

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA

23 No 29

“DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR BUCOFACIAL”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A N
AURELIO GERARDO CANO FERNANDEZ
MARCO ANTONIO PERALTA CARRASCO

MEXICO, D. F.

1 9 8 2



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
HIPOTESIS DE TRABAJO	7
MATERIAL Y METODOS	8
CONSIDERACIONES GENERALES	
Capítulo 1. TECNICAS PARA EL DX DEL DOLOR	9
A) Historia Clínica	
B) Interrogatorio	
C) Estudio clínico y Radiográfico	
- Inspección	
- Palpación	
- Percusión	
- Auscultación	
- Punción Exploradora	
- Radiografías	
- Exámenes de Laboratorio	
- Análisis de Modelos	
- Transiluminación	
- Pruebas Térmicas	
- Corrientes Eléctricas	
* Bibliografía	
Capítulo 2. DOLOR ASOCIADO AL TEJIDO DENTARIO	25
A) Caries	

- B) Alteraciones Pulpares
 - Pulpitis Reversible Focal
 - Pulpitis Aguda
 - Pulpitis Crónica
- C) Absceso Periapical
- D) Granuloma Periapical
- E) Operculitis
- F) Alveolitis
- * Bibliografía

Capítulo 3. PARODONTOPATIAS 39

- A) Gingivitis
 - Gingivitis Crónica
 - Gingivitis Descamativa Crónica (Gingivosis)
 - Gingivitis Ulceronecrosante Aguda
- B) Periodontitis
 - Simple
 - Compuesta
- C) Absceso Parodontal
 - Agudo
 - Crónico
- D) Periodontosis
- E) Trauma de Oclusión
- * Bibliografía

Capítulo 4. QUISTES Y TUMORES ODONTOGENICOS CON SINTOMATOLOGIA DOLOROSA 57

- A) Quiste Dentígero
- B) Quiste Radicular

- C) Carcinoma Epidermoide
 - de Labio
 - de Lengua
 - de Piso de Boca
 - de Encfa
 - de la Mucosa Vestibular
 - del Paladar
- D) Fibrosarcoma Odontógeno
- E) Fibrosarcoma Ameloblástico
- F) Dentinoma
- G) Odontoma Ameloblástico
- * Bibliograffa

Capítulo 5. FRACTURAS OSEAS Y DENTARIAS 71

- A) Fracturas Oseas
 - Clasificación
 - Sintomatología General
 - Aspectos Clínicos
- B) Fracturas Dentarias
 - Clasificación
 - Sintomatología General
 - Aspectos Clínicos
- * Bibliograffa

Capítulo 6. NEURALGIA DEL TRIGEMINO 88

- A) Etiología
- B) Epidemiología
- C) Signos Clínicos
- D) Diagnóstico
- E) Diagnóstico Diferencial

* Bibliografía

Capítulo 7. ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR 98

- Palpación de Músculos

A) Síndrome de Disfunción Temporomandibular

- Etiología
- Características Clínicas

B) Artritis de la Articulación Temporomandibular

- Debida a una Infección Específica
- Reumatoidea
- Osteoartritis o Artrosis

* Bibliografía

Capítulo 8. ALTERACIONES INFECCIOSAS CON VECINDAD ANATOMICA 112

A) Otitis

- Externa
- Media Aguda
- Media Secretora

B) Sinusitis

- Maxilar Aguda
- Maxilar Crónica

C) Parotiditis

- Inespecífica: Sialadenitis inespecífica crónica
Parotiditis posoperatoria aguda
Parotiditis nutricional
Parotiditis química
Factores varios

* Bibliografía

Capítulo 9. RESULTADOS 126

Capítulo 10.	DISCUSION	129
Capítulo 11.	CONCLUSIONES	131
Capítulo 12.	PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES	133

INTRODUCCION

"El dolor es la desgracia completa, el peor de todos los males; y cuando es excesivo quiebra toda paciencia".

A través de la historia de la humanidad, el dolor ha constituido el síntoma que con mayor frecuencia acompaña a las numerosas afecciones que aquejan al hombre; y no obstante los avances científicos y -- técnicos que se han logrado en las diferentes ramas de las ciencias - denominadas de la salud, lo que se ha hecho para establecer la sintomatología dolorosa de cada padecimiento, que permita una rápida identificación de los mismos, es mínimo.

El dolor, es considerado como un mecanismo de alarma que anuncia la presencia de alguna enfermedad, y además obliga al paciente a recurrir al médico para eliminar la causa del mismo.

El concepto de dolor es difícil de definir, por ser un mecanismo complejo, y además por su carácter subjetivo, a continuación citamos algunas definiciones encontradas en los diccionarios médicos de vanguardia: "sensación más o menos localizada de incomodidad, angustia o sufrimiento, como resultado del estímulo de terminaciones nerviosas - especializadas"; "sensación perturbadora que provoca sufrimiento y angustia"; etc.

Con los avances alcanzados en Neurología y Neurofisiología tene-

mos que, actualmente se empiezan a conocer los mecanismos que intervienen en la producción y transmisión del dolor, y de esta manera se facilita el diagnóstico de las enfermedades por la sintomatología dolorosa que presentan; pero esto, sólo será válido cuando se clasifique el concepto clínico y se llegue a distinguir entre la percepción y la interpretación del fenómeno. Por desgracia, la palabra dolor es usada para designar dos fenómenos distintos que a menudo guardan relación entre sí. El primero de ellos es una sensación desagradable que, por lo general, es el resultado de una enfermedad o daño físico mientras que el segundo, es una perturbación emocional que por lo general acompaña e ilustra experiencias sensoriales del dolor, pero que muy bien puede ser el resultado de un trastorno puramente psíquico.

En el campo de la Odontología, por las relaciones anatómicas con los diversos órganos sensitivos y centros nerviosos, las algias que presentan los pacientes que acuden a tratamiento son indicativas de la existencia de patologías diversas, por lo que es necesario conocer las sintomatologías particulares de cada padecimiento para poder encauzar las acciones terapéuticas hacia la curación.

Un odontólogo capacitado puede brindar al paciente muchos servicios, servicios que le deparan una profunda satisfacción personal. El más destacado de todos es el diagnóstico y el alivio del dolor.

Se llega al diagnóstico adecuado únicamente cuando el dentista trata de ser lo más preciso posible en el reconocimiento y análisis -

de todos los elementos (historia clínica y exámenes completos) de juicio. Generalmente, la sesión de examen y diagnóstico es el primer encuentro entre dentista y paciente y debe ser conducido en condiciones óptimas. Su actitud debe ser amable y atenta, ya que el paciente puede considerar esta sesión como una confrontación y estar lleno de ansiedad y aprensión.

Un diagnóstico correcto es imprescindible para un tratamiento adecuado, además del reconocimiento y diferenciación de las diversas enfermedades bucales y faciales. El diagnóstico de las lesiones pulpares y de sus secuelas va desde lo obvio hasta lo indefinido. El diagnóstico diferencial de un dolor facial de origen incierto o de una pulpalgia indefinida pero referida puede ser por demás complejo. Por otra parte, la fractura visible o la caries obvia inmediatamente atraen la atención hacia el diente afectado. Sin embargo, para adquirir experiencia y perfección en materia de diagnóstico, el odontólogo deberá someterse a un orden sistemático. Los procedimientos diagnósticos han de sucederse tan ordenadamente como la preparación, digamos, de una obturación de amalgama.

La finalidad de este trabajo, es la revisión de las patologías más frecuentes a nivel de cavidad oral y zonas circunvecinas que intervienen en el problema del dolor bucofacial, para poder diferenciarlas en el momento que se presenten.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

El dolor bucofacial, es frecuente en la población que acude con el odontólogo ya que, es considerado en muchos de los casos por los - pacientes como dolor de origen dental pero, existen diferentes enfermedades que producen sintomatología dolorosa a nivel de cavidad oral y estructuras adyacentes.

Por lo que es necesario realizar un diagnóstico acertado, que -- permita proporcionar el tratamiento preciso para solucionar el problema o cuadro doloroso.

Además, el dolor es un síntoma subjetivo que debe ser considerado de acuerdo a las repercusiones físicas y psicológicas que produzca en el paciente, para poder diferenciar el dolor real del dolor imaginario. Para poder diagnosticar la causa del dolor, es necesario conocer los diferentes padecimientos que pueda repercutir en esta zona ya que, si se desconocen las características de dichas enfermedades, éstas no podrán ser diagnosticadas y por lo tanto, las actividades o -- tratamientos encaminados a solucionar el cuadro doloroso no serán las adecuadas, creando de esta manera problemas más graves asociados al - padecimiento primario y permitiendo que éste evolucione y en algunos casos se arraigue, siendo así de mayor dificultad su erradicación o - su control.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor dentro del campo del ejercicio profesional del Cirujano Dentista, es el síntoma más frecuente además, es la causa por la cual la mayoría de los pacientes acuden al Servicio Odontológico, por lo cual es necesario diferenciar las posibles causas que intervienen en la producción del dolor, y así poder proporcionar el tratamiento adecuado.

Para poder diferenciar las diferentes causas o padecimientos que provoquen dolor, es necesario conocer toda la información y aplicarla en beneficio de los pacientes.

OBJETIVOS

- * Enunciar los diferentes padecimientos que intervienen en la -
producción del dolor bucofacial.

- * Explicar las características de dichas enfermedades que pue--
dan dar la pauta para diferenciarlas entre sí.

- * Establecer las condiciones y auxiliares de diagnóstico necesa
rias para llegar al diagnóstico diferencial del dolor bucofa-
cial.

- * Crear un documento de referencia que pueda ser utilizado por
docentes y alumnos de la ENEP-Zaragoza.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Existen diferentes tipos de dolores a nivel de cabeza y cuello, que por sus características pueden confundirse y que requieren de un diagnóstico adecuado para proporcionar tratamiento oportuno.

MATERIAL Y METODOS

La investigación se llevará a cabo, mediante la revisión bibliográfica de la Literatura Científica referente al tema, la cual se obtendrá a través de la consulta con Centros de Informática como son -- GENIDS y el CICH, pertenecientes a la UNAM.

CAPITULO I

TECNICAS PARA EL Dx DEL DOLOR

A).- HISTORIA CLINICA

En los últimos años el registro de la historia clínica dental, ha llegado a alcanzar niveles sin precedentes de eficiencia y exactitud. La amplitud de las responsabilidades del dentista en lo que respecta al cuidado de la boca como componente de un todo orgánico, ha hecho imperativo el registro de todo dato importante relacionado con el dolor y sus orígenes.

Puede ser una economía de tiempo y una gafa valiosa para el examinador el someter al paciente a un cuestionario preliminar respecto al estado de su salud. Tal cuestionario puede estar compuesto por unas 60 u 80 preguntas simples y cuidadosamente seleccionadas acerca de los sistemas nervioso, respiratorio, cardiovascular y endócrino; de los tractos gastrointestinal y génitourinario y de todo otro tracto de interés o enfermedad observada en la sangre, huesos y articulaciones, piel dientes y ojos y oídos. Completada con un informe médico, esta información llega a tener su más alto valor.

El equipo que se use en el examen y registro variará, desde luego, con cada profesional y con el grado de claridad que se desee obtener. En la historia clínica se registrará la dolencia principal, los dolores que lo aquejan al presente, todo dato pasado que guarde relación con la dolencia actual, etc. Insistiendo en particular sobre la descripción de dolor hecha por el propio paciente, buscando la má-

xima claridad en lo que se refiere a "percepción" e "interpretación" del mismo.

Como todo fenómeno subjetivo, la confección de esta historia clínica deberá estar complementada, de ser posible, con observaciones -- realizadas durante un presunto "ataque" de dolor o bien durante un -- periodo continuado de sufrimiento, puesto que en estos casos los panoramas retrospectivos carecen de valor para el examinador.

Es obvio que, debido a la fundamental importancia del examen bucal en el manejo efectivo de cualquier problema con que se tenga que confrontar el odontólogo, aquellos casos que se encuentran complicados con dolores serios o de origen oscuro, requieren una valoración -- meticulosa de la boca y sus anexos y la utilización de la radiografía así como de todo ensayo de rutina, tal como la vitalidad pulpar, etc.

Serán dignos de atención especial la función masticatoria y los músculos faciales y, en general, el complejo muscular del cual ellos forman parte. Tal estudio, cuyas referencias posteriores se realizarán más tarde, constituye una parte del estudio de las interrelaciones temporomandibulares y maxilomandibulares. El hecho de que a menudo no se profundiza convenientemente en estos factores miológicos, -- constituye por desgracia una explicación plausible de los diagnósticos, pronósticos y terapéuticas inadecuadas que a menudo se observan.

Frecuentemente se ignora o reciben una atención secundaria los -

factores psíquicos, los que en realidad asumen una importancia fundamental para confirmar sospechas en lo que concierne al diagnóstico dental.

En cualquier sistema adecuado de examen clínico o historia clínica es incuestionable la importancia que adquiere la consulta, sea ésta entre profesionales o fuera de la profesión, con médicos neurólogos, psiquiatras o cualquier otro profesional vinculado al acto de curar.

El estudio del caso y la confección de la historia clínica no deben interrumpirse, antes bien se deben completar lo más rápidamente posible a través de una ordenada gradación del diagnóstico, pronóstico, planeo del problema y la terapéutica adecuada. Los problemas que presentan los "pacientes con dolor" por necesidades urgentes de alivio de esas algias, y que llegan algunas veces con testimonios confusos o contradictorios pueden hacer impracticable un diagnóstico precoz y satisfactorio y pueden también hacer que la "diagnósticoterapia" se convierta en algo contraproducente. Tales métodos permiten alcanzar un objetivo doble, por ejemplo, estableciendo etapas que ofrecen al paciente un alivio gradual mientras el profesional va confirmando el diagnóstico y obteniendo al mismo tiempo una guía para el avance posterior en el mismo diagnóstico.

La acumulación sistemática de ciertas informaciones fundamenta--

les que guardan relación con la distribución y el carácter de la perturbación dolorosa se hace esencial para llegar a un análisis adecuado de la condición del paciente, así como al diagnóstico final o al diagnóstico tentativo, como se suele llamar, lo cual nos permita arribar a un pronóstico razonado y a un programa lógico de tratamiento o prevención. La mayor parte de los requisitos de este registro se pueden realizar del siguiente modo:

1.- Ubicación. Incluirá las zonas grandes o pequeñas que se hallen implicadas; las experiencias de ubicación típicas y atípicas; un esquema de las secuencias típicas y atípicas de la distribución del dolor, mecanismos "desencadenantes"; señalar (si fuese posible) la identificación de las zonas afectadas: dientes, maxilares, mucosa intraoral, articulaciones temporomandibulares, músculos masticatorios, lengua, cara, cuello, oído, etc.

2.- Calidad del dolor. Las categorías clásicas del dolor son: dolor vivo; dolor punzante; dolor quemante; dolor continuo. Otras cualidades son: lacinante; punzante; desgarrante; hiriente; cortante; tironeante; picante; "sensitivo"; constante; intermitente; difuso.

3.- Tiempo e intervalo. Presentación precisa o aproximada (hora del día o de la noche); duración típica o atípica del ataque, intermitencia o continuidad; pulsátil, regularidad o irregularidad del intervalo de los ataques.

4.- Fenómenos asociados. Estos fenómenos son a menudo de gran importancia en el diagnóstico. Incluye condiciones bajo las cuales el establecimiento de los síntomas puede tener lugar, verse aumentado o disminuido en intensidad o cambiar el carácter del mismo; por ejemplo la fatiga, y aún el cierre de los maxilares durante el descanso; las relaciones de los maxilares durante la masticación, la risa, los accesos de tos, la forma en que se mantienen las posiciones de boca abierta durante el tratamiento dental u otro tratamiento; factores posicionales, tales como la forma de estar de pie, descansar, movimientos súbitos de torsión de la cabeza, movimientos rápidos del cuerpo.

5.- Gravedad o intensidad. Es esta una de las cualidades más difíciles de captar en forma adecuada en vista de la naturaleza subjetiva del dolor, y el observador no posee medios adecuados para aprehender clínicamente los datos acertados sobre el paciente, particularmente a la luz de las observaciones comunes en vista de la amplia gama de interpretaciones del dolor. Sin embargo debe realizarse todo intento con el fin de lograr una valoración lo más aproximada posible. La investigación del umbral de dolor es con todo una investigación que sobrepasa su simple valor clínico; aún más, está indicada allí donde se observa una marcada discrepancia entre los niveles de percepción e interpretación. Debe echarse mano a toda información que se posea acerca de los primeros ataques y del desarrollo de la dolencia por medio de observaciones progresivas durante el tratamiento. La capacidad

del odontólogo para medir el comportamiento del ser humano tiene aquí un valor relevante; también puede obtenerse valiosa información del uso de la aplicación de una droga sedante o cualquier otro tratamiento similar.

6.- Tratamientos previos y sus efectos. Si el paciente ya ha estado bajo observación y tratamiento será de gran valor el registro de este tratamiento ya instituido y la reacción subjetiva del paciente a la terapia aplicada; por ejemplo, a las medicaciones u otras modalidades del tratamiento prescrito. Las conclusiones a que se arribe tienen singular importancia para el diagnóstico y la terapéutica. Tal información debiera estar avalada directamente por el odontólogo y no a través de la información que éste recibe por intermedio del paciente.

B).- INTERROGATORIO

Es el procedimiento de exploración clínica por medio del lenguaje. Es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio, evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico.

El interrogatorio es el primer paso del diagnóstico; es el relato de la molestia inmediata del paciente, de sus afecciones pasadas - relacionadas con las actuales y, finalmente de su salud en general.

El interrogatorio se divide en directo e indirecto. El directo -

es el que se hace al enfermo mismo (anamn sis), y el indirecto es el que por una causa cualquiera (enf. mentales, etc.) no puede hacerse - al enfermo y se dirige entonces a otras personas que est n en la posibilidad de ilustrar sobre el particular.

Este procedimiento debe llevarse a cabo con un lenguaje sencillo, evitar preguntas innecesarias, las preguntas se harán en sentido afirmativo y evitar preguntas cuya respuesta deje dudas. Todo interrogatorio debe ser ordenado, metódico y completo.

Un cuestionario puede ser útil para guiar la discusión. Puede ser llenado por el paciente, por el asistente o por el dentista; en el momento del interrogatorio. En cualquiera de los casos deberá ser revisado por el dentista con ayuda del paciente. Usualmente el cuestionario contiene información concerniente a la historia médica y dental del paciente. Las razones para anotar esta información son obvias o lo serán más tarde.

El interrogatorio debe llenar ciertos requisitos y al mismo tiempo faciliten la práctica como: padecimiento actual, antecedentes no patológicos (higiene general, inmunizaciones, etc.), signos vitales, antecedentes infecciosos, hemorrágicos, alérgicos, médico quirúrgicos y hereditarios. Además, su nombre, edad, sexo, ocupación, dirección y telefonos.

La extensión de la historia clínica odontológica y médica varía

según el caso. El paciente que viene con una molestia nueva, pero que ya fue atendido por el mismo odontólogo, sin duda tendrá anotada su historia clínica completa en el expediente. En este caso el interrogatorio no va más allá de la molestia principal y un comentario sobre la enfermedad actual, al contrario, tomar la historia clínica de un paciente con dolor, que acude por primera vez al despacho puede llevarnos bastante tiempo.

La naturaleza urgente de la molestia del paciente, establecida por el interrogatorio o su comportamiento determinará el paso siguiente del examen. Si el paciente sufre obviamente, hay que posponer la toma de la historia clínica y comenzar un examen rápido para determinar cuál es la causa de dicho dolor.

C).- ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO

El estudio clínico es la aplicación de un conjunto de procedimientos propedéuticos que se efectúan para obtener información (datos) acerca del estado de salud.

Para poder efectuar el estudio clínico, y dependiendo de el tipo de exámenes que se requiere, es necesario contar con recursos básicos como: habilidad y conocimiento de la persona que efectue el estudio, instrumental, material, instalaciones físicas y formas de registro.

La importancia del estudio clínico reside en que mediante sus di

ferentes componentes podremos diagnosticar, pronosticar y dar tratamiento a una enfermedad del aparato estomatognático, localizando algunas enfermedades fuera de su campo y remitiendo al paciente.

El estudio clínico se efectúa a través de la aplicación de los métodos clásicos de la propedéutica que son:

- Interrogatorio
- Exploración física (inspección, palpación, percusión, auscultación y punción exploradora).
- Auxiliares de diagnóstico (radiografías, exámenes de laboratorio, análisis de modelos, transiluminación, pruebas térmicas y corrientes eléctricas).

1.- Interrogatorio:

Anteriormente visto.

2.- Exploración física:

Es el conjunto de procedimientos de investigación clínica, donde utilizamos los órganos de los sentidos e instrumental especializado para la obtención de datos acerca del estado de salud de un paciente.

Inspección.- Es el método de exploración clínica por medio de la vista. Debe haber buenas condiciones de iluminación, desechando especialmente la luz amarilla porque ella dificulta la observación de ciertos cambios en la coloración normal de los tejidos. La inspección proporciona datos cuantitativos, así como cualitativos y descriptivos

tales como: signos, aspecto general, forma, volumen, actitud, coloración, movimientos, estado de la superficie y su simetría facial.

Palpación.- Este método se lleva a cabo por medio del tacto. Una vez que el paciente haya sido inspeccionado, deberá ser palpado. Se debe tomar en cuenta la consistencia, sensibilidad, temperatura y movilidad de la piel sobre los planos profundos.

Percusión.- Es el procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódicamente las estructuras diversas normales y patológicas, con objeto de producir fenómenos acústicos, localizar puntos dolorosos y fracturas. Este método se puede llevar a cabo en forma digital o instrumental.

Auscultación.- Es el método de exploración que nos proporciona datos por medio del oído. La auscultación depende de la transmisión diferencial de los sonidos; sin embargo, los sonidos generalmente son proporcionados por los órganos normales y patológicos. El estetoscopio suele ser empleado para apreciar tales sonidos. La posibilidad de aplicar la auscultación a la cabeza y el cuello generalmente se limita a la apreciación de los ruidos en la ATM.

Punción exploradora.- Consiste en la introducción, a través de los tejidos, de una aguja hueca o de un trocar fino, seguida de aspiración por medio de una jeringa, con objeto de saber si en la región de que se trata existe una colección líquida. Mediante esta prueba se

puede diagnosticar si la lesión que nos ocupa es un quiste, etc.

3.- Auxiliares de diagnóstico:

Son los medios de los cuales nos valemos para recaudar una información más amplia acerca del estado de salud del individuo, dichos métodos nos facilitan el diagnóstico.

Radiografías.- El estudio radiográfico es un auxiliar de diagnóstico basado en el uso de rayos X, forma parte de la rutina del examen bucal. Sin embargo, no puede substituir a un buen examen clínico.

Cabe mencionar, que aquí no intentamos discutir los detalles técnicos para la toma de radiografías, sin embargo, es necesario recalcar que una buena radiografía debe cumplir ciertos requisitos como: - una buena orientación es decir, que la muesca se encuentre hacia oclusal; que abarque la totalidad de las estructuras que se pretenden estudiar; que las imágenes no esten distorsionadas y que la radiografía este bien revelada, fijada y seca para una mejor interpretación.

Exámenes de laboratorio.- Propiamente utilizados, los exámenes de laboratorio proveen de información importante y a veces esencial para el diagnóstico de enfermedades de la cavidad oral y del organismo en general. No obstante que muchos dentistas reconocen a los exámenes de laboratorio como procedimientos usuales de diagnóstico, algunos más no estan familiarizados con ellos o creen en algún momento que no son importantes. Sin embargo, pruebas específicas se requieren

ordinariamente cuando es necesario confirmar o excluir posibles diagnósticos establecidos en base a los hallazgos clínicos.

Análisis de modelos.- Mediante este estudio podemos obtener datos importantes como son: Tipo de oclusión, relación de anteriores, - sobremordida horizontal y vertical, malposiciones dentarias, puntos - prematuros de contacto, restauraciones defectuosas, dientes ausentes, línea media, relación de las arcadas, diastemas, inserciones musculares, etc.

Transiluminación.- Es una prueba en la que se utiliza una fuente luminosa aplicada en contra de tejidos duros y por medio de ella se - pueden detectar fracturas coronarias, caries interproximal, objetos a - atrapados en los tejidos blandos, presencia de cálculo residual posterior a tratamientos parodontales, etc.

Pruebas térmicas.- Se usan para ayudar en la localización de uno o varios dientes con pulpitis aguda cuando la fuente del dolor no es aparente. Para llevar a cabo dichas pruebas podemos utilizar hielo o una torunda de algodón empapada en cloruro de etilo; así como una barra de gutapercha calentada directamente en la flama del mechero o -- lámpara de alcohol.

Corrientes eléctricas.- Se usan sólo para determinar la presencia o ausencia de tejido nervioso vital en la cámara pulpar. Una respuesta dolorosa ante la estimulación eléctrica denota vitalidad. La -

única ventaja de estas pruebas es que la estimulación puede ser controlada e incrementada gradualmente, evitando así una respuesta aguda que puede ser molesta para el paciente. Usadas apropiadamente son un auxiliar muy útil, los hallazgos deben ser comparados con los demás dientes para establecer el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1.- Blozis G.C.

Evaluation of Patients with Maxillofacial Pain

3-17 p.p.

Dent Clin North Am

1973

2.- Burton R.C.

The Problem of Facial Pain

93-101 p.p.

JADA 1969

3.- Gordon Agnew R.

Odontología Clínica de Norteamérica

334-339 p.p.

Serie III, Volumen 8 1961

Buenos Aires, Edit. Mundi

4.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas

Oral Diagnosis/Oral Medicine

111- 123, 169-170. p.p.

3a. edition 1978

USA, Edit. LEA & Febiger

- 5.- Mumford J.M. & Bjorn H.
Problems in Electric Pulp-Testing and Dental Algesimetry
161 p.p.
J. Int. Dent. 1962
- 6.- Parsons R. Jeffrey
"Principio del Diagnóstico"
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
3-21 p.p. Enero 1974
México, Edit. Interamericana
- 7.- Sorenson F.M. & Etal.
Thermal Pulp Tester
961 p.p.
J. Dent. Res. 1962
- 8.- Taylor R.C.
Illumination of the Oral Cavity
1207 p.p.
JADA 1967
- 9.- Tyler H. Richard
"Examen Neurológico"
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
23-31 p.p. Enero 1974
México, Edit. Interamericana

CAPITULO II

DOLOR ASOCIADO AL TEJIDO DENTARIO

A).- CARIES

La caries dental es una enfermedad que causa desmineralización y disolución de los tejidos dentales, está caracterizada por la formación de cavidades en la superficie del diente.

Este proceso infeccioso produce cambios en la coloración y condición de las estructuras del diente. En niños y adultos jóvenes, estas cavidades están localizadas en las coronas de los dientes, comenzando por la superficie de esmalte y penetrando hacia dentina, con formación de cavidades socavadas, las cuales, sin tratamiento pueden llegar a afectar la pulpa. En pacientes mayores, con recesión gingival - también se encuentra caries en las regiones cervicales de las raíces de los dientes que atacan el cemento o dentina, según cuál de los dos esté expuesto en la unión de corona y raíz.

La detección de caries se realiza mediante el reconocimiento de los dientes en sus superficies más comunmente afectadas. Las fosetas y fisuras de los dientes posteriores son usualmente las zonas que en primer lugar se ven afectadas, y posteriormente las superficies interproximales. En contraste, los seis dientes anteriores inferiores son los últimos en ser atacados.

Las radiografías de aleta de mordida son muy valiosas en la detección de caries interproximal incipiente. Todas las demás superficies

dentales se examinan mejor con luz directa, explorador y espejo bucal. La transiluminación y el uso de rayos ultravioleta en un cuarto oscuro son también útiles. Con el hilo dental se puede detectar la presencia de caries interproximal o de restauraciones con márgenes defectuosos y esto se observa, cuando dicho material se atora o llega a romperse. Cuando se inspeccionan las caras oclusales podemos encontrar un signo que nos sugiere la presencia de caries interproximal, y éste es el cambio de la opacidad de las crestas marginales en comparación con el resto de la superficie oclusal.

El avance de la lesión en la dentina va a presentar varias capas, que son el resultado del ataque y de la acción defensiva del diente. Estas capas son: necrótica, infectada, afectada, esclerótica y de dentina reparativa. Las dos últimas capas resultan de la acción defensiva de la pulpa dental ante un estímulo injurioso. Los cambios dentinales socavan al esmalte, que tiende a romperse, aumentando en tamaño la cavidad. Estos cambios también penetran hacia la pulpa y pueden alcanzar la capa de dentina reparativa que ha sido depositada en la cámara pulpar. Los primeros estadios de la enfermedad son asintomáticos y los síntomas solamente ocurren después de la cavitación. El primer signo suele ser dolor al comer dulces, en ocasiones, a esto sigue dolor al ingerir alimentos y bebidas calientes o frías y diversos síntomas de pulpitis y periodontitis.

Las otras lesiones que producen cavitación son la abrasión, ero-

erosión y resorción idiopática. Es poco probable que la abrasión se confunda con caries porque las lesiones tienen forma de platillo y están tapizadas por dentina dura pulida. Tampoco es probable que la resorción idiopática se confunda con caries porque penetra al esmalte desde dentro. Por otra parte, es difícil distinguir la erosión y la caries, ya que sus cavidades pueden tapizarse con dentina y esmalte ablandados y es difícil definir esta lesión. Las cavidades tienen generalmente en forma de platillo y aparecen en cualquier superficie del diente. Las dificultades para el diagnóstico suelen ocurrir en regiones cervicales, donde la cavidad invade el esmalte o la dentina. Las cavidades por erosión suelen ser múltiples, pero como la definición de erosión no es muy clara, aunque se dice que tiene origen químico, su diagnóstico diferencial es muchas veces difícil.

B).- ALTERACIONES PULPARES

Es importante señalar que la pulpa se encuentra en una cavidad que tiene la característica de ser cerrada e inextensible, lo que produce que la respuesta inflamatoria al no tener espacio adicional, produzca sintomatología dolorosa por presión de las terminaciones nerviosas que forman parte de la pulpa.

El diagnóstico tiene que estar basado en la anamnesis y enfermedad actual, así como el examen del diente y tejidos circundantes y me

todos especiales para determinar los cambios pulpares mediante estímulos térmicos y eléctricos. El síntoma inicial suele ser el dolor. Al estudiar su causa, es importante tener en cuenta el tipo, intensidad y duración del mismo, así como la anamnesis del proceso. También tiene importancia la reacción del diente a alimentos calientes y fríos y el tipo, intensidad y duración del dolor inducido.

Radiográficamente, las alteraciones pulpares, no pueden ser diagnosticadas debido a que los tejidos blandos, como en el caso de la pulpa no pueden ser observados, únicamente se observa el espacio que ocupa la pulpa en el tejido dentario. Dentro de la clasificación de las alteraciones pulpares hay que recordar a las degeneraciones pulpares y un signo característico de la degeneración "calcica" es, precisamente la formación en el interior del tejido pulpar de pequeños nodulos radiopacos (pulpolitos, denticulos) totalmente asintomáticos que solamente son percibidos a través de Rx.

Pulpitis reversible focal:

Una de las formas más incipientes es la conocida como "pulpitis reversible focal". En una época, se denominaba hiperemia pulpar. Por lo tanto, esta pulpitis transitoria leve, localizada principalmente en los extremos pulpares de los túbulos dentinales irritados.

Características clínicas:

Un diente con pulpitis focal es sensible a los cambios térmicos

en particular al frío. La aplicación de hielo o líquidos fríos a los dientes generan dolor, que desaparece al retirar el irritante térmico o al restaurarse la temperatura normal. También veremos que estos ---dientes reaccionan a la estimulación con el probador eléctrico accionado a baja corriente, lo cual indica que el umbral doloroso es más -bajo que el de los dientes vecinos normales.

Los dientes así afectados suelen presentar caries profundas, restauraciones metálicas grandes (en particular sin aislación adecuada) o restauraciones con márgenes defectuosos.

Pulpitis aguda:

La inflamación aguda generalizada de la pulpa dental es una secuela inmediata frecuente de la pulpitis reversible focal, aunque también puede ocurrir como una exacerbación aguda de un proceso inflamatorio crónico. Entre la pulpitis aguda y crónica hay diferencias clínicas.

Características clínicas:

El primer signo de pulpitis aguda suele ser una ligera elevación de la sensibilidad para la estimulación térmica y algunas veces para la presión mecánica dentro de la cavidad, si esta última es accesible. Sin embargo, un estudio clínico-patológico de Mitchell y Tarplee ofreció pruebas de que la evaluación del tipo o grado de pulpitis presente por la sensibilidad al calor o frío es falsa, porque la mayoría

de los pacientes con cualquier tipo de pulpitis presentaban un gran aumento de sensibilidad al calor o frío.

La existencia de dolor continuo cuya duración aumenta y que se intensifica de modo progresivo hasta ocurrir espontáneamente y de forma intermitente sin estímulo aparente sugiere un proceso inflamatorio. Como una gran proporción de la pulpa es afectada por la formación de un absceso intrapulpar, el dolor puede tornarse más intenso, descrito como de tipo lancinante. Puede ser continuo y su intensidad aumentar cuando el paciente esta acostado. La aplicación de calor puede causar una exacerbación aguda de dolor. En tanto que este proceso patológico, no se extienda más allá del tejido pulpar, por fuera del ápice radicular, el diente no es particularmente sensible a la percusión.

El diente reacciona a la aplicación del probador eléctrico, accionado con un nivel de corriente menor que los dientes normales adyacentes, lo cual indica que la pulpa tiene mayor sensibilidad.

Pulpitis crónica:

La forma crónica puede, a veces, originarse en una pulpitis aguda previa cuya actividad entro en latencia, pero es más frecuente que sea una lesión de tipo crónico desde el comienzo, como caries de proceso lento, etc. Como en la mayor parte de las afecciones crónicas, los signos y síntomas son apreciablemente más leves que los de la forma

ma aguda.

Características clínicas:

El dolor no es un rasgo notable de esta enfermedad, aunque a veces los pacientes se quejan de un dolor leve y apagado, que con mayor frecuencia es intermitente y no continuo. La reacción a los cambios térmicos es mucho menor que en la pulpitis aguda. A causa de la degeneración del tejido nervioso de la pulpa afectada durante un periodo prolongado, el umbral de estimulación generado por el probador eléctrico suele ser elevado, a diferencia de la pulpitis aguda, en la cual suele descender.

C).- ABSCESO PERIAPICAL

Es un proceso supurativo o crónico de la zona periapical dental. Suele ser producto de una infección a causa de una caries e infección pulpar, pero también aparece después de un traumatismo dental que ocasiona la necrosis pulpar; así mismo, se origina por la irritación de tejidos periapicales por la manipulación mecánica o por aplicación de sustancias químicas durante procedimientos endodónticos.

Características clínicas:

El absceso periapical agudo presenta las características de una inflamación aguda del periodonto apical. El diente duele y está algo extruido en su alveolo. En tanto este absceso esté confinado a la re-

gión apical inmediata, es raro que haya manifestaciones generales intensas, aunque sí puede haber linfadenitis regional y fiebre.

Características radiográficas:

El absceso periapical agudo es una lesión de avance tan rápido que, con excepción de leve ensanchamiento del ligamento periodontal, no suele haber signos radiográficos de su presencia. El absceso crónico, que se transforma en un granuloma periapical, presenta la zona radiolúcida en el ápice del diente.

D).- GRANULOMA PERIAPICAL

El granuloma periapical es una de las secuelas más comunes de la pulpitis. Esencialmente es una masa localizada de tejido de granulación formado como reacción a la enfermedad.

Características clínicas:

La primera manifestación de que la infección se ha extendido más allá de los confines de la pulpa dental puede ser una acusada sensibilidad del diente a la percusión o dolor leve ocasionado al morder o masticar alimentos sólidos. A veces, se siente el diente como alargado en su alveolo, lo que en realidad puede ser así. La sensibilidad se debe a hiperemia, edema e inflamación del ligamento periodontal.

El granuloma periapical incipiente, o hasta el totalmente desa--

rrollado raras veces presenta más características clínicas que las --
descritas. En realidad, muchos granulomas son totalmente asintomáti--
cos.

Características radiográficas:

Radiográficamente, hay un gran espesamiento del espacio periodon-
tal en la región apical. Suele tener una forma aproximadamente circu-
lar, siendo bien definido con un margen bastante nítido cuando la le-
sión esta bien establecida y relativamente inactiva. Puede haber una
resorción en el ápice del diente, aunque esto ocurre únicamente en le-
siones antiguas. Otras veces, la periferia de los granulomas aparece
en las radiografías como una fusión difusa de la zona radiolúcida --
con el hueso circundante.

E).- OPERCULITIS

En la pericoronaritis (operculitis), la encía que rodea a un ---
diente parcialmente erupcionado, sobre todo los terceros molares del
maxilar inferior y sus contrapartes maxilares, está inflamada. Las
aberraciones en el medio ambiente local contribuyen muchas veces sig-
nificativamente a la génesis y agravación de esta enfermedad al perm-
tir la colección de restos y placa bacteriana. Generalmente, se apli-
ca en estas zonas los procedimientos higiénicos más deficientes.

Características clínicas:

Una pericoronaritis intensa produce a veces tumefacción facial o submaxilar. En algunos casos no solamente está lesionada la encía pericoronaral, sino también lo están los tejidos que cubren las caras mediales del proceso alveolar y el cuerpo del maxilar inferior, el borde anterior de la rama mandibular, el suelo de la boca y la pared faríngea lateral. Puede haber disfagia. Algunas veces se invade el espacio submasetérico, lo cual provoca trismo.

La linfadenopatía cervical es frecuente. La temperatura llega hasta 39.5°C y la intensidad del dolor puede ser alarmante. A veces existe un exudado francamente purulento en la zona dentogingival.

F).- ALVEOLITIS

El término de alveolitis se refiere a una complicación después de la extracción caracterizada por dolor de diversa intensidad. Es una complicación en la cual se desintegra el coágulo sanguíneo, dejando un alveolo óseo gris o verdegrisáceo que carece de granulación.

No hay supuración, pero hay un olor fétido y persiste durante días un dolor neurálgico intenso. La causa exacta de la alveolitis es desconocida.

Características clínicas:

Los signos y síntomas suelen presentarse en el día siguiente a la extracción. La queja principal es el dolor que puede ser sordo, persistente, profundo y localizado en la región del alveolo, o frecuentemente, dependiendo del diente que se trate, es irradiante y referido sobre todo a la oreja.

El alveolo dental carece completamente de un coágulo sanguíneo vital organizado o contiene residuos de un coágulo en vías de descomposición y restos de alimentos que producen un sabor y olor desagradables o fétidos. La pared ósea desnuda de la cavidad vacía o parcialmente llena es muy sensible a la instrumentación y el margen adyacente de la encía está inflamado y es sensible a la palpación. La alveolitis no siempre es evidente, porque el techo del alveolo puede estar cubierto de epitelio y el espacio no curado que está debajo se detecta solamente mediante sondeo. Generalmente no hay ninguna supuración.

Características radiográficas:

No existe ninguna característica que pueda distinguir un alveolo seco de un alveolo lleno de sangre.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Goldman M., Pearson A.H. & Darzenta N.
Reliability of Radiographic Interpretations
287 p.p.
Oral Surg.
Aug - 1974

- 2.- Ingle I. John & Beveridge E. Edward
Endodoncia
334-373, 382, 397-407 p.p.
2a. Edición 1979
México, Edit. Interamericana

- 3.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas
Oral Diagnosis/Oral Medicine
156, 279, 281, 285, 287 p.p.
3a. Edition 1978
USA, Edit. LEA & Febiger

- 4.- Navia J.M.
Experimental Caries in Animal Models in Dental Research
257-297 p.p.
University of Alabama Press
1977

5.- Shaffer William G.

Patología Bucal

288-293, 393-399, 407, 436-444, 454-456, 556-559 p.p.

3a. Edición 1977

México, Edit. Interamericana

6.- Shoha R.R., Dowson J. & Richards A.G.

Radiographic Interpretation of Experimentally Produced Bony Lesion

294-299 p.p.

Oral Surg.

Aug - 1974

7.- Shrestha M. Buddhi

Use Ultraviolet Light in Early Detection of Smooth Surface - Carious Lesions in Rats.

448-457 p.p.

Caries Res 1980

8.- Thoma: Gorlin J. Robert & Goldman M. Henry

Patología Oral

264-286, 338-364 p.p.

1a. Edición 1973

Barcelona, Edit. Salvat

9.- Wallace J.R.

Pericoronitis and Military Dentistry

545 p.p. 1966

Oral Surgery

CAPITULO III

PARODONTOPATIAS

A).- GINGIVITIS

La gingivitis, inflamación de la encía, es la forma más común de enfermedad gingival. La inflamación se halla casi siempre presente en todas las formas de enfermedad gingival, porque los irritantes locales que producen inflamación, como la placa dentobacteriana y cálculos son extremadamente comunes, y los microorganismos y sus productos lesivos están siempre presentes en el medio gingival. La inflamación causada por la irritación local origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales. La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritantes locales y resistencia de tejidos bucales.

La gingivitis se puede producir en forma aguda, subaguda o crónica.

Gingivitis crónica:

Es la forma más común de enfermedad gingival.

Características clínicas:

Las primeras manifestaciones de la gingivitis crónica consisten en alteraciones leves del color de la encía libre o marginal, de un tono rosado pálido a uno más intenso, que progresa hacia el rojo o el rojo azulado a medida que la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se intensifican. La salida de sangre del surco gingival después de --

una irritación aunque sea leve, como el cepillo, es también un rasgo temprano de la gingivitis. El edema, que invariablemente acompaña a la respuesta inflamatoria y es parte integrante de ella, causa una tumefacción leve de la encía y pérdida del punteado normal característico. La tumefacción inflamatoria de las papilas interdientales suelen dar un aspecto algo abultado a estas estructuras. El aumento de tamaño de la encía favorece la acumulación de mayor cantidad de residuos y bacterias, lo que a su vez genera mayor irritación gingival, es decir, se establece un ciclo continuo. Cuando la hiperemia e hinchazón de la encía marginal se confina a una zona localizada de la encía, esta adopta, a veces, la forma de una media luna, denominada "media luna traumática".

En la gingivitis crónica en la cual, la inflamación se limita estrictamente a la encía, no produce cambios en el hueso subyacente, -- por lo tanto, no hay características radiográficas.

En la gingivitis crónica avanzada, puede haber supuración de la encía, manifestada por la capacidad de expulsar pus del surco gingival por presión.

Gingivitis Descamativa Crónica:
(Gingivosis)

Es una denominación utilizada para describir un trastorno gingival relativamente poco común, que en su forma severa presenta características clínicas llamativas. Ha sido atribuida a la disminución de

la estimulación estrógena que acompaña a la menopausia, es decir, esta afección se encuentra principalmente, pero no siempre, en mujeres menopáusicas. Pero puede producirse en cualquier edad después de la pubertad y asimismo en hombres. Se observa tanto en bocas desdentadas como en las que conservan los dientes naturales.

Características clínicas:

En el paciente con gingivitis descamativa crónica, las encías son rojas, tumefactas, y de aspecto brillante, a veces con vesículas múltiples y muchas zonas denudadas superficiales que tienen una superficie conectiva sangrante expuesta. Si a las encías no ulceradas se les da masaje, el epitelio se desprende fácilmente del tejido conectivo para dejar una superficie viva y sensible que sangra sin dificultad.

Los pacientes con gingivitis descamativa crónica se quejan de la extremada sensibilidad de tejidos gingivales. Suelen tener dificultades para comer cosas calientes, frías o condimentadas, y el cepillado es casi imposible por el dolor y hemorragia que produce. A veces se establece un diagnóstico presuntivo cuando el paciente relata que su boca estuvo sensible y muy irritada sin que tratamiento alguno haya sido exitoso.

Gingivitis Ulceronecrosante Aguda:

Es una gingivitis específica común conocida desde hace centu----

rias. Esta enfermedad presenta una forma aguda y una recurrente. Esta afección inflamatoria ataca fundamentalmente al margen gingival libre, cresta de la encía y papilas interdenciales.

La gingivitis ulceronecrosante aguda se presenta a cualquier edad pero es más común en adultos jóvenes y de edad mediana entre quince y treinta y cinco años, es muy rara en niños pero puede llegar a presentarse.

Características clínicas:

Las lesiones características son depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía que abarcan la papila interdental, la encía marginal o ambas. El olor fétido, el aumento de la salivación y la hemorragia gingival espontánea o hemorragia abundante ante el estímulo más leve son otros signos clínicos. Este tipo de gingivitis se produce en bocas sanas o superpuesta a la gingivitis crónica o a bolsas periodontales. La lesión puede circunscribirse a un solo diente, a un grupo de dientes o abarcar toda la boca.

Las lesiones son en sumo grado sensibles al tacto, y por lo general están cubiertas por una pseudomembrana necrótica gris, y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado, corrosivo, que se intensifica al contacto con alimentos condimentados o calientes o con la masticación. Hay un sabor metálico desagradable y el paciente tiene conciencia de una cantidad excesiva de saliva "pastosa". Linfadenopa-

tifa local y aumento leve de temperatura son características comunes. En los casos graves hay complicaciones orgánicas marcadas, como fiebre alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida del apetito y decaimiento general.

B).- PERIODONTITIS

La periodontitis es el tipo más común de enfermedad periodontal. Se le conoce con nombres tales como piorrea sucia, paradentitia, etc. La periodontitis es consecuencia de la extensión de la inflamación -- desde la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. La periodontitis siempre se inicia como gingivitis, la cual se debe, generalmente, a irritación local, en especial placa bacteriana y cálculo, extendiéndose después la inflamación desde la encía y tejidos blandos, hasta las estructuras subyacentes.

Al destruirse progresivamente el mecanismo de inserción, habrá -- cada vez menos soporte para los dientes y el resultado final será la exfoliación de éstos. La periodontitis, se caracteriza por formación de bolsas periodontales que pueden ser supraóseas e infraóseas. Una -- bolsa periodontal se ha definido como la profundización patológica -- del surco gingival.

La bolsa supraósea se caracteriza porque su fondo está al mismo nivel o es coronaria a la cresta ósea alveolar.

La bolsa infraósea se caracteriza porque su fondo es apical a la cresta ósea alveolar, es decir, tiene hueso en su pared lateral.

Hay dos tipos de periodontitis: simple o marginal y compuesta.

Periodontitis Simple:

La periodontitis simple recibe este nombre porque, la destrucción de los tejidos periodontales se asocia únicamente al proceso inflamatorio existente.

Características clínicas:

Es una inflamación crónica de la encía en la cual encontramos -- formación de bolsas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica, y por último pérdida de los dientes. La periodontitis simple, suele ser indolora, pero puede manifestarse síntomas como: 1) sensibilidad a cambios térmicos, a alimentos y a la estimulación táctil, como consecuencia de la denudación de las raíces; 2) dolor irradiado -- profundo y sordo durante la masticación y después de ella, causado -- por la impacción de alimentos dentro de las bolsas periodontales; 3) síntomas agudos como dolor punzante y sensibilidad a la percusión, -- proveniente de abscesos periodontales o gingivitis ulceronecrosante -- aguda sobreagregada; 4) síntomas pulpares como sensibilidad a cambios térmicos o dolores punzantes, como consecuencia de pulpitis, que se origina en la destrucción de la superficie radicular expuesta por la acción de la caries.

Periodontitis Compuesta :

Recibe este nombre debido a que la destrucción de los tejidos se debe además del proceso inflamatorio al trauma de oclusión.

Características clínicas :

Las características clínicas son las mismas que las de la periodontitis simple, con las siguientes excepciones: hay una frecuencia más alta de bolsas infraóseas, y pérdida ósea angular (vertical) más que horizontal; ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, como hallazgos más comunes; la movilidad dentaria tiende a ser más intensa, frecuentemente con inflamación gingival comparativamente pequeña.

Características radiográficas (de las periodontitis) :

Borrosidad y pérdida de continuidad de la lámina dura en la cresta del tabique interdentario son los primeros cambios radiográficos observados en la periodontitis. En la cresta del tabique se forma una zona radiolúcida en forma de cuña, esto se produce por resorción del hueso como resultado de la inflamación, además se observa ensanchamiento del ligamento periodontal.

C).- ABSCESO PARODONTAL

Es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales. Así mismo, se le conoce como absceso lateral o parietal. Se puede

formar por penetración profunda de la infección proveniente de una -- bolsa paradontal, eliminación incompleta de cálculos durante el tratamiento de la bolsa paradontal o perforación de la pared lateral de la de la raíz durante el tratamiento endodóntico y localización del proceso inflamatorio supurativo junto al sector lateral de la raíz. Otro factor es la impacción de cuerpos extraños dentro del surco gingival puede provocar exacerbación bacteriana aguda, violenta y rápida. Muchos objetos pueden provocar esta reacción como: cerdas del cepillo dental, dispositivos de madera para limpieza dental, etc.

El absceso periodontal, casi siempre drena directamente dentro de la zona del surco a través de la rotura necrótica en el epitelio de la bolsa. En este caso se observa una fistula con una descarga de material purulento por su orificio gingival.

Características clínicas:

Los abscesos periodontales pueden ser agudos o crónicos. Las lesiones agudas pueden remitir, pero permanecer en estado crónico, mientras que las lesiones crónicas pueden existir sin haber sido agudas.

Absceso agudo - Hay síntomas como dolor irradiado pulsátil, sensibilidad exquisita de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dentaria, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre, leucocitosis y malestar. El absceso periodontal agudo aparece como una elevación ovoide de la encía, en la zo-

na lateral de la raíz. La encía es edematosa y roja, con una superficie lisa y brillante. La forma y la consistencia de la zona elevada varían. Puede tener forma de cúpula y ser relativamente firme, o puntiaguda y blanda. En la mayoría de los casos, es posible expulsar pus del margen gingival mediante presión digital suave.

Absceso crónico - Se presenta como una fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz. Puede haber antecedentes de exudación intermitente. El orificio de la fístula puede ser una abertura muy pequeña, difícil de detectar, que al ser sondeado revela un trayecto fistuloso del periodonto. La fístula puede estar cubierta por una masa pequeña rosada, esférica, de tejido de granulación. Por lo general, el absceso periodontal crónico es asintomático. El paciente suele registrar ataques que se caracterizan por dolor sordo, modificante, leve elevación del diente y el deseo de morder o frotar el diente.

Características radiográficas:

El aspecto radiográfico característico del absceso periodontal es el de una zona circunscrita radiolúcida, en el sector lateral de la raíz. Sin embargo, el cuadro radiográfico no es siempre el característico a causa de muchas variables como: las lesiones que están en la pared blanda de la bolsa se producen menores cambios radiográficos que las localizadas en la profundidad de los tejidos de soporte, los abscesos en la superficie vestibular o lingual están enmascarados por

la radiopacidad de la raíz; las lesiones interproximales se observan mejor desde el punto de vista radiográfico. No es posible basarse únicamente en la radiografía para establecer el diagnóstico de un absceso periodontal.

D).- PERIODONTOSIS

La denominación periodontosis designa a la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto que comienza en un tejido periodontal o más. Se caracteriza por la migración y aflojamiento tempranos del diente en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de bolsas o sin ellas. Si se deja que siga su curso, los tejidos periodontales se destruyen y los dientes se pierden.

Características clínicas:

La periodontosis afecta tanto a mujeres como a varones y es más frecuente en el periodo entre la pubertad y los 30 años. En adolescentes, su mayor frecuencia se registra en mujeres. Las áreas de los primeros molares e incisivos de uno o ambos maxilares, son las atacadas primero con mayor intensidad, más tarde, pueden afectarse otros dientes. La posición de la inserción epitelial no se haya alterada a veces y los tejidos blandos presentan un aspecto clínicamente sano.

La periodontosis no se reconoce clínicamente en sus fases incipientes, si bien la radiografía revelarfa una pérdida ósea localizada.

El primer signo clínico definido observado por el odontólogo es una -
bolsa profunda, con frecuencia en un solo diente, con el hueso del --
adyacente normal. En realidad, este es el comienzo de la fase final -
en el desarrollo de la enfermedad. En este punto, los líquidos, micro
organismos y residuos bucales, penetran en la bolsa y aparecen los --
síntomas inflamatorios.

A medida que la periodontosis avanza en sus etapas iniciales, se
observa resorción ósea antes de que haya bolsa clínica. En la perio--
dontosis no suele haber dolor sino hasta que está avanzada la enferme
dad, cuando entran en juego las influencias traumáticas, o una vez --
producida la bolsa, cuando puede tener lugar la infección profunda de
la misma.

La relativa escasez de factores etiológicos locales, combinada -
con el rápido progreso de la enfermedad y la naturaleza evasiva de la
alteración somática ayuda a confirmar el diagnóstico clínico.

Características radiográficas:

Las radiografías de pacientes con periodontosis revelan la pérdi
da ósea de los dientes afectados, y ensanchamiento del espacio del lí
gamento periodontal. También puede confinar diversos grados de bolsas
verticales. La destrucción de los tabiques interdentarios es vertical,
angular o arciforme y no horizontal.

E).- TRAUMA DE OCLUSION

La lesión del tejido periodontal causada por fuerzas oclusales - se denomina trauma de oclusión. El trauma de la oclusión es la lesión del tejido, no la fuerza oclusal. Una lesión que produce esta oclu- sión se llama oclusión traumática. Las fuerzas oclusales excesivas -- también pueden perturbar la función de los músculos de la masticación y causar espasmos dolorosos, dañar la ATM o producir la atrición exce- siva de los dientes.

El trauma de la oclusión es una parte integral del proceso des- tructivo de la enfermedad periodontal. No genera gingivitis o bolsas periodontales, pero influye en el avance y severidad de las bolsas -- periodontales iniciadas por la irritación local. El papel del trauma de la oclusión en la gingivitis y periodontitis se comprende mejor si se considera que el periodonto se compone de dos zonas: irritación y codestrucción.

Irritación.- Se compone de encía marginal e interdientaria con -- sus límites formados por las fibras gingivales. Aquí es donde comien- za la gingivitis y las bolsas periodontales que son producidas por la irritación local que solo afectan la encía marginal, pero el trauma - de oclusión se presenta en los tejidos de soporte y no afecta a la en- cía. Cuando la inflamación entra a los tejidos de soporte, entra en - la zona de codestrucción.

Codestrucción.- Se compone de tejidos periodontales de soporte,

ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento. Cuando la inflamación alcanza los tejidos periodontales de soporte, sus vfas y la destrucción que produce estan bajo la influencia de la oclusión.

Las causas fundamentales del trauma de oclusión son: interferencias entre las cúspides durante los movimientos mandibulares laterales, desarmonía entre la relación céntrica y la oclusión céntrica, -- restauraciones demasiado altas o que interfieran, aparatos protésicos que crean fuerzas excesivas sobre pilares y dientes antagonistas, hábitos como apretamiento y bruxismo, etc.

Características clínicas:

Movilidad de los dientes afectados, frémito (movimiento vibratorio) durante el contacto dental, tendencia de los dientes que se interfieren a migrar apartándose del contacto con la creación de diastemas, facetas de desgaste, otros cambios atribuidos al trauma de oclusión son: retención de alimentos, hábitos anormales, dolor facial difuso, erosión, recesión, hemorragia gingival, sensibilidad de las superficies oclusales e incisales, palidez de la encía al ejercer fuerza oclusal, etc.

Características radiográficas:

Ensanchamiento del espacio periodontal, con frecuencia con espesamiento de la cortical alveolar en las siguientes zonas: en el sector lateral de la raíz, en la región apical y en las áreas de bifurca

ción y trifurcación. Destrucción vertical en vez de horizontal del ta
bique interdentario, con formación de defectos infraóseos. Radioluci-
dez y condensación del hueso alveolar y resorción radicular.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bear N.P., Benjamin D.S.
Enfermedad Parodóntal en Niños y Adolescentes
49, 61-62, 68, 140-169 p.p.
1a. Edición 1975
Buenos Aires, Edit. Mundi

- 2.- Chasens A.I. & Kaslick R.S. (eds)
Mechanisms of Pain and Sensivity in the Teeth and Supporting
Tissues
Fairleigh Dickinson University
1978

- 3.- Glickman Irving
Periodontología Clínica
73-76, 121-139, 144-148, 179-203, 212-224, 236, 241,
320-332, 410-416. p.p.
4a. Edición 1974
México, Edit, Interamericana

- 4.- Harris R.
Innervation of the Human Periodontum
27-44 p.p.
Oral Science
1975

- 5.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas
Oral Diagnosis/Oral Medicine
62-65, 140-147, 285-286 p.p.
3a. Edition 1978
USA, Edit. LEA & Febiger
- 6.- Ramfjord P. Sigurd & Ash M. Major Jr.
Oclusión
159-164, 243-253 p.p.
2a. edición 1972
México, Edit. Interamericana
- 7.- Shafer William G.
Patología Bucal
718-748 p.p.
3a. edición 1977
México, Edit. Interamericana
- 8.- Stone Stephen & Kalis J. Paul
Periodontología
65-96 p.p.
1a. edición 1978
México, Edit. Interamericana

9.- Thoma: Gorlin J. Robert & Goldman M. Henry

Patología Oral

446-478 p.p.

1a. edición 1973

Barcelona, Edit. Salvat

CAPITULO IV

QUISTES Y TUMORES ODONTOGENICOS CON SINTOMATOLOGIA DOLOROSA

A).- DENTIGERO

Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente, con acumulación de líquidos entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. Casi siempre, este quiste afecta la corona de un diente permanente normal, o está vinculada a ella. Raras veces ataca a una pieza primaria. De ordinario, es fácil hacer el diagnóstico por solo la radiografía, aunque a veces esto no es así.

Características clínicas:

Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido o con un diente supernumerario. Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores, porque estos son los dientes que con más frecuencia son retenidos.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste. La lesión quística de un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Junto con

esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda.

Características radiográficas:

El examen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentígero revelará una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada, o retenida por alguna razón, esté rodeada simétricamente por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o "folicular" normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se suele denominar "quiste dentígero lateral".

El quiste dentígero es una lesión unilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspectos multilocular. En realidad, todos los compartimientos están unidos por una membrana quística continua. En ocasiones, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que representa la reacción ósea.

B).- QUISTE RADICULAR

El quiste radicular es una secuela común, pero no inevitable del granuloma periapical que se origina como consecuencia de infección -- bacteriana y necrosis de la pulpa, casi siempre después de la forma-- ción de una caries. Es un quiste verdadero, pues la lesión consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio, con frecuencia ocupada - por líquido. El revestimiento epitelial deriva de los restos de Mala-- ssez, que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en un - granuloma preexistente.

Características clínicas:

La mayor parte de los quistes radiculares son asintomáticos y no dan indicios evidentes de su presencia. Es raro que el diente esté do-- liendo o sensible a la percusión. Este tipo de quiste muy pocas veces tiene un tamaño tal que destruya hueso.

El quiste radicular es una lesión que presenta un proceso infla-- matorio crónico y se desarrolla solo, en periodos prolongados. A ve-- ces, uno de estos quistes de larga duración pueden experimentar una - exacerbación aguda del proceso inflamatorio y transformarse rápidamen-- te en un absceso, que a su vez evoluciona hacia una celulitis o esta-- blece una fístula.

Características radiográficas:

El aspecto radiográfico del quiste radicular es idéntico, en --- gran parte de los casos, al del granuloma apical. Como la lesión es -

progresivamente crónica originada en un granuloma preexistente, puede ser de mayor tamaño que el granuloma en razón de su mayor duración, - pero esto no es invariable. Ocasionalmente, el quiste presenta una línea radiopaca delgada alrededor de la periferia de la zona radiolúci-
da, y esto indica una reacción del hueso a la masa que se expande len-
tamente.

C).- CARCINOMA EPIDERMOIDE

El carcinoma epidermoide es la lesión maligna más frecuente y de mayor importancia de la región oral, y presenta más del 90% de todos los cánceres orales. Aunque se produce en cualquier sector dentro de la boca, hay ciertas zonas que son atacadas con mayor frecuencia que otras, y son: labio, lengua, piso de boca, encía, mucosa vestibular y paladar.

Carcinoma de Labio:

Es una enfermedad que se produce principalmente en varones que - en mujeres, y la edad fluctúa entre los 30 y 70 años. Además, esta -- neoplasia ataca el labio inferior más comunmente que el labio supe---
rior.

Características clínicas:

Los tumores suelen comenzar en el borde o bermellón del labio, a un lado de la línea media. Al principio, es una pequeña zona de engro-

samiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, crea un pequeño defecto crateriforme o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral.

El carcinoma de labio suele tardar en hacer metástasis, y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales, cuando hay metástasis suele afectar los ganglios submentonianos y submaxilares.

Carcinoma de Lengua:

El carcinoma de lengua es el segundo tumor intraoral maligno, común e importante.

Características clínicas:

El signo más común del carcinoma de lengua es una masa o úlcera indolora, aunque en algunos pacientes la lesión se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria. El tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie, con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica y se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua. Las lesiones cercanas a la base de la lengua son particularmente insidiosas, puesto que pueden ser asintomáticas hasta fases muy avanzadas. Incluso entonces llegan a producir co-

mo únicas manifestaciones, dolor de garganta o disfagia. El carcinoma de lengua es el que produce mayores lesiones metastásicas de todos -- los cánceres orales, la metástasis se produce hacia los ganglios submaxilares y cervicales.

Carcinoma de Piso de Boca:

Otro tipo de carcinoma en cavidad oral es el de piso de boca.

Características clínicas:

El carcinoma típico de piso de boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media. Puede ser doloroso o no. Esta neoplasia es más frecuente en la zona anterior que en la posterior. Debido a esta localización, la extensión temprana hacia la mucosa lingual de la mandíbula propiamente dicha, al igual que hacia la lengua, se produce con apreciable frecuencia. Este carcinoma -- puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia -- las glándulas submaxilares y sublinguales.

Las metástasis desde el piso de boca son más comunes en el grupo de ganglios linfáticos submaxilares, y como la lesión primaria se genera cerca de la línea media donde el avenamiento linfático es cruzado, suele haber metástasis contralaterales.

Carcinoma de Encía:

El carcinoma originado en las encías o en la mucosa alveolar es de una extremada importancia. Esta afirmación es cierta sobre todo --

porque se trata de una enfermedad de una cierta frecuencia y porque - sus características clínicas pueden confundirse con otros procesos inflamatorios benignos que asientan a menudo en dichas localizaciones.

Características clínicas:

Se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser puramente erosiva o, si no, una proliferación exofítica, granular o verrucosa. Muchas veces el carcinoma gingival no tiene el aspecto clínico de una neoplasia maligna. es doloroso o no. Aparece más frecuentemente en zonas desdentadas y en la enca adherida.

La cercanía del periostio y del hueso subyacentes invita a la invasión temprana de estas estructuras. En el maxilar superior, el carcinoma gingival va hacia el seno o se extiende hacia los pilares amigdalinos. En el maxilar inferior, la extensión hacia piso de boca, carillos o hueso es bastante común. A veces en las fases tardías, se producen fracturas patológicas. La metástasis se produce hacia los ganglios submaxilares o cervicales sin importar en cual de los maxilares se encuentre la lesión.

Carcinoma de la Mucosa Vestibular:

Características clínicas:

Las lesiones aparecen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión, o debajo de ella. La posición anteroposterior es variable; algunos casos se dan cerca del tercer molar; otros, adelan-

te, hacia la comisura.

La lesión es ulcerativa y dolorosa, en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos. En algunos casos la proliferación puede ser exoftica o verrucosa. Los sitios más comunes de las metástasis son los ganglios linfáticos submaxilares..

Carcinoma del Paladar:

No es una lesión común en cavidad oral.

Características clínicas:

El cáncer de paladar se suele manifestar como lesiones mal definidas, ulceradas y dolorosas, a un lado de la línea media. Sin embargo, frecuentemente cruza la línea media y llega a extenderse en sentido lateral para incluir la encía lingual o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino o incluso la úvula. El paladar blando se afecta unas tres veces más a menudo que el duro.

Cuando el carcinoma está ya más avanzado acostumbra a presentarse como una masa granulosa ligeramente exoftica, con una ulceración central que, a la larga, invade el hueso palatino y se extiende al seno maxilar o al suelo nasal. Los tumores originados en el paladar duro sólo en raras ocasiones provocan la aparición de síntomas. El carcinoma del paladar blando puede provocar dolor en una fase incluso precoz de su evolución, y al producirse la invasión en profundidad, el dolor, la disfagia y el trismo pueden llegar a ser considerables.

Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales ocurren considerablemente, pero hay pocos datos para saber si son del paladar blando o duro.

D).- FIBROSARCOMA ODONTOGENO

Es un tumor altamente maligno y se deriva de componentes mesenquimatosos del órgano dentario, pero actúa con mucha mayor agresividad. Este tumor es la contraparte del fibroma odontógeno, pero es muy raro.

Características clínicas:

En el examen clínico se suele notar una masa que es frecuentemente dura, dolorosa y sensible a la palpación y puede estar cubierta -- por mucosa o ulcerada. Suele haber fijación e inmovilización. Ha habido parestesia en un tercio de los casos. Al parecer se localiza más a menudo en el maxilar inferior que en el superior. La mayoría de los - pacientes tienen una edad que oscila entre 20 y 50 años. No hay pre-- ferencia por uno u otro sexo.

Características radiográficas:

No existe ningún signo radiográfico que diferencie el fibrosarcoma de otros tumores maxilares. En algunos casos hay destrucción del - hueso y erosión de las raíces de los dientes, pero también puede haber tumores grandes con poco o ningún cambio radiográfico.

E).- FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO

Es un tumor odontogénico muy raro compuesto por islas y filamentos de epitelio odontogénico en una estroma mesodérmica rica en células, las cuales exhiben los caracteres histológicos de un fibrosarcoma. Es la contrapartida maligna del fibroma ameloblástico y posiblemente tiene su origen en esta lesión. La mayoría de los tumores han tenido su origen en el maxilar inferior.

Características clínicas:

El análisis de varios casos reveló una anamnesis de crecimiento rápido y dolor, y causa destrucción ósea con aflojamiento de los dientes. En la mayoría de los casos, la tumefacción fué precedida por dolor y esto es un criterio diagnóstico importante porque diferencia a este tumor de la mayoría de los demás tumores odontogénicos.

Características radiográficas:

El aspecto radiográfico de esta neoplasia es el de una gran destrucción ósea, con márgenes irregulares y mal definidos. No ha habido ningún caso con metástasis.

F).- DENTINOMA

Es un tumor odontogénico muy raro, integrado por tejido conectivo inmaduro, epitelio odontógeno y dentina irregular o displásica.

Características clínicas :

Parece producirse principalmente en la mandíbula, en especial en zonas de molares y con frecuencia está asociado con un diente retenido. Los pacientes suelen ser jóvenes; la edad promedio registrada es de 26 años. No hay predilección evidente por el sexo. La mayoría de los pacientes notaban una hinchazón durante un periodo variable de tiempo, dolor, perforación de la mucosa y la consiguiente infección también han sido molestias con las que se presentaba el paciente.

La mayor parte de dentinomas se originan en zonas óseas centrales; sin embargo, en ocasiones, alguno se desarrolla en la periferia, en la encía, y clínicamente aparece como una zona focal de tejido hiperplástico.

Características radiográficas :

Los halazgos radiográficos no son específicos pero por lo general hay una zona radiolúcida en el hueso que contiene una gran masa solitaria opaca o muchas masas radiopacas irregulares menores de material calcificado, cuyo tamaño varía considerablemente. En algunos casos hay dentina en cantidades reducidas o solo está mal calcificada, de manera que no hay opacidad en la imagen radiolúcida.

G).- ODONTOMA AMELOBLASTICO

Es una neoplasia odontógena que se caracteriza por la formación

simultánea de un ameloblastoma y un odontoma compuesto. La lesión es rara en el sentido que un tejido neoplásico relativamente indiferenciado está asociado con un tejido muy diferenciado, y que ambos pueden recidivar después de su extirpación inadecuada.

Características clínicas:

Se presenta a cualquier edad, pero con mayor frecuencia en niños, y es algo más común en el maxilar inferior. Es una lesión ósea de expansión lenta que produce una apreciable deformación o asimetría facial si se deja sin tratar. Como es una lesión central, hay considerable destrucción de hueso. Un dolor leve puede ser la molestia que lleva a la conducta, así como el brote retardado de los dientes.

Características radiográficas:

La destrucción central del hueso, con expansión de las láminas corticales, es notable. El rasgo característico es la presencia, dentro de la lesión propiamente dicha, de abundantes masas radiopacas pequeñas que pueden o no asemejarse a dientes formados, si bien en miniatura. En otros casos, solo hay una masa única, radiopaca e irregular de tejido calcificado. De este modo, el aspecto radiográfico del odontoma ameloblástico es idéntico al del odontoma compuesto de un tipo u otro.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ingle I. John & Beverdige E. Edward
Endodoncia
402-412
2a. edición 1979
México. Edit. Interamericana

- 2.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas
Oral Diagnosis/Oral Medicine
65-67, 283-285, 430, 465-467, 477, 481, 133 p.p.
3a. Edition 1978
USA, Edit. LEA & Febiger

- 3.- Shafer William G.
Patología Bucal
107-120. 238-247, 266, 275, 277-281. p.p.
3a. edición 1977
México, Edit. Interamericana

- 4.- Thoma: Gorlin J. Robert & Goldman M. Henry
Patología Oral
489-494, 541-549, 879, 899-905, 907-924 p.p.
1a. edición 1973
Barcelona, Edit. Salvat

CAPITULO V

FRACTURAS OSEA Y DENTARIAS

A).- FRACTURAS OSEAS

El término fractura ósea se define como la solución de continuidad de un elemento óseo ocasionado por un trauma, que al actuar sobre dicho elemento agota su elasticidad y lo fractura.

CLASIFICACION:

Las fracturas óseas se clasifican de acuerdo a diversos factores como son: topografía, número de trazos, dirección, espesor, tejidos que abarcan, actuación del trauma localmente o a distancia.

De acuerdo a la zona topográfica que abarquen, tenemos que las más importantes en la práctica odontológica son:

- 1.- Fracturas de la mandíbula.
- 2.- Fracturas del maxilar superior.
- 3.- Fracturas del hueso malar.
- 4.- Fracturas del arco cigomático.

De acuerdo al número de trazos se dividen en:

- A).- Únicas - en las que hay un solo trazo de fractura.
- B).- Dobles - dos trazos de fractura.
- C).- Triples - tres trazos de fractura.
- D).- Cuádruples - cuatro trazos de fractura.
- E).- Conminutas - en las que son incontables los trazos de frac-

tura.

De acuerdo con la dirección tenemos :

- A).- Longitudinales - a lo largo del elemento óseo.
- B).- Transversas - a lo ancho del elemento óseo.
- C).- Oblicuas.

De acuerdo al espesor se dividen en :

- A).- Totales - cuando la línea de fractura atraviesa la totalidad del espesor óseo.
- B).- Parciales - también se les conoce como fisuras, ya que no involucran la totalidad del espesor del elemento óseo.
- C).- Estrelladas - reciben este nombre porque encontramos varias fisuras que convergen en un solo punto.
- D).- En tallo verde - en ésta encontramos que un lado del hueso está fracturado y el otro solamente se ha doblado.

Dependiendo de los tejidos que abarca :

- 1.- Simple - cuando se limita al hueso sin afectar tejidos adyacentes.
- 2.- Compuesta, expuesta o complicada - cuando se produce comunicación al exterior, con laceración de tejidos blan-

dos (piel, músculos, etc.).

Dependiendo de la localización del trauma:

- 1.- Directas - la fractura se produce en el lugar de acción del trauma.
- 2.- Indirectas - la fractura se produce a distancia del lugar -- traumatizado, por ejem. en zonas de menor resistencia.

SINTOMATOLOGIA GENERAL

En las fracturas que no afectan estructuras faciales, los síntomas principales son:

- 1.- Dolor circunscrito a la zona afectada.
- 2.- Crepitación.
- 3.- Impotencia funcional.

Las fracturas faciales a diferencia de las anteriores presentan:

- 1.- Dolor circunscrito o neurálgico.
- 2.- Raras veces encontramos crepitación.
- 3.- La impotencia funcional casi no se presenta.

ASPECTOS CLINICOS

Fracturas de la mandíbula:

Existen varias zonas, en las que se ha registrado, se puede fracturar la mandíbula, y estas son; en orden de frecuencia: 1) ángulo, - 2) región de los molares, 3) región mentoniana, 4) cóndilo, 5) sínfisis mentoniana, 6) rama ascendente, 7) región del canino y 8) apófisis coronoides.

1) Ángulo:

En combinación con otras fracturas del maxilar inferior ocurren frecuentemente.

El paciente con fractura de ángulo puede presentar inflamación - en la región angular, trismus moderado, sensibilidad anormal al contacto o presión sobre el sitio de la fractura. Generalmente se observa desplazamiento debido a la acción de los músculos masetero, pterigoideo interno y temporal. Las fracturas en la región angular se observan mejor radiográficamente en tomas panorámicas o laterales oblicuas. En caso de existir desplazamiento, este se puede observar en tomas anteroposterior y lateral de mandíbula. Se recomienda también tomar radiografías periapicales de la región del tercer molar para determinar si se encuentra o no incluido en la fractura.

2) Región de los molares y del canino (cuerpo mandibular).

Pueden ocurrir solas o en combinación con otras fracturas. La -- fractura única, a menudo ocurre como resultado de un golpe directo. -

Son signos sugestivos de fractura, inflamación, laceración, contusión o sensibilidad anormal al contacto o presión en el borde lateral. El plano de oclusión puede estar afectado en la fractura desplazada, pero cuando no hay desplazamiento puede ser necesario examinar de cerca para descubrir alguna discrepancia en la oclusión. Las radiografías laterales oblicuas son las mejores para confirmar la fractura del cuerpo de la mandíbula.

Frecuentemente, se lesionan los dientes cuando la fractura se extiende al reborde alveolar, en estos casos son imprescindibles las radiografías intrabucales para determinar la extensión de la lesión.

3) Sínfisis mentoniana.

Las fracturas de la región de la sínfisis mentoniana suelen seguir a un traumatismo directo al mentón. La presencia de abrasión, contusión o laceración del tejido blando del mentón o labio inferior debe impulsar al examinador a buscar una fractura. También sugiere una fractura un hematoma en la zona anterior del piso bucal. Si los fragmentos se han desplazado, el plano de oclusión del paciente estará desnivelado en la zona de la fractura y uno o varios dientes pueden tener movilidad o estar avulsionados. La oclusión suele ser incorrecta incluso cuando hay solamente un ligero desplazamiento. Cuando el paciente ocluye puede mencionar que siente interferencia oclusal o que no muerde bien. La movilidad de los segmentos óseos puede comprobarse mediante la manipulación, realizándola mediante la aplicación -

de ligeras presiones a nivel de ambos ángulos mandibulares. La sensibilidad anormal al contacto o presión, se hace evidente al realizar la palpación del borde inferior de la mandíbula, esto es un signo evidente y confiable cuando se realiza a la brevedad posible, y casi siempre se confirma mediante el estudio radiográfico. Una placa anteroposterior revelará la presencia de fracturas desplazadas, pero la superposición de la imagen de las vértebras cervicales puede evitar la delineación de las fracturas no desplazadas. La radiografía panorámica expone la misma área pero en esta no se presenta la superposición. La placa oclusal y la A-P constituyen una buena combinación para el diagnóstico. Deben tomarse radiografías periapicales cuando se sospeche o exista fractura o desplazamiento de dientes. Este tipo de fractura suele ir acompañada de fracturas de cuello de cóndilo por acción indirecta del traumatismo, y estas deberán ser diagnosticadas en el mismo momento.

4) Fracturas en el cuello del cóndilo.

Típicamente, el cuello del cóndilo se fractura después de un golpe al mentón. Por supuesto, al encontrarse fracturas de la sínfisis mentoniana hay que sospechar la presencia de la fractura del cuello del cóndilo.

La sensibilidad anormal preauricular al contacto o presión es un buen signo precoz de fractura, y en algunas ocasiones también puede presentarse otorragia, este signo se asocia con mayor frecuencia a --

fracturas de base de cráneo. El edema en esta área así como la imposibilidad para abrir la boca son signos acompañantes. Puede haber discrepancia en la oclusión y desviación mandibular hacia el lado afectado, la presencia de este tipo de fractura se puede detectar mediante radiografías panorámicas, lateral oblicua y Shuller.

5) Apófisis coronoides.

Son el resultado de golpes contundentes en esa área. La sensibilidad anormal a la presión en esa región por la palpación intrabucal y un cierto grado de trismus deben poner sobre aviso a quien examina, en ocasiones va acompañada de fractura del arco cigomático del mismo lado, lo que puede producir que el paciente quede con la boca abierta.

Fracturas del maxilar superior:

Las fracturas del maxilar superior son traumatismos graves, ya que afectan importantes tejidos adyacentes. La cavidad nasal, el antro maxilar, la órbita y el cerebro pueden ser afectados primariamente por el trauma o secundariamente por la infección. Nervios craneales, vasos sanguíneos importantes, zonas de abundante vascularización, paredes óseas delgadas, inserciones musculares múltiples y epitelios especializados caracterizan esta región, en la cual el traumatismo puede tener consecuencias desastrosas. Las fracturas del maxilar superior se clasifican en: 1) horizontal (Lefort I), 2) Piramidal (Lefort II) y 3) Transversa (Lefort III o Disyunción Craneofacial).

1) Fractura horizontal (Lefort I) :

En esta fractura el cuerpo del maxilar superior está separado de la base del cráneo arriba del nivel del paladar y debajo de la inserción de la apófisis cigomática. La fractura horizontal da como resultado un maxilar superior que se mueve libremente. Puede presentarse una segunda fractura en la línea media del paladar representada por una línea de equimosis.

La fractura del maxilar superior puede ser unilateral, en cuyo caso debe diferenciarse de la fractura alveolar. La fractura alveolar no se extiende hasta la línea media del paladar.

La fuerza de un golpe intenso sobre la cara puede empujar al maxilar superior hacia atrás. La fuerza muscular puede hacer lo mismo. En una fractura a bajo nivel no interviene el desplazamiento del fragmento libre hacia atrás y hacia abajo. Si la fractura está a nivel más alto, las inserciones de los músculos pterigoideos producen el desplazamiento del fragmento, dando como resultado una mordida abierta.

El trauma se puede ver en los labios, dientes y carrillos. Si no están traumatizados severamente los dientes anteriores deben tomarse entre el índice y el pulgar moviéndolos hacia atrás y hacia adelante. Los molares se deben mover de manera similar, primero hacia un lado y luego hacia otro. El maxilar superior fracturado será móvil. El hueso impactado distalmente no se mueve, pero se puede hacer el diagnóstico.

El examen radiográfico revela la fractura en las placas posteroanterior, lateral de cráneo y de Waters. Las sombras de las vértebras cervicales no deben confundirse con fracturas, asimismo los espacios intervertebrales.

2) Fractura piramidal (Lefort II):

Encontramos fracturas verticales a través de las caras faciales del maxilar superior, la línea de fractura se extiende hacia arriba hasta los huesos nasal y etmoides. Generalmente se extienden a través del antro maxilar. Puede estar lesionado el hueso malar.

Toda la porción media de la cara está hinchada, incluyendo nariz, labios y ojos. El paciente puede presentar una coloración rojiza del globo ocular por extravasación subconjuntival de sangre además de los párpados amoratados. Hay hemorragia nasal. Si se ve un líquido claro en la nariz, se tiene que diferenciar la rínorrea cefalorraquídea del moco del catarro nasal. Una prueba empírica consiste en coleccionar algo de líquido en un pañuelo de tela. Si al secarse obra como almidón, es moco; si no, es líquido cefalorraquídeo que se ha escapado a través de la duramadre como resultado de la fractura de la lámina cribiforme del etmoides. Es por esta razón que el examen clínico de las fracturas sospechosas del maxilar superior debe hacerse cuidadosamente y con el menor movimiento posible. No se hace palpación del maxilar en presencia del líquido nasal hasta que se ha eliminado la posibilidad de que sea líquido cefalorraquídeo. El material infectado -

puede llegar hasta la duramadre si la lámina cribiforme ha sido fracturada, resultando una meningitis.

A veces es difícil el diagnóstico de las fracturas del maxilar. La palpación de los huesos a través del edema de los tejidos faciales es confuso. Las radiografías son difíciles de interpretar.

3) Fractura transversa (Lefort III o disyunción craneofacial):

Es una fractura de nivel alto que se extiende a través de las órbitas atravesando la base de la nariz y la región del etmoides hasta los arcos cigomáticos. El borde lateral de la órbita está separado en sutura frontomalar; la órbita ósea está fracturada lo mismo que su borde inferior.

Debido a la participación del hueso malar la fractura transversa generalmente se presenta con otro tipo de fracturas. La fractura piramidal se acompaña de fractura transversa. La fractura transversa unilateral se presenta junto con la fractura piramidal unilateral del lado contrario.

En las fracturas transversas hay una facies característica a manera de "plato", debido a que la porción central de la cara está cóncava. De perfil la cara aparece cóncava en la región de la nariz debido a la fractura y dislocación posterior del maxilar.

El sangrado de ojos suele revelar una fractura de la fosa craneal media. Sin embargo, el traumatismo del ojo externo, las heridas

del cuero cabelludo y las fracturas del cóndilo tienen que ser diferenciadas. Cuando la fractura es sospechada se debe palpar el borde infraorbitario en busca de un desnivel de hueso, y ha de buscarse separación en el borde lateral de la órbita.

Fracturas del hueso malar:

El malar es un hueso denso de la cara que se fractura raras veces. Sin embargo sus inserciones óseas o su arco se fracturan con frecuencia, muchas veces acompañadas de fracturas de maxilar superior.

Los signos de la fractura del malar están enmascarados por el edema y las laceraciones. La hinchazón de los tejidos suprayacentes puede redondear la cara de manera que los dos lados esten de igual tamaño. En presencia de edema moderado uno o todos los signos siguientes pueden estar presentes: achatamiento del carrillo superior y turgidez del carrillo inferior, hemorragia en la esclerótica del ojo, parestesia del carrillo, equimosis periorbitaria, pérdida de la línea interpupilar, exoftalmo, endoftalmo, etc.

Las radiografías indicadas en este tipo de fractura son: posteroanterior, Waters y lateral de cráneo.

Fracturas del arco cigomático:

Las fracturas del arco cigomático pueden presentarse sin fractura de otras líneas de sutura. Estas, son generalmente unilaterales, -

y frecuentemente múltiples y pueden llegar a ser conminutas, pero rara vez son compuestas, debido al grueso músculo protector y a las cubiertas tisulares. Debido a la inserción de la aponeurosis del músculo temporal arriba y a la del masetero abajo; las fracturas rara vez se desplazan hacia arriba o hacia abajo. El golpe generalmente empuja las partes hacia adentro.

Un signo seguro de fractura del arco cigomático, pero no constante, es el hoyuelo en la piel que recubre la zona del arco, además --- cuando el arco está muy deprimido puede haber interferencia con la -- función mandibular debido al contacto excesivo sobre la apófisis coronoideas.

Se recomienda el estudio radiográfico de Hirtz para diagnosticar este tipo de fracturas.

B).- FRACTURAS DENTARIAS

CLASIFICACION:

Hay varias clasificaciones de dientes fracturados; la más simple considera solo si la línea de fractura afecta o no a la pulpa. Una -- clasificación más detallada es la de ELLIS, quien divide a todos los dientes anteriores traumatizados (puesto que presentan la mayor parte de estas lesiones) en nueve partes:

- Clase 1.- Fractura simple de la corona que afecta poca dentina o nada.
- Clase 2.- Fractura coronaria externa, que afecta considerable -- cantidad de dentina, pero en nada a la pulpa.
- Clase 3.- Fractura coronaria extensa, que afecta considerable -- cantidad de dentina y expone la pulpa.
- Clase 4.- Desvitalización del diente, con pérdida o no de la corona.
- Clase 5.- Pérdida o avulsión del diente a causa del traumatismo.
- Clase 6.- Fractura de la raíz, con pérdida o no de la corona.
- Clase 7.- Desplazamiento de un diente, sin fractura coronaria o radicular.
- Clase 8.- Fractura coronaria total reemplazable.
- Clase 9.- Lesiones traumáticas de dientes primarios.

SINTOMATOLOGIA GENERAL

La sintomatología depende de la extensión de la lesión y del daño a la pulpa o tejidos de soporte, y en algunos casos puede ser totalmente asintomático. Como la pulpa es la estructura dental que produce la sintomatología en este tipo de lesiones, cabe señalar que en algunos casos reacciona y en otros casos permanece en estado de shock, es decir puede pasar algún tiempo para que se manifieste alteraciones que indiquen daño pulpar.

ASPECTOS CLINICOS

Las manifestaciones clínicas, así como el tratamiento y pronóstico de un diente fracturado dependen en gran medida de si la pulpa es dañada por la fractura y si está afectada la corona y la raíz. Si hay fractura coronaria sin lesión pulpar, es común que el diente conserve su vitalidad, aunque puede haber pulpitis reversible focal aún cuando la dentina remanente sea relativamente gruesa. Si la dentina que cubre a la pulpa es muy delgada es posible que las bacterias penetren en los túbulos dentinales, infecten la pulpa y se produzca una pulpitis que lleve a la muerte pulpar. La pieza puede estar sensible y algo floja a causa de la lesión traumática, pero no suele haber dolor intenso.

Las fracturas radiculares son algo raras en niños pequeños porque sus raíces, no están del todo formadas y los dientes poseen cierta elasticidad así como sus alveolos.

Las radiografías son de gran utilidad para determinar la gravedad de la fractura, la línea de fractura y su localización, así como si han afectado tejido óseo. La toma de radiografías se debe realizar cuidadosamente y con varias angulaciones como: mesioradial, ortoradial y distoradial, para detectar fracturas longitudinales, transversas y oblicuas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Costich - White
Cirugía Bucal
138-148 p.p.
1a. edición 1974
México, Edit. Interamericana

- 2.- Ingle I. John & Beveridge E. Edward
Endodoncia
304-318, 430, 491, 506, 591, 655, 677, 679, 699 p.p.
2a. edición 1979
México, Edit. Interamericana

- 3.- Kruger O. Gustav
Tratado de Cirugía Bucal
276-339 p.p.
4a. edición 1978
México, Edit. Interamericana

- 4.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas
Oral Diagnosis/Oral Medicine
157, 279-280 p.p.
3a. Edition 1978
USA, Edit. LEA & Febiger

5.- Shafer William G.

Patología Bucal

493-495 p.p.

3a. edición 1977

México, Edit. Interamericana

CAPITULO VI

NEURALGIA DEL TRIGEMINO

NEURALGIA DEL TRIGEMINO

La neuralgia del trigémino, con frecuencia clasificada como neuralgia mayor, es una enfermedad que afecta los nervios dentales, maxilares, faciales y estructuras asociadas.

A).- ETIOLOGIA:

La etiología de la neuralgia del trigémino sigue siendo tan misteriosa como hace varios siglos. Hace mucho tiempo la cercanía de los dientes al sitio del dolor y en particular sugirió que podían ser la fuente de las dificultades. Cuando, sin embargo, la extracción de innumerables dientes en el intento de curar la enfermedad no consiguió su propósito, se llegó a la conclusión de que posiblemente ésta neuralgia no tenía origen dental. También se sugirió que la causa pudiera ser la enfermedad periodontal y el trauma de oclusión, pero con pocos fundamentos. También se pensó, con igual carencia de fundamentos, que la enfermedad podría relacionarse de alguna manera con la degeneración de los nervios de los dientes primarios y la ulterior inervación de los permanentes.

Se sugirió una posible relación con la insuficiencia circulatoria craneana directa o una vasoconstricción refleja por un estímulo aferente, del aporte vascular del ganglio de Gasser, puesto que el a-

taque puede ser provocado mediante medicamentos vasoconstrictores y -aminorados, en intensidad y frecuencia, con vasodilatadores. Esta teoría es compatible con la aparición predominante de la enfermedad en - personas mayores, que muchas veces son víctimas de trastornos arterioescleróticos.

B).- EPIDEMIOLOGIA:

La enfermedad parece ser ligeramente más frecuente en las mujeres que en los hombres, y rara vez se observa en pacientes antes de los 45 años. Se calcula que en Estados Unidos hay aproximadamente --- 7,000 casos nuevos de neuralgia del trigémino cada año y que la mayor parte de estos casos son ideopáticos. Rothman y Monson en un estudio reciente de la epidemiología de este trastorno, analizan posibles factores de riesgo, como hábitos de fumar o beber, factores étnicos, antecedentes de infecciones con virus herpético, etc. Es un hecho establecido que en más pacientes la afección se presenta en el lado derecho que en el izquierdo.

C).- SIGNOS CLINICOS:

El dolor es ardiente, punzante o lancinante, que se origina cuando el paciente toca una "zona desencadenante o de gatillo" en la cara. El término "tic doloroso" es el apropiado sólo cuando el paciente su-

fre contracciones espasmódicas de los músculos faciales, y sin embargo, por la fuerza de la costumbre, es utilizado como equivalente de "neuralgia del trigémino". En los periodos iniciales de la enfermedad, el dolor es relativamente leve, pero a menudo que los ataques se repiten por meses o años, se tornan más intensos y tienden a producirse con mayor frecuencia. El dolor llega a ser de tal magnitud que el paciente vive con el constante temor de un ataque, y muchos han intentado suicidarse para poner fin a su tormento. Cada ataque de dolor es agudo y dura de unos pocos segundos hasta varios minutos y, como característica, desaparece tan pronto como se origina. Cuando el ataque se produce, el paciente crispa su cara aterrorizado por el temido dolor. Entre los ataques, el paciente no tiene síntomas, pero lamentablemente la frecuencia de los episodios es impredecible.

Las "zonas desencadenantes", que originan un ataque cuando se tocan, son comunes en el borde del bermellón de los labios, alas de la nariz, mejillas y alrededor de los ojos. Por lo común cada paciente tiene una sola zona desencadenante. Por lo general, el enfermo aprende a no tocar la zona y, con frecuencia, anda sin lavarse ni afeitarse para evitar el posible desencadenamiento de un ataque. A veces, no es necesario que la piel sea realmente tocada para que comience el dolor; la exposición a un viento fuerte, o sonreír, el simple acto de comer puede producirlo.

Cualquiera de la zona de la cara puede estar afectada por el do-

lor, según cual de las ramas del quinto par esté afectada. Las ramas maxilares superior e inferior se encuentran afectadas con mayor frecuencia que la oftálmica; a veces, se afectan las dos simultáneamente. La enfermedad es casi siempre unilateral, y raras veces, si alguna vez lo hace, el dolor cruza la línea media.

D).- DIAGNOSTICO

El dentista debe pensar siempre en la posibilidad de una neuralgia del trigémino cuando un paciente se queja de dolor dental en ausencia de toda patología dental manifiesta. Es también importante saber que los periodos entre las exacerbaciones, el examen neurológico clínico del nervio trigémino y de los otros nervios craneales es normal. Por lo tanto es evidente que el diagnóstico depende esencialmente de una evaluación correcta de los antecedentes.

En algunos enfermos la prueba de la anestesia local puede ayudar a establecer el diagnóstico. Si el paciente informa de la existencia de una zona desencadenante, por ejemplo en el labio o la mejilla, se puede anestesiar la zona con anestésico local aliviando así el dolor mientras dure el efecto del anestésico local. Si hay alguna duda acerca de si el dolor nace en un diente entonces este tipo de inyección en el tejido blando no anestesiará el diente y si el dolor persiste, esto sugiere que probablemente es provocado por algún trastorno de tí-

po dental.

E).- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La naturaleza desusada de la enfermedad-presencia de una "zona desencadenante", dolor intenso pero transitorio y su localización-proporcionan la clave para establecer el diagnóstico. Sin embargo, hay una variedad de enfermedades y afecciones que ásemejan a esta, y que han de ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

Una de las afecciones más comunmente tomadas por neuralgia del trigémino es la jaqueca o neuralgia jaquecosa (Síndrome de Horton, cefalea histamínica, cefalalgia histamínica) pero este tipo de cefalea periodica intensa es persistente, por lo menos dura varias horas y no tiene "zonas desencadenantes". A veces también la sinusitis es confundida con esta enfermedad a tal punto que se han efectuado operaciones radicales de seno en la completa creencia de curar al paciente de la "neuralgia". Una vez más, los diversos aspectos clínicos de esta neuralgia deben excluir este diagnóstico. Asimismo, se informó que el denominado síndrome de Costen produce síntomas sugerentes de neuralgia del trigémino.

Los tumores de la nasofaringe pueden producir un tipo similar de dolor, que por lo general se manifiesta en el maxilar inferior, len--

gua y un lado de la cabeza con una sordera del oído medio. Este complejo de síntomas, causados por un tumor nasofaríngeo fué denominado síndrome de Trotter, y comprobado en el 30% de una serie de pacientes con esta clase de neoplasias, según lo comunicado por Oliver. Estos pacientes también presentan asimetría y movilidad defectuosa del paladar blando y del lado afectado. A medida que el tumor avanza, se establece el trismus del músculo pterigoideo interno, y el paciente no puede abrir la boca. La causa real del dolor neurálgico del síndrome de Trotter es la lesión del nervio maxilar inferior en el agujero oval por el cual el tumor invade la bóveda craneana.

Es común que se produzca un cuadro clínico similar al de la neuralgia del trigémino después de ataques de herpes zoster al quinto nervio. En la denominada neuralgia posherpética, el dolor afecta a la rama oftálmica del quinto par, pero por lo general cesa entre dos o tres semanas. Sin embargo, puede persistir, en particular en pacientes de edad avanzada. El antecedente de lesiones cutáneas previas a la aparición de la neuralgia ayuda al diagnóstico.

La neuritis del trigémino o neuropatía del trigémino es una afección mal conocida que tiene una variedad de presuntas causas: 1) ciertos procedimientos quirúrgicos dentales, 2) presión de una prótesis sobre el nervio dental, 3) traumatismo quirúrgico o mecánico, 4) uso terapéutico del isetionato de hidroxiestilbamidina, 5) tumores de cabeza y cuello y 6) aneurismas intracraneanos.

Algunas causas son ideopáticas. Difiere de la neuralgia del trigémino porque se describe como un dolor percibido y variadamente como una sensación de ardor, taladro, tirón o de presión. Por último, el dolor de origen dental puede ser tan localizado o reflejo que simule la enfermedad. Sin embargo, mediante la observación y el interrogatorio del paciente, es posible establecer el diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Drinnan J. Alan
Clinicas Odontologicas de Norteamérica
73-97 p.p.
Vol. I 1978

- 2.- Gregg J.M.
Neurologic Disorders of the Maxillofacial Region
USA, Edit. Mosby
1974

- 3.- Kruger O. Gustav
Tratado de Cirugia Bucal
564-565 p.p.
4a. edición 1978
México, Edit. Interamericana

- 4.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas
Oral Diagnosis/Oral Medicine
293 p.p.
3a. Edition 1978
USA, Edit. LEA & Febiger

- 5.- Paulson G.W.
Atypical Facial Pain

338-341 p.p.

Oral Surg

1977

6.- Shafer William G.

Patología Bucal

794-796 p.p.

3a. edición 1977

México, Edit. Interamericana

7.- Thoma: Gorlin J. Robert & Goldman M. Henry

Patología Oral

1202-1203 p.p.

1a. edición 1973

Barcelona, Edit. Salvat

CAPITULO VII

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Con objeto de tener un amplio dominio de la zona afectada, es de la mayor importancia estudiar el estado de los músculos masticatorios supra e inframandibulares, desde el momento que el equilibrio muscular y de las tensiones por ellos desarrolladas han sido descritos con creciente frecuencia como constituyentes esenciales en el origen del dolor.

Se realizará una cuidadosa palpación de todos los músculos accesibles como:

1.- Músculos occipitales.- La zona de los músculos occipitales - debe palpase mientras el paciente mueve su cabeza hacia arriba y hacia abajo.

2.- Músculos de la nuca.- Suman ocho y son los siguientes: esplenio, complejo mayor, complejo menor, transverso del cuello, recto mayor y menor posteriores, y oblicuos mayor y menor posteriores de la cabeza; éstos deben palpase haciendo que el paciente gire su cabeza de derecha a izquierda, de izquierda a derecha y hacia atrás.

3.- Músculo trapecio.- Es un músculo ancho y de forma triangular que se extiende del occipital a la segunda vértebra dorsal y de allí a la clavícula y al omóplato, la palpación se hace inclinando la cabeza del paciente hacia uno y otro lado y haciendo que eleve el hombro de ambos lados alternativamente.

Las inserciones inferiores del músculo trapecio marcarían, limitarían la zona hasta donde pueden llegar los signos y síntomas propios de una disfunción craneo-cérvico-temporo-mandibular. De ahí, hasta la aponeurosis epicraneal será el campo de acción del odontólogo.

4.- Músculo esternocleidomastoideo.- Se examinará haciendo que el paciente gire su cabeza lo más que pueda hacia su izquierda y hacia su derecha, en este caso, es más un pellizcamiento que una palpación lo que se efectúa.

5.- Grupo muscular suprahióideo.- Se palpa al tiempo que el paciente deglute. Previo lavado de las manos del operador, se pasa al examen digital de los músculos interiores (pterigoideos).

6.- Músculo pterigoideo externo (el músculo más involucrado en la disfunción temporomandibular).- Es el más difícil y el que reacciona muchas veces con dolor agudo. Esto se explica ya que tiene a su cargo una serie de movimientos mandibulares y meniscales que debe desarrollar con gran rapidez y eficacia. Su palpación se hace así: el músculo pterigoideo externo del lado derecho del paciente, es palpado con la yema del dedo índice izquierdo del operador. Cuando el dedo es introducido hacia la tuberosidad del maxilar superior debe doblarse desde ahí, en dirección a la línea media, para tocar la inmediaciones del músculo, más nunca el músculo propiamente, dada la localización anatómica del mismo. El músculo pterigoideo externo del lado izquierdo

del paciente se palpará con el índice derecho del operador y de la -- misma manera descrita anteriormente. Cuando el músculo está espásti-- co, obliga a desviarse y/o a limitar el movimiento de apertura, así como a provocar el chasquido articular, síntomas patognomónicos de -- disfunción temporomandibular.

7.- Músculo pterigoideo interno (masetero interno de algunos au-- tores).- Es fácil, si colocamos un índice sobre el masetero y el otro índice interiormente opuesto; así, al recorrer los índices, los múscu los, propioceptivamente los palpamos. Puede también palparse detrás - del ángulo mandibular.

8.- Músculo temporal.- La palpación de este músculo es bastante simple. Mientras que el paciente aprieta repetidamente los dientes, - el operador apoya los dedos índice y medio con cierta fuerza sobre el músculo. Luego de cada apretamiento, se van desplazando los dedos ha-- cia atrás y se pide al paciente que apriete de nuevo. Si hay espasmo muscular aparece un dolor fuerte y el paciente trata "de escapar" a - la palpación echándose hacia atrás.

9.- Músculo masetero.- Con los índices puestos uno contra otro, uno del lado interno del carrillo y el otro del lado externo, el ex-- aminador sigue el cuerpo del músculo mientras que el paciente abre y cierra la boca. Un punto de dolor intenso marca el centro del espas-- mo, denominado "zona desencadenante" por Travell.

A).- SINDROME DE DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

En la actualidad, el concepto de síndrome de Costen basado sobre la disarmonía oclusal con el consiguiente daño de la articulación temporomandibular que origina una amplia gama de signos y síntomas por alteraciones anatómicas y fisiológicas ha sido casi totalmente descartado. En su lugar, ha surgido el concepto concebido por Schwartz en 1955 con la denominación de "síndrome de dolor y disfunción temporomandibular", llamado más recientemente "síndrome de dolor y disfunción miofacial (DDM)". Los estudios realizados han llevado a descartar el concepto mecánico de una etiología oclusal de los problemas de la ATM y a reemplazarlo por una idea más amplia de una disfunción de la totalidad del aparato masticatorio, así el reconocimiento de ciertas características psicológicas del paciente, como causantes del síndrome.

ETIOLOGIA:

Muchos autores opinan que el principal factor que origina las manifestaciones de este síndrome es el espasmo de músculos masticatorios. Este espasmo puede generarse como consecuencia de sobreextensión, contracción excesiva o fatiga de músculos. Así, la sobreextensión muscular puede ser producida por aparatos o restauraciones dentales que invaden el espacio intermaxilar. Por el contrario, la contra-

cción excesiva se originaría por la pérdida bilateral de dientes posteriores o resorción continuada del hueso alveolar tras la colocación de un aparato protésico. Sin embargo, hay indicios de que la causa -- más común de este síndrome es la fatiga muscular producida por hábi-- tos bucales crónicos como frotamiento o apretamiento de los dientes. Esto, a su vez puede provenir de factores irritativos, como una res-- tauración que ocluya mal o un margen desbordante de una restauración. Se cree que estos hábitos son mecanismos de alivio de tensiones que -- como agentes etiológicos comprenden factores emocionales y mecánicos. Esta explicación del síndrome a sido denominada "teoría psicofisioló-- gica" por Laskin y col.

La aparición del espasmo muscular masticatorio como producto de cualquiera de los mecanismos mencionados genera dolor y limitación -- del movimiento así como un desplazamiento pequeño de la posición man-- dibular de reposo, de manera que los dientes no ocluyen adecuadamen-- te. Las piezas pueden desplazarse gradualmente para acomodarse a la -- maloclusión, si esta persiste lo suficiente, pero luego, cuando se a-- livia el espasmo los pacientes presentan otro desequilibrio oclusal -- cuando la musculatura relajada permite la vuelta de los maxilares a -- su posición normal original.

Además de la disarmonía oclusal, se cree que el espasmo de múscu los masticatorios es capaz de producir por lo menos otros dos trastor

nos orgánicos: artritis degenerativa y contractura muscular. Entonces cualquiera de estos factores, o todos ellos, se convierten en autoperpetuantes debido a la alteración resultante del patrón masticatorio, y se instala la continua agresión y amplificación del trastorno muscular.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La gran mayoría de pacientes que sufren del síndrome de dolor y disfunción miofacial, entre el 80 y 90% son mujeres, por lo general menores de 40 años.

Hay cuatro signos y síntomas principales del síndrome: 1) dolor, 2) sensibilidad muscular, 3) chasquido o ruido seco en la ATM y 4) limitación del movimiento mandibular, uni o bilateral, en proporción aproximadamente igual, a veces son desviación en la apertura. Además de estos cuatro hallazgos positivos, estos pacientes también tienen dos típicas características anormales: 1) ausencia de indicios clínicos, radiográficos, o bioquímicos de alteraciones orgánicas en la articulación propiamente dicha, y 2) ausencia de sensibilidad en la articulación cuando se palpa por el meato auditivo externo.

El dolor suele ser unilateral y se describe como apagado, en oído o en zona preauricular que se irradia al ángulo de la mandíbula, zona temporal o a la zona cervical lateral. Frecuentemente su intensidad variará entre la mañana y el resto del día.

A veces, los pacientes relacionan el comienzo de sus síntomas -- con algún suceso específico como una lesión traumática o por instalación de una prótesis.

B).- ARTRITIS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La artritis, o inflamación de las articulaciones, es una de las enfermedades más frecuentes que afecta a la raza humana, y la ATM no escapa a ella, aunque, ciertamente, no es una de las más afectadas -- comunmente. Esta articulación puede sufrir todas las formas de artritis, pero hay tres tipos comunes con las cuales el odontólogo debe estar familiarizado: 1) debida a una infección específica, 2) reumatoide y 3) osteoartritis o artrosis.

1.- Artritis debida a una infección específica:

La frecuencia de esta enfermedad es baja en comparación con la -- artritis reumatoide y la artrosis. Hay una gama de infecciones (como las producidas por gonococos, estreptococos, estafilococos, neumoco-- cos y bacilo tuberculoso) que pueden producir lesiones poliarticula-- res por vía sanguínea, metástasis linfática o por extensión directa -- desde una infección focal. Pero la ATM singularmente, escapa a tales infecciones, excepto a la gonococcica.

La forma más común de artritis temporomandibular infecciosa es --

la originada por la extensión directa de la infección hacia la articulación como resultado de una celulitis u osteomielitis adyacente. Esta extensión puede producirse tras una infección dental, de glándulas parótidas o hasta de una infección facial u ótica.

Características clínicas:

Los pacientes que sufren de artritis infecciosa aguda fundamentalmente se quejan de dolor intenso en la articulación, con mucha sensibilidad a la palpación o manipulación en la zona articular. El dolor es de tal intensidad que limita apreciablemente el movimiento.

La curación de esta forma de artritis deja una anquilosis ósea o fibrosa. La fibrosis es más común, pero en ambos casos hay limitación de movimiento.

2).- Artritis reumatoidea:

Es una enfermedad de etiología desconocida que, por lo general, comienza en la edad adulta y afecta a mujeres más que a varones, en una relación de por lo menos 2 a 1. Aunque esta enfermedad no se debe a una infección bacteriana específica, hay datos que indican que puede ser una reacción de hipersensibilidad a toxinas bacterianas, específicamente estreptocócicas.

La distribución de lesiones articulares es, casi siempre poliarticular y simétricamente bilateral. Los pacientes experimentan una larga serie de exacerbaciones y remisiones. En la artritis reumatoide

de la lesión temporomandibular no es particularmente común pese a -- que es una enfermedad poliarticular.

Características clínicas:

La artritis reumatoidea, en sus fases incipientes, puede presentar fiebre baja, pérdida de peso y cansancio. Las articulaciones afectadas están tumefactas, y el paciente se queja de dolor o rigidez. La lesión de la ATM puede presentarse concomitantemente con las demás, o aparecer después.

El dolor es causado por el movimiento mandibular durante la masticación o al hablar y dicho movimiento puede estar limitado a causa de la rigidez. Esta alcanza su punto máximo en la mañana y tiende a disminuir durante el día, con el funcionamiento continuo de la mandíbula. El chasquido articular no es común, pero cuando se produce se debe a alteraciones en cartilago y menisco articular.

Con el paso de los años, puede haber una anquilosis de la articulación, pero esto no sucede inevitablemente.

La artritis reumatoidea en niños (enfermedad de Still), cuando afecta la articulación temporomandibular, puede producir una maloclusión clase II división 1, con protrusión de incisivos superiores y mordida abierta anterior.

Características radiográficas:

Las radiografías revelan el aplanamiento y el acortamiento de los cóndilos y una falta de nitidez en la articulación, señal de una fibrosis periarticular.

3.- Osteoartritis o Artrosis:

La osteoartritis es el tipo más común de artritis y aparece, según se dijo por lo menos en algún grado, en todas las personas mayores de 40 años. Aunque su etiología es desconocida, está vinculada al envejecimiento. Las articulaciones afectadas en primer lugar son las que sostienen el peso del cuerpo y las sometidas a esfuerzos y tensiones: articulaciones de rodilla, cadera y columna.

Características clínicas:

Los signos y síntomas clínicos de la osteoartritis suelen estar ausentes en forma notoria, aún cuando haya cambios articulares histológicos de magnitud. Como la articulación temporomandibular no sostiene el peso, las alteraciones son insignificantes aunque haya artropatía en otras. Los cambios que ocurren pueden ser producto de alteración del equilibrio articular debido a la pérdida de todos los dientes o a lesión externa.

Los pacientes con osteoartritis en otras articulaciones pueden sentir un chasquido o cierre brusco en la ATM pero no necesariamente dolor. El ruido articular probablemente se debe al movimiento articular atípico resultante de la función cóndilo-disco-inarmónico a causa

de alteraciones en el cartílago articular. Es raro que haya limita---
ción del movimiento o anquilosis.

BIBLIOGRAFIA

1.- Gelb H.

An Orthopedic Approach to Oclusal Imbalance and TMJ Disfunction

181-190 p.p.

Vol. 23, 1979

Dent Clin North Am.

2.- Martínez Ross E.

Disfunción Temporomandibular

35-50 p.p.

1a. edición 1980

México, Taller Editorial, S.A.

3.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas

Oral Diagnosis/Oral Medicine

288-291 p.p.

3a. Edition, 1978

USA, Edit. LEA & Febiger

4.- Shafer William G.

Patología Bucal

658-633 p.p.

3a. edición 1977

México, Edit. Interamericana

5.- Weinberg Lawrence A. & Lager Lynn A.

Clinical Report on the Etiology and Diagnosis of TMJ Dysfunction-Pain Syndrome

642-653 p.p.

Vol. 44, No. 6

December 1980

The Journal of Prosthetic Dentistry

6.- Weinberg Lawrence A.

Role of Condylar Position in TMJ Dysfunction Pain Syndrome

636-644 p.p.

Vol. 41 June 1979

The Journal of Prosthetic Dentistry

CAPITULO VIII

ALTERACIONES INFECCIOSAS CON VECINDAD ANATOMICA

A).- OTITIS

Este padecimiento, como su nombre lo indica, está relacionado -- con el órgano del oído, el cual se compone de conducto o meato auditivo externo, oído medio y oído interno. Por lo que a continuación citaremos las patologías más frecuentes.

Otitis externa:

La infección del conducto auditivo puede ser localizada o difusa afectando a todo el conducto (otitis externa generalizada difusa). La otitis externa es más común durante la estación veraniega, porque en esta se acostumbra practicar la natación, con frecuencia se le conoce como oído de nadador.

Características clínicas:

Los pacientes con otitis externa difusa se quejan de prurito, dolor, secreción de detritus y pérdida de la audición. Existe dolor a la presión, sobre el tragus, lo que la diferencia de la otitis media.

La piel del conducto auditivo externo aparece roja, hinchada y pigmentada por los detritus purulentos. Cuando existen furúnculos y drenan, encontramos otorrea breve purulenta y sanguinolenta.

Otitis media aguda:

Es una infección bacteriana o viral del oído medio, generalmente secundaria a una infección de vías aéreas altas. Es frecuente entre -

los niños de corta edad, en particular entre los 3 meses y los 3 años.

Los microorganismos pueden emigrar desde la nasofaringe al oído medio por la superficie de la membrana mucosa de la trompa de Eustaquio o por propagación a través de la lámina propia, como celulitis o tromboflebitis diseminada.

Características clínicas:

La primera molestia suele ser un dolor de oído intenso y persistente, pérdida de la audición, fiebre, náuseas, vómitos y diarrea.

La membrana timpánica se encuentra eritematosa e inflamada; sus características físicas se vuelven indistintas y el reflejo luminoso es desplazado. La perforación de la membrana timpánica que se produce en forma espontánea puede ser seguida de una otorrea sanguinolenta y finalmente purulenta. Las complicaciones más frecuentes y graves son: mastoiditis aguda, petrositis, laberintitis, parálisis facial, sordera, meningitis, absceso epidural y absceso cerebral, así como trombosis del seno lateral, empiema subdural e hidrocefalia tóptica. Entre los síntomas de complicación inminente figuran el dolor de cabeza, sordera profunda súbita, vértigo, escalofríos y fiebre.

Otitis media secretora:

Es el derrame estéril en el oído medio originado por resolución incompleta de una otitis media aguda y obstrucción de la trompa de Eustaquio. La obstrucción puede deberse a procesos inflamatorios en

la nasofaringe, manifestaciones alérgicas, adenoides hiperplásicas y a neoplasias benignas o malignas.

El oído medio es normalmente ventilado de 3 a 4 veces por minuto al abrirse la trompa de Eustaquio durante la deglución. El O_2 es absorbido por la sangre de los vasos de la membrana mucosa del oído medio y si se encuentra alterada la permeabilidad de la trompa de Eustaquio se desarrolla una presión negativa relativa dentro del oído medio.

Características clínicas:

Al principio hay una retracción ligera de la membrana timpánica, y posteriormente se desarrolla en el oído medio un exudado que se produce a partir de los vasos sanguíneos de la membrana mucosa, se le reconoce por la inmovilidad y coloración que produce en el tímpano color ámbar o gris. A través de la membrana timpánica se puede observar un nivel de aire-líquido o burbujas de aire. También encontramos que se produce una sordera por conducción.

B).- SINUSITIS

La sinusitis maxilar, inflamación aguda o crónica del seno maxilar, suele deberse a la extensión de la infección dental pero también se origina por enfermedades infecciosas como resfriado común, gripe y enfermedades exantémicas; por extensión local de la infección de los

senos frontales o paranasales adyacentes o por lesión traumática de estos, con infección sobreagregada. La generación de la sinusitis maxilar como consecuencia de la extensión de la infección dental depende en gran medida de la relación y cercanía de los dientes con el seno. Cuando la sinusitis es secundaria a la infección dental, los microorganismos asociados con la primera son los mismos de esta.

Sinusitis maxilar aguda:

Esta enfermedad puede ser el resultado de un absceso periapical agudo o a la exacerbación aguda de una lesión periapical inflamatoria que afecta al seno por extensión directa. A veces se reactiva una sinusitis crónica latente al extraer un molar superior y perforar el seno.

Características clínicas:

Los pacientes con sinusitis del maxilar aguda experimentan dolor de intensidad moderada con tumefacción del seno suprayacente. La presión ejercida sobre el maxilar aumenta el dolor. Es frecuente que la sensación dolorosa sea de presión. Puede irradiarse a diversas zonas, incluidos dientes y oído. Los síntomas de la sinusitis maxilar aguda dependen de la actividad o virulencia de las bacterias infectantes y de la presencia de un orificio ocluido. Cualquier movimiento o contacto puede agravar el dolor. La descarga nasal al principio puede ser acuosa o serosa, pero pronto se torna mucopurulenta, gotea a la nasofaringe y causa irritación constante. Esto produce espectoración o --

carraspera. En la sinusitis consecutiva a un diente infectado la secreción tiene un olor sumamente desagradable. En esta enfermedad hay toxemia general con escalofríos, sudación, fiebre, mareos y náuseas. Es muy común la disnea.

La transiluminación y una radiografía de Waters pueden ser de gran ayuda para el diagnóstico de este padecimiento.

Sinusitis maxilar crónica:

Esta afección se origina a continuación de una lesión aguda o simplemente se produce como crónica desde el principio.

En la sinusitis maxilar aguda o crónica es preciso tener en cuenta la posibilidad de la infección por mucormicosis especialmente en pacientes diabéticos.

Características clínicas:

Los síntomas clínicos de esta enfermedad pueden faltar, y descubrir la enfermedad únicamente durante un examen de rutina. A veces hay un dolor vago, o una sensación de obstrucción en el lado afectado de la cara. Puede haber descarga de pus leve hacia la nariz y aliento fétido.

El signo anatomopatológico fundamental de la sinusitis crónica es la proliferación celular. El revestimiento es grueso e irregular. En algunos casos la luz de la cavidad puede estar casi ocluida por el

engrosamiento de la membrana. El proceso edematoso ataca el orificio del seno y causa oclusión completa, de manera que cesa el drenaje.

Características radiográficas:

En la radiografía la sinusitis se ve como un enturbiamiento del seno debido al tejido hiperplástico o al líquido presente. Es menester comparar las radiografías de ambos senos antes de intentar el diagnóstico.

C).- PAROTIDITIS (epidémica)

La parotiditis (paperas) es una infección viral aguda o contagiosa que se caracteriza principalmente por hinchazón unilateral o bilateral de las glándulas salivales, por lo común la parótida. Las glándulas submaxilar y sublingual a veces son atacadas, pero raramente sin que lo esté la parótida. A veces son también afectados ciertos órganos internos además de las glándulas salivales. Aunque suele ser una enfermedad de la niñez, también se da en adultos, y entonces la tendencia a las complicaciones es mayor. Esta enfermedad tiene un periodo de incubación de dos a tres semanas.

Características clínicas:

La enfermedad suele ser precedida por cefaleas, escalofríos, fiebre moderada, vómitos y dolor debajo de la oreja. Estos síntomas van seguidos de la hinchazón firme, algo gomosa o elástica de las glándu-

las salivales, que con frecuencia eleva el pabellón auricular, y que dura alrededor de una semana. Estas tumefacciones producen dolor al masticar y deglutir. La afección parotídica bilateral ocurre aproximadamente en el 70% de los pacientes.

Es interesante señalar que el virus de la parotiditis epidémica se encuentra en la saliva de personas enfermas. Por ello la diseminación y la infección por gotas son comunes. Asimismo se hizo que la papila del orificio de salida del conducto parotídeo en la mucosa vestibular suele estar tumefacta y enrojecida.

Complicaciones:

Como complicación de la enfermedad pueden quedar afectados otros órganos del cuerpo. Estos incluyen testículos, ovarios, páncreas, --- glándulas mamarias y a veces próstata, epidídimo y corazón. Cuando la enfermedad ataca al varón adulto, la orquitis es el mayor peligro y se origina alrededor de un 20% de los enfermos. Esta suele ser unilateral, pero en algunos casos puede ocasionar esterilidad completa. La lesión del páncreas suele causar una elevación de la lipasa sérica. - También está elevada la amilasa sérica, pero esto es independiente de la lesión pancreática. La meningoencefalitis, la sordera y la masti-- tis son otras complicaciones ocasionales.

Parotiditis inespecífica:

Hay varios estados inespecíficos que se caracterizan por el a---

grandamiento de una o más glándulas salivales que no guardan relación etiológica con la parotiditis epidémica, o verdadera, pero que ofrecen apreciables dificultades en el diagnóstico y separación diferencial de ésta. Aunque no todos son de origen microbiano específico, algunas de las afecciones más comunes serán estudiadas aquí en razón de su semejanza macroscópica y a veces microscópica con la parotiditis epidémica. Estas incluyen: 1) sialadenitis inespecífica crónica, 2) parotiditis posoperatoria aguda, 3) parotiditis nutricional, 4) parotiditis química y 5) varias.

1).- Sialadenitis inespecífica crónica:

Es una enfermedad inflamatoria insidiosa de las glándulas salivales principales que se caracteriza por la hinchazón intermitente de esas glándulas, lo cual conduce a la formación de masas fibrosas apreciables a simple vista. Este procedimiento fué estudiado por King y Koerner, y se observó que era más común en adultos, particularmente en varones.

La causa más frecuente es la presencia de cálculos en los conductos salivales con la ulterior infección bacteriana piógena. Pero cualquier situación que ocasione la oclusión del conducto salival, como la presencia de tumores o cuerpos extraños, cicatrices, pueden dar por resultado esta forma de enfermedad.

2).- Parotiditis posoperatoria aguda:

Esta afección tiene una larga e interesante historia recientemente revisada por Schwartz y colaboradores. Aunque en un principio se atribuyó a una variedad de factores posibles, ahora se cree que es producto de una infección retrógrada (infección que llega a la glándula parótida debido a microorganismos que ascienden por el conducto parotídeo) en pacientes debilitados y enfermos por deshidratación, supresión de la secreción salival, vómitos o respiración bucal o ambas, después de un procedimiento quirúrgico. De manera que se piensa que la xerostomía, o sequedad de la boca, es uno de los factores más importantes, puesto que el estancamiento del flujo salival permitirá la ascensión de los microorganismos por el conducto, hacia la glándula.

La mayoría de los pacientes atacados son adultos, de edad mediana o mayores. La afección bilateral de la glándula parótida es común y los signos y síntomas suelen comenzar entre el segundo y vigésimo día posoperatorio. Cualquier procedimiento quirúrgico puede ser seguido de esta lesión, no solo una operación local en la zona de las glándulas salivales, aunque se desconoce el mecanismo exacto.

El comienzo de la enfermedad es rápido y con frecuencia va acompañada de dolor intenso y rápida hinchazón de la glándula parótida. La piel subyacente puede estar enrojecida, y el edema, abarcar el carrillo, zona periorbitaria y cuello. Hay trismo y fiebre de poca intensidad con cefalea, malestar general y leucocitosis. Es posible extraer una descarga purulenta del conducto parotídeo, mediante presión

digital ejercida a lo largo de este, en dirección a su orificio. Con solo antibióticos suele tratarse esta enfermedad.

3).- Parotiditis nutricional:

Son muchos los investigadores que publican noticias sobre un agrandamiento crónico, asintomático y bilateral de las glándulas parótida o submaxilar, o de ambas, con características epidémicas en poblaciones mal nutridas. No se han identificado los factores de la alimentación que intervienen específicamente, pero las lesiones se dan con mayor frecuencia en pacientes con signos múltiples de deficiencia nutricional, como hipoproteïnemia, anemia, queilosis angular, pigmentación pelagroide de manos y cara, y peso inferior al normal. La afección es progresiva, pero se desarrolla con relativa lentitud. Es algo más común en adultos jóvenes y de edad mediana.

4).- Parotiditis yódica:

A veces la administración de yodo orgánico o inorgánico provoca la hinchazón bilateral de las glándulas salivales y a esto suele denominarse "parotiditis" por yodo. Esta afección ha sido revisada por Carter, quien señaló que probablemente representa una reacción propia del yodo.

Otro ejemplo de hinchazón glandular salival experimental inducida es la que sigue a la administración de isoproterenol a ratas, comunicada por Selye y colaboradores. En este caso, el agrandamiento se

debe a una hipertrofia verdadera de las células de los acinos.

5).- Factores varios:

Hay otras situaciones en las cuales puede ocurrir la tumefacción de las glándulas salivales, por ejemplo, la hinchazón de estas es común en el síndrome de Sjörger, enfermedad de Mikulicz o lesión linfoepitelial benigna, cálculos de los conductos salivales y fenómenos alérgicos.

La enfermedad fibroquística (mucoviscidosis) del páncreas es una alteración hereditaria del mecanismo secretor en la mayor parte de las glándulas exocrinas del organismo, incluidas las salivales.

Sin embargo, como sucede con todo estado inespecífico de una naturaleza etiológica tan variada, siempre hay un grupo idiopático en el cual la valoración más minuciosa de los datos clínicos, microscópicos y de laboratorio no revela la causa de la enfermedad, es el caso de las parotiditis no infecciosas una cierta proporción de casos no tienen explicación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Leipzig Bruce & Obert Paul
Parotid Gland Swelling
1085-1093 p.p.
Vol. 9, No. 6 1979
The Journal of Family Practice

- 2.- Merck Sharp & Dome
Manual Merck de DX y Terapéutica
809-816 p.p.
4a. edición 1968
USA

- 3.- Mitchell F. David, Standish Miles S. & Fast B. Thomas
Oral Diagnosis/Oral Medicine
286-287, 348-363 p.p.
3a. Edition 1978
USA, Edit. LEA & Febiger

- 4.- Rabuzzi D.D., Johnson J.T.
Diagnosis and Management of Deep Neck Infections
Self-Institutional Package
Rochester Minn.
1976

5.- Shafer William G.

Patología Bucal

347-350, 473-474 p.p.

3a. edición 1977

México, Edit. Interamericana

6.- Thoma : Gorlin J. Robert & Goldman M. Henry

Patología Oral

1065-1066, 1075-1083 p.p.

1a. edición 1973

Barcelona, Edit. Salvat

CAPTULO IX

RESULTADOS

RESULTADOS

A través de la realización de este trabajo hemos encontrado, que actualmente, existe la tendencia de dejar a un lado la relación médico-paciente, y esto puede tener su origen en la mecanización de las acciones del profesional de la Odontología, en el diagnóstico y manejo del paciente. También observamos que el paciente es considerado como una entidad aislada de un medio ambiente, y que sus caracteres psicicos no son tomados en cuenta; solamente el aspecto biológico se toma en consideración.

Si a través de nuestra formación profesional hemos recibido la enseñanza de que el ser humano es un ente biopsicosocial, es necesario buscar en estas tres esferas, información mediante el establecimiento de una relación médico-paciente, de los orígenes de un padecimiento o el padecimiento en sí, para poder encaminar las acciones terapéuticas hacia la solución o control del mismo, y de esta manera otorgar el alivio del dolor que es en primera instancia el motivo por el cual el paciente acuda con el profesional de la salud, llámese Dentista, Médico, etc.

Además es necesario señalar que dada la diversidad de los padecimientos que afectan a la cavidad oral y estructuras adyacentes, también encontramos cierta controversia entre los diferentes autores acerca de la terminología y características clínicas de estos, lo que

puede dificultar aún más, la elaboración de un diagnóstico acertado.

CAPITULO X

DISCUSION

DISCUSION

A través de la experiencia adquirida en el transcurso de nuestra estancia en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza", que dadas las condiciones del plan de estudios de la Carrera como --- son: el binomio docencia-servicio, ampliación de la cobertura al menor costo, etc. se ha producido que la relación médico-paciente se ve afectada, no obstante que dicho plan también contempla al individuo como un ente biopsicosocial.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, el problema se agrava ya que el egresado ha recibido un adiestramiento que lo obliga a disminuir el tiempo por paciente, es decir, a apresurar sus acciones para evaluar el padecimiento actual, sin tomar en cuenta las tres esferas que conforman al individuo, produciendo en ocasiones diagnósticos erróneos o que no satisfacen las expectativas del paciente acerca del mismo y de la terapéutica que se aplique.

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El diagnóstico de las patologías a nivel bucofacial, va desde lo obvio hasta lo indefinido es decir, que de acuerdo a las manifestaciones clínicas podemos en un momento dado dar un diagnóstico acertado, pero en la mayoría de los casos es necesario recurrir a los auxiliares de diagnóstico para llegar a éste.

También es necesario diferenciar las distintas enfermedades por sus rasgos característicos, que deberán ser identificados plenamente en base al conocimiento teórico y práctico por existir mucha similitud entre algunas patologías y en determinados casos solo se descubre la naturaleza de las mismas durante el transcurso del tratamiento.

CAPITULO XII

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

- * Es necesario unificar los criterios clínicos para establecer la terminología médica que permita ubicarnos en el contexto de cada enfermedad.
- * Dar la importancia que merece, a la relación médico-paciente dentro del ámbito de las ciencias de la salud.
- * Considerar al individuo como una entidad biopsicosocial durante el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.
- * Que los alumnos de nuevas generaciones conozcan la importancia y características formales del proceso de elaboración de un diagnóstico, así como, de los pasos necesarios para llegar a éste, mediante la experiencia que los docentes puedan transmitirles a través de su formación profesional