

42

2 plm



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA UNAM.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

MANEJO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
CARDIOPATIAS ADQUIRIDAS EN
ODONTOLOGIA

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

LOS REYES IZTACALA, MEXICO

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

Es de vital importancia que el Cirujano Dentista conozca los problemas que presentan los pacientes con enfermedades cardiovasculares, tanto por la naturaleza de su afección como por los medicamentos que reciben.

Aunque los desenlaces fatales afortunadamente son raros en el consultorio dental, esto no justifica que se ignoren los posibles problemas que causan éstos.

Las cardiopatías adquiridas han pasado por mucho tiempo inadvertidas por el odontólogo, ya que anteriormente no se comprendía el papel tan importante que juega el Cirujano Dentista en este tipo de afecciones.

Las infecciones de origen dental pueden ocasionar o agravar estos padecimientos, por ejemplo una cardiopatía reumática sin tratamiento profiláctico previo va a desencadenar en una endocarditis bacteriana o en cualquier otra complicación que en determinado momento pueda poner en peligro la vida o integridad del paciente.

No es obligación del odontólogo tratar las enfermedades del corazón, pero sí detectarlas, saber en qué momento se puede intervenir a un enfermo cardiovascular y en qué casos se requiere de la colaboración del cardiólogo.

Uno de los propósitos al efectuar este trabajo es re saltar la importancia del problema y dar una serie de medidas a seguir para su manejo.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica como sabemos consta de los siguientes puntos: Ficha de identificación, antecedentes hereditarios y familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, interrogatorio por aparatos y sistemas, síntomas generales, exámenes previos, datos generales, inspección general, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y un anexo odontológico.

Lynch propone la utilización del Cuestionario de Salud de la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Pensilvania para el Odontólogo que ya tiene práctica en la elaboración de ésta, ya que a través de determinadas preguntas se puede valorar el estado de salud del paciente.

Signos vitales:

Pulso

Tensión Arterial

Respiración

Temperatura

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Edo. Civil _____ Sexo _____

Tel. _____ Nombre de su médico _____

Dirección de su médico _____ Tel. _____

Fecha de la última visita al médico _____

1. ¿Hay alguna medicina que usted no pueda tomar por ser alérgico o porque le enferma?

En caso afirmativo, decir cual es la medicina

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 2. | ¿Ha sufrido usted alguna vez hepatitis o ictericia? | No | Si |
| 3. | ¿Ha tenido usted alguna vez un ataque cardiaco? | No | Si |
| 4. | ¿Ha sufrido usted apoplejía? | No | Si |
| 5. | ¿Ha tenido usted alguna vez úlcera de estómago, duodeno o péptica? | No | Si |
| 6. | ¿Ha sido usted tratado alguna vez, o ha tomado medicación para un problema emocional o nervioso? | No | Si |
| 7. | ¿Le ha dicho alguna vez algún médico que usted tenia un soplo cardiaco o un ruido anormal en el corazón? | No | Si |
| 8. | ¿Ha sufrido usted alguna vez fiebre reumática o baile de San Vito? | No | Si |
| 9. | ¿Ha tenido alguna vez presión arterial elevada? | No | Si |
| 10. | ¿Ha tenido usted ataques, convulsiones o epilepsia? | No | Si |
| 11. | ¿Ha sufrido usted alguna vez tuberculosis? | No | Si |
| 12. | ¿Ha tenido usted alguna vez sífilis o una enfermedad venérea? | No | Si |
| 13. | ¿Ha sido usted alguna vez irradiado o sufrido radioterapia por cualquier enfermedad? | No | Si |
| 14. | ¿Sufre usted tumor o cáncer? | No | Si |
| 15. | ¿Tiene usted un trastorno renal? | No | Si |
| 16. | ¿Tiene usted algún trastorno tiroideo? | No | Si |

- | | | | |
|-----|--|-------|----|
| 17. | ¿Ha tenido usted alguna vez pápu-
las o exantema, hipersensibili-
dad o alérgias? | No | Si |
| 18. | ¿Es usted alérgico a la penicili-
na? | No | Si |
| 19. | ¿Le han dicho alguna vez de no to-
mar penicilina o anestesia den-
tal? | No | Si |
| 20. | ¿Es usted alérgico a la aspirina
o le causa molestia tomarla? | No | Si |
| 21. | ¿Ha sido usted internado alguna
vez en el hospital? | No | Si |
| 22. | ¿Ha sufrido usted alguna vez una
transfusión de sangre o una in-
tervención quirúrgica? | No | Si |
| | En caso afirmativo ¿de que tipo? | <hr/> | |
| 23. | ¿Alguna vez le han prohibido a -
usted dar sangre para alguien? | No | Si |
| 24. | ¿De niño tuvo usted dolores de -
crecimiento o hinchazón de las
articulaciones que le obligaron
a guardar cama? | No | Si |
| 25. | ¿Le ha dicho alguna vez un médico
que tenía usted algo anormal en
el corazón? | No | Si |
| 26. | ¿Ha estado usted alguna vez en--
fermo en cama por más de siete
días seguidos? | No | Si |
| 27. | ¿Ha sangrado usted alguna vez -
excesivamente después de una ex-
tracción dental, o de cualquier
otro tratamiento odontológico? | No | Si |
| 28. | ¿Ha sufrido alguna vez anemia, -
sangre débil o pobre? | No | Si |
| 29. | ¿Ha vivido usted alguna vez con
alguien que tuviera tuberculo--
sis? | No | Si |

30. ¿Ha tenido usted alguna vez perdi
da de conocimiento? No Si
31. ¿Ha enfermado usted alguna vez -
por tratamiento dental? No Si

REVISION DE SISTEMAS

32. ¿Ha sufrido usted hemorragia u -
otra tendencia a sangrar? No Si
33. ¿Ha sufrido usted asma o fiebre -
del heno? No Si
34. ¿Sufre usted diabetes sacarina? No Si
35. ¿Está usted tomando o ha tomado -
alguna vez, cualquier medicina -
durante los últimos tres meses? No Si
36. ¿Ha sido usted tratado por un mé-
dico durante el último año? No Si
- En caso positivo ¿de qué?

37. ¿Sufre usted respiración corta des-
pués de un ejercicio ligero o -
cuando se acuesta? No Si
38. ¿Duerme usted con dos o más almo-
hadas por la noche? No Si
39. ¿Se le hinchan a usted los tobi--
llos durante el día?
40. ¿Ha sufrido usted alguna vez do--
lor en el pecho o a nivel del co
razón? No Si
41. ¿Ha percibido usted alguna vez su
corazón latiendo demasiado rápi-
damente, en forma irregular, o -
con palpitaciones? No Si
42. ¿Han tenido sus heces, alguna vez
color obscuro? No Si
43. ¿Ha eliminado alguna vez orina te
ñida con sangre (roja)? No Si

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 44. | ¿Ha recibido usted alguna inyección en los últimos seis meses? | No | Si |
| 45. | ¿Ha tenido usted alguna vez que interrumpir la marcha por dolor o sensación de compresión en el tórax? | No | Si |
| 46. | ¿Sangra usted de la nariz con frecuencia por ejemplo una vez al mes? | No | Si |
| 47. | ¿Sangra usted o sufre moretones más fácilmente que otras personas? | No | Si |
| 48. | ¿Está usted molesto por nerviosidad o tensión? | No | Si |
| 49. | ¿Está usted preocupado por embotamiento o "pinchazo de agujas" en piernas y pies? | No | Si |
| 50. | ¿Tiene usted cefaleas frecuentes e intensas? | No | Si |
| 51. | ¿Sufre usted tos crónica? | No | Si |
| 52. | ¿Ha tosido eliminando sangre durante los últimos seis meses? | No | Si |
| 53. | ¿Se ve usted obligado a orinar más frecuentemente de lo que acostumbra? | No | Si |
| 54. | ¿Tiene usted sed o hambre durante la mayor parte del tiempo? | No | Si |
| 55. | ¿La boca de usted se vuelve frecuentemente seca? | No | Si |
| 56. | ¿Toma usted regularmente medicina o pildoras para alergia, disminución de peso o estreñimiento o toma usted aspirina todos los días? | No | Si |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|-----|-------------------------|----|----|
| 58. | ¿Está usted embarazada? | No | Si |
|-----|-------------------------|----|----|

59. ¿Alguien de su familia (consan--
guínea) ha sufrido alguna vez -
diabetes sacarina? No Si
60. ¿Pesaba alguno de sus niños más
de 3.5 kg. al nacer? No Si
61. ¿Alguien de su familia ha tenido
crisis de epilepsia, convulsiones
o enfermedad mental? No Si
62. ¿Cuántos hijos tiene usted? _____
63. ¿Cuál es su ocupación y la de su
esposo (a)? _____

PARA CONTESTAR MUJERES UNICAMENTE

64. ¿Tiene usted periodos menstrea--
les irregulares? No Si
65. ¿Cuando fue su último periodo -
menstrual?
Fecha _____
66. ¿Ha tenido usted hemorragia mens-
trual excesiva durante los últi-
mos años? No Si

QUEJA PRINCIPAL

1. Dolor dental
2. Cavidades
3. Encías dolorosas y sangrantes o
dientes sueltos
4. Necesidad de profilaxia dental
5. Necesidad de reparación de próte-
sis o restauraciones
6. Extracciones
7. Servicio diagnóstico
8. Dentaduras completas
9. Dentaduras parciales

10. Coronas
11. Terapéutica de conducto radicular
12. Otras _____

ANTECEDENTES DENTALES

1. Visita sistemática al dentista particular
2. Visita sistemática a clínicas dentales
3. Urgencias dentales solamente
4. Especialistas
5. Nunca ha visto un dentista

Ademas anexa un cuestionario para pacientes con enfermedades cardiovasculares:

1. ¿Ha sido usted atendido por un doctor (médico, dentista, ortopedista o quiropráctico)?
De ser así, ¿quién fue, qué tenía y cuándo ocurrió?
2. ¿Lo está atendiendo un doctor actualmente?
De ser así ¿quién es, qué sufre y cuándo fue a consulta la última vez?
3. ¿Sufre ustd o sufrió alguna vez, alguno de los siguientes problemas?

a) fiebre reumática	g) ataques
b) presión arterial alta	h) apoplejía
c) crisis coronaria	i) insuficiencia cardiaca
d) enfermedades valvulares del corazón	j) síncope
e) tobillos hinchados	k) sífilis
f) angina de pecho	l) insuficiencia renal (uremia)
	m) epilepsia
4. ¿Sufre usted o sufrió alguna vez, alguna de las molestias?
 - a) dolor o molestias en el pecho (opresión)

- b) falta de aire
 c) crisis cardiacas
 d) desmayos o convulsiones
 e) tobillos hinchados
 f) latido cardiaco rápido sin causa aparente (palpitacioens)
- g) tendencias hemorrágicas (raras)
 h) tendencia a los mo-
 retones
 i) vértigos
 j) tos (crónica)
 k) ictericia reciente
5. ¿Siente usted alguna molestia en muñecas, brazos, pecho, cuello o mandíbula durante el ejercicio intenso o la excitación?
6. ¿Tomó usted alguna vez o toma actualmente alguno de - los siguientes fármacos? (Esta lista de medicamentos debe revisarse periódicamente)
- a) digital
 b) nitroglicerina
 c) quinidina
 d) anticoagulantes
 e) cortisona
 f) medicinas para la presión
 g) diuréticos
- h) antibióticos
 j) Rauwolfia (Rauwolfia serpentina =Raudi--xin-, reserpina - - =Serpasil-)
 k) metildopa (Aldomet)
 l) tranquilizantes
 m) antihistamínicos
 n) insulina
7. ¿Toma usted otros medicamentos, fármacos o sustancias químicas? Si es así ¿cuáles son?
8. ¿Es usted hipersensible o alérgico o presenta reacciones especiales (por ejemplo urticaria) a ciertos alimentos o cualquiera de los siguientes medicamentos?
- a) antibióticos
 b) sueros
 c) anestésicos locales
- d) antihistamínicos
 e) mencione los alimentos a los cuales es alérgico
9. ¿Sufrió usted alguna vez una reacción molesta durante una intervención quirúrgica o un tratamiento odontológico?

CAPITULO I

CARDIOPATIA REUMATICA

Los ataques repetitivos de fiebre reumática y los tratamientos mal efectuados de esta enfermedad traen como consecuencia la cardiopatía reumática. Manifestándose por secuelas localizadas en las válvulas mitrales y aórticas.

Las lesiones reumáticas valvulares predominan en las válvulas del ventrículo izquierdo y son:

Estenosis Mitral, Insuficiencia Mitral, Estenosis Aórtica e Insuficiencia Aórtica.

Estas interfieren con el funcionamiento adecuado del corazón y la aorta, o disminuyendo la fuerza de contrac-ción del corazón.

ESTENOSIS MITRAL

La válvula mitral es la más afectada, en un 85% de - los casos.

Consiste en la reducción del área de la válvula mi-tral que dificulta el paso de la sangre de la aurícula al ventrículo izquierdo con elevación de la presión tanto de la aurícula como del torrente capilar pulmonar.

La Estenosis mitral se produce por repetidas inflama-ciones reumáticas seguidas de curación.

ETIOLOGIA

La estenosis mitral de origen reumático, se caracteriza por lesiones inflamatorias, fusión de valvas adyacentes a nivel de las comisuras. El agujero mitral puede hacerse menor por retracción continua de tejido cicatrizal y consiguiente calcificación del anillo y valvas de la mitral.

Rigidez de las valvas por fibrosis, manteniéndolas fijas en una posición que reduce el orificio mitral.

Fusión y acortamiento de las cuerdas tendinosas que quedan incluidas en las valvas mitrales aumentando el estrechamiento del orificio.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Al inicio del padecimiento el síntoma principal es la disnea de esfuerzo debido a la obstrucción de la válvula.

Las principales manifestaciones de estenosis mitral son la disnea y cianosis, provienen de la congestión pulmonar originada por insuficiencia de la aurícula izquierda.

Un grado ligero de cianosis produce muy pronto la denominada facies mitral. Se caracteriza por tinte cianótico a nivel de los pomúlos y cianosis oscura de los labios.

La disnea está producida por el ejercicio. En esta etapa suele haber también ortopnea.

Las palpitaciones y las molestias precordiales son - síntomas precoces, casi tan frecuentes como la disnea.

Las palpitaciones pueden depender de factores extra-- cardíacos como indigestión, ingestión excesiva de café o alcohol, exceso de tabaco, ejercicio u otra excitación.

Se han observado hemoptisis en el 10 por 100 de los - pacientes, pueden presentarse en fase tardía o constituir el síntoma inicial. Pueden producirse hemoptisis repeti-- das por congestión pulmonar.

También se manifiesta fatiga, debilidad, molestias ab-- dominales por congestión hepática y edema de los tobillos.

La hipertensión es rara en la estenosis mitral y la - angina de pecho no es síntoma prominente. Sin embargo, - cuando esta última aparece suele depender de isquemia car-- diaca relacionada con gasto cardíaco muy deprimido, embo-- lias previas o enfermedad asociada de arteria coronaria.

La tos es síntoma frecuente y suele aumentar de inten-- sidad durante la noche y después del ejercicio físico.

En los pacientes con estenosis mitral cerrada se pro-- duce edema pulmonar agudo, sufriendo crisis recidivantes - de edema pulmonar agudo con disnea y expectoración espumo-- sa y teñida de sangre.

Se presentan frecuentemente taquicardia paroxística y extrasístole, aunque no son un síntoma característico de esta lesión, como lo es la fibrilación auricular.

Las embolias son causadas por trombosis auriculares o por fragmentos de calcio que originan oclusiones embólicas en arterias cerebrales, viscerales o periféricas.

A la auscultación se encuentran los siguientes signos característicos: un soplo diastólico apical de tono bajo (retumbo) y esfuerzo presistólico que puede ocupar la mayor parte de la diástole.

El soplo diastólico se origina a consecuencia del paso extremadamente rápido de la sangre a través de la obstrucción mitral hacia el ventrículo izquierdo.

Un tercer ruido cardiaco percibido a nivel del vertice suele significar que el grado de insuficiencia mitral asociada es bastante importante. Este sonido suele ser de tono más bajo, más sordo y aparece más tarde que el chasquido de apertura.

Radiográficamente en casos de estenosis mitral inicial o ligera las dimensiones del corazón y su silueta muchas veces son normales.

En casos más avanzados es manifiesto el agrandamiento de la aurícula izquierda a veces también del ventrículo de

recho.

DIAGNOSTICO

Depende del reconocimiento del soplo diastólico pre--sistólico característicos, junto con los signos radiológicos de dilatación de la aurícula izquierda. Lo ratifica - el antecedente de fiebre reumática o la demostración de radioscopia de calcio en las valvas de la mitral.

TRATAMIENTO

En pacientes jóvenes asintomáticos es importante la - profilaxia penicilínica para prevenir las infecciones por estreptococo beta hemolítico, hay que evitar ocupaciones - que ofrezcan gran esfuerzo físico.

En pacientes sintomáticos cabe esperar mejoría consi--derable al disminuir el ingreso de sodio y dar constante--mente diuréticos por vía bucal.

Los glucósidos digitálicos son necesarios para redu--cir la frecuencia cardiaca de pacientes con fibrilación au--ricular y para disminuir las manifestaciones de insuficien--cia cardiaca derecha en etapas avanzadas de la enfermedad.

Las hemoptisis se combaten tomando medidas destinadas a disminuir la presión venosa pulmonar, como reposo en ca--ma, posición sentada, restricción de sal y diuréticos.

Los anticoagulantes están indicados para enfermos que han sufrido embolias de pequeña circulación, gran circulación o ambas.

Se recomienda el tratamiento quirúrgico para el paciente sintomático con estenosis cuando el orificio de la válvula sea menor de 1.5 cm^2 .

Los enfermos con obstrucción muy intensa, trombos auriculares, insuficiencia mitral importante, calcificación valvular, suelen tratarse eficazmente con visión directa - utilizando la técnica de corazón abierto. Teniéndose que llevar a cabo una substitución protética total de la válvula en aquellos pacientes en quienes había síntomas graves antes de la operación y en quienes el cirujano no compruebe que sea posible mejorar netamente la función valvular. Como la morbilidad posoperatoria de la substitución protética de la válvula mitral son netamente mayores que las de la valvulotomía, los pacientes en quienes el estudio preoperatorio sugiere que quizá sea necesaria la substitución protética sólo deberán operarse si sufren grave limitación y presentan síntomas con las actividades ordinarias.

INSUFICIENCIA MITRAL

Es la imposibilidad de la válvula mitral para impedir la regurgitación de sangre del ventrículo a la aurícula iz

quiera durante la sístole ventricular. Cuando es severa produce insuficiencia ventricular izquierda.

ETIOLOGIA

En la mayoría de los pacientes la insuficiencia mitral se produjo por cardiopatía reumática crónica; el proceso reumático origina:

Coaptación imperfecta de las cúspides valvulares a causa de su rigidez, deformidad y retracción.

Fusión y acortamiento de las cuerdas tendinosas que fijan las cúspides e impiden su aposición mutua, evitando así el cierre valvular durante la sístole.

Inflamación y cicatrización del anillo mitral, que dilata el orificio e impide la reducción sistólica muscular de su circunferencia. El orificio valvular puede hacerse tan grande que las cúspides no logran cerrarlo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas y la evolución varían considerablemente según la gravedad del proceso. Algunos pacientes son asintomáticos, si no fuera por la presencia de un soplo sistólico apical y de algunos signos de hipertrofia ventricular izquierda, no presentarían manifestaciones importantes de cardiopatía.

Las palpitations y la disnea son los síntomas más tempranos de regurgitación mitral.

En los casos graves hay disnea con ejercicio ligero o incluso en reposo, ortopnea y fatiga

Son frecuentes el agrandamiento hepático con dolor a la presión, ingurgitación venosa intensa, el edema periférico y la ascitis.

A la auscultación se encuentra un soplo sistólico en la punta del corazón, intenso y prolongado, que muchas veces substituye al primer ruido o comienza inmediatamente después que él, y ocupa la mayor parte de la sístole (holo sistólico).

Son frecuentes los soplos musicales de tono elevador. El soplo suele ser intenso a nivel de la punta o cerca de ella y se irradia a la axila.

Los soplos muy intensos se acompañan de thrill sistólico por rotura de cuerdas tendinosas o músculos papilares.

Es característico que el segundo ruido pulmonar sea de mayor intensidad.

Radiológicamente el ventrículo izquierdo, se extiende anormalmente hacia afuera y abajo, y puede ser muy redondeado. Pudiese existir una ligera prominencia dependiente

del agrandamiento de la aurícula izquierda.

El electrocardiograma en pacientes con Insuficiencia Mitral leve o moderada suele ser normal, pero en pacientes con Insuficiencia Mitral grave el electrocardiograma revela por lo general hipertrofia del ventrículo izquierdo y fibrilación auricular y en algunos casos también se observa hipertrofia ventricular derecha está se ve más frecuentemente en pacientes con hipertensión pulmonar grave, aunque son raros en enfermos con insuficiencia mitral pura.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de insuficiencia mitral se funda en la presencia de un soplo sistólico apical intenso y prolongado y agrandamiento de la aurícula y ventrículo izquierdos. Los antecedentes de fiebre reumática confirmarán la sospecha.

TRATAMIENTO

En pacientes asintomáticos la medida terapéutica es la profilaxia antimicrobiana contra las recurrencias de la fiebre reumática y la endocarditis bacteriana, en limitar las actividades físicas y reducir el ingreso de sodio, con la iniciación de fatiga, disnea o fibrilación auricular, el uso de digitálicos está indicado para controlar el rit-

mo ventricular y mejorar la función contractil del ventrículo izquierdo.

La administración de un diurético y digital por vía bucal, junto con reducción de sodio, sirven para mantener al paciente en estado confortable.

La insuficiencia mitral puede en ocasiones tratarse quirúrgicamente cuando los síntomas de fatiga intensa o disnea se presentan en una actividad menor a lo normal, esta intervención se lleva a cabo por reparación directa de la válvula defectuosa, o estrechando el anillo ensanchado, el tratamiento quirúrgico eficaz de la insuficiencia mitral reumática suele necesitar la substitución completa de la válvula por una prótesis adecuada.

El empleo de anticoagulantes y de las prótesis nuevas disminuyen el peligro de trombosis, pudiéndose reducir mucho esta complicación.

ESTENOSIS AORTICA

Se caracteriza por la reducción del área valvular aórtica con dificultad para el vaciamiento normal del ventrículo izquierdo. Cuando esta reducción es muy importante produce insuficiencia del ventrículo izquierdo y elevación de la presión del territorio capilar pulmonar y en ocasio-

nes *thrill de la carótida.

ETIOLOGIA

La estenosis de origen reumático, resulta de la fusión del área valvular con engrosamiento y fibrosis de la valva tornándose rígida y mostrando gran tendencia a la calcificación.

La estenosis aórtica ocurre en la cuarta parte, aproximadamente, de todos los pacientes con cardiopatía valvular crónica.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La estenosis aórtica raramente alcanza importancia clínica hasta que el orificio valvular se ha estrechado, alcanzando la cuarta parte de su superficie normal. Los pacientes presentan síntomas hasta la cuarta o quinta déca da de la vida.

Los síntomas sobresalientes son disnea de esfuerzo, angina de pecho y síncope.

La disnea proviene de un aumento de la presión ventricular izquierda al final de la diástole.

*Ruido en forma de ronroneo.

La *angina de pecho se presenta después y se parece - al dolor de la isquemia del miocardio que ocurre en pacientes con enfermedad de arteria coronaria, es consecuencia - del desequilibrio entre las necesidades miocárdicas de oxígeno y la cantidad de éste disponible.

El síncope de esfuerzo puede resultar de una disminución de la presión arterial causada por vasodilatación en los músculos que trabajan siguiendo fijo el gasto cardíaco o una brusca caída del gasto cardíaco. Si se prolonga el episodio sincopal puede acompañarse de convulsiones y perdida de control de los esfínteres.

Los síntomas de insuficiencia ventricular izquierda - con ortopnea intensa, disnea nocturna paroxística y edema pulmonar ocurren en etapa avanzada de la enfermedad.

También puede presentarse insuficiencia ventricular - derecha, hepatomegalia, fibrilación auricular e insuficiencia tricúspide, la hipertensión intensa de la gran circulación es rara. En ocasiones, la estenosis mitral aórtica - produce la muerte súbita, las embolias de la gran circulación son raras, cuando ocurren resultan de la liberación - de pequeños fragmentos calcificados de la válvula.

La auscultación descubre un soplo sistólico alargado,

intenso de tono alto, generalmente áspero, rasposo y musical a nivel del foco aórtico y de los vasos cervicales. El soplo puede propagarse hacia el cuello e incluso a la espalda. En muchos casos hay un thrill sistólico en la punta del corazón.

El pulso tiene poca amplitud (se encuentra retrasado, tardío).

La radiografía de una estenosis mitral no complicada - revela las dimensiones del corazón normales.

Cuando esta complicada suele haber hipertrofia considerable del ventrículo izquierdo manifestándose por una redondez roma del contorno cardíaco izquierdo bajo.

DIAGNOSTICO

Por los síntomas que integran la triada aórtica. El pulso carotídeo se encuentra retrasado y la válvula aórtica presenta calcio, también por el soplo sistólico aórtico áspero e intenso.

TRATAMIENTO

El tratamiento médico suele ser sintomático. Puede ser necesario limitar la actividad física cuando hay una crisis de angina de pecho o de síncope o cuando se desarrolla insuficiencia cardíaca.

Tratamiento quirúrgico se han creado diversas técnicas para corregir la estenosis aórtica, uno de ellos es agrandando la abertura estenótica mediante una comisuretómia o una valvulotomía.

El tratamiento quirúrgico de preferencia es la sustitución válvular, si la válvula se halla calcificada o cicatrizal, solo se recomienda para pacientes con síncope y angina de pecho.

INSUFICIENCIA AORTICA.

Es la incapacidad de la válvula aórtica para evitar la regurgitación de la sangre hacia el ventrículo izquierdo durante la diástole.

ETIOLOGIA.

En la insuficiencia aórtica de origen reumático, las valvas están cicatrizadas engrosadas y retraídas y no cierran durante la diástole.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El paciente con insuficiencia aórtica permanece asintomático durante un largo periodo. Algunas veces suelen presentar cefaleas durante el ejercicio y palpitaciones.

Posteriormente aparece disnea de medianos esfuerzos y en estados graves se presenta ortopnea, disnea paroxística

nocturna y diaforesis

A la auscultación se encuentra un soplo diastólico - en el área aórtica, *pulso arterial amplio, disminución - de la presión arterial diastólica, a nivel de las arte- - rias femorales se percibe un ruido intenso de pistoletazo y un **soplo de vaivén.

Pueden experimentar insuficiencia cardiaca congestiva. El síncope y la angina se presentan con menor frecuencia que en los pacientes con estenosis aórtica.

La iniciación de la angina asociada con diaforesis - indica pronóstico grave.

Radiográficamente existe un agrandamiento del ventrículo izquierdo y de la aorta, caracterizándose por desplazamiento hacia abajo y a la izquierda, la figura que presenta la sombra del corazón tiene forma de bota.

El electrocardiograma generalmente muestra hipertrofia ventricular izquierda.

DIAGNOSTICO

Las características diagnósticas de la Insuficiencia Aórtica son soplo diastólico de tono alto a nivel del foco aórtico, a veces en la región apical del corazón.

*Pulso de Corrigan
**Signo de Duroziez

Radiográficamente se observa hipertrofia del ventrículo izquierdo especialmente manifiesto por la sombra cardiaca en bota.

Fenómenos circulatorios periféricos como la gran presión diferencial y la baja presión diastólica, pulso de Corrigan, pulso de Duroziez, pistoletazo femoral, saltos arteriales visibles, pulso capilar.

TRATAMIENTO.

La conducta terapéutica consiste en el uso de digitálicos, restricción de sodio y diuréticos más la profilaxia penicilínica contra las recurrencias reumáticas.

El tratamiento quirúrgico se efectuará cuando las lesiones son severas, substituyendo la válvula por una prótesis.

MANEJO ODONTOLÓGICO.

Elaboración Historia Clínica.

Los pacientes afectados de cardiopatías reumáticas deben recibir medicación antibiótica frente a todo procedimiento odontológico, sobre todo en aquellos casos donde ha bra sangrado, éstos incluyen extracciones dentarias, procedimientos endodónticos, biopsias, curetajes y gingivectomías entre otras técnicas.

El fármaco de elección es la penicilina, especialmen-

te para estos procedimientos ya que en ellos es más probable la producción de bacteremia. Por otra parte, los pacientes que tienen válvulas protésicas son los que poseen mayor riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana.

La interconsulta con el cardiólogo es necesaria para la valoración de estos pacientes ya que algunos fueron sometidos a cirugía valvular (prótesis valvulares) encontrándose bajo tratamiento con anticoagulantes en tal caso no interrumpirlo ya que se podría ocasionar la formación de trombos. Es conveniente para su atención que tengan un tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina de 1 1/2 a 2 veces mayor al normal, si están más elevados se corre el riesgo de que sangren excesivamente.

El anestésico es local con vasoconstrictor y en casos de anestesia general todos los pacientes deberán ser valorados por el cardiólogo.

La American Heart Association recomienda el siguiente tratamiento profiláctico para prevenir Endocarditis Bacteriana en pacientes con Cardiopatía Reumática:

REGIMEN A

ORAL-PARENTERAL. PENICILINA

Adultos: Penicilina cristalina en solución acuosa -

1'000,000 de unidades I. M. mezclada con Penicilina G procaína 600,000 unidades I. M. Dar la dosis señalada 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento y después penicilina V (Fenoximetil penicilina) 500 mg. oral cada seis horas hasta alcanzar un total de ocho dosis.

Niños: Penicilina cristalina en solución acuosa - 30,000 unidades I. M. mezclada con Penicilina G. Procaína 600,000 unidades I. M. El momento de aplicar la dosis en los niños es igual al de los adultos. Para niños con peso menor de 20 kilos la dosis de Penicilina V es de 250 mg. cada seis horas por vía oral, hasta completar ocho dosis.

ORAL

Adultos: Penicilina V 2 gr. por vía oral, 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, después 500 mg. por vía oral, cada seis horas por ocho dosis.

Niños: Penicilina V 2 gr. oral, 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, después 500 mg. oral cada seis horas por ocho dosis. Para niños de menos de 20 kg. usar 1 gr. oral 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, después 250 mg. oral cada seis horas por ocho dosis.

PARA PACIENTES ALERGICOS A LA PENICILINA:

Adultos: Eritromicina 1 gr. oral, hora y media o 2 horas antes del procedimiento, después 500 mg. oral, cada

seis horas por ocho dosis.

Niños: Eritromicina 20mg/kg. oral, hora y media o 2 horas antes del procedimiento, después 10 mg/kg. cada seis horas por ocho dosis.

REGIMEN B

PENICILINA MAS ESTREPTOMICINA

Adultos: Penicilina acuosa cristalina 1'000,000 de unidades mezclada con penicilina G Procaína 600,000 unidades I. M. más estreptomicina 1 gr. I. M. Administrarlas 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, después Penicilina V 500 mg. oral cada seis horas por ocho dosis.

Niños: Penicilina acuosa cristalina 30,000 u/kg. I. M. mezclada con Penicilina G Procaína 600,000 unidades I. M., más estreptomicina 20 mg/kg. I. M. El momento de aplicar la dosis es igual al de los adultos. Para niños de menos de 20 kg. la dosis recomendada de Penicilina V es de 250 mg. cada seis horas repitiendo ochos veces esta dosis.

PARA PACIENTES ALERGICOS A LA PENICILINA:

Adultos: Vancomicina 1 gr. I. V. Administrarla durante un lapso de tiempo de una hora y media o dos horas antes del procedimiento, después continuar con eritromicina 500 mg. oral cada seis horas hasta completar ocho do--

sis.

Niños: Vancomicina 20 mg/kg. I. V. 30 minutos a 1 hora. El momento para suministrar la dosis es el mismo que en los adultos. La dosis de eritromicina es de 10 mg/kg. cada seis horas hasta completar ocho dosis.

PROFILAXIS ANTIMICROBIANA EMPLEADA EN EL ISSSTE:

- Penicilina Procaínica 800,00 unidades cada 24 horas, 2 días antes del tratamiento dental, el día del tratamiento y 2 días después.

- Pacientes con alergia a la penicilina:
Eritromicina 500 mg. cada 8 horas, 2 días antes del tratamiento dental, el día del mismo y 2 días después.

CAPITULO II

CARDIOPATIA ISQUEMICA

Consiste en un déficit en el aporte de oxígeno al miocardio en relación con las demandas del mismo ya sea en re poso o durante el ejercicio, manifestándose por dolor.

El cuadro clínico depende de que esta deficiencia sea permanente, acompañada de necrosis de las fibras musculares (infarto al miocardio) o temporal, sin destrucción (an gina de pecho). Ambos tipos de hipoxia miocárdica se acom pañan de cierta propensión hacia una muerte súbita.

La cardiopatía isquémica se manifiesta en dos tipos:

- A) ANGINA DE PECHO
- B) INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

A) ANGINA DE PECHO

Esta se refiere a la sensación de estrangulación y an siedad que acompaña a la crisis.

Es un síndrome clínico causado por la oxigenación ina decuada al miocardio, desencadenado de manera característi ca por el ejercicio, que se alivia con el reposo o con la administración de nitroglicerina por vía sublingual.

ETIOLOGIA

La causa natural es el estrechamiento de la arteria -

coronaria, con aterosclerosis de grandes vasos (es la presencia de una placa de origen graso, plaquetas de tejido - fibroso que se sitúan en una de las arterias coronarias).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La molestia característica de la angina es el dolor - que puede variar desde ligero a muy intenso, es pasajero - dura de 3 - 5 minutos.

El dolor de la angina no es tan intenso como el dolor precordial que acompaña al infarto miocárdico agudo.

Suele describirse como de compresión, el paciente puede percibir como si tuviera un peso en el tórax. Este se siente comprimido, muchas veces con sensación de respira--ción difícil.

El dolor se localiza por detrás de las partes superior media o inferior del esternón, pudiendo quedar localizado ahí o irradiarse a otras partes del tórax, hombro y brazo izquierdos alcanzando los dedos, incluso cuello y maxilar y en ocasiones hasta brazo derecho. Existe palidez, an--gustia y sudoración.

En algunos casos se experimenta el dolor sólo en la - nuca o en la región interescapular o en el hombro izquier--do.

Se caracteriza por ser episódica y por lo general es causada por esfuerzos de diversa índole o stress, la marcha puede tolerarse, pero si es cuesta arriba puede desencadenar una crisis, muchas veces la provoca una comida pesada, especialmente seguida de ejercicio, el frío tiene particular tendencia a causarla.

La emoción, disputas, situaciones de tensión o que produzcan ansiedad son factores que pueden desencadenar dolor. La angina es posible cuando el paciente esta descansando, tranquilo, sin estimulación ninguna (angina de decúbito), esto implica enfermedad más grave y de peor pronóstico, se cree que esta desencadenada por la emoción.

Durante el acceso anginoso puede observarse elevación de la presión arterial, un cuarto ruido característico y un soplo sistólico mitral.

DIAGNOSTICO

Se basa sobre todo por el interrogatorio y el electrocardiograma. La característica fundamental de la angina es el sitio del dolor, intensidad del dolor, irradiación, relación con el esfuerzo y relación con la toma de nitroglicerina.

En el electrocardiograma con la prueba de esfuerzo, Prueba de Master (subir y bajar escaleras en forma repeti-

da) las alteraciones del electrocardiograma son en el segmento ST o en la onda T ocurre un desnivel.

TRATAMIENTO

Aparte del alivio sintomático, la terapéutica está encaminada a promover la circulación colateral y a la prevención de ulteriores depósitos ateromatosos y de las complicaciones comunes, como el infarto agudo del miocardio, la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia cardiaca congestiva, la muerte repentina, y la atención de trastornos frecuentemente asociados y capaces de agravar la angina entre estos la obesidad, la diabetes, hipertensión y la anemia.

Deben evitarse las circunstancias que inducen el dolor, para eliminar la ansiedad y los temores, están indicados los tranquilisantes.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA

Los farmacos de elección son la nitroglicerina (trinitrato de glicerilo) en dosis de 0.15 a 0.60 mg. por vía sublingual es el agente más eficaz para tratar un episodio agudo.

El nitrato de amilo es un vasodilatador poderoso, -- viene contenido en pequeñas ampulas de 0.3 ml. que se rompen y se inhala el vapor por dos o tres veces, de olor fuer

te y persistente se utiliza de preferencia en una habitación bien ventilada. Dada su gran potencia este medicamento debe aplicarse solamente cuando el paciente está acostado.

El propanolol, agente bloqueador adrenérgico beta, es eficaz en pacientes seleccionados para disminuir la frecuencia y gravedad de la angina.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Cuando no se logra el adecuado control de las crisis o existe riesgo de muerte súbita, deberá intentarse el tratamiento quirúrgico de revascularización directa (puente - aorta-coronaria).

MANEJO ODONTOLOGICO

Al llevar a cabo maniobras odontológicas sobre pacientes con angina de pecho, deben evitarse los estímulos dolorosos y la excitación. Por tal motivo debe administrarsele algún barbitúrico 30 minutos antes de la cita. Siendo las citas lo más cortas posibles, se recomienda que antes de las intervenciones no se ingiera demasiado alimento.

El C. D. debe decidir cuantos dientes deben tratarse en la misma sesión, en función del posible traumatismo que representa la maniobra, y de la reacción previa del paciente a las situaciones de stress.

La Cardiopatía Isquémica obliga a prescribir el uso -
de vasoconstrictor unido a los anestésicos locales y en caso
de anestesia general todos los casos deberán ser valorados -
por el cardiólogo.

Si aparece dolor precordial o en el pecho durante las -
maniobras, o la preparación de cavidades deberá suspenderse
el trabajo inmediatamente y si el paciente sufre un ataque -
de angina de pecho debe colocarse de inmediato un comprimido
de nitroglicerina sublingual, o debe inhalar nitrito de ami-
lo, debiéndose suspender todo procedimiento dental en esta -
sesión.

B) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

El infarto agudo miocárdico es un síndrome clínico - resultante de un riego deficiente para una zona del miocardio; a nivel de las arterias coronarias, terminan en necrosis celular y muerte. Se caracteriza por dolor precordial intenso y prolongado, similar, pero más intenso que el de la angina de pecho, y signos de lesión miocárdica, incluyendo cambios electrocardiográficos agudos y un aumento de actividad de ciertas enzimas séricas.

ETIOLOGIA

Es el resultado directo de una brusca obstrucción de una arteria coronaria principal. La oclusión puede resultar de trombosis aguda, hemorragia subíntima o rotura de una placa ateromatosa, que puede iniciar la formación de coágulos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El paciente es presa de un ataque análogo al de la angina, pero sin relación con el esfuerzo. Es de mayor intensidad y más prolongado; tiende a irradiarse más ampliamente, y generalmente no se modifica mediante la nitroglicerina. Se le describe generalmente como de carácter constrictivo, es un dolor constante.

El paciente con infarto suele estar inquieto, ansio--

so, suda profusamente, la piel se vuelve pálida, fría y húmeda, la cara es de palidez grisácea, con los labios y las puntas de los dedos cianóticos, existiendo hiper o hipertensión. Al mismo tiempo se observan disnea o distensión abdominal, debilidad y languidez; la náusea y el vómito son frecuentes.

La frecuencia cardiaca aumenta ligeramente, aunque a veces se mantiene en 70 u 80 por minuto.

El pulso suele estar acelerado, entre 100 y 110, hay una moderada elevación de temperatura 37.8° ó 38.5° C en 24 a 48 horas, persistiendo por dos a seis días.

Es frecuente que haya signos de agrandamiento cardiaco.

A la auscultación del corazón con frecuencia se aprecian los tonos cardiacos poco intensos y sordos. El primero suele ser débil y de tono bajo. Puede no distinguirse del segundo originándose ritmo en tic tac.

Se escucha un ritmo de galope protodiastólico y estertores en la base de los pulmones.

Transcurridas escasas horas de haberse instalado el dolor se observa leucocitosis alcanzando cifras de 12 a -

20 000 elementos permaniendo elevadas por espacio de 10 a 14 días; posteriormente, se acelera la velocidad de sedimentación de los hematíes permaniendo elevados durante 3 a 4 semanas.

La actividad de algunas enzimas en el suero aumentan notablemente y pueden tener valor diagnóstico como la transaminasa oxalacética glutámica (GOT), la deshidrogenasa alfa-hidroxi-butírica (HBD), deshidrogenasa láctica (LHD) y sus isoenzimas.

Aproximadamente en el 80 por ciento de los casos se notan alteraciones electrocardiográficas características: elevación S-T seguida de inversión de las ondas T y aparición de ondas Q profundas.

Las embolias generales y pulmonares pueden complicar el infarto miocárdico agudo. La combinación del empleo de anticoagulantes y del reposo en cama han disminuido la frecuencia de estos peligros.

Las embolias generales tienen su origen en trombos que se forman a nivel del endocardio del ventrículo izquierdo infartado.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en el síndrome clínico, humoral y electrocardiográfico.

Tiene que haber por lo menos 2 de estos signos para - confirmar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

En las primeras horas está indicado el reposo absoluto y se usarán opiáceos u otros analgésicos para aliviar - el dolor como el sulfato de morfina 10 - 15 mg. por vía parenteral, o sus derivados Nopiridina (Demerol) 100 mg. I. M., Dimetil Pirazolona I. V. lenta.

Debido a la ansiedad de los pacientes se requieren sedantes siendo el Diazepam (el más indicado) 5 - 10 mg. - tres veces al día, no produce hipotensión ni altera la terapeútica anticoagulante.

La administración de anticoagulantes como la heparina, warfin (Coumadin), Dicumarol y fenilindandiona (son los - más utilizados), se deberán administrar de acuerdo a las - necesidades que cada paciente requiera.

MANEJO ODONTOLÓGICO

Está contraindicado cualquier tratamiento odontológico durante la convalecencia de un infarto miocárdico.

El dolor de origen dental puede aliviarse con analgésicos ya que la tensión arterial y el pulso no son esta- - bles.

Es conveniente dejar transcurrir algunos meses a que el paciente se restablezca, ya que en el cuadro aqudo está contraindicada cualquier intervención dental.

Es importante mantener al paciente tranquilo antes - cualquier procedimiento dental, por lo tanto deberá administrarse sedantes 30 minutos antes de la cita, tratándose de evitar dolor al máximo posible ya que podríamos desencadenar un ataque, por lo tanto es conveniente que los tratamientos odontológicos sean breves.

Esta indicada la administración de anestésicos locales con vasonconstrictores a dosis de 1/50,000 adrenalina y fenilefrina 1/2,500.

Los primeros tratamientos odontológicos consistirán en abertura de cavidades, drenaje de abscesos, endodoncias y colocación de apositos sedantes.

Si se requieren extracciones o intervenciones quirúrgicas, y el paciente ingiere anticoagulantes se podrá atender siempre y cuando el tiempo de protrombina sea de 1 1/2 a 2 veces mayor al normal, si estan más elevados se corre el riesgo de que el paciente sangre excesivamente, no es recomendable quitar el anticoagulante ya que podríamos ocasionar la formación de trombos, siendo necesaria la interconsulta con el cardiólogo para su valoración.

Si el infarto llegará a ocurrir en el consultorio den
tal, se deberán tomar las siguientes medidas:

- a) Se tranquilizará al paciente, se aflojará la ropa y se mantendrán vías aéreas permeables
- b) Se colocará al paciente en posición de trendelenburg (con la cabeza más baja que los pies).
- c) Se le administrará oxígeno
- d) Para aliviar el dolor se le administrará de pre
rencia de 10 - 15 mg. I. M. de morfina o bien Demerol 100 mg. I. M.
- e) Es aconsejable trasladar al paciente a un centro hospitalario.

CAPITULO III

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA PULMONAR
AGUDA Y CRONICA

Aumento en las resistencias arteriolas pulmonares, manifiesta por aumento de la presión arterial pulmonar - provocando Cardiopatía Hipertensiva Pulmonar aguda y crónica.

La cardiopatía hipertensiva pulmonar aguda es debida al aumento brusco de hipertensión arterial pulmonar de - grado suficientemente importante para causar por su sobre carga sistólica la dilatación del ventrículo derecho.

La causa más común de ésta es la tromboembolia.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El paciente suele iniciar su cuadro con disnea angustiosa, con lipotimia o síncope, estado de ansiedad y a menudo dolor torácico opresivo y rápida aparición de cianosis, a estos se agregan síntomas y signos de colapso vascular periférico, taquicardia, hipotensión arterial, lividez cianótica y sudor frío, al mismo tiempo aparecen los signos de sobrecarga y dilatación de corazón derecho, latido esternal bajo, galope derecho, arritmias frecuentes, soplo de insuficiencia tricuspídea, frote pericárdico y - habitualmente hipertensión venosa sistémica. En la hiper tensión grave es frecuente la angina de pecho.

TRATAMIENTO

Consiste en disminuir las resistencias pulmonares, y mantener la circulación sanguínea lo más adecuadamente posible.

La cardiopatía hipertensiva crónica o corazón pulmonar se aplican a hipertrofia del ventrículo derecho con insuficiencia cardíaca congestiva. La OMS la define como hipertrofia del ventrículo derecho resultante de la enfermedad que alteran la estructura, la función o ambas del pulmón.

ETIOLOGIA

La hipertensión pulmonar depende de varios trastornos pulmonares, cardíacos y vasculares como enfermedad extensa de los pulmones o arterias, hipertensión del circuito menor, lesiones cardíacas congénitas (defectos del tabique ventricular).

MANIFESTACIONES CLINICAS

El síntoma más característico es la disnea de esfuerzo, con frecuentes febrículas y esputo purulento. El paciente está disnéico, cianótico. Muchas veces la insuficiencia congestiva se manifiesta por venas cervicales distendidas, edema de tobillos e hipersensibilidad del hígado, los ruidos respiratorios son distantes se perciben crepitantes a nivel de las bases de los pulmones.

La auscultación es difícil porque interfieren los ruidos respiratorios, excepto en la región subxifoidea donde puede percibirse un galope diastólico.

DIAGNOSTICO

Por la presencia de hipertensión arterial crónica, así como crecimiento del ventrículo derecho.

TRATAMIENTO

Lo fundamental de la terapéutica es aliviar la hipoxia y mejorar la ventilación alveolar.

Se utiliza la terapéutica usual de la insuficiencia congestiva a base de reposo en cama, restricción de sodio digital, diuréticos y clorotiacida 500 mg. 2 veces al día.

MANEJO ODONTOLOGICO

La cardiopatía hipertensiva pulmonar de persistir puede desencadenar dos tipos de lesiones fundamentalmente siendo éstas la Cardiopatía Isquémica y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

El manejo odontológico de la Cardiopatía Isquémica se mencionó en el Capítulo II.

Durante la Insuficiencia Cardíaca es preferible no realizar tratamientos odontológicos a menos que éstos sean urgentes. Se utilizará siempre la anestesia local

sin el uso de vasoconstrictor y el riesgo de los procedimientos odontológicos menores es aceptable.

CAPITULO IV

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA SISTEMICA

La hipertensión arterial sistémica es la elevación de las cifras de presión sistólica, diastólica y media en el circuito mayor.

Se considera que hay hipertensión en el individuo - adulto joven si las cifras sistólicas y diastólicas exceden de 150/90 mm de Hg. o de 160 /100 en personas mayores de 50 años.

La hipertensión arterial se considera primaria o esencial cuando no se encuentra alteración orgánica que eleve las cifras tensionales. En estos casos se considera - que la hipertensión arterial es el resultado de la interacción del medio ambiente agresivo sobre un organismo predispuesto en carácter y temperamento dando como resultado la hipertensión arterial.

Cuando la hipertensión es consecuencia de otra enfermedad se denomina hipertensión secundaria. Siendo las causas más frecuentes: enfermedades renales (glomerulonefritis, pielonefritis, riñón poliquístico, tumores renales y estenosis de las arterias renales), trastornos endócrinos, coartación de la aorta o lesiones cerebrales.

La hipertensión arterial es tolerada durante muchos -

años antes de producir sintomatología importante.

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión son a través de órganos como el cerebro donde pueden presentarse dolores de cabeza (cefaleas) mareos hasta la pérdida de la conciencia con convulsiones (encefalopatía hipertensiva) o ruptura de una arteria cerebral con hemiplejia (hemorragia cerebral), en el corazón produce crecimiento y dilatación del ventrículo izquierdo (cardiopatía hipertensiva).

La Cardiopatía Hipertensiva se origina por el trabajo aumentado del ventrículo izquierdo, que se contrae teniendo como consecuencia una resistencia arteriolar permanentemente elevada, lo cual conduce a hipertrofia ventricular izquierda. La hipertensión acelera e intensifica el desarrollo de aterosclerosis coronaria.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La cardiopatía hipertensiva frecuentemente se clasifica en dos categorías:

- 1) Fase compensada
- 2) Fase descompensada

1) Fase compensada. No hay síntomas referibles al corazón a menos que exista aterosclerosis coronaria avanzada.

En esta fase los datos objetivos son los relacionados con el agrandamiento del ventrículo izquierdo.

Al examen físico no suelen descubrirse anomalías en el corazón. No hay soplos pero puede producirse un soplo sistólico basal o apical.

Las arterias carótidas se encuentran a veces deformadas y torcidas produciendo eminencias pulsátiles localizadas.

Electrocardiografía. Los datos característicos son de hipertrofia ventricular izquierda, desviación del eje a la izquierda, depresión S - T e inversión de T_1 .

2) Fase descompensada. Casi siempre depende de aterosclerosis coronaria avanzada. El cuadro clínico es similar al de la *angina de pecho, existiendo también insuficiencia cardiaca congestiva. Es durante la etapa de insuficiencia cardiaca cuando el examen físico y radiológico descubre agrandamiento cardiaco intenso. Es común observar soplo sistólico, ritmo de galope y pulso altermante.

Cuando hay congestión pulmonar, ésta suele ser de instalación súbita y producir ataques de disnea paroxística -

nocturna o edema pulmonar, el segundo tono pulmonar puede ser más intenso que el segundo tono aórtico. La fibrilación auricular constituye la arritmia más común.

DIAGNOSTICO

Se basa en la combinación de hipertensión diastólica persistente y signos manifiestos de hipertrofia ventricular izquierda (signos radiológicos y electrocardiográficos).

La combinación de hipertensión diastólica e hipertrofia ventricular izquierda, con signos de angina de pecho, insuficiencia cardiaca pueden justificar el diagnóstico de cardiopatía aterosclerótica (coronaria) e hipertensiva.

TRATAMIENTO

Los cuidados en la cardiopatía hipertensiva consisten esencialmente en el tratamiento de la hipertensión, el de la insuficiencia cardiaca congestiva o de la angina de pecho, según sea la alteración coexistente.

Los medicamentos más utilizados en los últimos años para disminuir la presión arterial son los siguientes:

- Sulfato de Guanitidina de 10 - 25 mg. al día
- Betanidina a dosis de 10 mg. tres veces al día
- Rauwolfia serpina (Reserpina) en dosis diarias de 0.25 mg. al mismo tiempo que un diurético tiacídico.

Tienen tendencia a desarrollar síncope y a veces caída de la presión arterial.

- Alfa metildopa (Aldomet) a dosis de 250 mg. dos o tres veces al día, los pacientes sentirán mucho sueño durante los primeros días, pero este efecto secundario suele desaparecer.

Siendo necesaria una dieta hiposódica y el uso de diuréticos.

MANEJO ODONTOLOGICO

Como la Cardiopatía Hipertensiva es una secuela de la hipertensión arterial, hacer énfasis en la historia clínica sobre los signos y síntomas de la hipertensión arterial o enfermedad que esta relacionada con la misma.

Preguntar si se ha tratado, en caso de ser negativo se procederá a tomar la T. A. de ser hipertenso es recomendable controlarlo con los medios arriba mencionados y remitirlo con su médico.

En este tipo de pacientes no es aconsejable el uso de anestésico con vasoconstrictor o bien emplearlo a dosis mínimas.

En casos de requerir anestesia general es recomendable la valoración cardiológica previa para determinar el -

riesgo y el manejo de los medicamentos antihipertensivos.

También es importante para evitar el aumento de la presión arterial la eliminación de stress, dolor etc. por lo tanto se recomienda el uso de tranquilizantes como el Diazepam.

La antibioticoterapia no es necesaria. Lo que respecta al tiempo de duración del tratamiento odontológico es igual que en pacientes normales pudiéndose efectuar cualquier tipo de tratamiento.

CAPITULO V

M I O C A R D I T I S

Consiste en la inflamación del miocardio especialmente del ventrículo izquierdo. Se aplica también a ciertas lesiones degenerativas de las fibras musculares que se observan en casos de difteria y otras enfermedades infecciosas.

ETIOLOGIA

Es variada incluyendo infecciones bacterianas como difteria, infecciones virales, enfermedades de la colágena, enfermedad de Chagas y sustancias tóxicas.

La fiebre reumática es la causa más importante de miocarditis.

La miocarditis aguda se presenta en forma parenquimatosa y ataca fundamentalmente las fibras miocárdicas y la intersticial da lesiones inflamatorias en el tejido intersticial. Sin embargo, por lo regular, las lesiones afectan tanto al parénquima como al tejido intersticial.

La miocarditis parenquimatosa se observa en algunos casos de difteria, también se descubren con menos gravedad en pacientes de tifoidea, escarlatina, neumonia y otras enfermedades infecciosas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Depende de la infección, gravedad, resistencia del huésped y de la capacidad del miocardio lesionado para recuperarse.

La miocarditis puede acompañarse de síntomas generales, cardíacos, trastornos de la conducción (bloqueo aurículo ventricular) y extrasístoles, electrocardiográficos, insuficiencia congestiva y dolor cardíaco.

Síntomas generales. No son específicos incluyen fiebre, leucocitosis, debilidad, palpitaciones, molestias precordiales y taquicardia. Pueden depender de la infección o enfermedad que la origina o de la miocarditis.

Pueden desarrollarse disnea, fatiga fácil o astenia intensa, hepatomegalia dolorosa e ingurgitación yugular y en casos extremos puede haber edema agudo pulmonar.

Signos cardíacos. Apagamiento o disminución del primer tono, el primer tono puede resultar imposible de distinguirse del segundo, produciéndose ritmo en tic - tac (embocardia). Es frecuente un soplo mesosistólico de vaciamiento o soplo de flujo.

Un ritmo de galope protodiastólico indica insuficiencia cardíaca, acompañada de rápido agrandamiento del corazón, disnea, ortopnea y signos objetivos de congestión pul

monar.

Cambios electrocardiográficos. Los más frecuentes - son: elevaciones o depresiones del intervalo RS-T, aplana miento o inversión de la onda T, alargamiento del intervalo P-R, intervalo QT prolongado.

A veces hay bradicardia sinusal. Son frecuentes las extrasistoles y puede haber fibrilación y aleteo auricu-- lar.

El dolor torácico ocurre rara vez como síntoma promi nente de miocarditis que simula el de un infarto del mio- cardio.

Radiológicamente puede observarse agrandamiento del corazón.

DIAGNOSTICO

Se basa en la brusca aparición de agrandamiento del ventrículo y de insuficiencia cardíaca.

TRATAMIENTO

El tratamiento etiológico es imposible en la mayo-- ría de los casos excepto en la difteria.

Está indicado el reposo prolongado en cama. Las de-- más medidas terapéuticas de los síntomas están encaminados

a corregir el desarrollo de insuficiencia cardiaca congestiva y los trastornos de la conducción aurículo ventricular (marcapasos).

MANEJO ODONTOLOGICO

Esta contraindicado en el cuadro agudo. *Cabe señalar además que los pacientes con marcapaso pueden sufrir interferencia en el funcionamiento de los mismo por algunos aparatos eléctricos usados por el dentista, entre éstos deben señalarse los equipos ultrasónicos y aún los sillones dentales controlados electrónicamente.

El anestésico es local sin vasoconstrictor y el uso de antibiótico es indispensable, administrando el Regimen B de la American Heart Association.

PENICILINA MAS ESTREPTOMICINA

Adultos: Penicilina acuosa cristalina 1'000,000 de unidades I. M. más estreptomicina 1 gr. I. M. Administrarlas 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, despues Penicilina V 500 mg. oral cada seis horas por ocho dosis.

Niños: Penicilina acuosa cristalina 30,000 u/kg. I.M. mezclada con Pencilina G Procaína 600,00 unidades I. M, más estreptomicina 20 mg/kg. I. M. El momento de aplicar

la dosis es igual al de los adultos. Para niños de menos de 20 kg. la dosis recomendada de Pencilina V es de 250 mg cada seis horas por ocho dosis.

PARA PACIENTES ALERGICOS A LA PENICILINA:

Adultos: Vancomicina 1 gr. I. V. Administrarla durante un lapso de tiempo de una hora y media o dos horas antes del procedimiento, después continuar con eritromicina 500 mg. oral cada seis horas hasta completar ocho dosis.

Niños: Vancomicina 20 mg/kg. I. V. en 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento. La dosis de eritromicina es de 10 mg/kg. cada seis horas hasta completar ocho dosis.

CAPITULO VI

ENDOCARDITIS BACTERIANA

Consiste en el establecimiento de focos infecciosos a nivel de endocardio, siendo los sitios más frecuentes las válvulas cardiacas, especialmente la válvula mitral, la aórtica y por último la tricúspide y las sigmoideas pulmonares. Se caracteriza por bacteremia, fiebre, esplenomegalia, procesos embólicos y generalmente un soplo cardiaco, casi en la mayoría de los casos causa la muerte si no se trata adecuadamente.

La endocarditis suele describirse en dos formas aguda y subaguda o lenta, presentándose la subaguda en un 80% aproximadamente.

La Endocarditis Aguda es ulcerosa, infección fulminante de inicio súbito y evolución rápida. Caracterizan la malignidad del proceso su pronta penetración en el espesor del tejido valvular y las graves destrucciones y ulceraciones que rápidamente se producen. En las zonas afectadas se encuentran masas de bacterias de elevada patogenicidad que atacan con frecuencia válvulas sin patología previa.

Los gérmenes tienden a perforar y destruir el aparato valvular, incluyendo las cuerdas tendinosas, y existe mucha propensión al desprendimiento de arrastre de material

trombótico y necrótico, con lo cual se difunde por todo el cuerpo. Suele estar causada por una sepsis, observándose en un 20% de los pacientes que contraen septicemia complicándose a la fiebre puerperal, osteomielitis, tromboflebitis.

Los gérmenes causales son estreptococos, estafilococos, neumococos, gonococos. La frecuencia de infecciones estafilococcicas y gonococcicas se han vuelto relativamente raras.

Por su comienzo brusco no existe anemia ni ataque al estado general al inicio del padecimiento.

Pronóstico fatal en 1 ó 2 semanas si no se establece el diagnóstico.

Endocarditis Subaguda. Es más bien poliposa, vegetante, con gérmenes menos virulentos y en menor abundancia pero también con cierta propensión a la destrucción valvular y al desprendimiento de trombos, aunque raramente producen abscesos metastásicos. Suele durar más de seis semanas, - el agente causal en la mayoría de los casos es el estreptococo viridans, enterococos y a los estafilococos coagulasa negativa y positiva, brucelas, hongos del tipo candida se implantan en el endocardio.

La endocarditis bacteriana subaguda suele ocurrir en

válvulas ya lesionadas por otra enfermedad especialmente fiebre reumática y defectos congénitos. También se observan en estos casos otros tipos de lesión valvular, como las ocasionadas por esteroesclerosis, sífilis o cirugía cardíaca, el uso de la aguja por narcómanos.

ETIOLOGIA

Los gérmenes capaces de producir una Endocarditis Bacteriana Subaguda generalmente se descubren en la flora bucal como el estreptococos viridans, le corresponde aproximadamente el 50 por 100 de los casos bacterémicos, a los enterococos (estreptococos fecalis) y a los estafilococos coagulasa negativa le corresponde a cada uno el 5 al 10 por 100 de los casos.

Las bacterias llegan probablemente a las válvulas del corazón a través de la corriente sanguínea. Penetran frecuentemente a la circulación en procedimientos de cirugía menor como extracciones dentales, amigdalectomía, incluso después de cepillados enérgicos de las encías, también en las intervenciones instrumentales en uretra y partos.

Las bacterias se alojan bajo un pequeño trombo de plaquetas, compuestas de fibrina, leucositos, eritrocitos, proteínas coaguladas y macrófagos, sobre la válvula, las vegetaciones suelen colgar del borde libre de las valvas en forma de masas de coliflor, de color gris amarillento,

duras, translúcidas, adherentes. Desde este sitio pueden extenderse a la superficie de la valva y endocardio o introducirse debajo de la válvula e invadir la pared ventricular o uno de los grandes vasos que salen del corazón.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La endocarditis subaguda o lenta suele presentarse insidiosamente sin factor predisponente identificable, como debilidad, fácil fatigabilidad, fiebre, sudores nocturnos, gran astenia con malestar general, palidez y nausea. Además del malestar general puede existir anemia, pérdida de peso y anorexia, en la gran mayoría de los casos existe un soplo cardiaco.

Algunos pacientes dan el antecedente de extracción dental, amigdalectomía u otra manipulación similar dos o tres semanas antes de iniciarse el proceso.

Pueden aparecer lesiones petequiales no dolorosas en cualquier área de la piel, particularmente por encima de las clavículas y a nivel de los tobillos, bajo las uñas, en paladar o mucosa bucal, en retina y conjuntiva, son pequeñas lesiones maculares de color rojo o purpúreo, que no palidecen por compresión, de centro pálido. Estas señales pueden ser características y útiles para el diagnóstico.

Las hemorragias en los lechos de las uñas suelen te--

ner distribución lineal cerca del extremo distal que reciben el nombre de "hemorragias por astilla".

Los nódulos de Osler son lesiones nodulares agudas, - dolorosas en los pulpejos de los dedos de manos y pies.

Lesiones de Janeway son lesiones dérmicas indoloras - de color rojo azulado en las palmas de las manos. Otra lesión característica oftálmica es la llamada mancha de Roth es una zona pálida oval rodeada especialmente en su parte baja por hemorragia.

Esplenomegalia (agrandamiento del bazo) y las articulaciones se encuentran inflamadas en la mayoría de los casos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se logra al comprobar la bacteremia - por medio de hemocultivos seriados, se deben tomar cuatro a seis muestras cada 30 minutos durante los primeros días, de preferencia en estado febril momento en que se desprenden a la circulación cantidades apreciables de bacterias.

El enfermo cursa con anemia acentuada por lo tanto -- las cifras de globulos rojos bajarán y la sedimentación - globular se acelerará.

Es frecuente hallar hematuria, también suele encontrarse albumina en la orina.

En la actualidad un alto índice de enfermos cursa con hemocultivos negativos que pueden ser debidos a diversas causas:

- Uso precóz de antibióticos
- Ausencia o escasas de bacterias al momento de tomar la muestra
- Mala técnica o cultivo inadecuado
- Endocarditis de origen no bacteriano

En un paciente con los síntomas cardinales de fiebre, soplo, esplenomegalia, petequias y dedos en palillo de tambor es obvio el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Su curación depende de emplear medicamentos capaces de matar las bacterias que se encuentran en los tejidos. Las penicilinas son, los agentes más útiles para la terapia, a veces ayuda la estreptomycinina como coadyuvante a la penicilina. En infecciones de basilos gram negativos se logra curación con medicamentos como neomicina, colistina o promexina, y en casos de micosis ha sido eficaz la anfotericina B y 5 fluorocitosina.

Una vez comprobada la bacteremia, el germen debe conservarse viable en el laboratorio hasta terminado el tratamiento.

Quando el microorganismo infectante sea sensible a la

penicilina, debe aplicarse 800 mil unidades de Penicilina G procaínica cada 12 horas y 1 gr. de estreptomycinina al día por vía intramuscular o bien Penicilina cristalina sódica 400 mil unidades cada 4 horas por vía intramuscular y 1 - gr. de estreptomycinina una vez al día intramuscular.

Es conveniente administrar 0.5 gr. de probenecid cuatro veces al día para disminuir la pérdida de penicilina - por los riñones.

Cuando el germen causal produce penicilinasas, especialmente se es *Staphylococcus aureus* la curación se puede lograr con penicilina semisintética, como la metilicina o la oxilicina, se administran en dosis de 4 a 18 gr. al día por vía intramuscular o venosa.

En pacientes alérgicos a la penicilina es recomendable la administración de cefaloridina en dosis de 4 gr. a 12 gr. al día.

Eritromicina 250 mg. a 500 mg. cada 6 horas y 1 gr. - de estreptomycinina al día intramuscular.

En endocarditis por bacterias gram negativas los medicamentos indicados son neomicina o kanamicina 0.25 a 0.5 - gr. por vía intramuscular cuatro veces al día o sulfato de polimixina o colimicina 40 a 75 mg. por vía intramuscular cuatro veces al día. Estos productos pueden causar graves

efectos secundarios sobre aparato auditivo y riñón, por lo tanto deberán utilizarse con gran cuidado.

MANEJO ODONTOLOGICO

Elaboración de Historia Clínica. No es aconsejable - llevar un tratamiento odontológico durante la Endocarditis Bacteriana, se tratarán únicamente casos de emergencia.

Se deben tomar medidas profilácticas para cualquier - intervención dental, es recomendable que la terapéutica em- pience un día antes de la intervención y continúe dos o - tres días después, la penicilina de mediano espectro es el medicamento más recomendable a dosis de 400,000 unidades - de Penicilina Cristalina o Sódica, con intervalos de cada 6 horas en los días ya mencionados.

Pen V_i K una tableta cada 6 horas en niños; adultos 2 tabletas cada 6 horas.

Para pacientes alérgicos a la penicilina: Eritromici- na 250 a 500 mg. cada 6 horas en los días ya mencionados.

En casos de cirugías menores extracciones, endodon- cias, curetajes etc. es recomendable el uso de antibióti- co durante ocho días.

*La Oral Surgery recomienda el siguiente tratamiento:

Adultos: Penicilina cristalina en solución acuosa - 1'000,000 de unidades I. M. mezclada con Penicilina G procaína 600,000 unidades I. M. Dar la dosis señalada 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento y después penicilina V Fenoximetil penicilina 500 mg. oral cada seis horas - hasta alcanzar un total de ocho dosis.

PACIENTES ALERGICOS A LA PENICILINA:

Eritromicina 1 gr. oral, hora y media o 2 horas antes del procedimiento, después 500 mg. oral cada seis horas - por ocho dosis.

El anestésico deberá ser local con vasoconstrictor, - citas cortas, y en casos de anestesia general todos los pa-
cientes deberán ser valorados por el cardiólogo.

CAPITULO VII

PERICARDITIS AGUDA Y CRONICA

PERICARDITIS AGUDA. Es un proceso inflamatorio que afecta al pericardio, casi siempre constituye parte o complicación de otra enfermedad, acompañado en ocasiones de derrame pericardico que puede ser desde ligero hasta lo más severos incluyendo el taponamiento. Este líquido puede ser seroso, exudativo o purulento.

ETIOLOGIA

Tiene varias causas como infección bacteriana, virus o parásitos, enfermedades de la colágena (lupus heritemato so generalizado) o ser manifestación de una enfermedad general como la fiebre reumática.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se manifiesta por dolor torácico, siendo el síntoma más característico de la pericarditis, flote pericardico y cuando hay derrame importante disminución de los ruidos cardiacos, hipertensión venosa sistémica y edema de los miembros inferiores.

El dolor puede percibirse en la región esternal o paraesternal, e irradiarse atrás o hacia la región cervical anterior.

La disnea es síntoma precoz, frecuente, y por lo gene

ral el más manifiesto en casos de pericarditis con derrame, además de la disnea se producen síntomas por compresión de la tráquea, bronquios, pulmones y esófago. Puede haber tos seca, ronquera o disfagia, estos trastornos tienen a producirse en pacientes con derrame copioso.

En muchos pacientes se observan síntomas generales de fiebre, sudor, escalofríos, fatigabilidad o debilidad, - pérdida de peso, inquietud y los efectos de la infección general.

A la auscultación del tórax se encuentran los siguientes signos físicos:

Roce pericárdico. Constituye un ruido superficial, - rasposo, de arañazo o chirrido y generalmente ruidos de - vaivén que son generados durante las sístole ventricular y auricular.

Los tonos cardiacos suelen percibirse lejanos y apagados, especialmente cuando el paciente se encuentra en de cúbito.

El taponamiento cardiaco es un cuadro muy grave en el cual el líquido constituye un obstáculo para el paso de la sangre que se dirige a los ventrículos, manifestándose pulso paradójico y disminución de la amplitud del pulso durante la inspiración.

En algunos casos existe compresión de la vena cava -

originándose cianosis de labios, cara, cuello y a veces - edema facial.

Los estudios radiográficos suelen demostrar aumento - de la sombra cardiaca. El líquido pericardico causa cam-- bios radiográficos haciendo prominencia y forma el corazón en pera.

DIAGNOSTICO

El roce de vaivén es el signo más característico, dolor torácico acompañado por lo general de fiebre y en particular en descubrir la etiología.

TRATAMIENTO

Depende de la causa fundamental. Cuando existe un derrame importante debe procederse a su evaluación (pericardiocintesis), tratándose de taponamiento cardiaco el drenaje del líquido pericardico debe hacerse urgentemente.

En ocasiones el dolor es intenso hasta el punto de requirir mepiridina o morfina durante la fase aguda.

MANEJO ODONTOLOGICO

Es aconsejable no realizarlo cuando existe derrame pericardico de importancia; los casos benignos permiten la - realización del tratamiento odontológico en la forma habitual con anestesia local. Los casos con anestesia general

meritar valoración cardiológica y solamente estarán indicados cuando se trate de una urgencia.

PERICARDITIS CRONICA

La más frecuente es la originada por secuelas de pericarditis aguda, por una infección tuberculosa o bacteriana que produce compresión crónica del corazón y dificulta su relajación diastólica y su llenado e insuficiencia cardíaca.

La forma más común es la pericarditis constrictiva crónica en la cual hay adherencia de las dos hojuelas del pericardio con fibrosis y frecuentemente calcificación.

La consecuencia de todo ello es la congestión del sistema venoso y la disminución del gasto cardíaco.

ETIOLOGIA

En la mayoría de los casos es incierto, siendo la tuberculosis la causa más frecuente.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas aparecen insidiosamente, manifestándose por hipertensión venosa sistémica, hepatomegalia, edema de miembros inferiores, hinchazón del abdomen, disnea de esfuerzo, con fatiga fácil, tensión arterial con cifras bajas y pulso arterial débil.

La hinchazón del abdomen depende de la acumulación de líquido ascítico, acompañada en ocasiones de trastornos digestivos, anorexia, tensión abdominal o incluso dolor.

En ocasiones hay ictericia y cianosis. Dependiendo de la primera de congestión hepática intensa. La cianosis puede resultar de enfermedad pulmonar complicada, casi siempre hay pulso paradójico.

A la auscultación se encuentra un choque o golpe diastólico a nivel de la zona precordial, existiendo también fibrilación auricular.

Radiográficamente la silueta cardíaca suele ser pequeña o tener dimensiones normales.

DIAGNOSTICO

Generalmente se funda en la dilatación de las venas, presión venosa elevada, aumento de volumen del hígado y ascitis, la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva y de un corazón pequeño

TRATAMIENTO

El único tratamiento adecuado es el quirúrgico la pericardiectomía.

MANEJO ODONTOLÓGICO

Puede hacerse en la forma habitual, de preferencia - usando anestésicos sin vasoconstrictor, los casos con anestesia general ameritan valoración cardiológica.

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

1. Todo paciente con Cardiopatía Reumática debe recibir tratamiento profiláctico antimicrobiano antes de cualquier intervención dental.
2. El antibiótico de elección es la penicilina y en pacientes alérgicos a ésta la eritromicina.
3. En caso de que el paciente tome anticoagulantes no tratarlo quirúrgicamente hasta que tenga un tiempo de protrombina de 1 1/2 a 2 veces mayor.
4. En pacientes con Cardiopatía Hipertensiva y Miocarditis utilizar anestésico sin vasoconstrictor.
5. Debe evitarse el uso de aparatos eléctricos con los pacientes portadores de marcapaso ya que éstos pueden interferir en su funcionamiento.
6. Evitar al máximo posible los estímulos dolorosos.
7. En los pacientes con Cardiopatía Isquémica es recomendable el uso de capsulas de nitroglicerina antes del tratamiento odontológico.
8. En pacientes con cardiopatía isquémica, hipertensiva es recomendable la sedación preoperatoria.
9. En los pacientes de alto riesgo no intervenirlos sin

haber efectuado una valoración completa con su cardiólogo.

10. En la endocarditis, miocarditis y pericarditis además de la antibioticoterapia requerida, tener extremo cuidado con la asepsia.
11. Siempre que se realicen intervenciones con anestesia general deberá ser previa valoración del cardiólogo.
12. Cuando se intervenga bajo anestesia general deberá ser en un centro hospitalario y jamás en el consultorio dental.
13. En pacientes cardiopatas se aconseja el uso de aguja delgada para evitar dolor, pero no menor de calibre 25 para poder hacer succión.
14. Las jeringas para anestesia deberán tener sistema de succión.
15. El regimen antimicrobiano de mayor efectividad es el de la American Heart Association.

BIBLIOGRAFIA

BURKET LESTER
Medicina Bucal, 6a. ed.
Interamericana. México 1973

CIRCULATION
AMERICAN HEART ASSOCIATION
PREVENTION OF BACTERIAL ENDOCARDITIS
Vol. 56, No. 1, July 1977

DONALD, F. B. DUN
Medicina Interna y Urgencias en
Odontología
El Manual Moderno, 1980

ESPINO VELA J.
Introducción a la Cardiología
10 ed. Mendez Oteo

CECIL - LOEB
Tratado de Medicina Interna
Tomo II, 13a. ed.
Interamericana, México 1972

CHAVEZ RIVERA IGNACIO
Cardioneumología, Fisiopatología
y Clínica, Vol. II, 1a. ed.
UNAM, México

FARRERAS ROZMAN
Tratado de Medicina Interna
Tomo I, 8a. ed. 1973

FRIEDBERG CHARLES KAYE
Enfermedades del Corazón
3a. ed., Interamericana
México, 1969.

GOTH ANDRES
Farmacología Médica, 6a. Ed.
Interamericana, México, 1967.

GUYTON ARTHUR C.
Fisiología Médica
Interamericana, México 1977

HARRISON
Medicina Interna
La Prensa Médica Mexicana
México, 1977

LYNCH MALCILM A.
Medicina Bucal
7a. ed. Interamericana
México, 1980

NEILS BAJORN JORGENSEN
Anestesia Odontológica
Interamericana, 1967

M. MCCARTHY FRANK
Emergencias en Odontología
El Ateneo, Buenos Aires, 1973.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA
Simposio sobre Emergencias en la Práctica
Odontológica
Serie IX, Vol. 27
Mundi, Argentina, 1970

ORAL SURGERY
Dental Management of patients with surgically
corrected cardiac and vascular disease
Vol. 50 No. 4, Oct. 1978

PRACTICA ONDONTOLOGICA
Marzo - Abril 1981
Vol. 2 No. 2

Mayo - Junio 1981
Vol. 2 No. 3

Julio - Agosto 1981
Vo. 2 No. 4

Febrero 1984
Vol. 5, No. 1

I N D I C E

INTRODUCCION	1
HISTORIA CLINICA	3
I CARDIOPATIA REUMATICA	11
II CARDIOPATIA ISQUEMICA	31
A) Angina de Pecho	
B) Infarto Agudo del Miocardio	
III CARDIOPATIA HIPERTENSIVA PULMONAR	43
Aguda y Crónica	
IV CARDIOPATIA HIPERTENSIVA SISTEMICA	47
V MIOCARDITIS	53
VI ENDOCARDITIS BACTERIANA	58
VII PERICARDITIS	67
Aguda y Crónica	
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	75