

V 1ej 854



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

NOCIONES CLINICAS EN LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ROGELIO REYES TORRES
MEXICO, D. F. 1979

15238



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.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION:	I
CAPITULO I	
CONOCIMIENTOS GENERALES DEL PACIENTE:	
a) Historia clínica y exploración física	3
b) Exploración oral	6
c) Pruebas de Laboratorio	7
CAPITULO II	
ENFERMEDADES DE LA SANGRE:	
a) Anemias	13
b) Agranulocitosis	14
c) Leucemias	14
d) Trombocitopenia púrpura idiopática	14
e) Policitemia	14
f) Hemangioma	15
CAPITULO III	
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.	
a) Shock	16
b) Síncope	17
c) Infarto del miocardio	18
d) Angina de pecho	19
e) Cardiopatía reumática	20
f) Hipertensión Idiopática	21
g) Endocarditis bacteriana	21
h) Insuficiencia cardiaca congestiva	22
i) Arritmias cardiacas	23
j) Coartación aortica	23
CAPITULO IV	
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	
a) Paro respiratorio	25
b) Laringotraqueobronquitis	25
c) Absceso pulmonar	26
d) Neumonía	27
e) Disnea	27
f) Asma Bronquial	28

	PAG.
g) Silicosis	30
h) Tuberculosis	30
i) Edema pulmonar	31

CAPITULO V

OTRAS ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES BUCALES

a) Sarampión	33
b) Difteria	33
c) Parotiditis	34
d) Hepatitis	35
e) Amigdalitis	35
f) Faringitis	35
g) Laringitis	35
h) Disfagia	36
i) Glositis	37
j) Diabetes mellitus	37
k) Sífilis	38

CAPITULO VI

RIESGOS PROFESIONALES DEL ODONTOLOGO

a) Riesgos generales	39
b) Dermatitis	39
c) Exposición a enfermedades contagiosas	40
d) Trastornos de la postura	41
e) Trastornos visuales	42
f) Profesiones con gran incidencia de caries	43

CONCLUSIONES .

45

BIBLIOGRAFIA

46

INTRODUCCION

Las enfermedades bucales no se pueden considerar en forma aislada, ya que estas son las manifestaciones de un estado patológico general, que deberemos tratar en colaboración con el médico general o el especialista, para poder restablecer el estado de salud del paciente.

El organismo humano es un ente biológico y como tal deberemos tratarlo en el restablecimiento de la salud, entendiéndolo no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el funcionamiento normal de TODO el cuerpo, junto con el bienestar mental y emocional.

Desde luego sabemos que la salud perfecta no existe, así como el organismo no puede estar totalmente enfermo, pero sí es posible gozar de un alto porcentaje de salud y es donde el cirujano dentista interviene en colaboración con los demás profesionistas de las ciencias médicas.

El odontólogo tiene la obligación de cuidar por el mejor estado de salud de la sociedad que lo rodea, logrando con esto el aumento en el porcentaje de la longevidad de la especie humana.

El cirujano dentista moderno debe tomar en cuenta síntomas y signos, no solo bucales, sino orgánicos en general, para ser de ellos un conjunto, que sirva de valorización para reconocer el estado de salud total del paciente y seleccionar el tratamiento más adecuado, restituyendo el equilibrio físico, psíquico y funcional del paciente tratado, desde luego con la colaboración del médico general o especialista.

En este trabajo queremos indicar algunas consideraciones clínicas que con más frecuencia puede encontrar el cirujano dentista en su práctica odontológica diaria, es una breve recopilación de síntomas y signos de las enfermedades más comunes en nuestro medio, y que el odontólogo, tendrá en diversas ocasiones que encontrar en su sillón dental.

No debemos olvidar que el paciente que acude a nuestra consulta, va en busca de salud, no solo dental, sino general y

deberemos brindarle lo que espera de nosotros.

El cirujano dentista, debe ampliar constantemente los conocimientos adquiridos en la facultad, pero no solo los odontológicos, sino todos aquellos relacionados con la salud y el bienestar de la sociedad a la que pertenece.

En la última parte de este trabajo, quisimos exponer los riesgos profesionales a los que está expuesto el cirujano dentista y la forma de prevenirlo, esto lo consideramos de importancia, pues el nuevo profesionista inicia su consulta con --- tanto ímpetu, que olvida en ocasiones, los riesgos de salud a los que está expuesto.

Queremos terminar esta introducción, con la idea que nos motivó y que tuvimos fija en la elaboración de este trabajo. - El cirujano dentista colabora con todos los profesionistas de las ciencias médicas, para mantener en las mejores condiciones de salud a todos los miembros de la colectividad, en su carácter de " GUARDIAN DE LA SALUD ".

CAPITULO I

CONOCIMIENTOS GENERALES DEL PACIENTE

a).- HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION FISICA

La historia clínica debe ser nuestro punto de partida para iniciar la relación médico-paciente, con ella abriremos el expediente del enfermo y encontraremos los datos para llegar al diagnóstico provisional, ya que el definitivo, nos lo dará el examen físico del paciente y el resultado de los análisis de laboratorio que se hayan solicitado.

Debe tener una elaboración científica, precisa, clara, -- correcta y seria, el paciente debe estar consciente de la importancia del interrogatorio. Investigará los antecedentes -- heredo-familiares, costumbres, ocupación, etc.

Se llevará un orden, después de los datos personales y la observación global del paciente que nos ayudarán a identificar su tipo constitucional, su simetría, sus actitudes y posturas su estado de nutrición y su nivel cultural, pasaremos a la determinación de los signos vitales como son temperatura, que -- puede ser oral, rectal o axilar, el número de respiraciones -- por minuto, la frecuencia del pulso, que en períodos de reposo serán de 60 a 80 por minuto, menos de 60 nos dirán que hay -- bradicardia y más de 100 taquicardia, la presión arterial cuyo valor normal debe ser de 80-120 mm Hg, una presión diastólica de más de 95 mm Hg puede considerarse como hipertensión.

Se puede continuar con la inspección de los tegumentos, - se buscarán signos de una enfermedad generalizada, como palidez, ictericia, cianosis, cambios de color metálicos, enrojecimientos locales, máculas, descamaciones, úlceras, cicatrices, vesículas y ampollas.

Para checar los reflejos pupilares, se acerca una lámpara prendida iluminando un ojo de lado, debe haber contracción -- brusca de la pupila, a este reflejo se le llama pupilar directo, al mismo tiempo, se contraerá la pupila en el ojo no iluminado, a este se llama reflejo consensual de la luz el arco -- aferente de este reflejo es el nervio óptico y el arco eferente es el nervio motor ocular, con esta respuesta correcta se -

Indica que el II y el III par craneales están intactos.

El odontólogo no debe perder nunca de vista el motivo de la consulta, se puede usar el primer síntoma mencionado como - motivo de la misma, sin olvidarnos de preguntarle que enfermedades ha padecido o padece.

Si se trata de una mujer casada, preguntar si está embarazada y cuántos meses tiene.

En muchas ocasiones el paciente se muestra reservado, -- esto puede deberse a ignorancia, vergüenza, falta de memoria u hostilidad por parte del odontólogo, para lograr que el paciente coopere, el médico debe poseer un interés absorbente en el bienestar del mismo, una confianza grande en sus propias capacidades y motivaciones, conocimientos sobre los padecimientos y la facilidad de ver el problema desde el punto de vista del paciente.

Una vez obtenida la historia de la enfermedad actual el cirujano dentista interrogará sobre el funcionamiento de sus - diversos sistemas orgánicos. Estos datos deben escribirse en una forma narrativa e inteligente de tal manera que cualquier lector posterior pueda entenderla.

En la historia de los síntomas cardiopulmonares el paciente contestará si tiene disnea en reposo o realizando un -- esfuerzo, disnea de fonación o deglución, de copulación, disneas periódicas, disnea paroxística nocturna, si existe dolor torácico, si padece de tos productiva y si el esputo es purulento, vetado o acuoso. Se preguntará si padece de tos seca, irritativa o de hábito y si sufre de hemoptisis.

En la historia de los síntomas gastrointestinales, se -- investigará sobre problemas en la defecación, si existe dolor abdominal, saber si es de retortijón debido a la obstrucción o espasmo de una víscera hueca, o de quemazón debida a irritación de las mucosas, la duración del mismo y el momento de alivio.

Si hay diarrea conocer el carácter de las heces, Investigar el color de la orina y si hay dolor lumbar.

Debemos investigar los hábitos del paciente, si fuma saber si son cigarrillos o pipa, preguntar desde que edad empezó

a fumar y cuanto fuma diario, si el paciente es aficionado al alcohol, saber si toma diariamente, los fines de semana o solo en fiestas o reuniones.

Las preguntas sobre fármacos deben incluir los legales -- como los ilegales, los prescritos y los no prescritos y los -- tomados con las comidas como café, té y colas.

En la historia matrimonial y sexual debemos saber el número de hijos, su actividad y frecuencia sexual, a las mujeres su historia menstrual, sus datos obstétricos con sus anomalías o complicaciones.

En la historia familiar, el estado de salud de sus ascendientes, hermanos y descendientes, causas de muerte y presencia de enfermos de diabetes, tuberculosis, cáncer, enfermedades mentales, crónicas, etc.

Concluida la historia clínica y el examen físico se procederá si el paciente no sufre de fenómenos respiratorios, cutáneos, intestinales, nerviosos o eruptivos, producidos por la reacción del organismo ante sustancias alergenas.

Para conocer el estado de salud real del paciente, necesitaremos realizar una inspección, palpación, percusión y auscultación detalladas, basándonos en ellas, llegaremos al diagnóstico adecuado.

La aplicación de una propedéutica acertada, nos llevará al diagnóstico certero de la patología del paciente.

Con la realización de la historia clínica y la exploración física, no solo sabremos la naturaleza de la enfermedad, sino que también los factores etiológicos, las circunstancias precipitantes, las implicaciones que pudieran aparecer y las posibilidades de una enfermedad concomitante, tomando en cuenta su ambiente físico y psíquico.

No todos los pacientes necesitarán una exploración completa, pero el cirujano dentista debe tener conocimientos de todas las técnicas propedéuticas.

La experiencia nos dará la habilidad en confeccionar una historia clínica, sin caer en la enumeración aburrida de una serie de síntomas, cuyo significado no quede totalmente comprendido.

b).- EXPLORACION ORAL.

Iniciaremos la exploración oral por los tejidos blandos, continuando por los tejidos duros, examinaremos la oclusión, la articulación temporomandibular y la vitalidad pulpar, anotando todos los detalles en una ficha clínica, llevando siempre el mismo orden.

Para una exploración adecuada utilizaremos siempre diversos instrumentos, como son exploradores, espejos, abatidores de lengua, excavadores, aspirador de saliva, torundas de algodón, etc.. La exploración se realizará con guantes de hule para evitar contagios de las enfermedades transmisibles.

En la exploración de los tejidos blandos también seguiremos un orden, empezando por observar y palpar los labios, los carrillos, la lengua, las encías y los frenillos, si hay edema o cyanosis en el paladar, úvula y amígdalas, examinar las papilas interproximales y las bolsas periodontales, las glándulas salivales y sus conductos. Anotar la presencia de halitosis que puede ser producida por disfunción orgánica, por caries, por tabaquismo y alcoholismo.

La exploración de los tejidos duros debe ser minuciosa, iniciándose con el tercer molar inferior izquierdo, llegando hasta el incisivo central inferior izquierdo, continuando con el cuadrante inferior derecho en el mismo orden, posteriormente pasaremos a la arcada superior del lado izquierdo, concluyendo con el cuadrante superior derecho todos en el mismo orden.

Debemos secar todas las caras de los dientes con una torunda de algodón antes de su examen, para evitar confundir sarro con caries, una profilaxis es conveniente en algunos casos como inicio de tratamiento.

La oclusión se produce por el contacto de las arcadas antagonistas, es la relación que existe entre las caras masticatorias de los dientes superiores, con las mismas caras de los dientes inferiores, esta relación puede ser traumática o armoniosa.

La oclusión es central, cuando se realiza sin acción muscular, es la que alcanza el mayor número de puntos de con-

tacto que pueden ser hasta más de 130 según aseguran algunos autores.

Cuando intervienen los músculos masticadores la oclusión se llama dinámica, el maxilar inferior ejecuta movimientos de deslizamiento, produciéndose en un lado de la arcada el contacto de trabajo y en el otro el contacto de compensación, actuando más los dientes posteriores. Para que actúen los incisivos es necesario hacer un movimiento de protusión, entonces el borde incisal de los inferiores resbala sobre la cara lingual de los superiores.

Un diente en mala oclusión se desgasta y pierde su forma, los malos hábitos en la masticación pueden producir una mala oclusión.

Para examinar la articulación temporomandibular, recordemos que la mandíbula se une a los huesos temporales por medio de esta articulación reforzada por ligamentos, gracias a ella la mandíbula tiene movimientos de descenso, elevación, desplazamientos hacia adelante y hacia atrás, así como laterales, todos estos movimientos se realizan durante la masticación y cuando hablamos. Si no hay dolor, tronido o deformación, cuando el paciente habla o mastica, podemos asegurar que la articulación se encuentra en buenas condiciones.

El dolor es señal de que la pulpa está en peligro, si no es tratada adecuadamente, puede llegar a necrosarse, después de haberse inflamado, supurado y formado gases fétidos. Para darnos cuenta de la vitalidad pulpar, podemos recurrir a la percusión por medio del mango del espejo o cualquier otro instrumento semejante, golpeando las piezas dentarias nos daremos cuenta de su sensibilidad. Debemos interrogar al paciente para saber si con los cambios de temperatura de los líquidos que bebe siente dolor en alguna pieza dentaria, o si los sabores dulces o ácidos le producen también dolor, eso nos dará la pauta de que el diente dolido todavía tiene vitalidad pulpar.

Al terminar la exploración bucal se procederá a las pruebas de laboratorio que se crean necesarias.

c).- PRUEBAS DE LABORATORIO.

Por regla general el C.D. es renuente a utilizar las --

pruebas de laboratorio, pero son de una gran ayuda para llegar al diagnóstico acertado y poder realizar la terapéutica adecuada, ya sea nosotros o el especialista al que remitamos al paciente.

A continuación se enlistarán una serie de enfermedades - que el odontólogo pueda sospechar, al elaborar la historia -- clínica y realizar la exploración física y oral, frente a estas enfermedades se sugerirán algunas pruebas de laboratorio - con sus valores normales. ANEMIA.- Síntoma de la sangre que consiste en la disminución de los eritrocitos o de la cantidad de hemoglobina contenida en los mismos.

Pruebas:	Valores Normales:	
	Hombres	Mujeres
Biometría hemática		
Eritrocitos/mmc	5 a 6 millones	4.5 a 5.5
Hemoglobina/100ml	15 a 20 gramos	13 a 17
Hematocrito	47 a 55	42 a 48
Reticulocitos	0.5 a 1.5%	
Leucocitos/mmc.	4000 a 12000	
Sangre oculta en heces fecales	Negativa	

LEUCEMIA.- Número excesivo de leucocitos.

Pruebas:	Valores Normales:
Biometría Hemática con fórmula blanca	
Monocitos	1 a 13%
Linfocitos	12 a 46%
Eosinófilos	0 a 7%
Basófilos	0 a 3%
Neutrófilos	40 a 85%
Mielocitos	0
Metamielocitos	0 a 2
En banda	0 a 11
Segmentados	40 a 74
Fosfatasa alcalina	Adultos: 28-79 U.I. Niños: 56-214 U.I.

GOTA: Enfermedad metabólica, el organismo no es capaz de eliminar el ácido úrico.

Pruebas:	Valores Normales:
Acido úrico	2 a 7.5 mg %
Rayos X	

OSTEOARTRITIS: Enfermedad crónica y degenerativa de los huesos.

Pruebas:	Valores Normales:
Acido úrico	Anteriormente mencionados.
Factor Reumatoide	Negativo
Rayos X	

ARTRITIS REUMATOIDE.- Enfermedad de las articulaciones y del tejido conjuntivo de todo el organismo.

Pruebas:	Valores Normales:
Biometría Hemática	Ya mencionados
Factor Reumatoide	Negativo
Aglutinación de latex	Negativo
Rayos X	

HIPERTENSION: Transtorno en que las arteriolas ejercen una anormal resistencia al flujo sanguíneo, con aumento de la presión arterial diastólica por arriba de 95 mm Hg.

Pruebas:	Valores Normales:
Análisis de orina:	
Color	Ambar
p.H.	Ligeramente ácido
Albumina	No hay
Hemoglobina	"
Bilirrubina	"
Glucosa	"
Acetona	"
Nitrógeno uréico en sangre.	8-20 mg/100 ml.
Creatinina	1-2 mg/100 ml.
Glucosa en sangre	80-120 mg/100 ml.

PARASITOSIS INTESTINAL: Invación en los intestinos por protozoarios como la Entamoeba histolytica y la giardia lamblia, por nematelmintos como Ascaris lumbricoides, Uncinariás, -- Oxíuros y Tricocéfalo, por platelmintos como Taenia saginata, Taenia solium y la Hymenolepis nana.

Pruebas:	Valores Normales:
Coproparasitoscópico	Negativo
Biometría hemática	Ya mencionados

SIFILIS: Enfermedad venerea producida por Treponema pallidum con recaídas frecuentes y puede ser asintomática por muchos años.

Pruebas:	Valores Normales:
Examen en campo obscuro	Negativo
Prueba de Wasserman	Negativa

DIABETES MELLITUS: Enfermedad metabólica debida a insuficiencia de insulina, manifiesta por hiperglucemia, glucosuria, -- poliuria, polidipsia y polifagia.

Pruebas:	Valores Normales:
Análisis de orina	Ya mencionados
Glucosa en sangre	Ya mencionados

ENFERMEDADES HEPATICAS : Como por ejemplo: Hepatitis y cirrosis.

Pruebas:	Valores Normales:
Bilirrubina	0.2 mg-a1.2 mg/100 ml.
Transaminasa glutámica oxaloacética	10-30 U.l.
Transaminasa glutámica pirúvica	6-37 U.l.
Deshidrogenasa láctica	109-193 U.l.
Proteínas totales	8-8 g/100 ml.
Albúminas	3-6 g/100 ml.
Globulinas	2-4 g/100 ml.
Relación Albúminas/Globulinas	1.3:1 3:1
Colesterol	150-300 mg/100 ml.
Cefalina colesterol	Negativo
Timol	Hasta 5 U. Floculación- 18 hrs. Negativa

TRANSTORNOS EN LA COAGULACION:

Pruebas:	Valores Normales:
Tiempo de Protrombina	Concentración 70-100%
Tiempo parcial de Tromboplastina	36 a 56 seg.

LESIONES ORALES: Causadas por accidentes, violencia, infección, enfermedades degenerativas o cualquier otro medio que altere los tejidos orales.

Pruebas:	Valores Normales:
Cultivo con antibiograma.	Negativo
Biopsia. (cuando sospechamos cáncer)	Células normales.
Campo obscuro. (si sospechamos sífilis)	Negativo
Glucosa en sangre y en orina (si sospechamos Diabetes Mellitus)	80-120 mg/100 ml.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO: Como las Bronquitis, -- Laringitis, Faringitis, Amigdalitis y Sinusitis, las pruebas de Laboratorio son generalmente, cultivo del exudado con antibiograma, biometría hemática y en la sinusitis los rayos X son de gran utilidad.

RINITIS ALERGICA: Inflamación de las mucosas de la nariz, debida al resfriado comun y a otras alergias.

Pruebas:	Valores Normales:
Biometría hemática	Ya mencionados
Frotis de exudado nasal en busca de eosinofilos.	Negativo
Pruebas de piel	Negativo

INFECCIONES EN EL SISTEMA URINARIO: Las infecciones de este tipo rara vez son ocasionadas por un solo germen, lo más frecuente es encontrar asociaciones bacterianas. Los microbios generalmente encontrados son Escherichia coli, bacilo paracolon, el proteus vulgaris, las pseudomonas aeruginosa y la klebsiela --- pneumoniae.

Pruebas:	Valores Normales:
Análisis de orina general	Ya mencionados

Urocultivo con antibiograma

Negativo

Creatinina

0.8 a 1.5 mg/100 ml.

Pielografía excretora (Rayos X)

Si sospechamos de cálculos renales las pruebas más convenientes serían, examen de orina en busca de cristales, calcio en suero cuyo valor normal es de 8 a 10 mg/100 ml., fósforo en el suero cuyo valor normal es de 2.5 a 4.5 mg/100 ml, y ácido úrico ya mencionado.

Desde luego no todas las enfermedades que se sospeche padece el paciente, se han comentado, ni todas las pruebas de laboratorio se mencionan, hemos querido sintetizar lo que creemos pueda interesar más, para los fines de este trabajo.

CAPITULO II

ENFERMEDADES DE LA SANGRE

Sabemos que la cavidad oral es una zona muy irrigada, la mayoría de la patología hematológica se manifiesta en la mucosa bucal.

Por razones de espacio, veremos las enfermedades que a nuestro criterio, son de más importancia para el cirujano dentista.

a) ANEMIAS: Ya mencionamos que es la reducción de globulos rojos en nuestro organismo, o la hemoglobina en ellos, la etiología puede ser por hemorragias, por destrucción de hematies (anemias hemolíticas) y anemias por disminución de la hematopoyesis.

Las anemias debidas a hemorragias, son por pérdida de enorme cantidad de sangre, debida a la rotura por traumatismo o por otras causas de una arteria o vena.

Las hemorragias postextracción dental o postquirúrgica, pueden ser inmediatamente después de terminada la operación, o en un tiempo de 48 a 72 hs. La inmediata se puede deber al constante chupeteo de la herida, y la posterior a una infección. Se debe lavar la zona de hemorragia con solución salina, secando y retirando todos los restos de hueso y dientes sueltos, intentando por presión detener la hemorragia con una torunda de algodón o de gasa y si es necesario con agentes hemostáticos como la epinefrina, la trombina u otros, en casos de infección administrar antibióticos como por ejemplo: Penicilina G sódica cristalina de 1,000,000 U.I. para adultos y de 400,000 U.I. para niños (ANAPE--NIL) cada 12 o 24 hrs.

Las anemias hemolíticas, como la ictericia hemolítica congénita, la anemia falciforme, etc. y las producidas por la disminución de hematopoyesis como la perniciososa, o por carencia de hierro, el odontólogo remitirá al paciente con el especialista.

La pérdida rápida de la tercera parte del volumen sanguíneo, puede ser mortal, para restaurar la sangre perdida y prevenir el shock, la transfusión sanguínea o de plasma es el método más adecuado junto con el reposo absoluto y la administración de líquidos por vía oral.

La palidez en los labios, en las mucosas de la boca, en las palmas de las manos y en la conjuntiva palpebral, son los signos más manifiestos, los síntomas subjetivos son debilidad, mareos, fatiga, cansancio y dolor de cabeza.

b) **AGRANULOCITOSIS:** Provocada por hipersensibilidad medicamentosa generalmente, se caracteriza por ulceraciones necróticas en la mucosa bucal y neutropenia con fiebre y cansancio. La aparición de ulceraciones en las mucosas se debe a que las infecciones se extienden rápidamente por la falta de los granulocitos (neutrófilos, eosinófilos y basófilos).

El tratamiento será localizar el agente desendadenante, como rayos X, sulfamidas, antibióticos como el cloranfenicol, antihistamínicos, etc. y suspenderlos inmediatamente, mantener al paciente alejado de cualquier medio infeccioso, controlándolo con biometrías hemáticas periódicas para conocer la cantidad de leucocitos.

c) **LEUCEMIAS:** Enfermedad neoplásica generalizada de los tejidos hematopoyéticos con gran proliferación de leucocitos. Hay -- distintos tipos como son: la mielocítica (neutrofilia), la linfocítica (linfocitos), y la monocítica (monocitos), que son las más comunes.

La proliferación de células neoplásicas causa hiperplasia de la médula espinal con aumento de volumen del bazo, hígado y ganglios linfáticos, en los períodos avanzados se producen petequias, equimosis y hemorragias en las mucosas orales y en todo el cuerpo.

El odontólogo remitirá al paciente con el especialista.

d) **TROMBOCITOPENIA PURPURA IDIOPATICA:** Enfermedad hemorrágica por deficiencia de plaquetas circulantes, con aparición de equimosis, petequias y hemorragias en piel y mucosas orales, intestinales, vaginales y nasales, sin causa bien establecida. El tratamiento es corticoadrenal y en algunos casos es aconsejable la esplenectomía.

e) **POLICITEMIA:** Aumento de los globulos rojos que puede ser absoluta o relativa.

La relativa se puede originar por pérdida de líquidos del organismo causada por vómitos, diarreas, sudación o ingreso escaso de líquidos, también en el shock cuando hay desplazamiento de líquidos, a la región extracelular y por pérdida de plasma en las quemaduras de consideración.

En la absoluta la hiperglobulia es resultado de una deficiente oxigenación de la sangre arterial, por ejemplo en personas que viven a grandes alturas por tiempo prolongado.

La policitemia verdadera o Vera también llamada enfermedad de Osler y Vazquez, junto a la eritrocitosis hay aumento de la viscosidad y del volumen sanguíneo, esplenomegalia, hepatomegalia, predisposición a trombosis y hemorragias.

La causa se desconoce, aunque hay familias con gran predisposición a contraer la enfermedad, se deshecha que sea de carácter hereditario.

El enfermo se queja de cefalalgias, cansancio y dolores generalizados del cuerpo, la hiperhemia de los vasos y capilares dan sensación de calor y el color de la piel puede ser rojo oscuro. Las pruebas de análisis clínicos arrojan una cifra de --- hasta 13 millones de hematíes con leucocitos y plaquetosis.

La terapéutica es a base de fósforo radioactivo, para bloquear la función de la médula osea, aunque esto puede originar leucemia. La práctica de sangrias de medio a un litro deben realizarse cuantas veces se considere necesario para mantener los valores normales de volumen y de hematocrito, los pacientes así tratados pueden tener una supervivencia hasta de 13 años.

f) HEMANGIOMA: Hiperplasia de los vasos sanguíneos en la superficie de la piel, puede ser congénita o aparecer posteriormente, su tamaño puede variar y llegar a tener hasta 1.5 cm. de diámetro puede ser hemangioma capilar, Inmaduro y cavernoso.

El hemangioma capilar es una lesión plana de color que va del rosa al púrpura, son congénitas y el area mas comun para que aparezcan, son la nuca, la nariz y los párpados.

El hemangioma Inmaduro o nevo vascular es una lesión elevada de color rojo, que consiste en la dilatación de capilares, vénulas y arteriolas, tienen tendencia a crecer, aunque pueden tener una involución espontánea, dejando en ocasiones cicatrices de coloración obscura.

El hamangioma cavernoso es una lesión muy elevada a veces de hasta 1.5 cm., de color rojo o morado, cuando aparecen en las encías, mejillas, labios y lengua, pueden ir asociados a lesiones que afectan al nervio Trigémino, por lo que deben ser extirpados quirúrgicamente o inyectarles agentes esclerotizantes como el morruato de Na.

CAPITULO III ENFERMEADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son muchas y de muy variada etiología, obviamente expondremos las que consideramos de importancia para la consulta odontológica.

Las enfermedades cardiovasculares, ocupan los primeros lugares como causas de defunción, no solo en México, sino en el mundo entero. Las emergencias de este tipo en el consultorio dental, no son tan raras como se supone, una historia clínica y una exploración física adecuadas, nos darán la pauta para prevenir y atender dichas emergencias, las que pueden ser fatales si no son atendidas de inmediato.

a) SHOCK: Colapso que consiste en un desajuste, entre el volumen de líquidos intravasculares y la capacidad del lecho vascular, con alteraciones en la presión arterial, en el metabolismo y otras, su fisiopatología no está bien aclarada.

El shock puede clasificarse en 3 grupos que son:

- 1.- Disminución del volumen del líquido intravascular, como por ejemplo en la deshidratación y en las hemorragias.
- 2.- Por aumento de la capacidad del lecho vascular, como por ejemplo en las infecciones y en la anafilaxis.
- 3.- Cuando tiene de las dos anteriores.

Las características del paciente con shock son: Hipotensión arterial, taquicardia (más de 140/ min.), pulso débil, sudoración fría de la piel con palidez y confusión mental.

Antes de caer en shock, el paciente presenta inquietud, náuseas, cansancio y sed intensa.

El tratamiento inmediato será colocar el sillón dental en la posición de Trendelenburg, al mismo tiempo debemos aflojar todas las ropas que estén apretando el cuerpo, como son los ligeros, el sosten, las corbatas, etc., con esta posición y sin ropas que impidan la circulación, el paciente tendrá la cabeza más baja que los pies y la irrigación sanguínea cerebral, mejorará notablemente, así también el estado general del paciente.

La administración de líquidos por vía intravenosa, está indicada, como sangre total, administrando de inmediato 500 ml. continuando con 250 ml. cada media hora, hasta completar de 1 a

3 litros. También se puede administrar plasma como Seralbumin de Cutter Laboratorios, y la posología será de 2 ml/kg repetida a los 15 ó 30 min. según sea necesario.

Los sustitutos del plasma como el dextran (Dextranol de -- Abbot Laboratorios), la dosis total no debe exceder de 20 ml/kg. en 24 hrs.

La administración de fármacos como los corticoesteroides, -- por ejemplo la metilprednisolona (solu-medrol de Upjhon) la dosis será de 15 a 30 mg/kg de peso corporal, la hidrocortisona (solu--cortef de Upjhon), será en casos de urgencia por inyección intravenosa, de 100 mg. ó de 250 mg. administrada en un período de --- tiempo de 30 seg. como mínimo, repitiéndose en caso necesario a -- intervalos de 1, a 3, a 6 y 10 hrs.

b) SINCOPE: También llamado lipotimia o desmayo, se caracteriza por pérdida temporal de la conciencia debida a anoxia cerebral, - causada por cansancio, nauseas, dolor, instrumentación quirúrgica, trastornos emocionales, deshidratación, infecciones e hipertensi-- sión entre otras. El desmayo puede ser inmediato por traumatismo, pero generalmente el paciente presenta vértigos, sudoración y --- nauseas antes de caer en el síncope.

Los síntomas físicos son, palidez, midriasis sin reflejo pu-- pillar, respiración lenta con pulso débil y una frecuencia cardíaca de 30 a 60 por minuto.

En la consulta odontológica es frecuente después de extrac-- ciones o de manipulaciones dolorosas, así como la tensión que --- produce el tratamiento dental.

Tratamiento: En la fase anterior al síncope, basta colocar al paciente sentado con la cabeza entre las rodillas, con esto se logra mayor irrigación cerebral, ayuda la colocación de paños hú-- medos en la cara y la cabeza, oler alcohol da buenos resultados.

Si el paciente ya perdió el conocimiento, colocarlo en posi-- ción de Trendelenburg, con las ropas flojas manteniendo los paños húmedos en la cara y dándole a oler amoníaco. Si el síncope es - muy prolongado, administrar estimulantes cardiacos como la feni-- lefrina de 3 a 5 mg. por vía intramuscular o intravenosa.

El paciente debe permanecer acostado un período de 15 a 30-- minutos después de haber recuperado el conocimiento.

Cabe hacer mención en este capítulo del estado de coma, por-

ser común con el síncope en cuanto a la pérdida de conciencia, sensibilidad y motilidad, pero debemos mencionar que la pérdida de conciencia es mucho más duradera, llegando a ser de horas e inclusive de días, mientras que en el síncope es de segundos o minutos, y las funciones circulatorias y respiratorias están -- presentes en todos los comatosos sin gran depresión al principio.

La evolución del síncope si es favorable, hay rápidamente del color de la piel, de los movimientos respiratorios y del -- pulso, en caso contrario puede ser fatal, ya que el cerebro no resiste más de 5 minutos sin la circulación normalizada, pueden cesar las funciones de los centros vitales.

Si llega a paro cardíaco, que se caracteriza por la ausencia de pulso y de latidos cardíacos, acompañada de palidez, mi driasis y pérdida de la conciencia, el tratamiento a seguir es el siguiente:

Masaje cardíaco externo, apoyando la palma de la mano derecha sobre el apófisis xifoides y sobre ella la mano izquierda, se hace presión con todo el cuerpo y se retira a una frecuencia de 70 a 80 veces por minuto. Debemos vigilar la respiración y de ser necesario darla de boca a boca, en caso de que el corazón no reaccione al masaje externo, se procederá a hacer una -- toracotomía anterior en el cuarto espacio intercostal izquierdo, introduciendo las dos manos y haciendo presión en el corazón de la punta hacia los grandes vasos.

c) **INFARTO DEL MIOCARDIO:** Enfermedad producida generalmente por oclusión de una arteria coronaria, se caracteriza por opresión subesternal, disfunción del miocardio y en ocasiones muerte inmediata.

Durante el tratamiento odontológico, se puede presentar -- dolor retroesternal, debiendo suspenderlo hasta conocer la causa y remitir al paciente con el especialista.

En algunos pacientes pueden existir antecedentes de angina de pecho o de hipertensión arterial, pero en otros nunca han -- existido molestias cardiovasculares.

El dolor subesternal es similar al de los anginosos, pero la falta de alivio con los nitritos nos indica que se puede tra tar de un infarto.

Las pruebas del laboratorio nos indicarán leucocitosis y aumento en la velocidad de sedimentación normalizándose a los 10 días. El electrocardiograma es característico, aunque a veces puede ser normal o de interpretación dudosa.

El 80% de los pacientes logra sobrevivir al primer ataque y la mayoría viven de 2 a 5 años, otros llegan a vivir hasta 20 o más, con la administración de anticoagulantes se previene la frecuencia de tromboembolia.

El tratamiento consiste en asegurar el reposo físico y mental del enfermo, administrando 5 mg. de morfina intravenosa quitamos el dolor y la angustia, se puede repetir a los 30 min. si es necesario, si la bradicardia persiste se administrará atropina 1 mg. también intravenosa, la oxigenación alivia la disnea y el dolor, si el paciente está en estado de shock se administrará de 25 a 100 mg. de matoraminol en medio litro de dextrosa al 5% con precaución para evitar edema pulmonar.

Actualmente el infarto es una enfermedad cuya incidencia está aumentando día con día, afectando más a los hombres que a las mujeres, en una proporción de 3 a 1. Los pacientes que sufrieron un infarto y necesitan la práctica de una exodoncia, es necesario que el cardiólogo modifique la administración de anticoagulantes, pues la suspensión brusca puede originar trombosis o embolia.

d) ANGINA DE PECHO: Dolor subesternal que se irradia hacia los hombros el cuello y la mandíbula, causado por una insuficiencia coronaria que resta oxígeno al miocardio.

El dolor se cree es producido por la estimulación de las terminaciones nerviosas aferentes del corazón, por la acumulación de metabolitos sin oxidar por la falta de oxígeno. Otros factores desencadenantes son la anemia, una hipotensión brusca, lesiones valvulares, arterioesclerosis y taquicardia.

El dolor mandibular podría confundirse con patología dental, pero este aumenta con el ejercicio y desaparece con el reposo.

Si llega a ocurrir un ataque de angina de pecho en el sillón dental o la sala de espera, se colocará inmediatamente una cápsula de nitroglicerina de 0.4 mg. debajo de la lengua para que se disuelva, guardando absoluto reposo de preferencia acos-

tado.

e) **CARDIOPATIA REUMATICA:** Enfermedad inflamatoria de las válvulas generalmente izquierdas del corazón, producidas casi siempre por infección de estreptococos beta hemolíticos del grupo A.

Después de una faringitis estreptocócica, se desarrolla un estado de hipersensibilidad al microbio, que origina lesiones en las articulaciones, en el sistema nervioso y en el corazón, conociéndose a la enfermedad como fiebre reumática.

Las lesiones del miocardio, consisten en que se forma una vegetación verrugosa en las válvulas cardíacas por la invasión del estreptococo, al producirse la curación, penetra el tejido conectivo cicatrizal, engrosando y retrayendo las cúspides valvulares, provocando la cardiopatía.

La fiebre reumática en su fase aguda es propia de la niñez, siendo en los climas húmedos su mayor incidencia, ya que provoca ataques frecuentes de amigdalitis que predisponen a la enfermedad.

Las caries dentales son focos infecciosos que pueden originar, ataques de fiebre reumática, ya que son medios de cultivo de gran cantidad de estafilococos, estreptococos, actinomicetos y otras bacterias, que al ingresar al torrente sanguíneo afectan al miocardio en forma irremisible.

El tratamiento en la fase aguda con fiebre, consiste en -- guardar reposo administrando ácido acetil salicílico a dosis de 1 gm. cada 4 horas, después de las comidas por ser irritante -- gástrico, en los niños debe calcularse 120 mg. por cada kg. de peso para controlar el dolor y la inflamación.

La administración de antibióticos consiste en prescribir -- penicilina G sódica cristalina de 400,000 u.i. en niños y de -- 1000,000 U.I. en adultos cada 12 o 24 hs. durante 2 ó 3 semanas, después Dibenziletildiamina dipenicilina G. 1200,000 cada -- mes, durante 6 meses en niños menores de 6 años son 600,000 U.I.

En el caso de tratar a un enfermo de fiebre reumática en -- el consultorio dental, ya sea para una exodoncia o cirugía dental se administrarán 600,000 U.I. de penicilina procálica por -- vía IM. el día de la intervención y repetir la dosis una hora -- antes, si el paciente es alérgico a la penicilina o hay sospe-

chas de que lo sea, administrar eritromicina capsulas de 250 -- mg. por vía oral una hora antes de la intervención, en niños menores de 6 años la mitad.

f) HIPERTENSION IDIOPATICA: Enfermedad que se caracteriza por el aumento de edad avanzada, debida a pérdida parcial de la --- flexibilidad arterial, aunque también se observa en la insufi--- ciencia cardíaca congestiva y en el hipertiroidismo.

Podemos considerar a un paciente hipertenso, si la presión diastólica está por encima de 90 mm. hg. deshechando los facto--- res emotivos, fisiológicos y arterioescleróticos.

Otras causas de hipertensión, pueden ser la patología del aparato urinario como la pielonefritis, también son causas del padecimiento la coartación aórtica, el stress, la toxemia gra--- vídica, la obesidad, el lupus eritematoso y los trastornos del sistema nervioso.

La toma de la presión, debe ser siempr que el paciente se encuentre en absoluto reposo, de preferencia acostado y en ayu--- nas.

Debemos tener especial cuidado con los pacientes hiperten--- sos para seleccionar el tratamiento, la premedicación y la --- anestesia, que de preferencia deben ser anestésicos locales que contengan 1.50,000 de adrenalina y el tiempo de la intervención debe ser lo mas breve posible.

Remitiremos a estos pacientes con el especialista, recor--- dando que los hipertensos padecen de cansancio, irritabilidad, --- mareos, dolor de cabeza, palpitaciones, zumbido de oídos e in--- somnio.

g) ENDOCARDITIS BACTERIANA: Enfermedad producida por la in--- fección de las válvulas mitral y aortica, preferentemente por --- estreptococos, estafilococos, gonococos y hemofilus influenzae, los que ya se encuentran lesionadas de nacimiento o por enfer--- medades como la fiebre reumática.

La extracción dentaria puede provocar una bacteremia tem--- poral que desemboca en la enfermedad, el estreptococo viridans--- es el causante en la mayoría de estos casos.

Como medida preventiva en los pacientes con antecedentes --- de cardiopatías congénitas o de otra etiología, es conveniente administrar penicilina procáica de 600,000 U, 6 hs. antes de ---

las exodoncias o de otras intervenciones quirúrgicas, y repetir la dosis 3 veces más cada 12 hs. después de la intervención.

Como en la fiebre reumática, también se forman vegetaciones fibrinosas sobre las válvulas cardíacas, las cuales se fracturan formando émbolos que se diagnostican cuando originan hemorragias petequiales visibles en la mucosa bucal y piel, cuando se desplazan a otros órganos, producen sintomatología propia de los órganos afectados.

Los síntomas se manifiestan con fiebre diaria hasta de 40- G.C. dolor en las articulaciones, debilidad, pérdida de peso, aparición de hemorragias petequiales, aparición de las lesiones de Janeway, estas consisten en manchas rojas en las palmas de las manos y plantas de los pies.

El tratamiento es a base de administraciones masivas de penicilina G potásica por vía intramuscular de hasta 20 millones de U.I. diarias por 6 semanas.

Es muy conveniente realizar una profilaxis o limpieza dental antes de cualquier intervención quirúrgica, para eliminar en lo posible el estreptococo viridans y alfa.

h) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: Enfermedad que se caracteriza por el agotamiento de la reserva cardíaca del paciente, viniendo una descompensación.

En condiciones normales la capacidad funcional del corazón es mayor que el trabajo que ha de realizar, existiendo una reserva cardíaca considerable, ésta puede verse disminuida por varios factores como son: Cambios degenerativos del corazón, enfermedad coronaria, lesiones valvulares, hipertensión e hipertiroidismo, entre las importantes.

La dificultad respiratoria, después de un leve ejercicio es el primer signo de insuficiencia cardíaca, acompañada de trastornos de la circulación pulmonar con cianosis y edema pulmonar, tos productiva ocasionalmente con esputo sanguinolento, en los casos más graves hay edema depresible de las extremidades inferiores, acromegalia hepática y congestión de las grandes venas del cuello, en algunos casos están presentes anorexias vómitos y trastornos funcionales del aparato digestivo.

En la consulta odontológica podemos apreciar cianosis en labios, lengua y mucosa oral, edema de los tobillos, por perma-

necer el paciente sentado en el sillón.

En los casos que exista disnea de reposo, nuestro tratamiento será paliativo hasta que esta desaparezca, pues no nos será posible realizar ningún tratamiento del tipo de las exodón-
cias u otro tipo de tratamiento odontológico.

El tratamiento inmediato será de reposo absoluto, limitación de líquidos y de sal, administración de diuréticos y digital, modificando el modo de vida del paciente para que la capacidad del corazón corresponda al trabajo exigido a aquel.

1) ARRITMIAS CARDIACAS: Son las alteraciones del ritmo del corazón, debidas al trastorno del automatismo regular del impulso cardiaco. Estas alteraciones son bradicardia sinusal es el ritmo del corazón de más de 100 pulsaciones por minuto, cualquier causa que suprima y estimule el tono vagal, puede producir taquicardia como por ejemplo las emociones, la tensión y nerviosismo que producen los tratamientos odontológicos, las hemorragias las anemias y las infecciones entre otras. Recorde-
mos que el tabaquismo aumenta el ritmo cardiaco.

Esta taquicardia empieza y termina lentamente, el oprimir el seno carotídeo o los globos oculares, aminoran la frecuencia pero nunca suprimirán la taquicardia sinusal. El tratamiento deberá ser a base de sedantes como el diazepam(valium) 5 a 10 mg. tres veces al día.

La taquicardia paroxística es una serie de extrasístoles de origen supraventricular de inicio y término súbito, de duración de minutos a horas incluso en ocasiones de días, llegando a una frecuencia de 140 a 220/minuto, en pacientes pequeños puede ser de hasta 300 a 400/minuto.

El tratamiento a base de estimulantes vagales como la fuerte presión sostenida de los globos oculares o sobre el proyecto de la carótida, también podemos provocar el vómito, la posición del paciente deberá ser en cuclillas agachado hacia adelante, la administración de fármacos deberá ser a base de sedantes como el diazepam, o fenobarbital de 30 a 60 mg. por vía oral.

2) COARTACION AORTICA: Es el estrechamiento de la aorta cuyo calibre está reducido a menos de 1 cm.

El 5% de las malformaciones cardiacas corresponde a estos casos, siendo 3 veces más frecuentes en los hombres que en las

mujeres, puede coincidir ocasionalmente con el síndrome de Turner (Infantilismo sexual).

Hay dos tipos, el adulto y el infantil, el primero es el más común y se descubre generalmente ya pasada la adolescencia--por ser asintomático, la estenosis se localiza en la zona posterior al cayado.

Se cree que el 10% de las hemorragias intracraneales juveniles obedecen a una sobrecarga del corazón izquierdo, que además puede ocasionar accidentes cerebrales junto al fondo de ojo hipertensivo.

El tipo infantil se descubre antes de los 3 años por ser más grave y estar acompañado a una comunicación interventricular o bien una transposición de los grandes vasos.

En todo paciente con hipertensión arterial juvenil debe -- sospecharse la presencia de esta anomalía, los primeros síntomas se hacen manifiestos a la primera semana o a los tres meses en forma de una insuficiencia cardíaca.

En los adultos se presenta entre los 20 y 30 años en forma de epistaxis, cefaléa, disnea de esfuerzo, degenerando en una hemorragia cerebral.

Los pacientes que presentan síntomas tempranamente, pueden llegar a vivir hasta los 15 o 20 años, y los asintomáticos durante la niñez, generalmente viven hasta los 30 o 40 años.

Su tratamiento será a base de cirugía en la forma infantil y en la adulta.

CAPITULO IV

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

En este capítulo solo haremos mención de las que creemos - son las más importantes para la consulta odontológica.

Quisiéramos iniciar este capítulo, con una emergencia medi - coquirúrgica, con la que el C.D. debe estar familiarizado.

a) EL PARO RESPIRATORIO: Es la ausencia de los movimientos - respiratorios, con cianosis, pérdida de la conciencia y midriasis, debida a problemas anafilácticos y asfixia entre otros, -- puede ir acompañada de paro cardíaco.

El tratamiento debe ser inmediato iniciando la respiración de boca a boca, para la cual cerramos los orificios nasales con el pulgar e índice de la mano izquierda, deprimiendo el maxilar con la mano derecha, procedemos a limpiar la faringe de secreciones con una gasa y retiramos las prótesis dentarias para evitar que se desprendan y obstruyan la traquea. Hacemos una inhalación profunda y la colocamos sobre la del paciente soplando dentro de ella, observando que la cavidad torácica se eleve, retiramos nuestra boca de la del paciente volviendo a inhalar aire para repetir la operación con una frecuencia de 12 a 14 veces por minuto.

Posteriormente si es posible y tenemos a la mano el equipo adecuado se procederá a la intubación endotraqueal pasando oxígeno a la frecuencia indicada.

Estos procedimientos, se continuarán hasta el restablecimiento de la respiración normal.

b) LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS: Es una infección respiratoria - que se caracteriza, por laringitis que puede ser obstructiva, - traqueitis, bronquitis, dificultad respiratoria y temperatura - alta.

El resfriado comun puede predisponer a la enfermedad que - es producida por estreptococos, estafilococos y Hemofilus influenzae B.

El síntoma más característico de esta enfermedad es la disnea grave, que junto con la tos constante e improductiva y la - piel enrojecida, nos darán la pauta para diagnosticarla.

En la fase inicial la disnea se debe a un edema subglótico intenso, pero después se produce moco que llena los bronquios y aumenta la dificultad respiratoria.

Se debe practicar la traqueotomía antes de llegar a la fase obstructiva, pues una vez declarada, la traqueotomía pocas veces salva la vida.

Diagnóstico diferencial: La presencia de altas temperaturas y la ausencia de signos característicos torácicos nos deshecha la presencia de un cuerpo extraño, así como la laringoscopia y un cultivo de secreciones nos elimina la difteria.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en un ambiente húmedo, administrar antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa a dosis muy altas, administrar también oxígeno a gran concentración, tranquilizar al paciente con fenobarbital de 7 a 15 mg. por vía oral 3 veces al día y estar listos para realizar una traqueotomía de urgencia.

La traqueotomía de urgencia se practicará lo más aséptica posible, se administrará un anestésico y la cabeza estará lo más echada hacia atrás posible, la incisión en la línea media comprenderá piel y músculos traqueales, manteniéndose por arriba de la horquilla esternal y debajo del cartilago tiroides, posteriormente cortar el tercero y cuarto anillos traqueales, se cubren los bordes con gasa parafinada y se introduce la cánula.

Es aconsejable que llegando al diagnóstico de la enfermedad el paciente sea hospitalizado de inmediato.

c) ABSCESO PULMONAR: Saco con pus y de necrosis del tejido pulmonar, rodeado de parénquima inflamado, puede ser secuela de bronquitis, bronquiectasia o por llegada a los pulmones de cuerpos extraños, como pueden ser fragmentos de instrumentos dentales, pedazos de dientes o de prótesis dentales aspirados accidentalmente.

En el caso de abscesos de etiología desconocida, estos se pueden explicar a la aspiración de sangre, pus o moco infectado a partir de piezas dentarias cubiertas de tártaro por una deficiente higiene dental. Después de una exodoncia de estas piezas dentales el peligro de absceso pulmonar puede aumentar con-

siderablemente si no se tiene las debidas medidas asépticas.

La higiene dental es una medida profiláctica de primer orden contra los abscesos pulmonares de esta etiología.

d) NEUMONIA: Enfermedad que se caracteriza por la inflamación del parénquima pulmonar, esta inflamación puede ser ocasionada por bacterias como la klebsiella, los estreptococos, neumococos y estafilococos entre otros.

El resfriado común, la desnutrición, los enfriamientos, la fatiga y la presencia de cuerpos extraños en las vías respiratorias pueden predisponer a contraer la enfermedad.

El paciente se queja de dolor pleural, disnea, tos y presenta cianosis y altas temperaturas.

Cuando la infección ataca también a los bronquiolos se le denomina bronconeumonía.

El tratamiento será a base de reposo en cama, administración de abundantes líquidos y de oxígeno si se considera necesario, para la administración de antibióticos, será conveniente un cultivo de esputo, dada la cantidad de microorganismos que la pueden producir, pero la iniciación de la terapéutica antimicrobiana no debe esperar los resultados del cultivo, se debe iniciar de inmediato con penicilina, tetraciclinas o eritromicina y después cambiarlos si se considera necesario por los resultados de los antibiogramas de los cultivos.

En las neumonías por aspiración, los cuerpos extraños han sido aspirados cuando los reflejos traqueobronqueales, están disminuidos como por ejemplo en el post-operatorio, en los estados comatosos, en los que beben demasiado o en los casos tan simples como administrar sustancias oleosas por vía nasal en los niños de corta edad, cuando las cantidades aspiradas son mínimas la sintomatología es mínima o ninguna, pero cuando es considerable se desarrolla la enfermedad, y como la mayoría de estas enfermedades la infección es mixta, se administrarán antibióticos como la tetraciclina o la penicilina. Recordemos que en los niños la administración de tetraciclinas puede causar tención y mala calidad en el tejido dental en desarrollo, por lo que es más adecuado la administración de penicilina o eritromicina.

e) DISNEA: Es la dificultad respiratoria provocada por el desequilibrio del grado de ventilación requerido por el paciente y la capacidad de su aparato respiratorio.

Si la disnea aparece súbitamente con sofocación y en reposo se le denomina disnea ortostática y es un signo de insuficiencia cardiaca.

Si el paciente estando sentado en el sillón dental necesita estar con el cuerpo derecho para poder respirar se denomina ortopnea.

Recordemos que hay dos centros respiratorios, uno en el bulbo raquídeo que es estimulado por la concentración de bióxido de carbono, la acidez sanguínea y otro periférico en el seno carotídeo estimulado por la concentración de oxígeno sanguíneo y que transmite estímulos al bulbo raquídeo por el nervio glossofaríngeo.

El volumen máximo de ventilación pulmonar que se puede respirar en un minuto, es de 150 litros de aire en los hombres y de 100 por minuto en las mujeres, a esto se le llama capacidad respiratoria. Además existe una reserva respiratoria aparte de las necesidades reales de ventilación, cuando esta reserva disminuye a un 70% se siente disnea en su forma más simple.

Hay disnea por defecto en los pulmones o en la pared torácica que impiden o limitan la expansión pulmonar, como en la fibrosis pulmonar y en las deformidades torácicas donde el paciente no sufre disnea estando en reposo, pero al menor esfuerzo la padecen.

También hay disnea por obstrucción de las vías traqueobronquiales, como las que se padecen en el asma y en el enfisema, donde estando en reposo, el paciente sufre de disnea.

En la insuficiencia cardiaca congestiva, se encuentra la disnea, debido a que los pulmones se encuentran congestionados a tal grado que sangre y líquido llenan muchos espacios alveolares y la capacidad ventilatoria, se haya muy reducida (EDEMA PULMONAR).

En la ortopnea, cuando se está acostado, aumenta la congestión pulmonar y es más difícil respirar.

Algunas lesiones cerebrales como el la hemiplejia van acompañadas de disnea ruidosa y con estertores.

f) ASMA BRONQUIAL: Es una enfermedad que se caracteriza por una obstrucción intermitente y reversible de los bronquios pequeños y bronquiolos, con disnea sibilante característica.

En más de la mitad de los casos, se debe a una reacción antígeno-anticuerpo o sea es de patogenia inmunológica.

La disminución de la luz bronquial se debe a la tumefacción mucosa de los bronquios pequeños y bronquiolos.

Los ataques se pueden iniciar en reposo y son paroxífticos, después de la exposición a un alérgeno o se inician gradualmente concomitantemente a una infección de las vías respiratorias.

El paciente siente tirantez en el pecho, disnea sibilante y tos productiva, que pueden durar hasta varias horas, en algunos casos los ataques pueden durar varios días.

Los exámenes de Laboratorio, la presencia de eosinófilos en el esputo, eosinofilia en la biometría hemática y los rayos X, nos ayudarán a diagnosticar la enfermedad y a descartar otras causas de obstrucción bronquial, como pueden ser un tumor o silicosis entre otras.

El asma que se manifiesta en la primera infancia, se debe en su mayoría a los alimentos, entre los 10 y 30 años a alérgenos inhalados y después de los 45 a infecciones.

Debemos indagar si hay infección en los senos paranasales, amígdalas y de las glándulas linfáticas que están detras de la nariz (adenoides), ya que las infecciones que no son del aparato respiratorio rara vez la provocan.

El asma no es una enfermedad que se herede, sin embargo se puede heredar una constitución que predisponga a la enfermedad, pero no al asma en concreto.

Existe una teoría según Cyep que dice que a partir del choque que antígeno-anticuerpo y con mediadores químicos como la bradiquinina y la acetilcolina, las cuales actuarán sobre los capilares dilatándolos y aumentando su permeabilidad, la secreción bronquial y contrayendo los músculos bronquiales. La liberación de estos mediadores químicos, vería favorecida su acción por una insuficiencia de receptores beta adrenérgicos como el pronethanol, propanol, etc., los cuales experimentados en el hombre, comprobaron la sintomatología desencadenada por aquellos mediadores.

En el caso de asma bronquial bacteriana, debemos eliminar los focos de infección bucales, por medio de una adecuada profilaxis.

El tratamiento en el ataque agudo, es a base de epinefrina

I:500 en un c.c. en solución acuosa por vía intramuscular, con precaución en pacientes hipertensos o que sufran alguna cardiopatía, en estos pacientes es preferible utilizar aminofilina .25 a .75 gm. por vía I.V. muy lentamente en 5 minutos como mínimo o en supositorios de .5 gm. cada 6 horas.

En la consulta dental debemos ser muy pacientes y brindar la confianza al enfermo, ya que estaremos interrumpiendo el -- tratamiento debido a los constantes accesos de tos.

g) SILICOSIS: Enfermedad que altera la función respiratoria debido a la inhalación de polvo de sílice libre, cuyo tamaño -- debe ser de menos de 10 micras, las cuales van a formar nódulos fibroesclerosos densos con tendencia a reducir de tamaño y retraer el tejido vecino.

Los síntomas se desarrollan muy lentamente, pues se necesita estar en contacto con el polvo por más de 5 años para -- presentar patología, ésta consta de disnea, tos, insomnio, dolores torácicos, ronquera y cianosis.

Cuando la enfermedad está avanzada se desarrollan ataques de bronconeumonía, bronquiectasias y pueden predisponer al paciente a la tuberculosis.

El tratamiento es a base de broncodilatadores y reposo en cama cuando hay disnea o hemorragia pulmonar.

h) TUBERCULOSIS: También llamada tisis producida por el *mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, se caracteriza por infiltración inflamatoria, con formación de tuberculos y fibrosis, se localiza casi siempre en el aparato respiratorio aunque en varias ocasiones se localiza en sistema nervioso, piel, linfáticos, aparato digestivo y genitourinario.

El contagio es generalmente por inhalación de aire contaminado por los estornudos, tos y esputos de los enfermos, también hay contagio por la ingestión de bacterias con los alimentos contaminados.

Cuando la enfermedad ataca al parénquima pulmonar, a los bronquios, a la pleura o a los ganglios linfáticos broncopulmonares, se le llama tuberculosis pulmonar y es la forma más frecuente.

Los signos y síntomas no se manifiestan hasta que ha transcurrido un tiempo considerable, después de que se detecta la -

enfermedad por los rayos X (catastro torácico).

Los síntomas con que se inicia la enfermedad son cansancio con pérdida de peso, falta de apetito, puede haber fiebre e iniciarse como una gripa, posteriormente aparece la tos debida a las secreciones que drenan del tejido pulmonar necrótico. La hemoptisis es el síntoma más característico de la enfermedad y -- puede variar desde una pequeña mancha sanguinolenta en el esputo, hasta hemorragias intensas debidas a la rotura de vasos sanguíneos en las paredes de las cavidades formadas por la caseificación de los tubérculos.

El tratamiento es a base de estreptomycina e isoniacida, - en combinación con ácido para-aminosalicílico, para retrasar la aparición de resistencia bacteriana, es aconsejable el reposo - con una dieta adecuada y un clima favorable, para reducir la -- tos, se puede administrar la codeína por vía oral 15 mg. cada - 4 horas, y para aliviar el dolor torácico, ácido acetilsalicílico .6 gm por vía oral cada 4 horas.

i) EDEMA PULMONAR: Enfermedad donde hay líquido seroso en -- los espacios alveolares y el tejido intersticial de los pulmones.

La insuficiencia del corazón izquierdo es la causa principal del edema pulmonar, ya que provoca congestión pulmonar con aumento de la presión capilar.

Las infecciones pulmonares pueden producir aumento de la exudación de líquidos que provocan edema, así como también nitratos entre otros.

El drenaje traqueobronquial insuficiente, por depresión -- del reflejo de la tos o eliminación insuficiente de líquidos, a acumulan en los pulmones exudado pulmonar y las secreciones las cuales se acumulan en los alveolos provocando edema.

En los estados de coma y en la intoxicación por barbitúricos, está alterado el drenaje traqueobronquial, provocando la - enfermedad.

El paciente se queja de disnea, ortopnea con opresión en - el pecho, ya que en el ataque declarado el paciente tiene respiración jadeante, con tos paroxística acompañada de esputo de color de rosa y con espuma, palidez y sudoración.

En el torax se escuchan ronquidos y silbidos, el pulso es débil y la presión sanguínea desciende.

El tratamiento es combatir el agente etiológico, reposo inmediato y oxígeno al 100%, en algunos casos está indicada la aspiración traqueal y broncoscópica.

Los broncodilatadores como la aminofilina están indicados, una vez restablecida la permeabilidad de las vías respiratorias.

Nota: No mencionaremos más enfermedades del aparato respiratorio ya que este trabajo no pretende tomar matices de texto, sino solo resaltar características que puedan normar nuestro criterio y - - brindar una mejor atención médica a la sociedad.

CAPITULO V

OTRAS ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES ORALES:

El C.D. en su diario tratamiento odontológico encuentra, como ya lo habíamos mencionado, una serie de signos y síntomas que se manifiestan en la boca, de estas solo señalaremos las que creemos de más importancia y que con más frecuencia se pueden encontrar.

a) SARAMPION: Enfermedad causada por un virus, es muy contagiosa, el paciente se queja de fiebre, tos, conjuntivitis, aparecen unas manchas en la mucosa labial y bucal (manchas de Koplik) y -- rash cutáneo.

Las manchas de Koplik son pápulas blancas diminutas, rodeadas de tejido inflamado, están situadas generalmente frente al -- primero y segundo molares superiores, hay faringitis y laringitis la temperatura puede llegar a 40 G.C.. La erupción aparece 5 -- días después de iniciados los síntomas, apareciendo en el límite del pelo, la cara y el cuello, extendiéndose posteriormente al -- tronco y las extremidades, produciendo un prurito marcado.

La aparición de las manchas de Koplik nos descarta la posibilidad de que se trate de otra enfermedad como la rubeola y la es carlatina.

Es una enfermedad de la primera infancia, pero el adulto que no la ha padecido puede estar expuesto a padecerla.

Es una enfermedad generalmente benigna si es que no hay complicaciones, haberla padecido confiere inmunidad para toda la vida.

Se puede prevenir administrando gamma globulinas hasta 5 ml. si ya la padece puede modificar favorablemente la enfermedad, y si llega a padecerla será un ataque muy leve.

El tratamiento será sintomático, evitando que se complique, el paciente estará encamado hasta que desaparezca el rash, evitarlo de la luz, ya que el paciente sufre de fotofobia, administrar antitusígenos, para la coceión se administrará calamina (loción de Caladryl P.D.).

b) DIFTERIA: Enfermedad producida por *Corynebacterium difte--* riae o basilo de Klebs-Loffler, que forma una pseudomembrana en -

las mucosas de las vías respiratorias generalmente, hay inflamación de los ganglios linfáticos del cuello.

La enfermedad se inicia por dolor de garganta, fiebre y fatiga, al progresar la enfermedad hay disnea por la inflamación de la faringe y la laringe, llegando incluso a obstrucción total de las vías respiratorias por el desprendimiento de las placas de la pseudomembrana.

El diagnóstico certero nos la dará un cultivo de exudado faríngeo en el que aparece el microbio.

El medio profiláctico ideal es la administración de la vacuna triple (D.P.T.), que además nos protegerá de la tosferina y el tétanos.

El tratamiento será a base de antitoxina diftérica, de 20,000 a 100,000 U. para adultos y de 5,000 a 6,000 U. en niños menores de 2 años, y la administración de penicilina.

El C.D. por la exploración oral que exige el tratamiento odontológico, tiene las posibilidades de detectar este tipo de enfermedades aún antes del médico general, pues los síntomas que se manifiestan antes, pueden confundirse con un catarro común.

c) PAROTIDITIS: También llamada paperas, es una enfermedad producida por un virus que produce una inflamación dolorosa en las glándulas salivales, generalmente en las parótidas, puede complicarse y afectar a los testículos, a los ovarios, al sistema nervioso central y a las glándulas mamarias.

Se inicia con el cuadro prodromico gripal, al segundo día se nota la inflamación abajo de las orejas que presenta brillantes.

Aislar al paciente es un medio profiláctico ideal, para evitar el contagio de la demás familia, la administración de 20 ml. de gamma globulina por vía I.M., es necesaria en aquellas personas que están expuestas al contagio y no han padecido la enfermedad.

El tratamiento es encamar al paciente, hasta que desaparezca la fiebre, para evitar las complicaciones. La aplicación de hielo sobre las glándulas inflamadas produce cierto alivio.

El aseo dental debe ser exigente durante esos días, los enjuagues con líquidos antisépticos son ideales para prevenir una infección posterior, el enfermo debe tomar muchos líquidos durante la enfermedad, los analgésicos están indicados para lograr la

remisión del dolor.

d) **HEPATITIS:** Es la enfermedad que se caracteriza por la inflamación del hígado causada por infecciones microbianas o productos tóxicos, hay fiebre, ictericia y halitosis característica, en algunos casos existe hepatomegalia.

No vamos a ahondar en detalles, solo indicaremos que el tratamiento será según la causa etiológica, la halitosis se podrá disminuir con gárgaras de agua con sal, o con pastillas de clorofila, o con algún antiséptico.

e) **AMIGDALITIS:** Enfermedad que se caracteriza por la inflamación de las amígdalas, casi siempre ocasionado por la infección de estreptococos hemolíticos.

Se inicia con fiebre alta, malestar general, dolor de cabeza y al tragar, puede haber tos.

Las amígdalas se encuentran grandes de color eritematoso, punteadas con exudado purulento de color amarillo, cuando llegan a cubrir las amígdalas se puede confundir con la difteria, pero un cultivo de exudado nos despejará la duda, si no es atendida adecuadamente, se puede complicar y producir enfermedades como la fiebre reumática entre otras.

f) **FARINGITIS:** Es la inflamación de la faringe, causada generalmente por virus, estreptococos y neumococos.

El paciente siente sequedad y ardor en la garganta, hay fiebre y dificultad para tragar, ronquera y los ganglios del cuello están inflamados, puede llegar a formar abscesos retrofaringeos -- los cuales si no se abren espontáneamente debemos abrirlos y drenarlos.

g) **LARINGITIS:** Inflamación de la laringe causada por enfermedades como amigdalitis, sinusitis, faringitis y otras.

Se caracteriza por la modificación de la voz ya que el paciente se queja de ronquera y afonía en muchos casos, hay dolor de garganta y disfagia, si se encuentran membranas por medio de la laringoscopia se puede pensar en difteria, la que debe desecharse solo por medio del cultivo faríngeo del exudado.

h) **DISFAGIA:** Es la dificultad de tragar, de cualquier etiología, esta se puede deber a:

1.- Defectos congénitos como son: Fisura palatina, atresia (estre

chés del esófago) y fistula traqueoesofágica.

2- Trastornos del sistema nervioso como en la poliomielitis, alcoholismo, histeria, sífilis entre otras.

3.-Obstrucción del esófago por dientes o cuerpos extraños, por tumores y varices esofágicas.

4.-Otras enfermedades que producen espasmo muscular como la rabia y el tétanos entre otras.

5.-La estomatitis, la angina de Vincent, la angina de de Ludwig, la parotiditis, los abscesos regionales, y la glositis pueden producir disfagia.

i) GLOSITIS: Inflamación de la lengua, que se clasifican en la lengua geográfica, glosofitia (Lengua negra vellosa), glosodinia y glositis de Moeller (lengua lisa).

No profundizaremos en estas enfermedades, pues están dentro del campo del médico cirujano dentista, y la finalidad de éste trabajo es hacer notar otras enfermedades que el odontólogo puede detectar, fuera del campo odontológico.

La etiología de una manera general se debe a microorganismos que se encuentran en la boca, los traumas que recibe por dientes rotos, mordidas frecuentes o por ataques epilépticos, por irritantes como el alcohol, el tabaco y las especias, aunados por estado general debilitado del paciente como en las anemias, las avitaminosis, etc.

El enrojecimiento de la punta y los bordes de la lengua, se pueden deber a exceso de fumar o al comienzo de la pelagra (avitaminosis), o a la constante rozadura de la lengua con un diente quebrado.

Como sabemos la lengua refleja enfermedades que afectan a otras partes del organismo, por lo que debemos hacer una concienzuda exploración del paciente.

El tratamiento será encaminado a quitar el agente etiológico, evitando que el paciente fume, beba alcohol y comidas muy calientes o irritantes, el colocar un pedazo de hielo sobre la lengua proporciona alivio.

Las infecciones por hongos se pueden tratar como agentes antimicóticos y las bacterianas con antibióticos.

Si la glositis es tan grave que pueda obstruir las vías respiratorias, la traqueotomía es necesaria.

j) **DIABETES MELLITUS:** Enfermedad del metabolismo de los hidratos de carbono por insuficiencia de insulina, se manifiesta por glucosuria, polidipsia, polifagia, poliuria y cansancio.

Se considera hereditaria ya que en un 50% de los enfermos se encuentra en sus familiares ascendientes, la etiología realmente, todavía es desconocida.

En los casos que no son atendidos, las grasas del cuerpo son movilizadas, aumentando la producción de cuerpos cetónicos por el hígado, lo que da al aliento un olor a acetona, que el odontólogo puede advertir y mandar al paciente a hacerse análisis de Laboratorio para saber la cantidad de glucosa en sangre, que de ser mayor de 120 mg./100 ml. en ayunas, se puede sospechar de la enfermedad, por lo que remitiremos al paciente con el especialista.

En los diabéticos también hay trastornos de la coagulación y retraso en la cicatrización de las heridas, trastornos de la coagulación y retraso en la cicatrización de las heridas, trastornos que debemos tomar en cuenta para cualquier intervención odontológica.

La enfermedad no es curable, pero puede ser controlada con insulina o antidiabéticos orales.

k) **SIFILIS:** Enfermedad venerea muy contagiosa, producida por el *treponema pallidum*.

Se contrae por contacto sexual generalmente, el *treponema* entra al organismo por las mucosas y después de un periodo de incubación de 20 días, aparecen los primeros síntomas.

La evolución del padecimiento abarca 4 etapas, en la primera etapa, que tiene una duración de 40 a 50 días, aparece en el lugar de la infección, una lesión llamada chancro, casi siempre en los organos sexuales, en la mucosa oral, en lengua y labios, en el ano.

Posteriormente esta lesión desaparece, y el 25% de los enfermos sana por sus defensas orgánicas.

La segunda etapa tiene una duración de 3 a 4 años, el 75% de los enfermos que no sanaron en la primera etapa, presentan una erupción cutánea, llamada roseola sifilítica, también presentan pústulas como las de la varicela, en la mucosa bucal presentan placas de color blanco, que también aparecen en la piel del cuello. El cabello y las cejas se caen dejando espacios muy notorios.

La infección puede afectar también a los huesos, músculos, hígado, etc. presentando el paciente cefalalgias y dolor de articulaciones con fiebres frecuentes.

En la tercera etapa aparecen granos cutaneos agrupados, produciendo llagas de las que emanan líquidos purulentos con sangre.

En la cuarta etapa, se producen afecciones del sistema cardiovascular, principalmente en la aorta y las coronarias, la infección invade también el nervio óptico y por último el sistema nervioso central, produciendo parálisis general progresiva y la muerte.

En la sífilis congénita algunos síntomas aparecen mucho tiempo después del nacimiento, inclusive después de varios años, entre estos están los dientes de Hutchinson donde los incisivos carecen de raiz y la capa del esmalte dentario es muy delgada, por lo que las coronas están quebradas.

Para diagnosticar esta enfermedad es necesario recurrir a los análisis del laboratorio que ya mencionamos en el primer capítulo.

El tratamiento en la primera y segunda etapa consiste en administrar una sola dosis de 2 400 000 U. de penicilina G. Benzatina inyectando la mitad en cada nalga, en las dos últimas etapas además de antibióticos atender los trastornos secundarios que la acompañan.

CAPITULO VI

RIESGOS PROFESIONALES DEL ODONTOLOGO

a) **RIESGOS GENERALES:** Según estudios realizados por la Asociación Dental Norteamericana, los cirujanos dentistas tienen una vida promedio de 71.2 años, así como el resultado de que de 6,070 odontólogos fallecidos de 1961 a 1966, el 51% se debió a causas del sistema circulatorio, esto se debe, según los estudios de Russek, cardiólogo que hizo la revisión de varias categorías de profesionistas, como médicos, cirujanos dentistas, abogados, ingenieros, comprobó, que tanto el médico general como el odontólogo, soportan idénticas tensiones, por las que tienen una mayor incidencia de cardiopatías coronarias que el abogado, el ingeniero, el abogado o especialista en ortodoncia o en periodoncia.

La exposición constante a los rayos X, pueden producir lesiones a nuestro organismo, que pueden ser desde anemias, hasta la pérdida de miembros o la muerte.

Según el Comité Internacional de Protección contra las Radiaciones, establece la dosis de seguridad para el organismo, de 300 a 400 miliroentgens mensuales, ya que por cada 10 años de trabajo, indica una dosis de 50 Roentgens como máximo. En los casos donde sea necesario, la aplicación de rayos X como medio terapéutico, como en el carcinoma bucal, el tratamiento deberá aplicarlo un médico radiólogo.

Para evitar en lo posible este riesgo, es necesario tener equipos adecuados y ser bien manipulados, así como cumplir con las reglas de seguridad en estos casos, como el uso de mandil de plomo y colocarnos atrás de la tabla forrada en el momento de disparar los Rayos X.

b) **DERMATITIS:** Es la inflamación de la piel con formación de vesículas, costras, exudado y descamación, producida por la constante exposición de las manos, a los contenidos de la cavidad bucal, así como el manipuleo de sustancias medicamentosas que producen hipersensibilidad de la piel.

Un medicamento que producía dermatitis constantemente, era el componente de la procaina, el clorhidrato de butetamina (monocaina) pero estos efectos se han logrado deshechar con la aparición de la xilocaina y la carbocaina.

Si el cirujano dentista llegara a padecer dermatitis, esta -- llegaría a entorpecer la práctica odontológica, y si fuera de gravedad tendría que abandonarla.

Por eso es tan importante el uso de los guantes de hule, a -- los que debemos acostumbrarnos desde el inicio de nuestra carrera, como medida profiláctica.

Ningún tratamiento es adecuado, mientras no se elimine el agente causante, si existen ampollas o vesículas, deben drenarse -- sin quitar la piel, si hay eritema y prurito, debe aplicarse una loción secante adecuada como la de Caladryl, debe evitar rascarse para evitar infecciones posteriores.

El tratamiento corticoadrenal es el indicado en las dermatitis extensas, como la prednisona de 20 a 25 mg. por vía oral, diariamente durante 5 días o pomadas de hidrocortisona, desde luego el tratamiento deberá estar en manos de un dermatólogo.

c) EXPOSICION A ENFERMEDADES CONTAGIOSAS: La constante proximidad del C.D. con la boca de sus pacientes, lo expone a frecuentes infecciones respiratorias, que le son transmitidas por las gotitas de saliva que salen de la boca del paciente al hablarnos y al respirar, otras enfermedades que puede adquirir el odontólogo por este medio, son la tuberculosis y la difteria.

Si realizamos una historia clínica y una exploración física adecuadas a nuestros pacientes, podemos tomar las medidas profilácticas necesarias, para protegernos nosotros y a los demás pacientes.

Las enfermedades como la hepatitis de origen viral y la sífilis de origen bacteriana (*treponema pallidum*), son mucho más frecuentes, entre dentistas que entre otros profesionistas, y esto se debe a que contagiarse, incluso en ausencia de lesiones orales demostrables, o cuando la ictericia aún no se manifiesta, es mucho más probable en el C.D. que en el médico general, pues la manipulación odontológica nos coloca en una situación más expuesta.

Las medidas preventivas son de importancia capilar para el -- dentista, por lo que expondremos las que creemos de más interés. El conocimiento del aspecto clínico de las manifestaciones lúeticas bucales, así como generales, nos darán un mayor margen de seguridad, que comprobado con los análisis nos indicarán la pauta a seguir en el tratamiento.

El cultivo de esputo con tele de torax serán necesarios -- cuando sospechamos tuberculosis.

Recordemos que en la angina sifilítica, los tejidos de la faringe están de color rojo brillante e inflamados, un signo -- muy importante, es que observaremos una banda de color rojo obscuro de 6 mm. a un cm. de ancho en los pilares anteriores, la cual nace en la base y asciende de 5 mm. a 2.5 cm. sobre los pilares, acompañada de ronquera de reciente aparición.

Las enfermedades piógenas y virales a las que estamos constantemente expuestos, se evitarán hasta cierta medida con el uso del dique de hule para el paciente y el tapa bocas para el dentista, así como la costumbre de que al sentarse el paciente en el sillón dental inmediatamente haga colutorios con algún anti-séptico diluido en agua, desde luego hay casos en que esto no sea posible.

d). TRASTORNOS POR LA POSTURA.- la permanencia de pie, así como las posturas poco higiénicas que por la naturaleza del trabajo se le exigen al dentista, le provocan constantes dolores de espalda en la región lumbar de la columna vertebral. El desarrollo de varices es enfermedad común en el 50% de los profesionistas con mas de 10 años de actividad.

La variación de las posturas, trabajando 15 min. sentado y 15 min. parado y un buen uso del espejo dental que nos evite en lo posible las posturas demasiado forzadas, serán de gran ayuda para la salud del dentista.

El descongestionamiento circulatorio de las piernas por medio del ejercicio, de preferencia la caminata o la carrera después de la consulta dental o por las mañanas, combinándolo con algún deporte de nuestro gusto, es ideal para prevenir las várices y hemorroides. Si a esto agregamos una fricción vigorosa en las piernas con un producto oleoso y el reposo con las piernas en alto, podemos asegurar que nuestra salud estará garantizada por mucho mayor tiempo.

El hábito de fumar y beber preparados que contengan alcohol deben ser sumamente controlados, pues además de provocar halitosis, predisponen a una serie de enfermedades como el cáncer pulmonar, enfermedades hepáticas y las enfermedades cardiovasculares, que ya de por si, nuestra profesión nos predispone.

e) **TRASTORNOS VISUALES:** Los ojos están expuestos a contraer infecciones, debidas a que el tejido carioso que removemos con la turbina de alta velocidad nos puede caer en ellos, esto se puede evitar con la colocación de lentes que los protejan.

La conjuntivitis y otros padecimientos oftálmicos, son frecuentes en estudiantes y profesionistas por esta causa.

El esfuerzo visual al que sometemos constantemente a nuestros ojos, puede llegar a desarrollarnos una serie de defectos en la visión, entre las mas comunes tenemos la hipermetropía -- (largo de vista), donde la fuerza de acomodación del ojo se ha debilitado y la imagen se enfoca detrás de la retina. La miopía (corto de vista), donde la imagen queda enfocada adelante de la retina, porque la capacidad de acomodación del cristalino se ha intensificado. El astigmatismo, donde el grado de acomodación del ojo es variable en los distintos meridianos del globo ocular. La presbiopía que se desarrolla por la edad (vista cansada), y que nuestra profesión acelera su aparición, consiste en que el cristalino responde insuficientemente al proceso de acomodación, el odontólogo presbiope no puede enfocar bien los objetos cercanos.

El tratamiento de estos padecimientos, consiste en que un oftalmólogo nos prescriba los lentes adecuados para compensar estos defectos de refracción.

La introducción de esquirlas (astillas pequeñas de hueso o diente) en los ojos, pueden causar infecciones debidas a que casi siempre es tejido carioso, además del trauma provocado al globo ocular, si no son tratadas adecuadamente hay complicaciones que pueden tener como resultado la pérdida parcial o total de la visión.

Si las astillas o cualquier otro cuerpo extraño no quedaron incrustadas en el globo ocular, se retiran con lavados de suero fisiológico y con la ayuda de un pedazo de algodón estéril, en caso de quedar incrustadas, el tratamiento lo hará un cirujano oftalmólogo lo más pronto posible.

La introducción de bacterias por las esquirlas provocan infecciones como:

La conjuntivitis, caracterizada por constante lagrimeo, --

con secreción mucopurulenta, prurito, fotofobia y sensación de ardor, la conjuntiva se encuentra inflamada y de color rojo vivo.

El tratamiento consiste en identificar el microorganismo causal, por medio de frotis y cultivos del exudado purulento, administrando los antibióticos adecuados así como antiinflamatorios en soluciones o pomadas oftálmicas.

La úlcera corneal, es la necrosis de la cornea por infección después de un trauma, provocada por las esquiras contaminadas principalmente por estreptococos, estafilococos, neumococos, virus y otros.

Se inicia con una lesión de color gris oscuro en el lugar de la incrustación, que al sufrir necrosis y supurar, forman una úlcera que causa dolor, fotofobia y lagrimeo. Si no es atendida debidamente, la úlcera se extiende y se profundiza, causando destrucción, que al cicatrizar con tejido fibroso deja una mancha opaca con el natural efecto desfavorable para la visión.

Las úlceras pequeñas de 1 a 2 mm. de diámetro cicatrizan en uno o dos días, cuando se ha practicado la extracción de la esquirra de una manera adecuada y se ha aplicado un apósito.

En las úlceras mas grandes, se identifica el agente microbial no causante de la infección, por medio de frotis y cultivos, administrando el antibiótico adecuado por vía oral y tópica, para la cauterización de la úlcera, se administra yodo al 2% en la base de la misma, y se coloca un apósito, estas úlceras tardan en sanar de 10 a 30 días.

Para el dolor es recomendable las compresas calientes y la administración de analgésicos.

Algunos oftalmólogos recomiendan de 2 a 5 ml. de leche hervida estéril por vía intramuscular, en días alternos durante 5 días para lograr una curación más acelerada de la lesión.

El cuidado de los ojos y de las manos debe ser constante en el cirujano dentista, ya que son sus armas de trabajo apoyadas desde luego en sus conocimientos.

f) PROFESIONES CON GRAN INCIDENCIA DE CARIES.- Para concluir este trabajo queremos hacer mención de una serie de profesiones que son mas susceptibles a las caries dentales.

Todos aquellos individuos, que trabajan, relacionados con

la elaboración de productos abundantes en hidratos de carbono son mas susceptibles como los pasteleros, panaderos, dulceros, los que de una manera u otra intervienen en la elaboración de refrescos, las cocineras y los pasteleros, pues se cree que la caries cervical se desarrolla por la acumulación del polvo de la harina y la mucina, formando una gelatina que favorece el crecimiento de la flora microbiana en esa región, otros trabajadores también susceptibles a caries son los gelatineros que intervienen en la zafra, los que intervienen en la elaboración de piloncillos y azúcar, los fabricantes de frutas recubiertas o cristalizadas, de ates y mermeladas, así como los apicultores.

Desde luego los hábitos de higiene influyen de una manera determinante para disminuir o aumentar la incidencia de caries, pues un cepillado adecuado después de cada comida, elimina los restos alimenticios y los microorganismos que forman la placa bacteriana.

La visita al cirujano dentista de estas personas, debe ser cuando menos cada 3 meses, pues los focos infecciosos buca les desencadenan la enfermedad.

En general toda persona adulta o infantil sin patología oral aparente debe hacerse un examen odontológico, cuando menos cada 4 meses o sea tres veces al año.

CONCLUSIONES

Por lo expuesto en este trabajo, llevado a cabo en una forma modesta, llegamos a la siguiente conclusión:

Que la práctica de la medicina odontológica, no es completa sin los conocimientos de las otras disciplinas de las ciencias médicas, llámense a estas medicina general y sus especialidades, farmacología, Química, Bacteriología y otras.

La correcta conjugación de conocimientos de las ciencias médicas y la constante comunicación del Cirujano Dentista con los médicos generales, los especialistas, los químicos bacteriólogos y farmacólogos, llevarán al éxito el tratamiento del paciente y la salud de la colectividad mejorará notablemente, en caso contrario, este tratamiento estará condenado a sufrir un rotundo fracaso, con las consecuencias para el paciente y para el prestigio de la Odontología en general.

El cirujano dentista tiene la obligación de proporcionar a la colectividad, salud, bienestar y educación odontológica, para la eliminación y prevención de enfermedades que alteran, la integridad orgánica, psicológica y económica de los individuos, por ende de la sociedad.

Cualquier paciente que visita nuestro consultorio dental va en busca de salud, que muchas veces incluyen el terreno emotivo, por lo que el cirujano dentista debe estar preparado para brindar lo que de él se espera, es por eso que la preparación del odontólogo no termina en la Universidad, sino que debe ser constante y en todos los niveles posibles ya sean dentro de su especialidad o culturales.

Es por eso que todo detalle encontrado en la historia clínica y en la exploración física del paciente, deben tomarse muy en cuenta y no solo limitarnos a la patología dental, ya que la cavidad oral y el resto del organismo, forman una entidad, en la que todas sus partes están perfectamente encadenadas para el funcionamiento adecuado del individuo como unidad biológica y social.

El C. D. debe colaborar para mantener en las mejores condiciones posibles de salud a todos los miembros de la sociedad, en su carácter de "guardián de la salud".

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Medicina Interna: Wintrobe, Thorn, Adams, Bennett, Braunwald, Isselbacher y Petersdorf. 4a Edición 1974 Editorial Fournier, S. A. México.
- 2.- Propedéutica Clínica: Buckingham, Sparberg y Brandfonbrener 2a Edición 1976. Editorial Aldape, México.
- 3.- Compendio de Anatomía Descriptiva: Fort. 2a Edición 1976 - Editorial Barrera, México.
- 4.- Procedimientos de emergencias Médico Quirúrgicas: Hospital Central Militar. 4a Reimpresión 1972. México.
- 5.- Diccionario de especialidades farmacéuticas: Rosenstein, - Martin del campo, Balas. 25a Edición 1978 Editorial P.L.M México.
- 6.- Enciclopedia Médica: Schifferes. 4a Edición 1965. Editorial Press Service, inc. New York, E.U.A.
- 7.- Bases del Diagnóstico clínico: 1a Reimpresión 1960. Editorial La prensa Médica Mexicana, México.
- 8.- Patología: Hopps. 2a Edición 1966. Editorial Interamericana, México.
- 9.- Anatomía Dental: Esponda. 2a Edición 1970. Editorial Manuales Universitarios U.N.A.M., México.
- 10.- El manual Merck: Lyght, Keefer, Richards, Sebrell, Daughenbaugh 3a Edición 1964 Editorial Merck Sharp And Dohme Research Laboratories E.U.A.
- 11.- Anatomía y fisiología humanas: Tatironov. 1a Impresión 1976. Editorial Barrera, México.
- 12.- Manual de Farmacología: Kuschinsky y Lullmann 2a. Reimpresión 1969. Editorial Marin, Barcelona, España.
- 13.- Fisiología Médica: Ganong. 4a Edición 1974 Editorial El manual Moderno. S. A., México.
- 14.- La Clínica y el Laboratorio: Balcells. 10a Edición 1970 Editorial Marin Barcelona, España.
- 15.- Enfermedades de la boca: Grinspan. 1a Edición 1970. Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina.