

24,328



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"

PATOLOGIAS OROFARINGEAS
CIRUGIA Y TERAPEUTICA

TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
DANIEL ORTIZ RAMIREZ

San Juan Iztacala, Edo. de Méx.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I

FUNCION DE LOS MICROORGANISMOS EN LA
ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD OROFARINGEA1

I.1. Flora Bucal1

I.2. Cultivos6

I.3. Antibiograma y Otros Estudios9

CAPITULO II

EXAMEN ANATOMICO Y FISIOLOGICO DE LA
ZONA RETROFARINGEA O AMIGDALAR14

II.1. Aspectos Generales14

II.2. Faringe Superior17

II.3. Faringe Media.....19

II.4. Faringe Inferior21

CAPITULO III

CUERPOS EXTRAÑOS EN OROFARINGE POR
ACCIDENTES25

III.1. Etiología25

III.2. Sintomatología26

III.3. Diagnóstico y Tratamiento28

CAPITULO IV

ESTRUCTURAS LINFOIDES DE LA OROFARINGE-	31
IV.1. Definición y Topografía.....	31
IV.2. Constitución Anatómica.....	35
IV.3. Conjunto Sintomático.....	37

CAPITULO V

ANGINAS AGUDAS	41
V.1. Tipo Virales.....	41
V.2. Anginas Eritomatosas Sintomáticas.....	43
Angina de la Escarlatina.....	44
Angina del Sarampión.....	45
Angina de la Rubeola.....	45
Angina Catamenial....	45
V.3. Anginas de Tipo Seudomembranoso.....	46
V.4. Anginas de Tipo Ulcerosas.....	49
Angina Herpética.....	50
Angina de Vincent.....	51
Anginas Gangrenosas.....	51

CAPITULO VI

HIPERTROFIA E INFECCION AMIGDALARES,	54
--	----

VI.1. Hipertrofia Amigdalas Simple	54
VI.2. Infección Amigdalas	54
VI.3. Amigdalitis Aguda y Crónica	56
VI.4. Absceso Periamigdalas	58
VI.5. Faringitis Aguda	59

CAPITULO VII

AFECCIONES ESPECIFICAS EN OROFARINGE

VII.1. Sífilis.....	61
VII.2. Tuberculosis.....	62
VII.3. Leucemia Aguda.....	62
VII.4. Agranulocitosis.....	64
VII.5. Mononucleosis Infecciosa.....	64
VII.6. Leucopenia Aplásica.....	65
VII.7. Cáncer.....	66

CAPITULO VIII

AMIGDALECTOMIA

VIII.1. Indicaciones.....	67
VIII.2. Contraindicaciones.....	68
VIII.3. Cuidados Preoperatorios	69
VIII.4. Técnicas Quirúrgicas.....	70

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES,82

P R O T O C O L O

Todos sabemos que desde la infancia, empiezan a manifestarse las primeras ideas de lo que en un futuro deseamos, y con ésto nos proyectamos en el tipo de relación y ambiente social en el cuál nos vamos desenvolviendo y es así como todo lo anterior, aunado, se traduce en la vocación por una carrera profesional, en la cuál se reflejará todo el potencial creativo de nuestra imaginación.

Por todo lo anterior elegí un tema que no se ha considerado propio para el odontólogo y que a la luz de la medicina preventiva contemporánea, y estimando nuestra estrecha relación profesional con el área en cuestión, que se refiere al estudio terapéutico y quirurgico de las patologías orofaríngeas, el dentista en ocasiones es incapaz de determinar un diagnóstico y tratamiento acertado teniendo que recurrir a otro tipo de especialistas, pese a que solo se encuentra a unos milímetros de distancia - de lo que diariamente observamos y tratamos, además, en no pocas ocasiones dichos especialistas se encuentran muy lejos de las áreas rurales en donde pudieramos ir a ejercer nuestra profesión.

Es un hecho que ejercemos una especialidad en boca, - estimo que es nuestra responsabilidad aportar nuevos conocimientos al odontólogo, permitiendole así, ampliar su campo de acción para enlazarlo como verdaderos investigadores y terapéutas y así, de ésta manera, lograremos la unión con todas las ramas de la medicina por un esfuerzo convergente de inteligencias y voluntades. Por otra parte,

ésto se enfoca al auxilio de la microbiología y virología que han aportado el conocimiento de la gran variedad de microorganismos saprofiticos de la flora bucal normal. -- Las patologías orofaríngeas son consecuencia del desarrollo favorecido en determinado momento por las condiciones normales para dichos microorganismos, ya que el medio es todo y el microbio, nada; apareciendo así una gran cantidad de padecimientos denominados faríngeos, bucofaríngeos de vías respiratorias altas, etc. Todo basado en el especialista que se enfrenta a ellas, pues es innegable, que las demás patologías no están divorciadas de las faríngeas, sino asociadas en muchos casos como una sola entidad patológica, o bien, manifestarse como insipientes de una infección aguda, para llegar a constituirse en un grave padecimiento crónico. A éste tipo de padecimientos el Cirujano Dentista los denomina estomatológicos; de ésta variedad son exclusivos a tratarse los que se asientan en la cavidad faríngea, como es la gran gama de padecimientos de anginas, pilares y conexos, y su estrecha relación con la cavidad oral, su techo y su cavidad laringonasal.

Considero que en los planes de estudio para Cirujano - Dentista en la Universidad, así como en la práctica, no se dá la suficiente importancia a los problemas estomatológicos puros y de otorrinolaringología por sus relaciones, sin invadir a nivel terapéutico nariz y oídos, y/o problemas dermatológicos con manifestaciones en cavidad bucal, tratados al mismo nivel que el dermatólogo, como el herpes simple y el zoster.

Para la realización de ésta tesis, me baso en que algunos otros países como, España, Argentina y Alemania, cuentan capacitados, los Odontólogos, para realizar amigdalog

tomos, y de tratar farmacológicamente, como el dermatólogo, algunos tipos de herpes antes mencionados.

Hoy en día, las personas recibirían mejor atención médica, si tanto el Cirujano Dentista como el Médico, cumplieran sus obligaciones como miembros de las profesiones médicas en estrecha unión como una consecuencia de los campos de sus prácticas diarias y se ejerciera una mejor y mas amplia medicina preventiva.-

INTRODUCCION

Tengo, vamos a ver
que ya aprendí a leer y a contar.
Tengo que ya aprendí a escribir,
y a pensar,
y a reír.

Nicolás Guillén.

Para poder realizar ésta Tesis, fué necesario investigar el significado de ésta palabra, que es en síntesis -- "el estudio escrito que el aspirante al título de doctor debe presentar ante un tribunal universitario para su aprobación".

Después del análisis de éstas palabras me sentí mas seguro de la aceptación del tema de ésta Tesis "Patologías Orofaringeas Cirugía y Terapéutica" Temía que no fuera aceptada, ya que no se relaciona del todo con lo tradicional en Odontología, pero fié mayor mi estímulo al revisar varias Tesis de distintas facultades, encontrando que la mayoría están dentro de un mismo patrón sin salirse de lo trillado, sin ningún tipo de aportación, sino como un simple resumen que en realidad no beneficiará como libro de consulta,

Lo que en tiempos anteriores y ahora está pasando es - que cada generación toma conciencia de sí misma y pensamos que nuestra época y momento es trascendente y que pa-

sará a la historia.

Otras generaciones sí encuentran su realidad y camino apropiado a los impulsos, introduciendo cambios para que la humanidad progrese; existen otras que equivocan el camino y solo aportan el bullicio de los proyectos que no alcanzan realización.

El hombre que transforma es el que tiene ideas, maneja datos, hace comparaciones, el que analiza el pasado - inmediato y marca los rumbos del futuro, que ya es el presente que vivimos.

Las patologías que encontramos en orofaringe, comúnmente su etiología principal se encuentra a nivel de cavidad bucal, dientes y tejidos blandos, lo que sucede en muchos casos es que el clínico diagnostica el efecto y no la causa primaria de dicha patosis, como sabemos la cavidad bucal es un medio favorable para la producción de un sin fin de bacterias por microorganismos patógenos, éstos son arrastrados por medio de la deglución hasta el aparato digestivo, lo mismo sucede con el aparato respiratorio, ya que con las inhalaciones constantemente estamos recogiendo bacterias. Todas éstas bacterias y microorganismos deben ser detectados y detener su camino, antes de crear enfermedades graves, evitando éste avance - nuestras defensas y anticuerpos del organismo humano, como las amígdalas que son las primeras en captar éste torrente infeccioso, por lo que nos interesa saber hasta qué grado deben mantenerse en una persona, hasta ser extirpadas, también reconocer y tratar todo tipo de enfermedades controlables por el Odontólogo en orofaringe y cuando remitir al especialista en este campo.

Deseo que con ésta Tesis, el Odontólogo en su práctica diaria aprenda a diferenciar y tratar casos leves y en ocasiones colaborar en tratamientos de enfermedades graves, que también están dentro de nuestra profesión aprender a detectar amigdalitis, faringitis, cáncer y sífilis en amídalas, etc., como comunmente lo hacemos con abscesos apicales, quistes, caries, etc.-

C A P I T U L O I

FUNCION DE LOS MICROORGANISMOS EN LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD OROFARINGEA.

I.1. Flora Bucal

Es interesante conocer todos los elementos que constituyen la cavidad bucal, ya que todo éste conjunto es parte integral de nuestro organismo, además la cavidad bucal es el medio por el cuál el hombre se alimenta y también contrae enfermedades que varían en su grado de infección.

La cavidad bucal es estéril en el momento del nacimiento, pero entre las seis y diez horas se establece una flora principalmente anaerobea. Los anaerobios aparecen en algunas bocas en los diez primeros días, y se encuentran presentes en casi todas a los cinco meses de edad, antes de la erupción de los dientes, y en el cien por ciento de las bocas cuando aparecen los incisivos. Con la edad, aumentan los anaerobios, pero los de tipo facultativo siguen predominando numericamente. Así mismo, en la boca hay hongos, incluso *Candida*, *Cryptococcus* y *Saccharomyces*; protozoos como *Entamoeba gingivalis* y *Trichomonas tenax* y en algunos casos virus.

La mayoría de las bacterias salivales provienen del dorso de la lengua, del cuál son desprendidas por acción mecánica; cantidades menores vienen del resto de las membranas bucales. La población microbiana bucal es relativamente constante, pero varía de paciente a paciente y en

diferentes momentos en una misma zona; la cantidad de microorganismos aumenta temporalmente durante el sueño y --decrece despues de las comidas ó el cepillado. La flora bucal también es afectada por la edad, la dieta, la compsición y velocidad del flujo de la saliva y factores generales¹.

Puesto que la saliva sirve de medio de cultivo y medio ambiente constante de los microorganismos bucales, afecta a su actividad metabólica y al estado de los tejidos bucales.

La saliva es un 99.5 % de agua y un 0.5 % de sólidos --orgánicos e inorgánicos. Esta saliva es vertida a la boca por tres pares de glándulas: Parótidas, Submaxilares y --Sublinguales. El proceso secretorio de éstas se encuentra bajo un control nervioso, la estimulación de la inerva---ción parasimpática produce una secreción profusa de saliva acuosa, los alimentos causan la secreción refloja de --la saliva, ésta secreción se condiciona facilmente en el hombre, por medio de la vista, olfato y aún una idea de --algún alimento.

La saliva puede servir de vehiculo para excreción de --ciertas sustancias (alcohol, morfina) y ciertos iones in--orgánicos como el potasio, calcio, bicarbonato y otros e--lementos. La saliva también es lubricante, humedece los --alimentos.

Dentro de sus componentes orgánicos encontramos glucoproteínas, albúmina sérica, gammaglobulinas y carbohidra--tos, además la saliva contiene bixido de carbono, oxige--no, nitrógeno y un sistema amortiguador de bicarbonatos.

Es importante en orofaringe la función salival ya que ésta contiene enzimas como la hialuronidasa, lipasa, catacasa, peroxidasa, colagenasa y algunas otras, las cuáles en los elementos de la orofaringe aumentan las enfermedades. En el contenido salival existen factores antimicrobianos como es la lisozima, la cuál ejerce un efecto lítico sobre los micrococos, sarcinas y contra la mayoría de los microorganismos transitorios.

También se han descrito factores que inhiben el crecimiento del bacilo de la difteria, el lacto bacillus casei y mutinas que convierten en no patógenos a determinados microorganismos patógenos. Existen también gamma globulinas capaces de desarrollar actividad de anticuerpo.

De los muchos elementos en saliva se identificaron varios factores de coagulación (VIII, IX, X, PTA, hageman) que aceleran la coagulación de la sangre y protegen las heridas contra la invasión bacteriana. También incluye - vitaminas como son: la vitamina B12, Tiamina, Riboflavina, Niacina, Piridocina, Acido Pantoténico, Biotina, Acido Fólico, vitamina C y vitamina K. Los leucocitos y células escamativas forman parte de la saliva, éstos varían en su número según la persona y la hora del día.

El contenido de la flora bacteriana bucal, fluctúa -- también toda la vida, y aún de un día a otro. Además, existen gran variedad entre contenido bacteriano de las - personas, así como entre los diferentes sitios de la cavidad bucal. Numéricamente, los microorganismos mas numerosos de la cavidad bucal son los estreptococos no homolíticos. Los estreptococos homolíticos y anaerobios también existen, pero en menor cantidad. Los siguientes mi-

microorganismos siempre se encuentran en la cavidad bucal:

Veillonella (diplococo anaeróbico gramnegativo) diftéroides facultativos y anaerobios grampositivos (*Corynebacterium*, el bastón grampositivo aerobioforma 20 % del grupo difteroide bucal) estafilococos, incluyendo la cepa dorada; lactobacilos (bastones grampositivos relacionados con la caries dental); actinomicos (microorganismos anaerobeos filamentosos) espiroquetas anaerobias: levaduras (suelen ser llamadas *Candida albicans*, el microorganismo causal de la moniliasis); protozoarios y virus (tales como herpes simplex) proteus, clostridios y microbacterias suelen ser encontrados en la cavidad bucal como contaminantes, así como muchos microorganismos transitorios.

El surco gingival, arrugas mucovestibulares, fosas amigdalares, bolsas periodontales, encía pericoronar, superficie inferior de puentes, prótesis parciales y totales y otras criptas patológicas naturales, proporcionan un medio ambiente conveniente para la acumulación y protección de bacterias, así como para la producción de toxinas y enzimas.

Dentro de éstos elementos las células que son deshechadas al interior del organismo por medio de la deglución - en grandes números, son rápidamente reemplazadas, calculándose la velocidad de recambio de las células de la mucosa es de uno a tres días y la secreción de proteínas a la luz del intestino, debida al deshecho celular se ha calculado que llega a 30 gms. por día.

En condiciones normales, las diversas bacterias encontradas en la flora bucal no provocan enfermedades y suelen subsistir en equilibrio delicado dentro de la cavidad bucal. Este equilibrio puede ser trastornado por la siminución de la resistencia del huésped ó por un aumento del número y la virulencia de las bacterias.

En éstas condiciones, pueden presentarse infecciones - localizadas o diseminadas.

I.2. Cultivos

Los cultivos bacteriológicos, son utilizados para identificar a los distintos microorganismos y determinar su sensibilidad a los agentes antimicrobianos, ya que varía el medio necesario para el óptimo desarrollo de los diversos microorganismos. Se tiene que estudiar el tipo de medio de cultivo que va a utilizarse, por ejemplo: el bacilo tuberculoso y los hongos requieren medios específicos, y además se necesita un tiempo considerable para que éstos microorganismos crezcan, ello puede retrasar la institución del tratamiento adecuado. Una vez que se ha identificado el agente patógeno, se recomienda que se investigue su sensibilidad a determinados agentes microbianos.

En distintas especialidades dentro de la medicina es indudable que el práctico requiera en ciertos casos de infección los cultivos de bacterias y de hongos para identificar el agente causal de determinada enfermedad. Para hacer cultivos de lesiones sospechosas de candidiasis existe un medio (Squibb-Pagano-Lexin) que puede utilizarse en el consultorio dental a la temperatura ambiente. Las muestras de otras lesiones se pondrán en un medio ex-profeso para el transporte (Stuart's Transfer Medium) y se remitirán a un laboratorio clínico para su cultivo e identificación.

Debemos tener en cuenta la posibilidad de contaminación en la muestra tomada, por si se llega a obtener un resultado inusitado, en cuyo caso hay que proceder a un nuevo cultivo.

Ha existido cierta controversia acerca de las pruebas de cultivo, las pruebas de cultivo no son tan fallibles como al

gunos autores afirman, las mayores tendencias de los clínicos inclinándose a las pruebas positivas falsas y negativas falsas pueden rectificarse mediante la esterilización apropiada y las técnicas asépticas.

Los cultivos utilizados correctamente, pueden proporcionar beneficios marginales, tales como saber cuando se debe de realizar ó no la amigdalectomía, también como un método para vigilar sistemáticamente la técnica aséptica del operador y un medio para resolver algunos problemas clínicos. Un simple cultivo proporcionará al operador los conocimientos que le permitirán reconocer la causa del exudado y podrá ahorrarle considerable tiempo y angustia al tratar de adivinar el tipo de infección e impartir un plan de tratamiento adecuado y en el menor tiempo posible para beneficio del paciente; de ésta forma nos evitaremos algunas dudas que gracias a los cultivos resolveremos prontamente tales como: ¿Acaso el agente infeccioso es uno de los microorganismos resistentes, tales como pseudomonas ó enterococos?, ¿Qué antibióticos resultan mas eficaces para un infección aguda dada?. Los cultivos primarios pueden ser empleados para siembra en placas y pruebas de sensibilidad para poder emplear antibióticos apropiados que han demostrado eficacia en campos específicos y no recurrir a los fármacos preferidos en forma irracional.

Hay gran variedad de métodos para la obtención de cultivos, mencionaré una técnica sencilla que el propio dentista puede realizar dentro de su consultorio sin tener que recurrir a ningún tipo de aparatos complicados. La Técnica de cultivo es simple y económica. En el comercio existen medios líquidos ya preparados en tubos, y también

pueden adquirirse en polvo, lo cuál es mas económico y luego se disuelven en agua destilada y se distribuyen en tubos de ensayo que se someten a la acción de la autoclave siguiendo las instrucciones de la casa preparadora. - Para uso corriente en el consultorio dental recomendamos el medio de tioglucolato líquido porque permite el desarrollo de un amplio espectro de aerobios y anaerobios. Para recoger el líquido del conducto se usa una punta de papel estéril que luego se deposita asépticamente en un tubo de cultivo que se incubaba a 37°C durante cuarenta y ocho horas. Se pueden adquirir estufas de pequeño tamaño que prestan un buen servicio ó las puede fabricar uno mismo sin gran dispendio.

La aparición de colonias en el tubo de cultivo implica la existencia de una infección intracanalicular y periapical e indica que hay que proseguir el tratamiento desinfectante. Muchos consideran el cultivo como un método optativo cuando el tratamiento se ha desarrollado hasta el punto en que el paciente no tiene molestias, ya que los signos y síntomas clínicos proporcionan un cuadro bastante preciso del estado de los tejidos. Con todo ésto, el terapeuta prudente no competirá su diagnóstico y tratamiento hasta conseguir un cultivo satisfactorio ya sea positivo ó negativo.

I.3. Antibiograma y Otros Estudios

El antibiograma es sumamente útil cuando hay que administrar un tratamiento antibiótico general, especialmente si los gérmenes causales son resistentes a los preparados de uso corriente.

Para llevar a cabo un antibiograma se debe de utilizar un cultivo puro de una sola colonia de bacterias, - se incuba a 37°C para producir una población bacteriana, como sabemos, los antibiograms son una prueba para identificar las sensibilidades de los antibióticos a determinados microorganismos. La técnica se realizará sumergiendo una torunda de algodón estéril en el caldo de cultivo exprimiéndole el exceso de caldo. Se inoculará en una placa de vidrio la torunda frotándola suavemente en tres direcciones y se deja secar de tres a cinco minutos antes de aplicar sobre la placa de vidrio pequeños discos con antibióticos. Con unas pinzas de curación estériles se presiona ligeramente sobre cada disco para asegurar su contacto íntimo con el medio de cultivo. Las placas se incuban antes de treinta minutos, preferentemente en el momento.

Se determinan los resultados después de incubarlos toda la noche ó a las 24 horas. Si se requieren resultados rápidos, podrán determinarse los diámetros de las zonas después de seis u ocho horas de incubación, éstas se medirán por abajo de la placa sin quitarle su cubierta,

Biopsia.-

Cuando la historia clínica, aspecto clínico, y comportamiento de una lesión hacen dudar de su naturaleza, ó -- que queremos confirmar algún juicio clínico, será necesario realizar una biopsia. Deberá practicarse una biopsia siempre que exista alguna duda sobre una lesión, por pequeña que parezca. Este estudio puede ser de gran utilidad ya que nos proporciona información acerca de los tejidos epitelial y conjutivo, indica si una lesión es benigna ó maligna, y revela la extensión de la lesión ó enfermedad. Será útil para instituir el tratamiento, además de que su resultado pueda indicar que no es necesario ningún tratamiento, y que hay que utilizar una determinada terapéutica ó remitir al paciente a otros especialistas. Las técnicas de biopsia son sencillas, rápidas y relativamente indoloras, deben de formar parte de la capacidad diagnóstica del Cirujano Dentista.

Para realizar una biopsia tendremos que anestesiar la región, si es posible por bloqueo. Evitaremos la infiltración directa de la zona en la que se hará la biopsia. De no ser posible la anestesia por conducción, se infiltrará alrededor del sitio de la biopsia evitando que la lesión se deforme.

Una lesión pequeña (superficial de unos 5 milímetros de diámetro) deberá extirparse completamente, obteniendo así material suficiente para el patólogo.

Si la lesión es demasiado grande para extirparla completa, extirparemos una cuña de tejidos de unos cuatro mi

límetros de ancho y generalmente no menos de cuatro milímetros de profundidad. Si un tumor ó una zona de lesión extensa varía de aspecto en diferentes regiones, realizaremos biopsias múltiples, las muestras se colocaran en frascos con formalina neutra al 10 % . el conocimiento de la orientación de la muestra en la boca con frecuencia ayuda al patólogo a interpretar las modificaciones histicas.

Citología.-

La citología exfoliativa oral es en la actualidad una técnica de diagnóstico acreditada. Debe de utilizarse como auxiliar de la biopsia, mas bien que como sustituto de ésta; un diagnóstico citológico de carcinoma requiere ser corroborado por diagnóstico histológico (biopsia).

Existen varias circunstancias en las que son útiles los métodos citológicos:

1.- Cuando se observa la evolución de una lesión durante cierto período de tiempo, los hallazgos en una muestra citológica pueden acolorar la decisión de practicar una biopsia y reducir con ello el retraso del tratamiento.

2.- Cuando se practica una biopsia por incisión en una lesión amplia ó extorna, cabe utilizar la citología para examinar muestras de células de otras zonas de la lesión no incluidas en la biopsia .

Una biopsia mal hecha ó de un punto donde no hay células cancerosas puede originar un diagnóstico negativo falso. El exámen de una muestra citológica realizado simultáneamente con la biopsia puede evitar tales errores.

3.- Las muestras citológicas orales permiten hacer el diagnóstico de la anemia perniciosa y de otras discrasias hemáticas.

4.- La citología oral permite demostrar las anomalías cromosómicas caracterizticas de ciertos trastornos genéticos o del desarrollo.

5.- Las muestras citológicas pueden dar el diagnóstico de diversas enfermedades no neoplásticas tales como -- las infecciones herpéticas ó monoliásicas.

Una técnica sencilla para obtención de extensiones citológicas, se realiza de la siguiente manera; se coloca un depresor lingual u otro instrumento en cualquier borde de la lesión, se raspa la superficie de la lesión con el depresor; algunos casos se obtienen mas facilmente la muestra celular si se moja primero la lesión, bien con la propia saliva del paciente ó solución salina.

A veces es necesario repetir el frote del instrumento para obtener una muestra adecuada. Si se produce alguna hemorragia al raspar, la sangre no estorba para la interpretación microscópica.

El material recogido se extiende sobre un portanobjetos y se realizan extensiones sobre el mismo, las cuáles se --

fijaran rapidamente sumergiendo los portaobjetos en alcohol de 95^o, despues los portaobjetos se sacan del alcohol a los 30 min. y se secan al aire, una vez secos, se remiten al laboratorio de patologia oral para su diagnostico. Hay otro procedimiento pero con un fijador comercial en forma de pulverización, si se utilizó éste método no hay necesidad de hacer nada mas, como con el del alcohol.

C A P I T U L O I I

EXAMEN ANATOMICO Y FISIOLOGICO DE LA ZONA RETROFARINGEA O AMIGDALAR.

II.1. Aspectos Generales

Las patologías orofaríngeas son importantes en la mayoría de las ramas de la medicina, porque en general las afecciones de los órganos que involucran a dicha zona repercuten en ella, debido a la amplia y directa comunicación que por su intermedio se establece con todo el organismo. Por lo anterior, en esta parte de nuestro cuerpo encontramos gran cantidad de tejido reticulolinfocitario, representando una gran ayuda en la defensa e inmunidad del organismo.

En resumen la faringe es un órgano de gran importancia, que se extiende de la base del cráneo al esófago y fisiológicamente es una verdadera encrucijada de las vías aérea y digestiva.

Anatomopográficamente se despliega de la apófisis basilar del occipital hasta el vestíbulo laríngeo ó borde inferior de la sexta vértebra cervical, continuándose con el esófago.

Fisiológicamente, sirve tanto para el paso del bolo alimenticio, como del aire durante la respiración, posee la faringe una forma de huso. Se haya ensanchada en su parte media, siendo mas estrecha en su parte superior, y todavía mas en la inferior.

Mide de trece a catorce centímetros de longitud; cinco - transversalmente en su parte mas ancha y dos y medio en - su parte mas estrecha.

La faringe se haya cubierta interiormente por una mucosa rosada e irregular, en la que se distinguen tres paredes pared posterior, la cuál es plana, vertical, y presenta en su parte mas alta un levantamiento que corresponde a la amígdala faringea.

Las paredes laterales llevan en su parte anterior un repliegue salpingo palatino y por delante de él, el canal naso faringeo, posterior de ellas, el orificio de la trompa de Eustaquio, limitado en su parte posterior por el repliegue salpingo faringeo que a la vez limita una depresión llamada foseta de Rosenmuller. Por abajo de la desembocadura de la trompa, se encuentra el pilar posterior.

Dicho pilar, es el del velo del paladar, y por debajo de él, los salientes que forman el hueso Hioides y el cartílago Tiroides.

La parte anterior corresponde de arriba a abajo al orificio posterior de las fosas nasales, y a la cara posterior del velo del paladar y a la úbula, a la epiglotis, al orificio superior de la laringe, limitado a los lados por los repliegues artemoepigloticos, a la cara posterior de la laringe, que se une a la faringo por los canales verticales faringo-laringeos.

La faringo está formada por tres capas: una muscular externa, otra mucosa interna y una tercera fibrosa situada entre las anteriores.

La capa fibrosa desempeña el papel de armazón ó esqueleto de la faringe y tiene una forma semicilíndrica.

La capa muscular se haya constituida por músculos de la faringe que se dividen en músculos constrictores (superior, medio e inferior) y músculos elevadores (estilofaríngeo y -- el faringostafilino).

La capa mucosa cubre toda la superficie interior de la faringe y se prolonga con la mucosa de las cavidades que comunican con ella.

Es gruesa en su parte superior y presenta en la bóveda pliegues y depresiones debido a la presencia de la amígdala faríngea. La mucosa faríngea está constituida por un epitelio que en la porción anterior de la nasofaringe recuerda el epitelio de la pituitaria y en el resto del órgano presenta el aspecto del epitelio bucal. Este epitelio descansa en un corion de tejido conjuntivo y fibras elásticas, en -- donde se alojan algunas pequeñas glándulas superficiales, -- siendo glándulas en racimo mixtas, serosas y mucosas.

La faringe está irrigada por sangre arterial procedente de la faríngea inferior, rama de la carótida externa, de la pterigo palatina ó faríngea superior y de la palatina inferior. De sus capilares salen venas que van a formar plexos submucosos, los cuáles comunican por arriba con las venas pterigo palatinas, menigias y vidianas, y por abajo con el plexo submucoso del esófago. Las venas faríngeas corren -- transversalmente por la capa muscular y desembocan en la yugular interna.

Los linfáticos de la faringe nacen de redes mucosas, muy desarrolladas, en las formaciones adenoideas, redes - que se anastomosan con los linfáticos nasales, bucales, - laringeos y esofágicos.

La inervación faringea deriva del plexo faringeo, constituido en la cara lateral de la faringe por el glosso faringeo, el neumogástrico, el espinal y el gran simpático.

En la faringe se pueden distinguir topográficamente -- tres porciones según su anatomía longitudinal de las cuáles hablo en detalle de cada una de ellas a continuación.

II.2. Faringe Superior

Esta porción comprende entre la apófisis basilar y el velo del paladar, comunicado con las fosas nasales y los senos paranasales por intermedio de las conas. En los lados, por medio de la trompa de Eustaquio, que ahí dosemboca, está en relación con el oído medio y se le llama también rinofaringe, nasofaringe ó cavum.

La porción nasal de la faringe ó porción cefálica se -- sitúa inmediatamente por detrás de las cavidades nasales y debajo del cuerpo del esfenoides y apófisis basilar del occipital, en la parte mas ancha de la faringe, siendo -- sus paredes que la delimitan inmóviles excepto el velo -- del paladar por lo que siempre permanece abierta ésta cavidad sin alterar su forma. En ésta parte de la faringe a nivel de la línea media se encuentra un cúmulo de tejido linfoides llamado amígdala faringea de Luschka, la cuál -

se extiende de un receso faringeo al otro. La amígdala faringea de Luschka es normal en todo niño, pero cuando aumenta de tamaño por adenoiditis, interfiere con la respiración nasal y ventilación de las trompas, llamándose a ésta afección adenoides, las cuáles deberán extirparse.

Para explorar la nasofaringe el paciente debe de ser -- instruido a respirar con tranquilidad por la nariz, mientras que con el depresor lingual deprimiremos la lengua -- con suavidad, a nivel del istmo de las fauces, de tal manera que el paciente continúe respirando por la nariz, evitando el adosamiento de la lengua al paladar blando y evitando el reflejo de náusea. Con la otra mano y un espejo faringeo de un tamaño grande y que pueda pasarse por el -- istmo de las fauces sin tocar sus paredes.

Puede principiando mirando, por reflexión en el espejo, la pared posterior de la rinofaringe, reconociendo aquí el tejido adenoides en el niño, la posible presencia de secreciones y las características de la mucosa en general. Inclinando el espejo hacia adelante podremos reconocer la bóveda rinofaringea, y todavía mas inclinado, nos dejará ver las conas con el extremo caudal de los cornetes, borde libre septal y secreción nasal, a continuación el espejo se inclina lateralmente para descubrir las paredes laterales con sus rodetes circundantes a la apertura tubárica y a -- las fosas de Rosenmuller.

Unicamente el exámen rutinario y completo dará al médico la capacidad de reconocer perfectamente las estructuras en estado de normalidad y de perentarse de su patología.

II.3. Faringe Media

Se extiende del velo del paladar, al hueso hioides y forma parte de los aparatos respiratorio y digestivo. Es designada orofaringe ó bucofaringe. Comunica ampliamente hacia adelante con la cavidad bucal ó por el istmo de las fauces; hacia arriba, con la faringe nasal, y hacia abajo con la faringolaringe; en ellas se encuentran las amígdalas palatinas y la llingula, órganos principales que le confieren una importancia excepcional, porque desempeñan un papel preponderante.

Dichas amígdalas que recorren la faringe son una barra protectora contra las infecciones.

La porción oral de la faringe está situada detrás de la boca y la lengua. La pared anterior, en su parte inferior, la constituye la porción faringea del dorso de la lengua, que mira hacia atrás. Inmediatamente detrás de la lengua, se encuentra la epiglotis, la cuál pertenece a la porción laríngea de la faringe; pero ciertas partes conectadas con ella pertenecen a la orofaringe las cuáles analizaremos. La epiglotis es una lámina cartilaginosa, en forma de hoja, envuelta por mucosa, y su parte superior hace prominencia detrás de la lengua. Cuando se examina ésta zona con un espejo laríngeo por visión indirecta, se visualizan los repliegues glosopiglótico medio y laterales, y vallécula ó fosa glosopiglótica. Las paredes latorales de la orofaringe corresponden al espacio situado entre los dos pilares anteriores y posteriores, ocupado por las amígdalas palatinas, las cuáles se estudiarán posteriormente. La pared posterior no tiene detalles de gran -

significación.

Fisiológicamente la orofaringe tiene un papel de vital importancia dentro del organismo ya que las vías respiratorias y digestivas se cruzan en X a nivel de la orofaringe. Estos espacios están abiertos para permitir el paso libre del aire, excepto durante la deglución y el vómito.

Para examinar clínicamente la orofaringe tendremos a mano un depresor lingual el cuál será colocado en diferentes sitios de la parte media de la lengua para observar con facilidad el ítsmo de las fauces, incluyendo los pilares, la fosa amigdalina y su contenido, así como el paladar blando. De éste se toma en consideración además del estado de su superficie, movilidad y simetría, la suficiencia oclusiva de la nasofaringe, que se observa pidiéndole al paciente que pronuncie la letra "A", repetidamente, mientras se le baja la lengua y se le introduce el depresor lingual despertando el reflejo de náusea. Un paladar corto, fibroso, ocasiona voz nasal (rinolalia aperta) ó regurgitación rinofaríngea tratándose de efectos severos.

La fosa amigdalina y su contenido, si es profunda, puede requerir para su exámen la retracción del pilar anterior mediante un depresor lingual, que también servirá para hacer presión en la amígdala y mostrar el contenido criptico.

En las paredes posteriores y laterales de la orofaringe puede encontrarse secreción de origen nasal. Las características del tejido linfóide, propio de ésta zona, son de tomarse en consideración en los padecimientos infecciosos.

El aumento de volúmen en la pared posterior puede denotar en el niño la presencia de un absceso retrofaringeo ó tuberculosis vertebral, y en el adulto ó anciano delgado, la prominencia ósea de los cuerpos vertebrales no debe confundirse con una tumoración.

La palpación digital es útil en padecimientos neoplásicos y puede dar el diagnóstico en el dolor amigdalino persistente cuando es producido por una apófisis estiloides - excosivamente larga.

II.4. Faringe Inferior

Abarca del hueso hioides, a su continuación con el esófago, también es llamada hipofaringe ó laringofaringe, -constituye zona muy especial, por ser allí donde se entrecruzan al igual que en la orofaringe las vías que conducen de la nariz a la laringe y de la boca al esófago.

Su importancia patológica no es tan destacada como las de la superior y la media, pero sí que es preponderante, -por radicar en éste sitio con mayor frecuencia neoplasias malignas.

La porción laringea de la faringo está, como su nombre lo indica, detrás de la laringe y disminuye rápidamente de anchura de arriba a abajo. Sus paredes laterales y posteriores se hallan cubiertas por mucosa suave y no presentan particularidades de importancia. Su pared anterior es la cara posterior de la laringe y consta de las siguientes partes:

- 1.- La entrada de la faringe y sus límites.
- 2.- Las fosas ó canales piriformes a cada lado de la entrada.
- 3.- La mucuosa que cubre la cara posterior de los aritenoides y cricoides debajo de la entrada faringea.

En su parte mas inferior, debajo de la entrada ó vestibulo laringeo, la pared anterior de la faringolaringe está re presentada por la mucuosa que cubre los músculos que se hallan detrás del cricoides y aritenoides, y está en contacto permanente con la pared posterior de la laringe, excepto durante el paso de los alimentos. En su parte mas inferior, - se encuentra la pared mas estrecha ó entrada del esófago.

El exámen clínico de esta zona se realiza de una manera indirecta con el uso de un espejo laringeo. Se toma la punta de la lengua del paciente con una gasa entre los dedos - pulgar y medio de la mano izquierda, mientras que el dedo - índice se emplea para retraer hacia arriba el labio superior del paciente. Debe retenerse la lengua con suavidad y sin - hacer tracción excesiva para no lastimarla contra la arcada dentaria inferior. Se instruye al paciente para que respire por la boca con suma tranquilidad y sin tensión en la musculatura faringea.

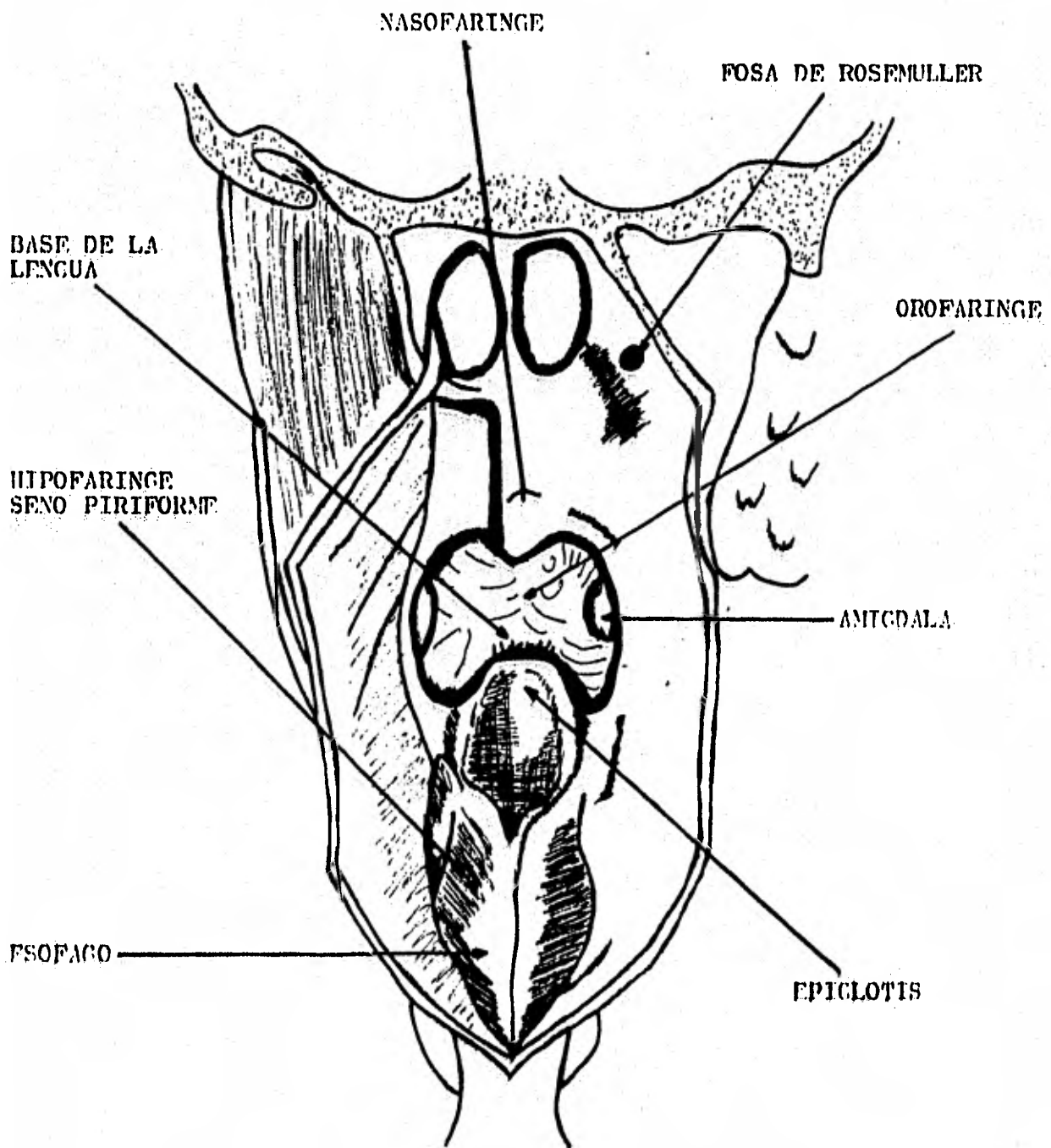
Con la mano derecha se insiúa con suavidad el espejo faringeo hasta casi tocar la pared posterior de la orofaringeo. De la base de la lengua se observa la superficie, y el estado del tejido linfoide correspondiente a la amígdala lin-gual y a la vallécula. En este sitio puede encontrarse - un tiroides lingual que no debe confundirse con tejido lin-foide.

Lateralmente, se aprecia la simetría de los senos piriformes y la presencia de secreciones ó de cuerpos extraños en ellas.

Para su mejor observación es conveniente que se eleve - la laringe, lo cuál se consigue pidiéndole al paciente que emita un sonido agudo, pronunciando la letra "E".

Cuando sospeche de una tumoración del seno piriforme, - es preciso recurrir a la faringoscopia directa. La palpa-- ción nos sirve para darnos cuenta de la consistencia de -- procesos infiltrativos ó tumorales, principalmente los lo-- calizados en la base lingual.

Es conveniente recalcar, que aún cuando se han descrito separadamente el exámen de cada región, es mas fácil reali-- zar primeramente la inspección de toda el área orofaringea, luego la palpación y, por último, los exámenes especiales en caso de ser éstos necesarios.



FARINGE Y LARINGE VISTA POSTERIOR

C A P I T U L O I I I

CUERPOS EXTRAÑOS EN OROFARINGE POR ACCIDENTES.

III.1. Etiología

Los cuerpos extraños localizados a nivel de la orofaringe, generalmente su extracción puede ocasionar toda una gama de accidentes, así mismo, como la propia patología causada por dichos cuerpos que se llegan a retener a todo lo largo de la faringe involucrando principalmente a la orofaringe, hipofaringe y en ocasiones la laringe.

Para examinar la retención aunada a infecciones, de éstos cuerpos en la orofaringe, el odontólogo debe de estar capacitado para poder discernir cuando alguna lesión provocada por los mismos ya sea en región tonsilar ó amigdalar y en la garganta deba ser remitida al cirujano de la cabeza y cuello ó al internista, ya que en un sinnúmero de veces éstos accidentes van desde ser insignificantes hasta ocasionar la muerte.

Reconocen origen alimenticio y se observan de un modo especial en niños ó adultos que comen apresuradamente ó usan dentaduras artificiales con paladares protésicos, que no les permite comprobar lo que tienen en la boca durante la masticación.

Las personas afectadas por parálisis de músculos farin-

geos pueden en ocasiones sufrir obstrucciones faringolaringeas mortales como, causadas por un bolo alimenticio muy voluminoso. Muchos enfermos mentales tragan toda clase de objetos que llegan a sus manos, de los cuáles algunos pueden clavarse en la zona orofaríngea.

Las prótesis dentarias de mala calidad e imperfectamente construídas ó ajustadas, ó porciones de ellas, pueden ser degluidas durante la comida ó el sueño.

También las costureras, sastres, tapiceros, carpinteros, que mantienen en la boca agujas, alfileres, tornillos ó clavos durante sus labores, pueden degluirlos en un momento de susto repentino ó acceso de ira, y clavarse éstos en la faríngea.

Existen casos dentro de la práctica odontológica, en lo que respecta a la especialidad de endodoncia de accidentes ocasionados por la negligencia del especialista al no aislar con dique de hule, existiendo casos de deglución de instrumentos, como son limas ó ensanchadores durante el tratamiento endodóntico, sobre todo en la región de los molares, debido a la facilidad con que puede estimularse el reflejo de deglución del paciente.

III.2. Sintomatología

De todos los cuerpos extraños de la orofaríngea, los más clásicos y comunes son las espinas de pescado, que se clavan en las amígdalas palatinas ó linguales, debido al momen

nismo de deglución del bolo alimenticio, que cuando llega a la orofaringe, la base de la lengua se levanta, los pilares se contraen y aquellas hacen un saliente propicio para el enclavamiento de los objetos puntiagudos.

La deglución y enclavamiento de un cuerpo extraño en la garganta ocasiona una sintomatología dramática: violentos accesos de tos con sensación de asfixia, odinofagia, carraspeo, náusea y vómitos.

Los síntomas presentan intensidad de acuerdo con la naturaleza y volumen del cuerpo extraño. El dolor es muy pronunciado y se acentúa con los movimientos.

Los objetos pequeños y puntiagudos, como las agujas alfileras, cerdas, espinas, se clavan en las amígdalas, el velo palatino, las fosas glosopiglóticas y el seno piriforme.

Los cuerpos extraños se involucran en la parte que une a la orofaringe con la hipofaringe y éstos son los más graves. Casi siempre son voluminosos, redondos (botones ó monedas) ó de bordes irregulares, punzantes (fragmentos de huesos) y superficie áspera que se atascan por encima de la boca del esófago y pueden obstruir tanto la vía digestiva como la laríngea, desencadenando accesos de asfixia. Muy frecuentemente se fijan en la cara posterior de la laríngea y los ariteóidos, ocasionando dolores punzantes; escuchándose la voz apagada, y aparece sialorrea con estasis salival, que impide la visualización.

Algunos cuerpos extraños estancados en ésta zona pueden

ser iatrogénicos ó casos médicos legales, porque la introducción forzada de un corcho en la garganta de un lactante constituye un modo de infanticidio no excepcional, que puede ser ocultado y pasar ignorado.

III.3. Diagnóstico y Tratamiento

En presencia de un cuerpo extraño orofaríngeo debe procederse al examen regional por faringoscopia indirecta ó directa, previa anestesia local, con pulverizaciones de solución de cocaína, éste examen debe ser minucioso y completo de toda la región, realizando con paciencia y observar teniendo en mente que probablemente el enfermo lo haya expulsado ó deglutido inconscientemente y solo le quede la sensación dolorosa de la lesión que ha producido durante el paso por la mucosa faríngea; ó también que no se visualice por un examen demasiado rápido y superficial, y se afirmo que no existe, manifestándose luego su presencia al parecer una complicación infecciosa del tejido submucoso, necrótica ó flegmosa, acompañada de odinofagia, fiebre precedida por escalofríos, taquicardia y malestar general, que facilmente puede complicarse en una mediastinitis mortal.

El diagnóstico laringoscópico se completará por las radiografías omitiéndose unicamente éste tipo de estudio cuando la situación apronta por amenazas de asfixia.

Las espinas pecuñas y las corlas se alojan en las amígdalas ó en el velo del paladar, en sus caras bucal y nasofaríngeas, pero no es raro que también se los encuentre en la

entrada de la laringe. Por su transparencia se confunden - con el color de la mucosa y en el caso de dudas hay que - recurrir al tacto, sin dediles, para con el pulpejo del de do sentirla y localizar su sitio. La investigación con es- tilete no es recomendable por ser traumatizante para la mu cusa y aumentar las molestias del paciente.

Si con la laringoscopia indirecta bajo anestesia local, en los adultos, no puede lograrse la extracción usando pin zas adecuadas, se recurrirá a la directa con una espátula de ChevalierJackson ó de Hollinger, bajo anestesia general especialmente indicada en los niños, en los cuáles la anes tesia local está contraindicada.

Es conveniente siempre inyectar penicilina como profi-- láctica de accidentes infecciosos que pueden provocar el - cuerpo extraño y las maniobras de extracción, especialmen- to si la permanencia del cuerpo extraño ha sido de varios días.

Cuando existen complicaciones infecciosas, es preciso - intervenir quirúrgicamente para extraer el cuerpo extraño por esofagotomía externa, bajo anestesia general, practicada, mediante laringotomía intercricotiroidea ó traqueotomía alta.

El pronóstico de los cuerpos extraños de la orofaringe, fáciles de extraer, es favorable y carecen de peligro, por el contrario, los que se encuentran en la unión orofaringe- hipofaringe, son siempre temibles.

El tratamiento de postextracción consiste en prohibir

C A P I T U L O I V

ESTRUCTURAS LINFOIDES DE LA OROFARINGE

IV.1. Definición y Topografía

Dichas estructuras linfoides denominadas amígdalas (del griego amugdalé-almendra) por tener forma de almendra. Llamadas también tonsilas, anginas, son órganos linfoides dependientes de la mucosa del istmo de las fauces. Con frecuencia son denominadas amígdalas palatinas ó gurgutales, para distinguirlas de otras amígdalas, la amígdala faríngea - que se encuentra en la parte superior de la farínge, y las llamadas amígdalas linguales.

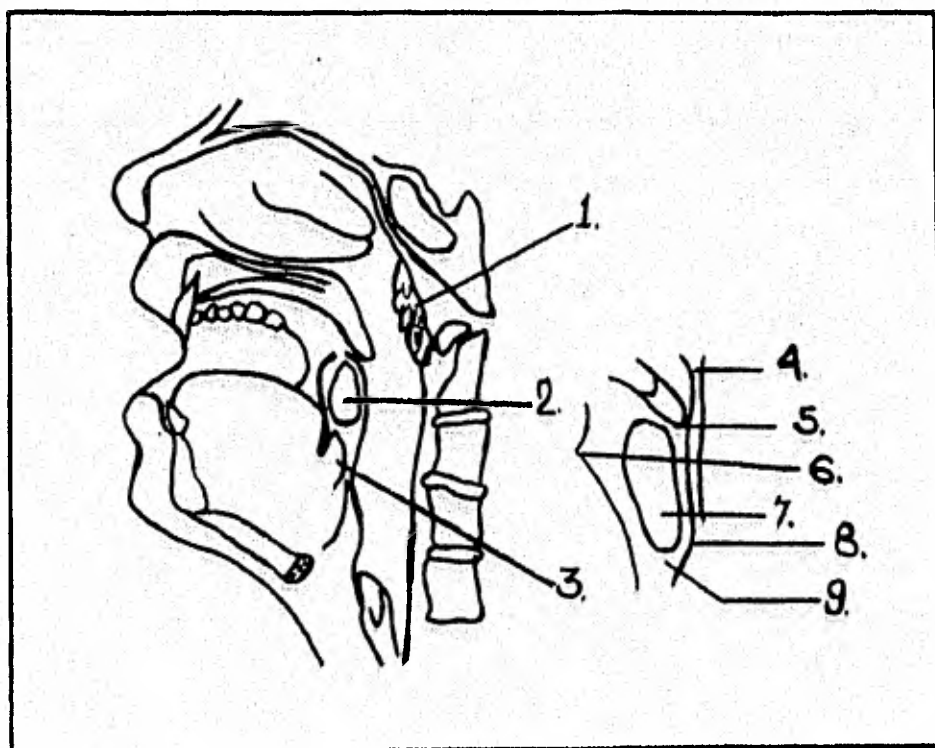
Situadas en la parte lateral de la farínge inmediatamente por detrás del istmo de las fauces, una derecha y otra izquierda, ocupan cada una su lecho correspondiente, comprendido entre el pilar anterior y el posterior.

Esta excavación de forma triangular, con base inferior - se denomina fosa ó lóculo amígdalino,

Las amígdalas palatinas, junto con la farínge, los linguales y el tejido linfoido de la fosa de Rosenmuller, forman el anillo de Waldeyer, al cuál se le ha considerado como un elemento de protección ó defensa del organismo.

Existe la hipótesis, por lo que se refiere a la fisiología de la estructura linfoido, que juega un papel importan-

te en la inmunización del organismo, contra la invasión de gérmenes patógenos.



Corte mediano, longitudinal de la cabeza, que muestra la faringe. 1. Amígdala faríngea, 2. Amígdala palatina, 3. Amígdala lingual. 4. Pliegue salpingofaríngeo, 5. Fosa supraamigdalina, 6. Pilar anterior, 7. Amígdala palatina, 8. Pilar posterior, 9. Pliegue triangularis.

La situación de éste anillo a la entrada de las vías respiratorias, hace que los microorganismos virulentos lleguen hasta dicha estructura linfoide, infectándola. Esta infección localizada sirve como vacuna contra invasiones ulteriores.

La amígdala palatina tiene normalmente la forma de un ovoide, que en el adulto mide de veinte a veinticinco milímetros de altura por quince de ancho y diez de espesor, pero su tamaño es extraordinariamente variable y fuera de cualquier fenómeno hipertrófico se puede encontrar desde la amígdala rudimentaria, simple placa que apenas hace saliente en la pared faríngea, hasta la amígdala voluminosa que rebasa los pilares y avanza hacia la línea media. Este hecho es de importancia desde el punto de vista diagnóstico quirúrgico.

Las relaciones tonsilares tienen gran valor quirúrgico. Considerándoseles dos caras, una externa y otra interna, dos bordes y dos extremos. La cara interna ó libre, de convexidad variable según el volumen del órgano, está revestida toda ella por la mucosa faríngea. Esta superficie presenta un gran número de orificios de forma irregular que conducen a cavidades anfractuosas en forma de saco, que reciben el nombre de criptas amigdalinas, las que avanzan profundamente y sirven de depósito a mucosidades, que a veces se condensan en forma de grumos blancos, de consistencia dura y olor fétido.

La cara externa se aplica directamente sobre el pequeño músculo amigdalogloso.

Por intermedio de éste músculo se encuentra en relación con la aponeurosis de la faringe, reforzada hacia afuera - por los haces del constructor superior. Mas atrás de ésta estructura se encuentra el espacio maxilofaríngeo, espacio por el cuál corren la carótida interna, la yugular interna el neumogástrico, etc.

El borde anterior de la amígdala está en relación con - el pilar anterior que contiene, como estructura central. - al músculo glosostafilino, también llamada palatogloso. - El borde anterior suele cubrir al pilar anterior y aún extenderse sobre él cuando la amígdala es voluminosa.

El borde posterior, está en relación con el pilar posterior. Dicho pilar está constituido por el músculo faringostafilino, también denominado palatofaríngeo.

De los dos extremos, de la amígdala el inferior, mira - hacia la base de la lengua quedándose separado de ésta por un espacio de cinco a seis milímetros, que se encuentra -- lleno de glándulas foliculares que enlazan la amígdala con las glándulas foliculares de la lengua; ha sido llamada a ésta estructura amígdala lingual.

El extremo superior corresponde al ángulo de separación de los pilares, sin llegar hasta el vértice de éste, pues en éste sitio existe entre el vértice de separación de los pilares y el extremo superior de la amígdala, una pequeña depresión triangular, designada con el nombre de fosita su praamigdalina, que según lla corresponde a la segunda hendidura branquial y sitio de proyección de las fistulas - llamadas branquiales,

Las relaciones de las amígdalas por su parte interior se proyectan hacia la orofaringe, en el exterior la amígdala está cubierta por una cápsula, la cuál es una parte de la aponeurosis faríngea, que está separada a su vez del constrictor superior por tejido conectivo laxo. El músculo constrictor superior separa a la amígdala de la arteria facial ó maxilar externa y sus dos ramas, la palatina ascendente y la tonsilar. La arteria carótida interna se encuentra dos centímetros hacia atrás y afuera de la amígdala y separada de la faringe por tejido conectivo laxo y grasa; por consiguiente sería muy difícil herir la carótida incluso en el caso de una anomalía. El excesivo sangramiento que sigue a alguna amigdalectomía, viene casi siempre de la arteria facial, cuando éstas atraviesan el músculo; hacia afuera y hacia abajo de la amígdala se encuentran las ramas terminales del nervio glossofaríngeo, las cuáles ascienden desde la lengua.

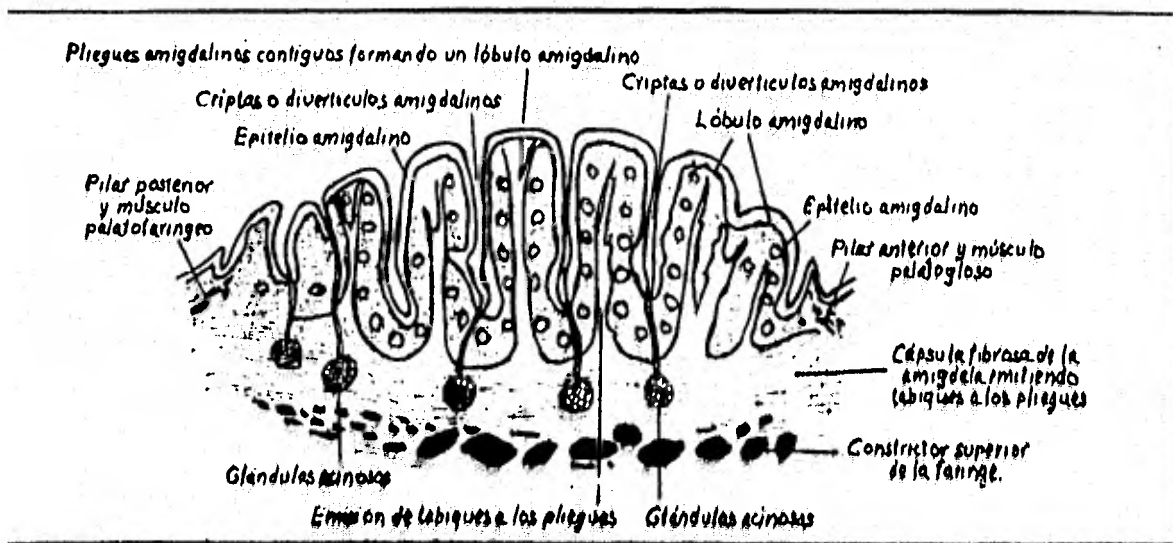
IV.2. Constitución Anatómica

La amígdala está formada por lóbulos separados entre sí por tabiques interlobulares, que se extienden de la cara libre de la amígdala a la cápsula fibrosa. Estos tabiques poseen un divertículo ó cripta amigdalina que llega igualmente al fondo del tabique, estas criptas ó aberturas van de doce a veinte, las cuáles están algunas veces llenas de detritos ó pus.

El lobulillo amigdalino está formado por una cripta, cuyas paredes limitan un espacio mas ó menos virtual. Las paredes están integradas por una capa epitelial que descansa

sobre una túnica propia. Debajo de éstas capas se observa un tejido reticulado constituido por trabéculas conjuntivas que contienen folículos amigdalinos, de forma más ó menos redondeada de constitución linfóide y perfectamente cerrados por trabéculas conjuntivas.

En la cara profunda de la amígdala se encuentran pequeñas glándulas en racimo, son glándulas mucosas cuyos canales de excreción desembocan en el fondo de las criptas.



Corte transversal de la amígdala.

Considerando las amígdalas de canales excretorios, se consideran como glándulas de secreción interna, cuyos productos elaborados van al torrente arterial.

La irrigación de la amígdala es de sangre arterial de -- arterias tonsilares, ramas de la palatina ascendente, colateral de la facial. De sus capilares nacen venas que forman un plexo anterior y otro posterior, los cuáles se unen para dar origen a la vena palatina ascendente.

Sus linfáticos nacen en el retículo folicular mediante espacios intercelulares que forman redes que se prolongan hasta el centro del folículo. Originan ramas eferentes que van a los tabiques interlobulares y alcanzan la cara externa de la amígdala, donde constituyen troncos que atraviesan la aponeurosis faríngea y el constrictor superior para ir a los ganglios situados inmediatamente abajo del digástrico, al nivel del ángulo del maxilar inferior u a los submaxilares.

La inervación amigdalina procede del lingual y del gloso faríngeo, los cuales originan en la cara externa de la amígdala al plexo tonsilar de Andersch.

IV.3. Conjunto Sintomático

Las amígdalas llamadas también anginas por el vocablo - que deriva del latín angere (sofocar) y éste del griego angein (estrangular) y en español esquinancia, porque desportaba la idea de angina distórica. Todos los vocablos anteriores significa, inflamación del istmo de las fauces, pero más comunmente localizada a las amígdalas y zonas adyacentas. Son manifestación de reacción a la agresión de gérmenos patógenos comunes ó específicos.

En ocasiones las personas que se les ha extirpado las amígdalas pueden padecer anginas. En ellos, el proceso morboso se emplaza en elementos linfoideos esparcidos en toda la secuencia ororinofaríngea.

La infección orofaríngea se debe, en la gran mayoría de los casos a la inhalación con el aire de microbios infectantes que están en suspensión en él (gotitas de flugge) - transmitidos por interlocutores transportadores de microorganismos; anginas virales (adenovirus), estreptocócicas -- (difterias y escarlatina). Pero los causantes también pueden ser microbios saprófitos habituales de la boca tal como la asociación fusoespirilar, agente causal de la amigina de Vincent, cuya presencia es constante en la flora microbiana bucal. Es también hésped habitual de las criptas amigdalares el estreptococo B-hemolítico, responsable de -- las amigdalitis agudas recidivantes.

Las anginas bacterianas tienen habitualmente características de anginas blancas, eritematopultáceas, febriles, -- muy dolorosas, con reacción ganglionar acentuada. Las virales por el contrario, son anginas rojas, eritematosas, también intensamente dolorosas y febriles, exentas de repercusiones ganglionares y de evolución mas breve.

Casi siempre, las anginas son bilaterales, a excepción de la de Vincent, que puede ser primitivamente unilateral y luego bilateralizarse. Pueden presentar el mismo aspecto sobre las dos amígdalas pero no es excepcional que de un lado sea eritematosa y en el otro pultácea.

La infiltración inflamatoria de las amígdalas y pilares de sus celdas amigdalares pueden extenderse al velo del pa l a d a r y a la úvula en las anginas graves.

El síndrome doloroso de los procesos anginosos agudos - está integrado por:

A). Dolor espontáneo, continuo, localizado en las zonas amigdalinas y periamigdalares con irradiación a las regiones subangulomaxilares y hacia los oídos.

B). Paroxismos violentos, desatados por los movimientos de deglución para la alimentación ó por la producción exagerada de saliva.

Los dolores son menos violentos en niños, siendo muy -- acentuados en las anginas graves y llega a trastornar la ar t i c u l a c i o n de las palabras (voz amigdalina). Lo extremado - del dolor no está enlazado con la gravedad del proceso; tan to es así que el de las anginas herpéticas no graves, es in s u f r i b l e.

Las manifestaciones dolorosas casi siempre indican la - existencia de anginas; pero otros procesos pueden presentar las tales como la amigdalitis, las amigdalitis linguales, - los abscesos de la base de la lengua y los edemas infecciosos del vestíbulo laríngeo.

La importancia del cortejo sintomático general de las an g i n a s agudas varía según los casos y especialmente debido a la naturaleza y virulencia del agente causal. Puede ser moderado, pero en algunas anginas benignas es conturbador por

la violencia del comienzo: fiebre alta, anorexia, lengua sa bural, diarrea ó constipación tenaz, oliguria con orinas - oscuras y albuminosas, adinamia y repercusiones a distan-- cias graves.

Las anginas son frecuentes en el período de invasión de algunas enfermedades, porque las amígdalas constituyen la - puerta de entrada para los organismos infectantes tal como acontece en la escarlatina, sarampión, poliomielitis, reuma tismo articular agudo, meningitis, cerevros spinal, encefali- tis epidémica. Por éste motivo, resulta de gran utilidad la toma de biopsias, antibiogramas, citologías, etc. a fin de identificar específicamente los gérmenes que la producen, - eligiendo los antibióticos específicos y prevenir posibles contagios.

Debido a que las anginas pueden ser manifestaciones in- fecciosas ó de hemopatías graves (leucemia) ó benignas (mo- nonucleosis infecciosa) el exámen no debe limitarse exclusi- vamente a la faringe sino que requiere que sea un exámen - clínico general.

Muchas enfermedades que comienzan por una angina, no com- pletan sus sintomatologías, si no es en el transcurso de los días ó afirmandose con los resultados de los exámenes bacte- riológicos, cultivos y en otros resultado como los anterior-- ros.

C A P I T U L O V

ANGINAS AGUDAS

V.1. Tipo Virales

Constituyen éstas anginas comunes, que antes se titulaban como catarrales ó rojas, hoy eritematosas ó eritematopultáceas, cuando están asociadas a la existencia de puntos blanquecinos.

Son la manifestación faríngea de enfermedades infecciosas. La angina roja precede a la eritematopulpacea. A la infección viral sucede la bacteriana. El estreptococo ocupa el primer puesto cuyo desarrollo es favorecido por condiciones ambientales (frío, humedad) ó personales (flejamiento de las defensas orgánicas). Al gérmen causal pueden añadirse otras: estafilococos, neumonococos, bacilos de Friedlander.

El proceso está limitado a la mucosa y sus glándulas mucíparas el exudado se torna fibrinoso, como en las anginas de falsas membranas, y según su abundancia puede alcanzar tres grados:

- 1.- Es casi nulo, ó sea es la angina eritematosa.
- 2.- Es francamente mucoso y transparente denominándose catarral.
- 3.- Es cuando se acompaña de descamación epitelial abundante, ó si se torna opalescente, blanquecina y cromosa, se rotula eritematopultácea.

Dentro de lo que es su sintomatología, la incubación es breve. Comienza con escalofríos, malestar general, fiebre arriba de los 38 grados centígrados. En el estadio pultáceo en niños llega hasta 39 ó 40 grados centígrados.

Existe sensación de sequedad ó de quemadura en la garganta pasando a una odinofagia algo intensa, en la región amigdalara, irradiándose hacia los oídos. Existe dolor exagerado durante la deglución, y en los niños que son portadores de vegetaciones adenoides se complica con adenoiditis produciéndose trastorno respiratoria rinofaríngeo.

El estado general se denota ligera sensación de cansancio y la alimentación se trastorna por el dolor en la garganta.

Clínicamente existe rubicundez difusa de la mucosa faríngea, evidente en la pared posterior, los pilares de las celdas amigdalares, las amígdalas y el velo del paladar. - La palpación del cuello no muestra reacción ganglionar.

En el estado pultáceo, las amígdalas están muy aumentadas de tamaño y tapizadas de barniz lechoso, que al final del proceso se torna gris ó amarillento. Su inicio es por puntos blancos, alrededor de los orificios de las criptas que luego se extienden sobre toda la superficie de las amígdalas, dicho barniz no es adherente, cuando se quita muestra la mucosa congestionada, roja, pero intacta. La amígdala lingual a veces participa en el proceso con similares características, siendo así cuando se palpa el cuello se comprueba la tumefacción ganglionar dolorosa y sensible a

la presión.

La fase eritematosa es breve; dura dos ó tres días. La fase pultacea es llamada enfermedad de cinco días: uno de invasión, dos ó tres de estado, y uno ó dos de declinación siendo la convalecencia generalmente rápida.

Las complicaciones que trae consigo mas notorias, será la faringolaringotraqueítis viral, el estado general es atacado con fiebre elevada, de carácter epidémico, siendo - el proceso faringeo inicial el que se propaga a la faringe y traquea sin alcanzar la mucosa broncopulmonar.

Con lo que respecta al tratamiento los antibióticos y - sulfamidas carecen de acción. Siendo obligatorios en el es tado pultáceo, particularmente la penicilina inyectada.

La terapéutica a seguir consta de reposo, alimentación ligera, bebidas abundantes favoreciendo la diuresis evitando la constipación con laxantes de aceite de parafina, y - como analgésico la aspirina es el mejor antiálgico.

V.2. Anginas Eritematosas Sintomáticas

Ciertas enfermedades eruptivas presentan como síntomas iniciales anginas eritematosas, importantes de diagnosti-- car, porque aparecen en el período de invasión, cuando son mas contagiosas, y es entonces que puede hacerse profila-- xia benoficiosa, aislando a los pacientes.

Angina de la Escarlatina

Es la mas importante de las anginas sintomáticas, pudiendo constituir por si sola toda la enfermedad.

El agente infeccioso es el estreptococo B-hemolítico, - el cuál segrega la toxina eritógena. Su período de incubación es de cinco a seis dias, iniciándose bruscamente con gran malestar y escalofríos, taquicardia, odinofagia y fiebres de 40 a 41 grados centígrados.

La mucuosa se torna de un color rojo intenso, extendiéndose a toda la cavidad bucal, cara interna de los carrillos y encías, y bordes de la lengua. La angina es difusa, y de un volumen tal que traspasa la superficie amigdalар y tiene una particularidad, que la diferencia de las demás - ya que dentro de sus sintomatologías en sus inicios se acompaña de vómitos.

El diagnóstico clínicamente se observará la garganta roja; lengua blanca, saburral, siendo sus bordes rojos y la presencia de vómitos.

Con posteridad, las amígdalas suelen cubrirse de exudado pultáceo y se acompañan de adenopatía subangulomaxilar.

Dentro del diagnóstico y reconocimiento clínico general se observarán los pliegues de brazos e ingles, y las regiones pectoral y lumbar, corroborando la existencia del exantema, en las palmas de las manos, la presencia de la erupción produce sensación desagradable de calor.

Angina del Sarampión

La característica de ésta angina es el enantema presente desde el segundo día de la invasión al organismo con ésta - fiebre eruptiva, precediéndole al exantema días u horas.

El diagnóstico se deduce por la mucosa de los carrillos y faringe con una coloración rojo difuso y pequeños puntos. No es muy dolorosa, y la pirexia es en alto grado elevada, otro signo que ayuda en su diagnóstico consiste en la presencia de pequeños puntos rojos, rodeados de zona blanquecina, junto al orificio de el canal de Stenon. También debe - de tenerse en cuenta el catarro oculonasal, el cuál en épocas de epidemia nos confirmará la enfermedad.

Angina de la Rubeola

Es una angina eritematosa difusa, sin síntomas propios - ni precisos. Se distingue por la ausencia de microgranulaciones rojas en la mucosa del velo del paladar, pero si -- siendo constante la adenopatía precoz muy generalizada.

Angina Catamenial

Esta enfermedad aparece en los días de la semana que precede a las reglas. Una de sus características es la sensación de sequedad, picor y quemadura en la región gular y odinofagia. Las amígdalas tendrán un color rojo poco intenso, y también el resto de la faringe. Se manifiesta con la

alteración del estado general, sensación de cansancio el -
cuál anuncia el período menstrual en las mujeres, además -
no existe fiebre.

La congestión faringea se propaga a las fosas nasales,
dando molestias respiratorias, con xerofonía.

El diagnóstico se observa con el ritmo regular de apari-
ción de las reglas y desaparición después, tensión doloro-
sa de los senos y del bajo vientre, edema tegumentario de
los muslos y anomalías del flujo: cuágulos sanguíneos, oli-
gomenorrea, dismenorrea y metrorragias. El tratamiento hor-
monal confirma el diagnóstico y hace desaparecer las moles-
tias faríngeas.

V.3. Anginas de Tipo Seudomembranosas

El prototipo de ésta afección será la difteria. Es muy
rara en nuestro tiempo ya que desde el nacimiento se vacu-
na a los niños con la anatoxina de Ramon.

Es una enfermedad contagiosa de persona a persona, sien-
do el contacto indirecto excepcional. Su período de incuba-
ción es de cuatro días provocado por el bacilo de EDWIN --
KLEBS y FRIEDICH LOFF LER (descubierto por ellos). En bac-
teriología al bacilo se le llama corynebacterium diphtheriae
el cuál elabora toxinas neurotropas la cuál dá gravedad y
malignidad a las formas graves de la enfermedad.

Se presenta con mas frecuencia en los niños que en los

adultos. La sintomatología comienza con ligero malestar. - Con temperatura alrededor de 38 grados centígrados y escalofríos. No existe dolor de garganta, por lo cuál debe de ser sistemáticamente examinada. Las amígdalas están rojas ligeramente tumefactas, con pequeños puntos blancos, que pronto se extienden y reunen, cubriendo todo el órgano de una falsa membrana mas ó menos gruesa, de color blanco nacaradas, brillantes en los primeros dias, pero pronto se tornan color marfil y luego opalescentes. Se adhieren al tejido subyacente que sangra, cuando se trata de despegarlas, la mucosa que las rodea es de color rojo vivo.

Esta membrana se propaga hacia los pilares y el borde libre del velo del paladar y la úvula.

Existe una reacción gangleonar constante (ganglios subangulomaxilares) aumentados de tamaños y sensibles a la presión, no están aglutinados: son duros y móviles.

Existe una coriza uni/o bilateral, mucosa ó mucopurulenta, que determina dermatitis del vestíbulo nasal y el labio inferior.

El paciente tendrá un color de tez pálida y presa de astenia, las orinas serán disminuidas en cantidad sin albúmina y el exámen sanguíneo muestra hiperleucositosis, y con polinucleosis.

La anterior sintomatología es de la forma clinica común pero existen otras:

1.- Forma grave. Se caracteriza por un comienzo brusco y

malestar general: fiebre alta, palidez, astenia profunda, pulso rápido pequeño e irregular, ruidos cardiacos apagados, tensión arterial baja, vómitos, diarreas fétidas, dolores abdominales, adenopatías cervicales y orinas escasas albuminosas.

El dolor de garganta es intenso y la faringe está tapizada por falsas membranas, el aliento es fétido, mostrándose en la rinoscopia la extensión de las falsas membranas hacia las fosas nasales, con secreción sanguinolenta expulsada por los orificios vestibulares que pronto se ulceran.

El cuello se deforma por voluminosas adenopatías bilaterales dolorosas.

2.- Forma larvada. En ésta existe eritema difuso faríngeo, con poca repercusión en el estado general.

3.- Forma pseudoflegomonosa. La amígdala se muestra cubierta por una falsa membrana que puede estar reducida a solo algunos puntos blancos.

Las complicaciones pueden ser laringeas (crup), auriculares pluuropulmonares, nerviosas (parálisis velopalatinas, de la acomodación ocular de la laringe), cardiacas (miocarditis) y renales (nefritis hematuricas). Suelen verse formas malignas hemorrágicas manifestadas por púrpura y hemorragias múltiples; epistaxis, gingivorragias, hemorragias digestivas. En las formas hipotóxicas, la evolución es fatal en 36 ó 48 horas. En ellas la seroterapia es inoperante.

Puede existir el llamado síndrome secundario maligno de Marfan, que se manifiesta del décimo al doceavo día, incluso en difterias de aspecto evolutivo benigno, con reacción favorable a la seroterapia, porque el aspecto de la garganta se normaliza, pero persisten algunos síntomas generales inquietantes: palidez, pulso rápido, aparición de parálisis velopalatina. Dominan el cuadro clínico signos de decadencia cardíaca: taquiritmia, ruido de galope, descenso extremo de la tensión arterial. Gran postración, el menor esfuerzo provoca crisis dolorosa de palpitaciones. La muerte se produce por síncope precedido de vómitos.

El diagnóstico se basa exclusivamente en el examen bacteriológico por cultivo, porque el directo no permite afirmar ni descartar la presencia del bacilo específico. A la menor sospecha y sin esperar el resultado, debe instituirse la seroterapia, antisépticos suaves. La seroterapia de 40,000 a 60,000 unidades diarias, asociadas a penicilino-terapia, tonicardiacos y anafilacticos, para prevenir intolerancias séricas.

Las personas que rodean a los enfermos deben de estar protegidas con inyección de 3,000 unidades de suero y vacunadas ulteriormente. La antibioterapia permite reducir considerablemente la contagiosidad de la angina diftérica.

V. 4. Anginas de Tipo Ulcerosas

Su principal característica está dada por la pérdida de sustancias necróticas y gangrenosas superficiales que se descomponen.

Angina Herpética

Estas lesiones se acantonan en el revestimiento epitelial, son de origen vírico.

Esta enfermedad en sus inicios es muy alarmante por su espectacularidad que clínicamente se observa un violento es calofrío único y prolongado, acompañado de un malestar profundo, con temperatura de 39° ó 40° grados e intensa cefaléa también existe adino-fagea aguda, penetrante, ardiente, con irradiaciones a los oídos y paroxismos a ladeglución .

Las amígdalas se observan normales en su dimensión, pero aparecen sobre ellas máculas que se transforman en pápulas y luego en vesículas redondas, llenas de serocidad que mide de uno a dos milímetros, con aureolas rojizas que al romoer se originan ulceraciones blanquecinas ó amarillentas, cubiéndose de una falsa membrana.

El herpes no solo se localiza en las amígdalas, sino que para su diagnóstico se observará también la pared posterior de la faringe, pilares, cara anterior de las mejillas y alrededor de los labios.

A pesar de ser impresionante éste tipo de enfermedad, es de tipo benigno, que cura en pocos días, sin secuelas ni complicaciones, siendo de fácil diagnóstico por sus peculiaridades antes mencionadas y el tratamiento se limitará a combatir los síntomas locales y generales.

Angina de Vincent

Su agente etiológico es causa de asociación fusospi-
lar, caracterisándose, por ser ulceraciones pseudomembrano-
sas que afectan a las mucosas faríngea, gingival y bucal.

Clinicamente hay poca molestia en la deglución con tem-
peraturas de 37 a 38 grados, observándose en la garganta a
las amígdalas con una pequeña mancha difteróide, blanqueci-
na ó grisácea, en el orificio de una cripta amigdalina, --
también dentro de su sintomatología existe alitosis y el -
aspecto difteróide del comienzo se torna ulceroso, siendo
superficial ó profunda la ulceración en el tejido amigda-
lar, en forma redondeada u ovalada, cubierta de membrana -
amarillenta integrada por secreciones puriformes y de tri-
tos putrilaginosos que cuando se remueven muestran un fon-
do gris de aspecto sucio.

La inspección de las encías muestra la presencia de gin-
givitis alrededor de caries dentaria ó de pericoronitis su-
puradas en los terceros molares, es raro que sea bilateral
como también que traspase los límites de la celda amigda-
lar e invada los pilares. Es benigna y su cura es rápida -
con tratamientos a base de colutorios de azul de metileno
y sulfamidas. Es obligatoria la terapéutica odontológica -
para tratar y suprimir los focos sépticos dentarios.

Anginas gangrenosas

Son acompañadas por las hemoptias agudas granuloponticas

tes. Las afecciones de ésta enfermedad disminuyen la resistencia del medio ambiente, ó sea son neutropenisantes, --- siendo ésto que los gérmenes saprófitos se tornan patógenos determinando graves necrosis amigdalares.

Dentro de sus características generales aparecen úlceras idénticas a las de Vincent, con la diferencia de que se extienden mas rápidamente, son bilaterales, tornándose las -- amígdalas tumefactas y rojas, siendo atacada también la amígdala lingual.

Existe dolor acentuado con fiebre elevada. Las ulceraciones se extienden demasiado, perforando la angina, y cubriéndose rápidamente de membranas difteroides ó putrilaginosas, de color grisáceo, con aliento fétido.

De no tratarse rápidamente se añadirá una sobreinfección por estreptococos anaerobios, que transforman el proceso ulceroso en gangrenoso.

Es una afección benigna en la cuál la corticoterapia y -- la penicilinoterapia tienen buen efecto; sin embargo, la -- convalecencia es larga, con reposo obligatorio prolongado, y controles hematológicos.

De sus características clínicas existe una baja de leucocitos de 1,00 ó 500 por mm^3 . La angina es horriblemente dolorosa, con gran sialorrea, de color rosado y aliento fetidísimo. En las amígdalas y paredes faríngeas existe evidencia de ulceraciones de aspecto esfacólico, de color --- gris. Los pilares y el velo están edematosos y estrechan -- el ístmo de la faringe.

Las caras internas de las mejillas y lengua tienen también lesiones erosivas, susceptibles de ulcerarse lo mismo que las encías. No existe reacción ganglional cervical ni esplenomegalia. Las orinas raras y la fiebre persistente, la evolución es grave y la curación es excepcional. El pronóstico fatal es inexorable, a pesar de los recientes procesos terapéuticos que solo permiten retardar el "exitus - letalis".

C A P I T U L O VI

HIPERTROFIA E INFECCION AMIGDALARES .

VI.1. Hipertrofia Amigdalas Simple

Este tipo de afección es una manera de ser de algunas amígdalas. Sin ningún carácter patológico y muy a menudo, la hipertrofia permanece en estado latente. Las grandes amígdalas que casi obstruyen toda la orofaringe, no ocasionan en cambio, dificultad alguna para la deglución, debido a la laxitud de los tejidos regionales durante la infancia.

En las hipertrofias simples, la indicación operatoria está condicionada por la repercusión que pueda provocar en la movilidad del velo, hasta el punto de alterar la fonación, voz gangosa, y alterando la respiración, particularmente durante el sueño.

VI.2. Infección Amigdalas

Con respecto a éste tipo de infección muchos médicos, -- tienen la creencia de que el volumen de las amígdalas es -- primordial en la magnitud de la sintomatología, siendo ésto completamente falso.

La infección amigdalas en la infancia que es similar a -- la adenoides, se manifiesta localmente por; amigdalitis ori

tematopultáceas recidivantes, paroxismos infecciosos articulares ó renales, amígdalas pequeñas de superficie anfractuosa, con cicatrices y rubicundez inflamatoria de los pilares anteriores. También adenopatías subangulo maxilares en forma de masas grandes, blandas, que acompañan a las amígdalas hipertroficadas infectadas.; ó ganglios pequeños indurados poco ó nada dolorosos, que resbalan entre los dedos y se inflaman en el curso de procesos anginosos.

Dentro del tratamiento la eliminación quirúrgica del tejido adenoideo es la única terapéutica procedente legítima y sensata. No existe tratamiento médico local ó general que haga desaparecerlas.

La terapia de las agudizaciones debe concentrarse en facilitar la permeabilidad tubaria, con pulverizaciones nasales antisépticas con vasosconstrictores, antibióticos ó sulfamidas por vía oral ó parenteral de juzgarse necesario.

Las indicaciones operatorias al ver que son congénitas - dichas afecciones se operan en cualquier edad ya sea las primeras semanas de la vida, siendo urgente en recién nacidos - cuando su alimentación esté entorpecida y la ansiedad respiratoria manifiesta.

Deben operarse los niños que presenten adenoiditis recidivantes, si se acompañan de repercusión en el oído medio: otitis agudas, otorreas crónicas y especialmente los operados de otoantritis.

Las infecciones respiratorias y digestivas de origen descendente y repercusiones ganglionares cervicales serán indicaciones quirúrgicas.

Para operar correctamente debe hacerse bajo anestesia general y comprobar la extirpación total de las formaciones adenoideas, con el adenotómo de la Force, controlando la pérdida sanguínea por taponamiento y/o mejor con ligaduras.

Las contraindicaciones operatorias absolutas son las alteraciones de la crisis sanguínea, como lo es hemofílicas y las grandes homogéneas.

Dentro de las no absolutas encontramos la tuberculosis evolutiva pulmonares, ganglionares u óseas. Cardiopatías congénitas.

Existen contraindicaciones temporales como por la enfermedad de la primoinfección tuberculosa reciente, infecciones gingivodentarias, el linfatismo, también después de episodios agudos infecciosos amigdalares ó adenoideos (operar después de cuatro a seis semanas).

También se abstendrá de operar en épocas de epidemias gripales, poliomielitis ó fiebres eruptivas (sarampión, varicela, escarlatina, etc.)

VI.3. Amigdalitis Aguda y Crónica

En su fase inicial de desarrollo, los síntomas generales comienzan con malestar, dolores musculares y fiebre. Los síntomas locales empiezan en forma de sequedad y molestia en la garganta con ardor en la nasofaringe y pronto van seguidos de dolor que va aumentando. Aparecen síntomas en oca

siones de dolor de oído y derrame nasal, al ir aumentando la inflamación y la tumefacción en el paladar, se hacen difíciles la deglución, habla y respiración. Lo anterior se refiere a lo que es la amigdalitis aguda.

En la amigdalitis crónica los síntomas consisten en irritaciones repetidas de garganta. Cuando aparecen abscesos profundos ó infecciones de las criptas, puede haber sensación dolorosa en garganta y oídos, con aliento fétido y mal sabor de boca.

El diagnóstico de la amigdalitis aguda se establece por la existencia de amígdalas inflamadas con erojecimiento, tumefacción, ulceración y exudado. Mas adelante se inflama todo el parénquima y aparecen abscesos y ulceraciones formando se membranas, habrá lengua subarral, adenopatías cervical y mal aliento.

La amigdalitis aguda no complicada evoluciona en el curso de siete a diez días. Suele ser una enfermedad de la infancia, la involución de las amígdalas suele producirse hacia la edad de la pubertad.

Las primeras fases de la amigdalitis pueden parecerse a los síntomas iniciales y a las manifestaciones de las enfermedades contagiosas de la infancia, como la escarlatina, sarampión, varicela, etc. Por éste motivo es necesaria una diferenciación clara.

No existe ningún cuadro típico que permita establecer el diagnóstico de la amigdalitis crónica; el principal dato con respecto en la historia de repetidos ataques. Para considerar

una amigdalitis crónica existen varios factores, entre -- ellos alergia y todos los posibles focos de infección.

Aunque las infecciones de las amigdalitis suelen atribuirse al estreptococo hemolítico, neumococo y estafilococo, siendo éstos microorganismos invasores secundarios.

Los factores generales predisponentes de la amigdalitis son parecidos a las que favorecen las infecciones en otras regiones de las vías respiratorias altas.

Las complicaciones de la amigdalitis aguda consisten en la propagación de la infección, como en el caso del absceso periamigdalario y la otitis media.

El tratamiento se dirige a aliviar los síntomas con analgésicos y gargarismos calientes y cuando la infección es importante se administran antibióticos.

La amigdalitis crónica se trata quirúrgicamente cuando los ataques se repiten con frecuencia e intensidad.

VI.4. Absceso Periamigdalario

Es una infección aguda localizada entre la amígdala y el músculo constrictor superior que la rodea.

El enfermo suele aquejar ciertas molestias con intensidad en la garganta, dificultad para deglutir, sialorrea, -- trismo y dolor intenso en el oído. Suele tener un marcado -- aspecto tóxico y presenta signos de ansiedad e inquietud. --

La amígdala está tumefacta y enrojecida, desplazada en dirección medial y hacia abajo. El paladar blando y la úvula están tumefactos, y la última empujada hasta el lado opuesto. Los ganglios linfáticos cervicales están aumentados de tamaño y son sensibles a la presión. La historia clínica suele indicar una amigdalitis aguda que ha existido durante varios días. El microorganismo causal suele ser un estreptococo ó un estafilococo. La infección puede propagarse al espacio faringomaxilar.

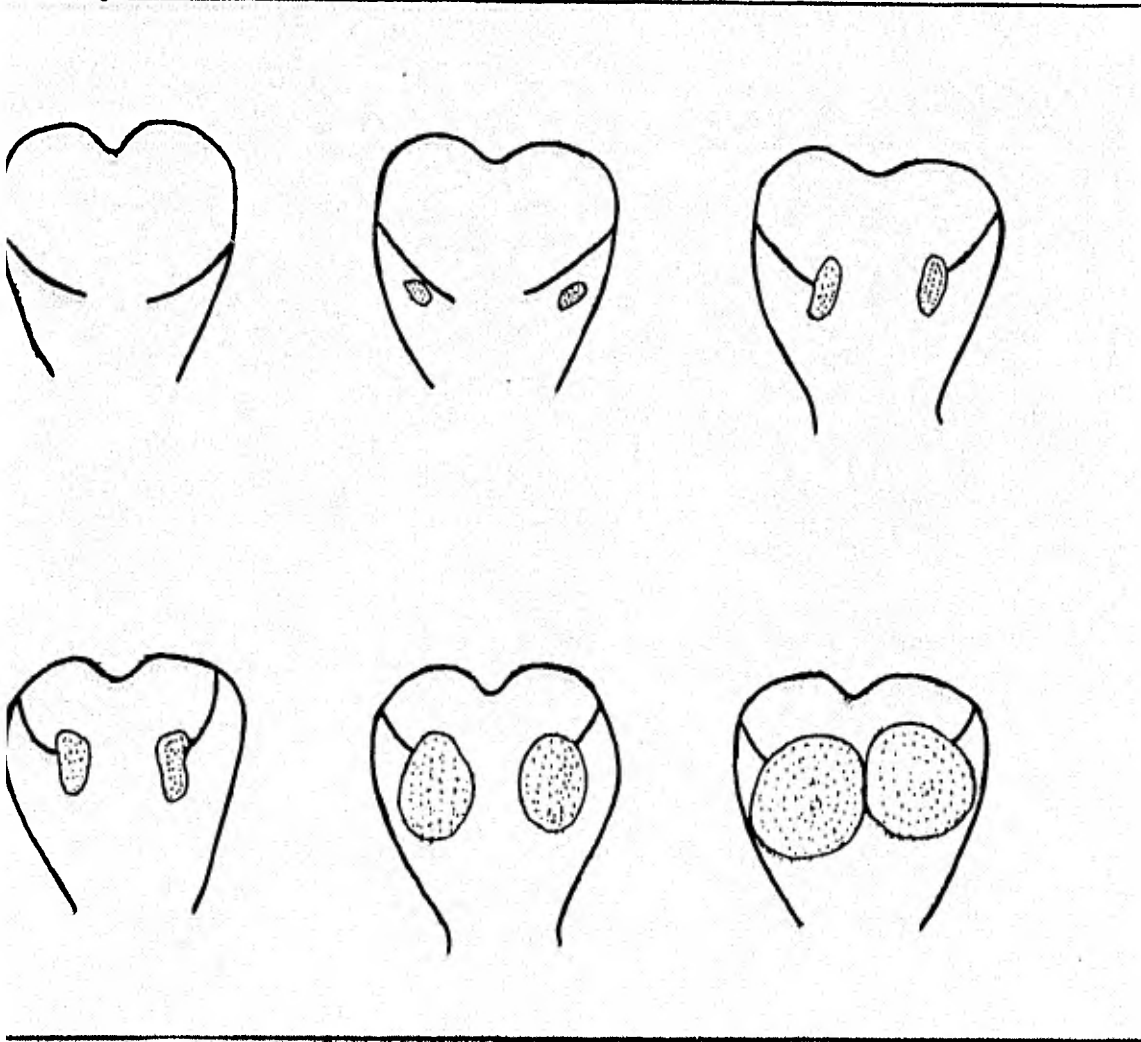
El tratamiento consiste en la incisión y el drenaje, pero solo después de que el absceso se ha localizado. Se administran antibióticos y se proporcionan los cuidados necesarios. Las amígdalas deben extirparse un mes aproximadamente después de la resolución del absceso, ya que las infecciones peritonsilares tienden a recidivar.

VI.5. Faringitis Aguda

Es una inflamación aguda de la garganta siendo a veces - el prodromo de la gripa ó resfriado común. Los síntomas pueden ser leves ó intensos, a menudo acompañados de malestar elevación de la temperatura y cefalalgea. Suelen haber dificultades para la deglución y puede presentarse tos a consecuencia de la irritación de la faringe inferior por la úvula edematosa.

Los signos consisten en enrojecimiento difuso de la faringe que puede extenderse a las amígdalas y al paladar. Los ganglios linfáticos cervicales están abultados y son dolorosos. Las bacterias corrientes en la faringitis son es-

ptococos, estafilococos, neumococos. Su tratamiento consiste en la administración de antibióticos y analgésicos, -
garismos calientes y reposo. El curso suele extenderse -
unos cuatro a siete días.



Para valorar el tamaño de la amígdala, los otorrinola-
gólogos y médicos de otras especialidades han establecido
una escala de 0 a 4+ que a odontólogos interesados en -
diagnóstico de estas masas linfáticas les puede ayudar
su valoración afectiva.

C A P I T U L O VII

AFECCIONES ESPECIFICAS EN OROFARINGE (AMIGDALAS)

VII.1. Sífilis

Es muy rara, ya que con el advenimiento de la penicilina, solo se observan secuelas.

El chancro de la amígdala es mas frecuente en el sexo femenino. Inicia con características de angina eritematosa común: poca fiebre y otalgia del lado donde se asienta la lesión que tiene forma de ulceración ó simple erosión.

Existe adenitis cervical, dolorosa a la presión patentizada en ganglio único, sin periadenitis, siendo unilateral.

Las manifestaciones secundarias, presentandose rubicundez difusa de la faringe, con aspectos de erosiones discretas, cubiertas de barniz opalescente. La adenopatía es generalizada con múltiples ganglios.

Las manifestaciones terciarias se localizan en la bóveda palatinas y el velo. El gomosisifilítico es la forma habitual; masa de color roja, que se torna amarilla en sitio mas prominente, abriendose para poder vaciar su contenido y convertirse en ulceración profunda, que termina por perforar el velo, ocasionando rinolalia abierta. Lo mas acer-

tado en éstos casos es remitir y confiar el paciente al dermatólogo.

VII.2. Tuberculosis

Es complicación rara de procesos pulmonares. La tuberculosis miliar faringea, se presenta en la pubertad con lesiones cavitarias. Adopta el tipo de enfermedad aguda: temperatura alta e intensa disfagia. Faringoscópicamente existen granulaciones pequeñas de color gris, diseminadas en toda la mucosa, tornandose confluentes constituyendo ulceraciones. Antes de las nuevas y actuales terapeuticas la muerte sobrevenia a las seis u ocho semanas.

La tuberculosis ulcerovegetante presenta como sintomatología inicial disfagia de intensidad variable, con repercusión ótica. En la mucosa aparecen erosiones, que se tranmutan en ulceraciones de bordes mucosos y fondos grisaceos, parecidas lesiones se manifiestan en lengua, cara interna de las mejillas y encías. Siendo su evolución larga. En la actualidad la estreptomicina las ha hecho raras.

VII.3. Leucemia Aguda

En sí, se refiere al conjunto de afecciones de los órganos hematopoyeticos caracterizados por un aumento considerable del número de leucocitos y presencia de células atípicas, expresión patológica del vazo, médula ósea y ganglios linfáticos.

Uno de los primeros síntomas es la angina acompañada de estomatitis y adenopatía cervical.

Aparece en sujetos jóvenes que experimentan fatiga inexplicable, con dolores de tipo reumático, gran palidez, febrículas, pequeñas adenopatías, expistaxis y hemorragias gingivales discretas.

La sintomatología faringo bucal: fiebre alta (39° ó 40°) gran adenopatía cervical poco molesta, masticación y deglución dolorosas. Los labios se tumefactan fluyendo la saliva por las comisuras, aliento fétido conservando la lucidez.

El exámen bucal muestra alteración de encías: pálidas, descoloradas, tumefactas, sangrantes, ocultando los dientes. La lengua roja cubierta de barniz blanquecino, las amígdalas aumentadas de volúmen en grado variable, pero casi siempre grandes, llegando a estrechar bastante el istmo de las fauces.

Siempre están cubiertas de falsas membranas grises, de tipo difterioide que pronto se transforman en ulceraciones profundas esfacélicas, sangrantes.

Las características del hemograma son: anemia profunda, disminución de las plaquetas, leucocitosis y gran número de elementos patológicos. El pronóstico de ésta enfermedad es inexorable. El tratamiento aún no se ha descubierto.

VII.4. Agranulocitosis

Se caracteriza por la desaparición de la función granulopoyética de la médula ósea, que origina leucopenia; desaparición en la sangre de granulocitos y rarefacción de las formas jóvenes en la médula. No producen modificaciones en los hematíes y plaquetas.

Su etiología se ha supuesto, agentes infecciosos específicos. Parece ser producida por ciertas infecciones ó intoxicaciones causantes de aplasia medular.

Se manifiesta por angina precoz que va desde la simple amigdalitis hasta la gangrena, con ulceraciones saniosas; aspecto de difteria grave, las lesiones se extienden a la faringe, paladar y lengua. Existe una flora microbiana común.

Los fenómenos funcionales son intensos: caecostomía, salivación abundante, masticación y deglución dolorosas, reacción ganglional mínima.

Las manifestaciones generales muestran una intensa gravedad: fiebre elevada, pulso rápido, astenia profunda, subictericia, oliguria y albuminuria.

La evolución es grave y las curaciones, excepcionales.

VII.5. Mononucleosis Infecciosa

Es debida a un virus desconocido. Se presenta en forma de

porádica ó de pequeñas epidemias familiares. Es mas frecuente en la infancia y adolescencia y comienza por un lapso de invasión con manifiesta fatiga y angina de tipo ulceromembranoso, tipo Vincent, unilateral, con repugnante alitosis y odinofagea intensa.

Los ganglios son dolorosos, de dimensiones variables. -- Temperatura moderada, pulso blando en relación con el estado febril, la astenia es profunda, con torpeza intelectual, abatimiento y somnolencia, hay pérdida del apetito, esplenomegalia acompañada de h pato megalia, algia cervicales, --- exantema, pruriginoso.

La enfermedad dura dos ó tres semanas y cura espontaneamente pero persiste una astenia muy prolongada, prolongando la convalecencia por dos ó tres meses.

VII.6. Leucopenia Aplasica

Es una afección benigna, que se manifiesta por anginas recidivantes, sin etiología precisa, se descubre mediante exámenes hematológicos repetidos.

Se inicia por crisis de anginas febriles, que corresponden a episodios de neutropenia. Adopta varios tipos; puede ser ulceromembranosa, difteroides, congingivitis a veces intensas sin reacción ganglionar, pero si astenia grande y violenta.

El hemograma revela existencia de leucopenia. Las manifiestas

ciones anginosas, antes graves y mortales, hoy día evolucionan en forma benigna, gracias a la penicilina. Las sulfamidas están contraindicadas.

VII.7. Cáncer

Es más frecuente después de los cuarenta años de vida, favorecido su desarrollo por amigdalitis crónica y abuso del tabaco.

Son epitelomas espinocelulares de globos corneos. Estos son los más frecuentes, comienzan a manifestarse cuando los tumores han adquirido algún tamaño. El primer síntoma es sensación de molestia, hinchazón en la garganta, unilateral, que aumenta durante las comidas, con repercusión en el oído.

El examen faríngeo se realiza encontrándose una masa prominente dura, ó ulceración de bordes irregulares indurados. Cuando la neoplasia se inicia en una cripta amigdalare el primer síntoma es la adenopatía cervical, con dolor mínimo ó intenso e irradiaciones auriculares. La disfagia se agrava, sialorrea y cacosomía.

A veces puede aparecer una masa en forma de coliflor sobre una amplia base indurada ó infiltración difusa, dura y leñosa de la glándula. La aparición de trismo es sintomática de propagación a la pared faríngea y el músculo pterigoideo, la adenopatía es frecuente. El tratamiento quirúrgico, radioterapia complementaria.

C A P I T U L O VIII

AMIGDALECTOMIA

VIII.1. Indicaciones

Habitualmente son las siguientes:

Anginas recidivantes, especialmente en niños, con repercusión ganglionar cervical, dolorosas, febriles y prolongadas. Los afectados tienen amígdalas rojas, tumefactas, con paredes faringeadas irritadas, cubiertas de mocos y febrículas - inmodificables por tratamientos médicos adecuados precisos. En la infancia, el linfatismo es propicio a la instauración de las infecciones linfoganglionares.

Las repercusiones a distancia, como la nefritis y los seudoreumatismos infecciosos, son indicaciones, pero no es período agudo, precedido el acto operatorio de tratamiento médico (antibióticos y vacunoterapia) una semana antes, que se prolongará en el postoperatorio por lo menos de ocho a diez días en dosis altas. La indicación es terminante cuando la nefritis - se ha curado después de anginas, tiene recaídas al producirse nuevas manifestaciones anginosas. La amigdalectomía es ineficaz e incluso peligrosa cuando existe una manifiesta insuficiencia renal.

Como indicaciones de orden local, además de los procesos anginosos citados, figuran abscesos perig_u intraamigdalares, -

amigdalitis caseosas que determinan cacostomía y molestias dolorosas regionales permanentes, con exacerbaciones frecuentes.

VIII.2. Contraindicaciones

Se clasificaran varios grados:

Absolutas.- Son los estados discrasicos sanguineos (hemofilia). Alteraciones profundas del estado general cualquiera que sea la causa: tuberculosis, deabetes, nefropatías evolutivas, hipertensión arterial esencial. Antes era desaconsejada en la vejez, pero pueden operarse sujetos robustos, con buena contextura orgánica, sin antecedentes patológicos importantes.

Temporales.- Conviene esperar pasada la edad de tres años siempre que no existan evidencias de posibles graves complicaciones renales en primer término. Convalecencia de enfermedades graves y estados de desmejoramientos orgánicos. Fatiga, enflaquecimientos inexplicables.

Pasajeras.- Anginas y estados catarrales y gripales. Deben esperarse de tres a cuatro semanas después de haber desaparecido la fiebre.

Es obligatorio suprimir la infección gingivodentaria. Extracción de molares cariados y raigones. No operar en épocas de epidemias.

El período menstrual es una contraindicación por favorecer

las hemorragias. En los tuberculosos curados debe de supervisar el neumólogo y proteger al paciente pre y postoperatoriamente con los medicamentos apropiados a ésta enfermedad.

Para los cantantes, la extirpación puede producirles cambios que pueden ser definitivos e irreversibles.

VIII.3. Cuidados Preoperatorios

Exámen de sangre para investigar tiempos de sangría, coagulación, tiempo de protrombina, hemograma, tasa de hemoglobina, eritrosedimentación en los reumáticos.

Comprobación de las temperaturas matinal y vespertina, -- por lo menos cuatro días antes.

Indicar la desinfección nasal y la faringea.

La operación debe realizarse siempre en clínicas que cuenten con los medios para prevenir accidentes pre y postoperatorios.

La hospitalización debe durar un mínimo de 24 horas, con estricta vigilancia médica y cuidados generales. Debe observarse las posibles hemorragias adenoides infantiles, que pueden llegar a estados alarmantes.

En adultos la intervención se practica muchísimo bajo anestesia local, pero es mejor optar por la anestesia general ya que es una operación más minuciosa, sin riesgos y por lo tanto de mejor pronóstico.

La anestesia general prevalece en ventaja ya que produce una correcta seguridad ya que los medicamentos vasoconstrictores solo producen hemostasias transitorias y pérdidas sanguíneas molestas después de haber cesado su efecto, lo cual no sucede con la anestesia general.

La adenoidotomía, practicada bajo anestesia general con intubación naso-u orotraqueal, posee las siguientes ventajas:

a).- total hermética, exclusión de las vías respiratorias y asistencia de la respiración durante toda la operación.

b).- Control del stress quirúrgico.

c).- Comodidad y seguridad, conjuntado con la tranquilidad para actuar el cirujano.

d).- Escasa ó nula deglución de sangre y ausencia de vómitos postoperatorios.

e).- Apacible recuperación postoperatoria, disminución de la odinofagia.

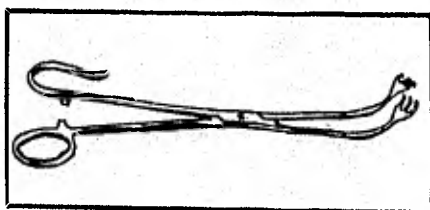
f).- Acortamiento del lapso de cicatrización.

VIII. 4. Técnicas Quirúrgicas

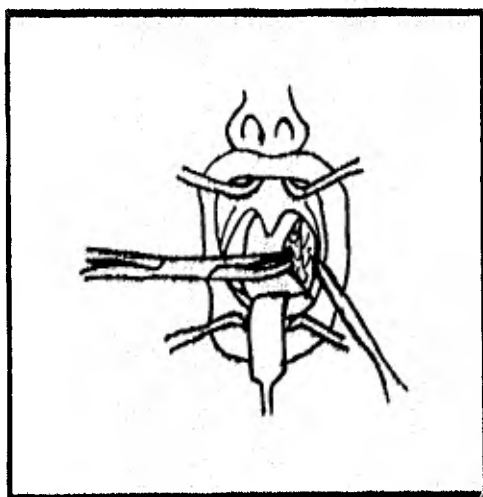
Existen varias técnicas, pero principalmente son basadas en la dirección y empleo del uso de alambre y la guillo-

tina, ó método de Sluder.

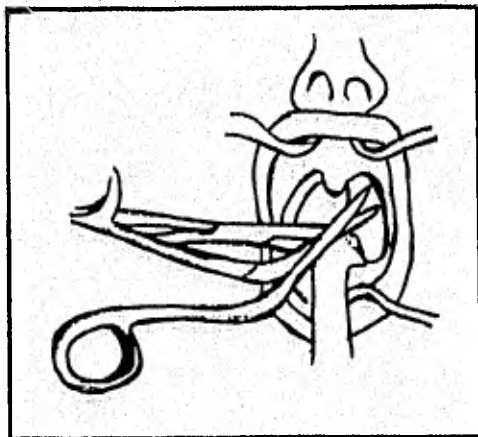
En la tecnica por disección se principia por deprimir la lengua con una abatelenguas para poder tomar la amígdala - con una pinza de garras.



Pinzada la amígdala se tira suavemente de ella para sacarla de su lecho y hacer resaltar la línea de separación - entre ésta y el pilar anterior. Conseguido ésto, se practica una insicción precisamente en ésta línea de separación, iniciándola en el polo superior de la amígdala al que contournea y desciende por el borde del pilar anterior, hasta - poco antes del polo inferior de la amígdala; dicho corte se efectua con el bidturí especial para amigdalectomías y abarca solamente mucuosa.

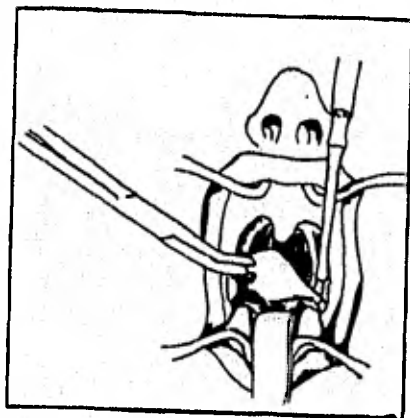
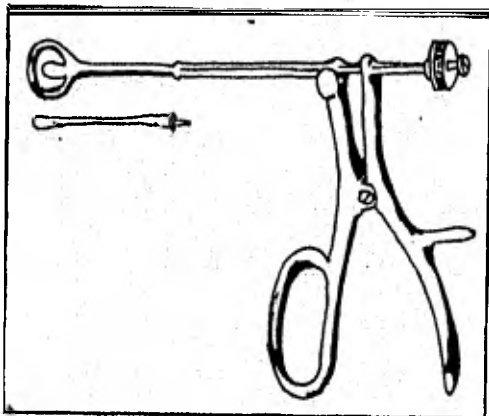


Por éste ojal se introduce la punta de una tijera especial para practicar disección roma y enuclear la amígdala siguiendo el plano de despegue de la fosa tonsilar y librán dola de las adherencias por cortes de tijera.



Se continúa la disección hasta separar la parte principal del cuerpo de la amígdala y se encuentra la inserción del pequeño músculo amigdalogloso a la altura del tejido lin foide interamígdalolingual. A continuación se disecciona la mucosa del pilar posterior lo mas bajo posible, para dejar libre el pediculoamigdalino. En éste momento se encuentra la amígdala libre, solo detenida por su pedículo. Para cortarlo se emplea el amigdalotomo de Tyding, del cuál se pasa el asa por el extremo libre de las ramas de la pinza de las garras, la que tiene uno de los ojos abierto para facilitar la entrada de dicha asa.

El asa del alambre se baja hasta la porción mas inferior del pedículo y se hace funcionar el amigdalotomo para seccionar el pedículo.



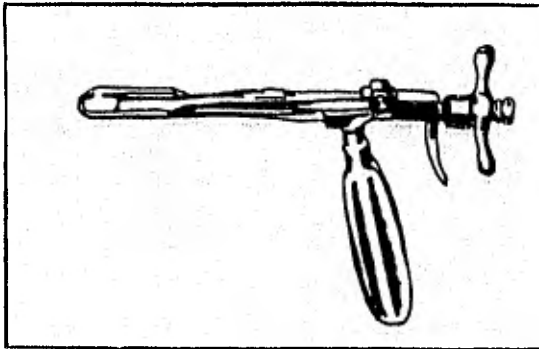
Amigdalotomo de Tyding.

La amígdala ha sido enucleada y se pasa el asa de alambre - para cortar su pedículo.

Se tapona el lóculo con una torunda de gasa y se procede a extirpar la otra amígdala. Cuando se ha hecho, se ta pona el lóculo y se revisa el primero para ver si no sangra; si hay hemorragia se pinzan los vasos que sangran y se ligan por transfixión; la misma maniobra se hace en el segundo -- lóculo. Por ningún motivo se debe dejar un lóculo sangrando.

La amigdalectomía por la técnica de guillotina, es más fá cil de realizar, más rápida y menos traumática. En ella se

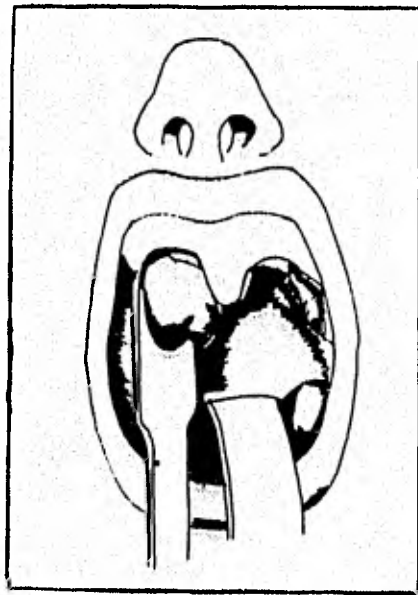
emplea el amigdalotomo de Sluder. Hay múltiples tipos de - éstos aparatos, de cuchilla roma, ó afilada y doble cuchilla.



Amigdalotomo de Sluder

Los de cuchilla roma, llamados también hemostáticos, provocan un machacamiento de los vasos, efectuando así la hemostasis. Los de cuchilla afilada, naturalmente efectúan un corte mas limpio, pero con la desventaja de mayor hemorragia. Los de doble cuchilla no brindan mayores ventajas que los anteriores tienen una, cuchilla afilada que corta una parte de la amígdala y la otra roma, ó semiroma, que acaba de hacer - el corte de la hemostasis. Cualquiera que sea el tipo de guillotina, la técnica de empleo es la misma. Se principia por apoyar los bordes de la ventana contra los pilares, de tal - manera que al hacer presión contra la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, se provoque la eversión de la amígdala por la ventana del amigdalotomo. Al hacer deslizar

la cuchilla de la guillotina, la amígdala se extirpa limpia y rápidamente.

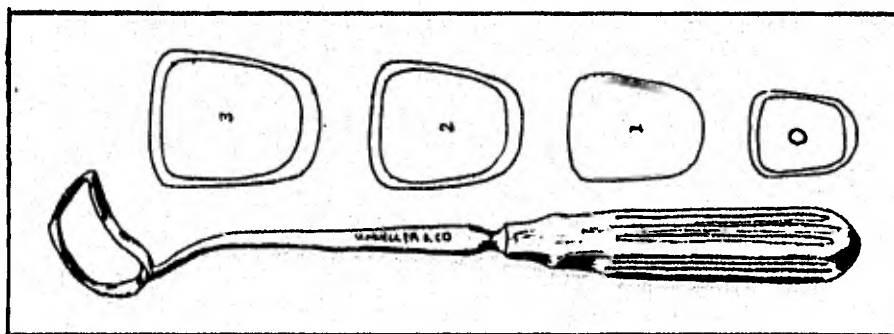


Empleo del amigdalotomo de Sluder para realizar la amigdalectomía.

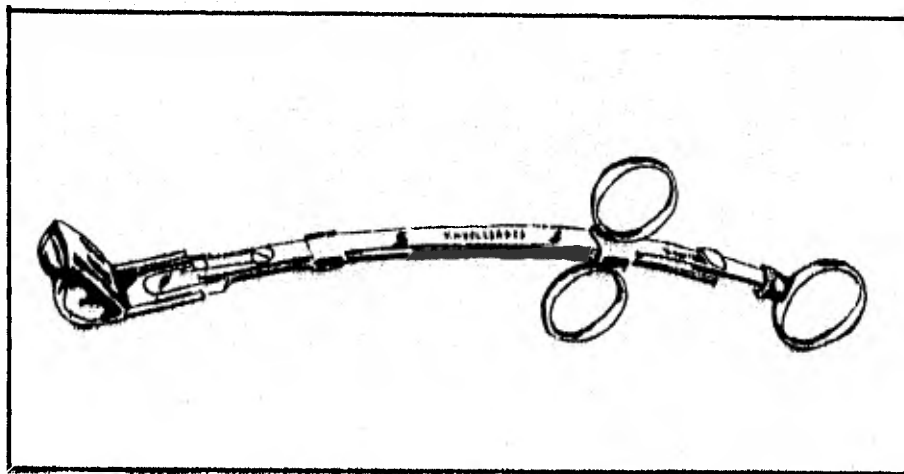
Como en los casos anteriores no taponan los lóculos para hacer hemostasis, y si aparece algún vaso se pinza y se liga por transfixión. Este procedimiento tiene como ventaja la rapidez.

En los niños siempre se practica la amigdalectomía se debe de hacer adenoidectomía y si se pudiera hacer facilmente la remoción de todo el tejido linfoide del anillo de Waldeyer, se haría.

La adenoidectomía se puede efectuar con cuchillas ó con el adenotomo de La Force que tiene la ventaja de controlar la profundidad del corte y recoger la masa adenoidea de la canastilla.



Distintos tipos de cucharrillas para adenoidectomía.

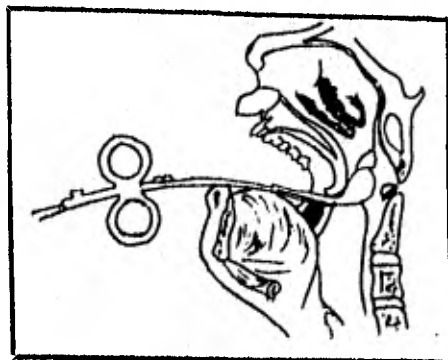


Adenotomo de canastilla de La Force.

La intervención es sencilla, basta introducir el adenotomo abierto, por detras del velo del paladar y apoyarlo - sobre la pared posterior de la rinofaringe, lo mas alto posible y hacer deslizar la cuchilla del aparato para ectirpar parte de la masa adenoidea. La maniobra se repite varias veces, primero por la porción central y luego en las laterales, secando y revisando la pared faringea para tener la certeza de que se ha removido todo el tejido adenoideo.

Se tapona la rinofaringe con una compresa de gasa para hacer la hemostasis.

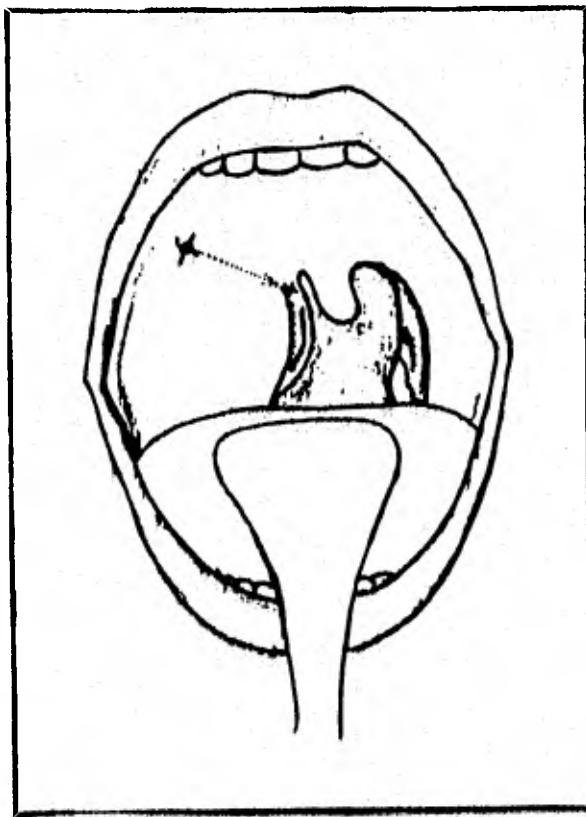
Por medio de aspiración se limpia la faringe y cuando ya no se advierta la presencia de sangre, la operación ha terminado.

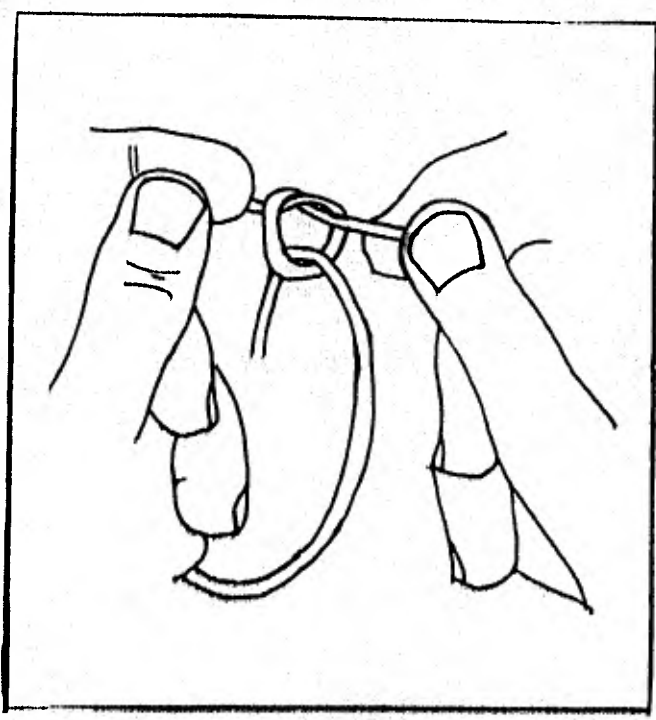
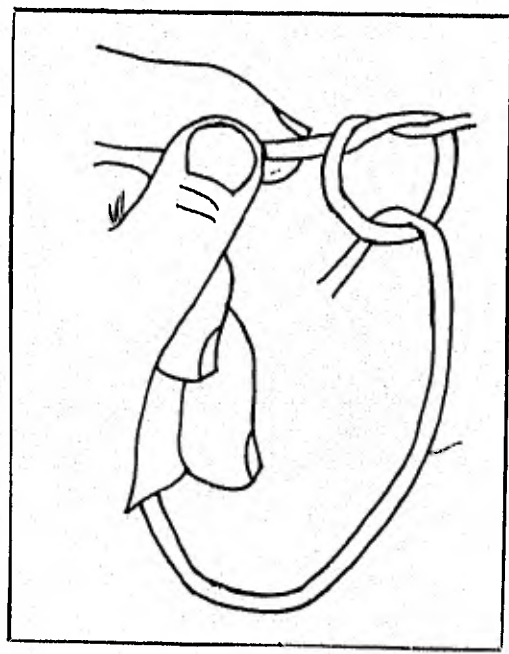
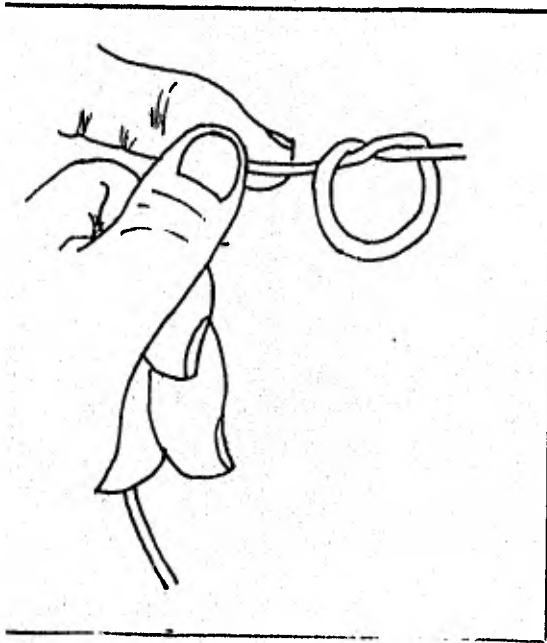


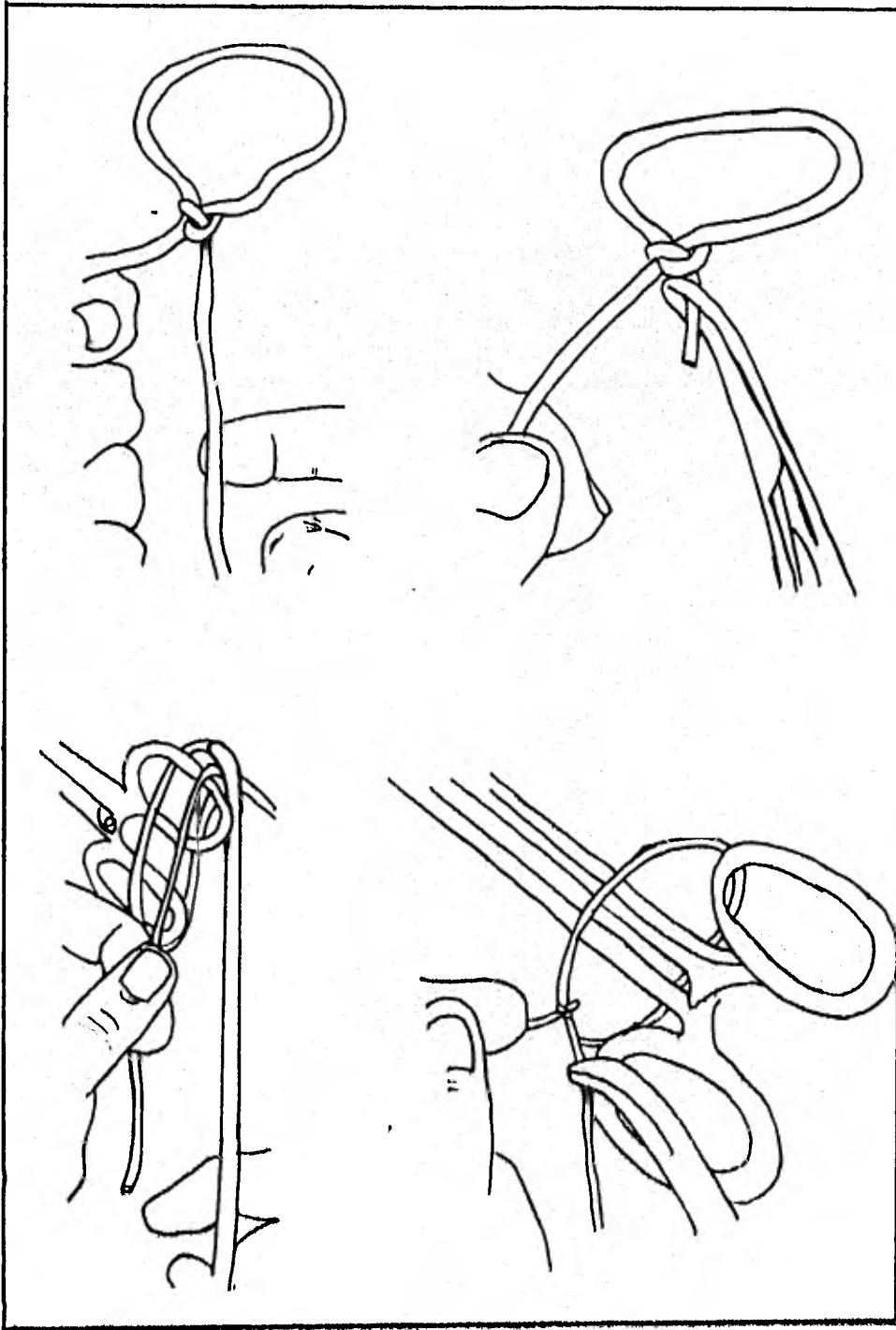
Colocación del adenotomo de La Force sobre la masa linfoidal.

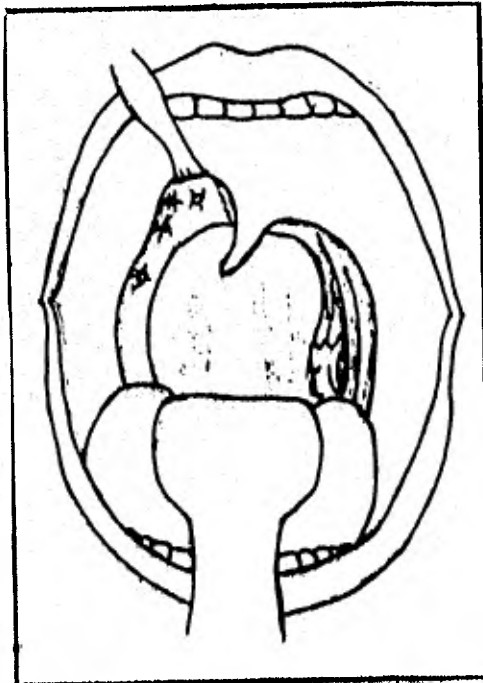
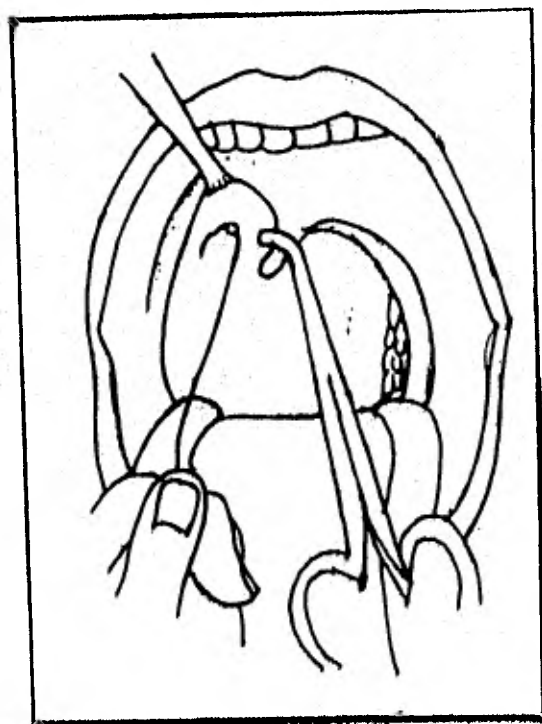
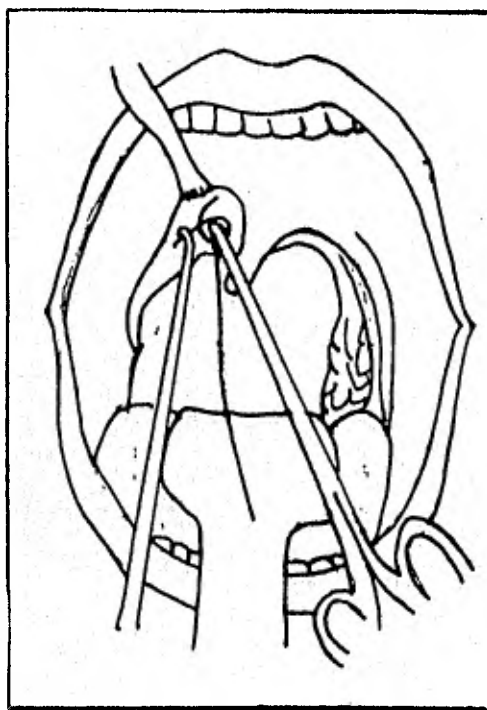
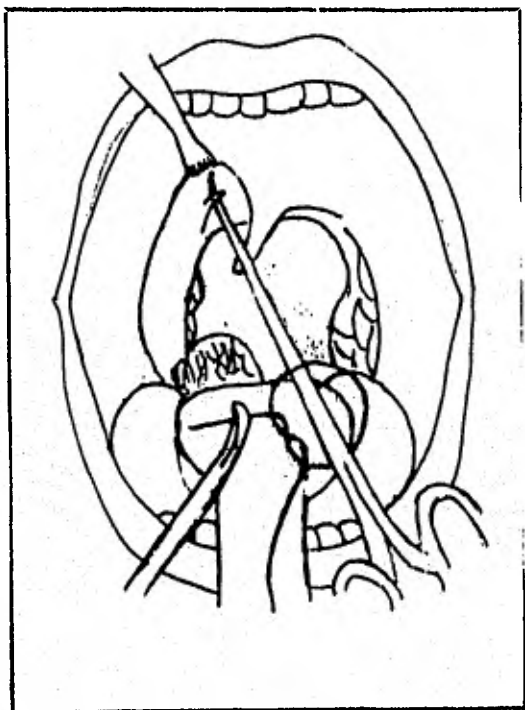
La adenoidectomía practicada con cuchilla es mucho mas traumática. Para hacerla se introduce la cuchilla por detras del velo del paladar lo mas alto posible y apoyándola sobre la pared posterior de la rinofaringe, se desliza sobre ésta el filo de la cuchilla de arriba hacua abajo, describiendose un movi---miento circular. Se repite varias veces ésta maniobra por la pared faringea después de ello se hace la hemostasis.

Existen distintas formas de hemostasia, la de pinzado, la de taponamiento por medio de gasas y las mas segura y eficaz que es la ligadura de vasos sangrantes con el nudo de Coackley.









C O N C I. U S I O N E S

Todos aquellos profesionistas que hemos seguido la rama de la medicina, y que comprendemos que es una ciencia demasiado extensa para poder abarcarla en lo que respecta a -- práctica y estudio, que en una vida sería imposible dominarla; debemos de ser los receptores del máximo de ésta -- ciencia.

Después del desarrollo de éste tema, me dirijo a todos los profesionistas que hemos dedicado y encausado nuestras vidas al bienestar de la salud.

Tenemos que comprender que como médicos generales, dentistas, homeópatas, etc., todos vamos a una sola meta, la cual es una vida plena de salud.

Pero cabe comprender que el médico general tiene que realizar tratamientos que conciernen al dentista y viceversa ó sea que cualquiera que sea nuestra especialidad, no debemos marginarnos en nuestros conocimientos, sino que hay -- que enriquecerlos junto con las técnicas prácticas que en determinado momento de emergencia podamos aplicar.

A los Cirujanos Dentistas me dirijo ahora, y siendo mi mas sincero deseo que después de leer, y comprender, analizando lo útil que es conocer la orofaringe, exista en la posteridad algún dentista sediento de evolución profesional, por alguna emergencia la extirpación de las amígdalas ó adenoides ó algo que pienso que es la satisfacción mas grande de un humano que es la de salvar una vida por el -- diagnóstico temprano y acertado de un cáncer amigdalar ó de sífilis ó tuberculosis.

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

- 1.- BHASKAR, S.N.
Patología Bucal
ARGENTINA, 2a. edición, Editorial el Ateneo, 1977.
- 2.- ARCHER, w. HARRY.
Cirugía Bucal, paso a paso de Tecnicas Quirúrgicas
BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2a. edición, Editorial Mundi, 1968.
- 3.- KURT H. THOMA.
Patología Oral
BARCELONA, Editorial Salvat, 1973.
- 4.- LESTER W. BURKET.
Medicina Bucal
MEXICO, 6a. edición, Interamericana.
- 5.- ROMO MONTAÑEZ JESUS .
Tesis, Infecciones Agudas y Crónicas de la Cavidad Bucal
Impresa en 1966.
- 6.- VELAZQUEZ TOMAS .
Anatomía y Patología Dental y Bucal
PRENSA MEDICA MEXICANA, 1966.
- 7.- WALTER C. GURALNICK,
Tratado de Cirugía Oral
BARCELONA, Editorial Salvat, 1971.
- 8.- MAUREL GERARD,
Clínica Y Cirugía Maxilo-Facial
BUENOS AIRES, ARGENTINA, Editorial Alfa, 1959.

- 9.- BRATNERD HENRY, SHELDON MARGEN, J. CHATTON MILTON.
Diagnóstico y Tratamiento de la Cavidad Oral
Editorial MANUAL MODERNO, 1978.
- 10.- MITCHELL-STANDISH-FAST.
Propedéutica Odontológica
2a. edición, Editorial INTERAMERICANA, 1973.
- 11.- DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.
Anatomía Humana
6a. edición, Editorial PORRUA, 1970.
- 12.- EDWARD V. ZEGARELLI
AUSTIN H. KUTSCHER
GEORGE A. HYMAN
Diagnóstico en Patología Oral
1a. edición, (reimpresión 1974), Editorial SALVAT.