíacos o hematopoyéticos han tenido mucha suerte al salir ilesos de los consultorios dentales.

4.- Todo cirujano dentista deberá contar con formas para historia clínica que pueden ser desde una hoja en blanco para anotar los datos más sobresalientes del estado de salud de sus enfermos hasta formas propiamente dichas o formuladas.

5.- La ficha de identificación contendrá datos que se refieren a la identidad del paciente, tales como nombre, edad, sexo, dirección, ocupación, teléfonos, etc.

6.- La ficha de exploración deberá contener - todos los aspectos físicos y orgánicos del paciente, así -

como síntomas, pruebas de laboratorio, antecedentes personales patológicos y no patológicos, y sobre todo, una amplia -revisión de aparatos y sistemas orgánicos.

7.- El diagnóstico es de primera importancia, pues va a ser la identificación de la enfermedad del paciente, lograda a partir de todos los datos obtenidos a través -de la ficha de exploración.

8.- El pronóstico es la consecuencia del diagnóstico, y será la manera en que el cirujano dentista avizora, con bases científicas, la probable resolución del padecimiento, es decir, las probabilidades que existan en favor de solucionar el problema que la enfermedad representa.

9.- Deberá instituirse a cada paciente un -plan de tratamiento adecuado a su padecimiento; deberá ir de lo sencillo a lo complicado y deberá tener suficiente elasticidad como para introducir en él posibles variantes que pudieran requerirse posteriormente.

10.- Se deberá observar detenidamente la evolución o progreso que tenga cada paciente, pues ello nos dará una valoración del tratamiento, y por tanto, un índice de la efectividad del mismo, pudiendo cambiarse éste en caso de -ser necesario.

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

- 1.- Apuntes inéditos del Dr. Manuel German Bravo Puente.
- 2.- Apuntes de la materia Iniciación a la clínica del Dr. Armando Tovar y Pola (1975).
- 3.- Diagnóstico en Patología Oral,  
Dr. Edward V. Zegarelli, Barcelona, 1972.
- 4.- Diagnóstico y tratamiento odontológico, McRoy - Malone,  
1era. Edición, 1971, Editorial Interamericana.
- 5.- Curso "La boca y la medicina" impartido por el Dr. José Luis Molina Moguel. (Revista Práctica Odontológica,  
Vol. 1, Núm. 5-Jul. Agosto 1980).
- 6.- Manual de técnica médica propedéutica,  
Dr. Francisco Cuevas, México, 1975.

- 7.- Medicina bucal Diagnóstico y tratamiento,  
Dr. Lester W. Burket, 1973.
  
- 8.- Ortodoncia.- Teoría y práctica,  
Dr. T. M. Graber, México, 1974.
  
- 9.- Propedéutica médica,  
Dr. William L. Morgan Jr., México, 1971.
  
- 10.- Propedéutica Odontológica,  
Dr. David F. Mitchell, Dr. S. Miles Standish, Dr. Thomas  
B. Fast, Nueva Editorial Interamericana, México, 1973.