

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
E. N. E. P. ZARAGOZA
ODONTOLOGIA



DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO

T E S I S

Que para obtener el Titulo de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

GUADALUPE LOURDES CORREA RODRIGUEZ

Asesor: C. D. José Castillo Flores



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.

Introducción.....	1
Fundamentación de la elección del tema.....	2
Planteamiento del problema.....	2
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	4

Capítulo I.- COMPARACION ENTRE EL METODO CIENTIFICO Y EL
METODO CLINICO

Generalidades.....	5
Planteamiento del problema.....	5
Recopilación de datos.....	6
Hipótesis.....	6
Experimentación.....	7
Comprobación.....	7
Conclusiones.....	7
Redacción del informe.....	8
Bibliografía.....	10

Capítulo II.- DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO

Definición.....	11
Importancia del diagnóstico.....	11
Tipos de diagnóstico.....	11
Bibliografía.....	16

Capítulo III.- INTERROGATORIO Y EXPLORACION

INTERROGATORIO

Definición.....	17
Clasificación.....	17

EXPLORACION

Definición.....	17
Clasificación.....	17
Bibliografía.....	19

Capítulo IV.- HISTORIA CLINICA

Definición.....	20
Clasificación.....	20

COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

Datos generales.....	21
Motivo de la consulta.....	21
Padecimiento actual.....	22
Signos vitales.....	22
Antecedentes no patológicos.....	25
Antecedentes patológicos.....	26

EXPLORACION DE CABEZA Y CUELLO

Ganglios linfáticos.....	29
Articulación temporomandibular.....	31
músculos de la masticación.....	33
Cavidad oral.....	36
Parodonto.....	40
Examen dentario.....	40
Oclusión.....	41
Bibliografía.....	43

Capítulo V.- METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Definición.....	44
Biometría hemática.....	44
Tiempo de sangrado.....	46
Tiempo de coagulación.....	46

química sanguínea.....	46
Examen general de orina.....	47
Examen radiográfico.....	48
Modelos de estudio.....	50
Biopsias.....	51
Citología exfoliativa.....	52
Pruebas con azul de toluidina.....	53
Bibliografía.....	55
Conclusiones.....	56
Propuestas y recomendaciones.....	57
Bibliografía general.....	59

INTRODUCCION

En la práctica diaria del odontólogo es de primordial importancia la correcta elaboración de la historia clínica para el establecimiento del diagnóstico adecuado de las diferentes enfermedades sistémicas con manifestaciones o repercusiones orales y - de la misma manera diagnosticar alteraciones en cavidad oral -- que afectan a nivel sistémico.

La identificación de una enfermedad por medio de la correcta valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente, nos indicará la terapéutica a seguir y los cuidados a los que habrá que someterlo.

El interrogatorio y la exploración física son otros métodos mediante los cuales nos vamos a auxiliar al realizar la historia clínica para llegar al diagnóstico; así como los métodos auxiliares de diagnóstico (biometría hemática, tiempo de sangrado, - tiempo de coagulación, estudio radiográfico, modelos de estudio, etc.)

La adecuada utilización de la metodología clínica y los instrumentos necesarios en el estudio y evaluación de nuestro paciente nos permitirá, al llegar a la etapa de comprobación, integrar toda la información obtenida y concluir en un diagnóstico acertado con un plan de tratamiento adecuado.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Es primordial para el odontólogo tener conocimiento previo de un diagnóstico definitivo para elaborar y aplicar el plan de tratamiento más adecuado.

Tomando en cuenta la importancia de lo anterior y la limitación de este tema en la parte teórica y sobre todo en la clínica, así como los materiales de apoyo existentes en la E.N.E.P. "Zaragoza"; consideramos benéfico ampliarlo para que las generaciones siguientes tengan una visión más amplia y un conocimiento más acertado de los diversos métodos y procedimientos que pueden utilizarse para llegar a la identificación final de una enfermedad. Siendo esta una tesis con apoyo audiovisual para asegurar su comprensión; y como complemento a un manual teórico de diagnóstico estomatológico elaborado por otras compañeras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Objeto de estudio: Diagnóstico Estomatológico.

Los primeros indicios en la práctica médica primitiva se remontan más o menos a 10,000 años antes del período histórico del hombre europeo.

Los miembros de las sociedades primitivas no distinguían entre medicina y religión. Mientras hoy se cree que la enfermedad y la muerte son resultados de causas naturales, el hombre primitivo las consideraba obras de agentes sobrenaturales: los dioses, los demonios, los hechiceros, etc.

En consecuencia es lógico suponer que el diagnóstico de una enfermedad que tenía por causa estos fenómenos sobrenaturales no podía haber sido hecho mediante la sola observación y examen del paciente; el médico primitivo debería utilizar también procedimientos sobrenaturales y recurrir a las diferentes técnicas de adivinación como eran: la magia, los estados de éxtasis, la contemplación de los astros, la interpretación de los sueños, etc.

También es lógico suponer que para combatir esas fuerzas sobrenaturales el tratamiento debía ser basado en ceremonias mágico-religiosas; por lo general estas ceremonias consistían fundamentalmente en oraciones y conjuros, conteniendo también elementos de carácter psicoterapéutico y eventualmente remedios efectivos.

Antes del siglo IV D.C., Súsruta, entre los distinguidos nombres de la medicina india, daba amplia instrucción con respecto al diagnóstico. Se debía recurrir al interrogatorio y al examen por los cinco sentidos; se observaba el pulso, se practicaba por los médicos indios 1,000 años antes de que los europeos descubriesen este método, la degustación de la orina para determinar la presencia de diabetes.

Los médicos indios eran además magníficos observadores, determinaban la constitución según la morfología corporal y formulaban el pronóstico no solamente por medio de los augurios, sino también gracias a la observación de las facies.

La época actual se caracteriza por los avances vertiginosos de la ciencia. La medicina no se ha quedado atrás, se han creado instrumentos y métodos de diagnóstico de gran complejidad: el microscopio electrónico, la microespectrofotometría, la electrocardiografía, el cateterismo cardíaco, etc. Se ha indagado la estructura química de nuestros compuestos orgánicos y se ha hecho posible su síntesis en el laboratorio. Mediante el empleo de éstos, se han explorado la acción catalítica y las reacciones en cadena que ocurren en la intimidad del organismo.

La fisiología ha estrechado sus lazos con la bioquímica y ahora estudia problemas tan complejos como son: el de las relaciones entre las hormonas, los electrolitos y las enzimas en las estructuras subcorticales del cerebro, esto ha traído como consecuencia el progreso sorprendente también de la terapéutica, el descubrimiento de la insulina, los antibióticos, las vitaminas, drogas psicotrópicas, etc. No son sino algunas de las conquistas de los últimos 50 años en el campo de la terapia; -

se puede decir que en buen grado el dolor y la infección han sido controlados.

De todo esto se deriva la necesidad del odontólogo de trabajar hombro con hombro con el médico y demás facultativos de esta área. Esta colaboración necesaria exige del conocimiento que le permita la comunicación interdisciplinaria.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Proporcionar una información más amplia de los medios y métodos de diagnóstico estomatológico con la ayuda del material audiovisual.

Objetivos particulares:

- 1.- Conocer con detalle los diferentes métodos y procedimientos que pueden utilizarse para llegar a la identificación final de una enfermedad o anomalía.
- 2.- Estar familiarizado con las características, la evolución y el desarrollo de las anomalías.
- 3.- Sugerir y proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado.

HIPOTESIS

Si conocemos los signos y síntomas así como los métodos y procedimientos utilizados para llegar a la identificación final de una enfermedad, tendremos una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado.

CAPITULO I

COMPARACION ENTRE EL METODO CIENTIFICO Y EL METODO CLINICO

El método científico es todo un procedimiento formado por una -- secuencia lógica y sistematizada de actividades que permiten -- descubrir las características de los fenómenos mediante el ra-- ciocinio y la comparación a través de la demostración y la veri-- ficación.

Existe una diferencia entre técnica y método: método significa -- el camino a seguir mediante una serie de operaciones y reglas -- prefijadas de antemano aptas para alcanzar el resultado propues-- to; y la técnica no es el camino como el método, sino el arte o manera de recorrer ese camino.

El método clínico es un sistema de pensamiento aplicado al indi-- viduo. Quien lo usa se enfrenta a un individuo cuyo problema -- debe solventar en forma inmediata o mediata, la enfermedad o -- transtorno en este caso es la expresión de la situación concre-- ta en general, particular e individual en la que se desenvuelve dicho individuo, pero la posibilidad de percibir el problema y sobre todo de lograr su solución se limita fundamentalmente a -- su condición individual.

Las etapas generales que componen la investigación son:

- Planteamiento del problema
- Recopilación de datos
- Hipótesis
- Experimentación
- Conclusiones
- Redacción del informe

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es la delimitación de los procesos que conforman el objeto de -- estudio. Es pasar del nivel sensorial al nivel lógico del cong-- cimiento.

Toda investigación debe tener un objetivo determinado, pues es

de sentido común que cuando no se sabe lo que se busca, no se puede saber lo que se ha de encontrar. De lo anterior se desprende que un planteamiento inadecuado del problema tendrá repercusión en las distintas etapas de la investigación, a tal grado, que pueden entorpecer el desarrollo general de la misma.

La delimitación del problema sobre el cual opera el método clínico es el individuo sano o enfermo.

RECOPIACION DE DATOS

Para la tarea de recopilación de datos existen numerosos procedimientos variables conforme a las circunstancias concretas de la índole de la investigación.

El volumen y el tipo de información cualitativa y cuantitativa que se recaben en el trabajo de campo, deben estar plenamente justificados por los objetivos y las hipótesis de la investigación o de lo contrario se corre el riesgo de recopilar datos de poca o ninguna utilidad para efectuar un análisis adecuado del problema.

En el método clínico los pasos para recabar dicha información son los realizados en la historia clínica:

- Ficha de identificación
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personas patológicos
- Antecedentes heredo-familiares
- Padecimiento actual
- Exploración física general o especial

HIPOTESIS

"La hipótesis es un punto de partida, una tentativa de explicación de los hechos formulados al comienzo de la investigación - destinada a orientar la búsqueda de algo" (1)

Las hipótesis sobre el origen y comportamiento del proceso salud-enfermedad no deben circunscribirse únicamente a las relaciones entre factores de riesgo y enfermedades, sino que deben

incorporar la explicación de todos los procesos, sujetos a diferentes tipos de leyes que determinan dicho origen y comportamiento. (2)

La hipótesis equivale al diagnóstico de presunción en el método clínico basado en los signos y síntomas que presenta el paciente.

EXPERIMENTACION

La experimentación permite medir probabilísticamente la realidad causal que se establece entre las variables y estar en posibilidad de confirmar o rechazar la hipótesis sometida a prueba.

Dentro del método clínico consideramos la etapa de experimentación como las medidas transitorias o el tratamiento inicial.

COMPROBACION

Esto se refiere a la elaboración de datos, análisis e interpretación. Los datos recopilados mediante algunos procedimientos indicados precedentemente deben ser elaborados y clasificados - con arreglo a ciertos criterios de sistematización para proceder al recuento de los mismo conforme al sistema más adecuado o factible.

Los datos en sí mismos tienen limitada importancia; "es necesario hacerlos hablar", en ello consiste el análisis e interpretación de datos.

En el método clínico realizamos dicha comprobación basándonos - en los exámenes clínicos y paraclínicos tales como: exámenes de sangre, de orina, radiológicos, etc.

CONCLUSIONES

Permiten confirmar o rechazar total o parcialmente desde el plano teórico las hipótesis formuladas. La confirmación o rechazo total o parcial de los juicios de probabilidad en forma más definida únicamente ocurre cuando el conocimiento producido perm

te en la práctica la transformación del objeto problema de estudio.

El diagnóstico definitivo es la conclusión a la que se llega en el método clínico basado en los diferentes exámenes auxiliares y valoración del paciente.

REDACCION DEL INFORME

La última etapa consiste en presentar por escrito los resultados de la investigación, los datos en que se apoyan y se indican -- los métodos y las técnicas utilizadas.

El clínico deja registrada toda su información en el expediente clínico.

COMPARACION ENTRE EL METODO CIENTIFICO Y EL METODO CLINICO

METODO CIENTIFICO	METODO CLINICO
<ul style="list-style-type: none"> - DELIMITACION DEL PROBLEMA - RECOPIACION DE DATOS - HIPOTESIS - EXPERIMENTACION - COMPROBACION - CONCLUSION - REDACCION DEL INFORME 	<ul style="list-style-type: none"> - INDIVIDUO SANO O ENFERMO - ANAMNESIS PERSONAL, FAMILIAR REMOTA O ACTUAL. EXPLORACION FISICA GENERAL O ESPECIAL - DIAGNOSTICO CLINICO DE PRE--SUNCION - MEDIDAS TRANSITORIAS, TRATAMIENTO INICIAL (DIAGNOSTICO TERAPEUTICO) - EXAMEN CLINICO Y PARACLINICO (EXAMENES DE SANGRE, ORINA, VITALIDAD PULPAR, RADIOLOGICO, ETC.) - DIAGNOSTICO DEFINITIVO - NOTAS EN EL EXPEDIENTE Y TRATAMIENTO DEFINITIVO.

BIBLIOGRAFIA

- Raúl Rojas Soriano
Guía para realizar investigaciones sociales
Textos universitarios
México 1979.

- Esequiel Andereg
Técnicas de investigación

- Hernán San Martín
Salud y enfermedad
3a. edición
La prensa médica Mexicana

CAPITULO II DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es la habilidad y destreza del clínico para reconocer por medio de signos y síntomas, la naturaleza de los procesos patológicos.

DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO

El diagnóstico estomatológico, es la identificación de procesos patológicos en la cavidad oral y en otra parte del organismo, - con la finalidad de lograr un diagnóstico integral.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO

La importancia del diagnóstico se basa en el análisis detallado de los signos y síntomas presentes, el conocimiento de la etiología, tanto como de las manifestaciones radiográficas e histopatológicas del proceso morboso.

Se mencionan en la bibliografía algunos tipos de diagnóstico, - los cuales debemos valorar cuidadosamente para obtener a través de ellos nuestro diagnóstico diferencial.

TIPOS DE DIAGNOSTICO

- 1.- Diagnóstico clínico
- 2.- Diagnóstico radiológico
- 3.- Diagnóstico a través de datos anamnésticos
- 4.- Diagnóstico de laboratorio
- 5.- Diagnóstico quirúrgico
- 6.- Diagnóstico terapéutico
- 7.- Diagnóstico inmediato o de presunción
- 8.- Diagnóstico diferencial
- 9.- Diagnóstico definitivo

1.- Diagnóstico clínico.

Este consiste en la identificación de una enfermedad; basado so lo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica, los que son observables con los ojos o palpables manualmente sin acudir a datos o información - de otro origen.

La utilización de este método debe limitarse solo a la identificación de aquellas enfermedades cuyos caracteres sean específicos de ellas mismas.

2.- Diagnóstico radiológico

Este, como auxiliar de diagnóstico, debe limitarse a la identificación de aquellas enfermedades cuyas características y aspectos radiográficos sean específicos; se obtienen los caracteres y criterios diagnósticos de este método a través de las radiografías.

3.- Diagnóstico a través de datos anamnésicos.

Es aquel en que se establece un diagnóstico definitivo valorando en forma adecuada la información obtenida mediante el interogatorio al realizar la historia clínica, como son:

- a) La valoración de la historia personal (edad, sexo y ocupación
- b) La historia del estado médico pasado y presente que a menudo tiene gran importancia diagnóstica
- c) La presentación y valoración de los datos de la enfermedad actual (el comienzo de la enfermedad, su duración y evolución)

4.- Diagnóstico de laboratorio

Con este vamos a establecer un diagnóstico seguro, completando el cuadro clínico, anamnésico y radiográfico con los resultados de las pruebas de laboratorio pertinentes.

5.- Diagnóstico quirúrgico

Las características clínicas y radiográficas pueden identificar se de forma definitiva por medio de la exploración quirúrgica - de una cavidad, como es el caso de la sospecha de un absceso sub perióstico que se confirma mediante una incisión que produce la liberación de un exudado purulento.

6.- Diagnóstico terapéutico.

Hay algunas enfermedades cuya identidad es difícil de establecer, pero que se reconocen en forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico; de esta manera dicha respuesta nos da la clave del diagnóstico.

Aclarando que este procedimiento se recomienda sólo en los casos en que el diagnóstico no se pueda establecer fácilmente de otra forma.

7.- Diagnóstico inmediato o de presunción

Se basa por lo general en solo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas, sin que la corroboren datos obtenidos por la - - anamnesis.

Aunque este diagnóstico puede ser correcto, el clínico más experto cuidará este procedimiento.

8.- Diagnóstico diferencial.

Es la acumulación y elección de datos importantes a partir de - todas las posibles fuentes, antes de establecer un diagnóstico definitivo cuando un estado patológico puede deberse a dos o -- más enfermedades o anomalías distintas.

Este método es el de más confianza, el que por su misma naturaleza proporciona el mayor grado de seguridad.

9.- Diagnóstico definitivo.

Este es el diagnóstico final; basado en la apreciación correcta y demostrables de todos los datos disponibles.

ETIOLOGIA

Es muy importante el conocimiento de la etiología de una enfermedad desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, pues - numerosos problemas diagnósticos se resuelven fácilmente al determinar las causas de las enfermedades, y en lo que se refiere a tratamiento, también es muy importante conocer la etiología, ya que numerosas enfermedades se tratan con éxito mediante conducta terapéutica dirigida a eliminar el factor causal.

PATOGENIA

El término patogenia se refiere a un conjunto de conocimientos relativos a todo el proceso patológico, sobre todo a su comienzo, su desarrollo por etapas, sus variaciones, su evolución típica y su resolución.

Un total conocimiento de la patogenia proporciona al clínico no solo un entendimiento profundo de la enfermedad, sino también - una familiarización de su cuadro clínico, imagen radiográfica, estado patológico, pronósticos, etc.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Es evidente que el conocimiento de las manifestaciones clínicas y de los síntomas subjetivos de un proceso patológico son esenciales en cada procedimiento diagnóstico, aunque de hecho, en - algunos casos, como se ha dicho anteriormente, basta el cuadro clínico para establecer el diagnóstico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las características histológicas de un proceso patológico determinadas por medio de una biopsia, son a menudo de gran importancia

cia diagnóstica.

Y con frecuencia el método diagnóstico que establece la identificación definitiva.

TERMINOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES.

Es importante que el clínico se familiarice con la diversidad de nombres, que se han inventado y usado para referirse a una entidad patológica; ya que por desgracia aún existe en odontología -- un vocabulario confuso y se emplean a menudo varios sinónimos -- para designar una sola enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- **Dr. David F. Mitchell**
Dr. Miles Standish
Dr. Thomas B. Fast
Propedeutica odontológica
2a. edición
Ed. Interamericana

- **Zegarelli Eduard V.**
Diagnóstico de patología oral
Ed. Salvat

CAPITULO III INTERROGATORIO Y EXPLORACION

INTERROGATORIO

El interrogatorio es la primera parte de la exploración clínica, que servirá para ponernos en contacto directa o indirectamente con el sujeto o terceras personas para investigar el estado actual y los antecedentes de él y de su familia. Su estudio merece toda la atención, cuidado y esmero por parte del examinador encargado de su elaboración, aconsejándose que se emplee un lenguaje sencillo, claro y fácil de entenderse por cualquier enfermo.

El interrogatorio se divide en dos grupos, que son: interrogatorio directo o interrogatorio indirecto.

El interrogatorio directo es aquel en que el clínico se dirige personalmente al enfermo para obtener los datos que considere necesarios.

Y el interrogatorio indirecto es aquel en que las preguntas se dirigirán a terceras personas que vivan con el enfermo por encontrar dificultades en la elaboración del interrogatorio directo, por ejemplo: estado de coma, shock, gravedad extrema, trastornos psicológicos.

EXPLORACION

Una vez que se han recolectado todos los signos clínicos por medio del interrogatorio, se pasará a emplear un conjunto de procedimientos de exploración física, que servirán para confirmar aquellos datos que fueron referidos durante el interrogatorio, descubrir nuevos signos a través del empleo de ellos y buscar aquellos signos clínicos que por falta de interpretación u olvido no fueron referidos durante el interrogatorio.

Los procedimientos de exploración física que comunmente se emplean son los siguientes: inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción.

INSPECCION

La inspección es el primer método de exploración física en el que se emplea únicamente el sentido de la vista para corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio y agregar nuevos signos clínicos propios de esta maniobra.

PALPACION

Es el método de exploración física en el que se va a utilizar únicamente el sentido del tacto de las manos para corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio y la inspección; agregándose además datos propios de esta maniobra como son: temperatura, dolor, tono muscular y movimientos.

PERCUSION

Este es un método de exploración física que consiste en dar golpecitos con la mano o con algún instrumento sobre cualquier segmento del cuerpo para producir movimientos, despertar dolor u originar ruidos.

AUSCULTACION

Es un método de exploración física en el que se emplea únicamente el sentido del oído y mediante él vamos a recoger ruidos o sonidos que se originan en el interior de los órganos o tejidos del organismo.

OLFACION

La olfacción es un procedimiento físico en el que se emplea el sentido del olfato para recoger las diferentes percepciones olorosas que se están desprendiendo en el organismo en condiciones normales o en ciertos estados patológicos. Aunque esta es una técnica que ha caído en desuso, ya que se ha comprobado que ocasiona alteraciones en vías respiratorias del médico u odontólogo que la utiliza.

BIBLIOGRAFIA

- Dr. David F. Mitchell
Dr. Miles Standish
Dr. Thomas B. Fast
Propedeutica Odontológica
2a. Edición
Ed. Interamericana

- Dr. Germán Raúl Domínguez Vargas
Dra. Adela Rodríguez Mendoza
Semiología Clínica
México 1973

CAPITULO IV HISTORIA CLINICA

La historia clínica es una forma de registro donde quedarán -- anotados los datos generales de un paciente, y sus signos clínicos obtenidos mediante las entrevistas con éste, siendo de gran utilidad para establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento porque en ella vamos a registrar cuál es el estado de salud o enfermedad del paciente y su familia; se sabrá con precisión las enfermedades que hubiera padecido desde su nacimiento hasta la realización de este documento.

En la práctica odontológica utilizamos dos tipos de historia -- clínica: la historia clínica de urgencia y la historia clínica de tratamiento.

HISTORIA CLINICA DE URGENCIA

La historia clínica de urgencia es el formato que vamos a utilizar cuando un paciente se presenta con una emergencia y en ella se anotan solamente los datos de más importancia para emitir un diagnóstico de presunción y realizar un tratamiento inmediato -- (paleativo o sintomatológico) como son: datos generales, motivo de la consulta, signos y síntomas, antecedentes patológicos, antecedentes alérgicos y estudios radiográficos.

HISTORIA CLINICA DE TRATAMIENTO

La historia clínica de tratamiento también es un formato para -- realizar un estudio clínico completo a todo paciente que se presenta a consulta para tratamiento integral, la cual realizare--mos con detenimiento, ya que de esto depende la certeza del diagnóstico y el éxito del tratamiento. Esta historia clínica se -- compone de los siguientes datos: datos generales, motivo de la consulta, signos vitales, padecimiento actual, antecedentes no patológicos, antecedentes patológicos, exploración de cabeza y cuello, exploración de cavidad oral y nombre completo de la persona encargada de la realización de la historia clínica.

DATOS GENERALES

El dentista debe iniciar la historia clínica con estos datos, ya que estas variables ayudan enseguida a colocar los síntomas en ciertas categorías. Tales datos son: nombre completo, edad, sexo, estado civil, ocupación, dirección, teléfono y lugar de origen.

El nombre completo del paciente iniciando con su apellido paterno, materno, nombre o nombres, es importante en los datos generales para la exacta y rápida identificación de él y/o su expediente, así como el sexo, ya que algunas enfermedades son características de determinado sexo y de ciertas edades y nosotros podremos formular las preguntas adecuadas para el interrogatorio modificándose éstas con un niño, un adolescente o un anciano.

El sexo es necesario incluirlo en los datos generales del paciente, porque nos ayuda a la identificación de ciertos padecimientos, así como para evitar confusiones en el momento de localizar su expediente. El estado civil nos permite conocer si hay un cónyuge e hijos y el estado de salud de éstos. En lo que se refiere a la ocupación del paciente, es indispensable conocerla, porque algunas enfermedades son más frecuentes y características de determinada labor, ejemplo: zapatero, costurera, panadero.

Conociendo el lugar de origen del paciente se conocerán sus costumbres y tipo de alimentación que ha tenido, ubicándonos de esta manera en las enfermedades de ciertas áreas geográficas.

Por último, tomamos nota de la dirección y teléfono del paciente para saber dónde y cómo localizarlo en caso necesario.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Posteriormente se procede a investigar el motivo de la consulta, que es la descripción que el paciente hace sobre la molestia responsable de su visita al consultorio, siendo de gran importancia para el odontólogo hacer las preguntas que definan el mo

tivo de la consulta así como otras adicionales que permitan identificar la naturaleza y duración de la molestia más importante, datos que nos indicarán si el paciente viene por una urgencia o un tratamiento integral.

PADECIMIENTO ACTUAL

Siguiendo la exposición relativa al motivo de la consulta, conoceremos el padecimiento actual, el cual se identifica mediante una serie de preguntas específicas, claras y hechas de manera - comprensible que permitan al enfermo dar respuestas acertadas, las cuales debemos valorar por su posible relación con el problema principal (odontológico o sistémico), tratando de obtener la sintomatología en forma clara y sistemática para realizar el diagnóstico acertado.

SIGNOS VITALES

El siguiente punto importante que debe incluir nuestra historia clínica es el registro de los signos vitales que son: temperatura, pulso, respiración y presión arterial, ya que ellos nos van a guiar para conocer el estado de salud del paciente o el curso de una enfermedad.

TEMPERATURA

La temperatura corporal es el grado de calor mantenido por el - cuerpo; es el resultado del equilibrio mantenido entre el calor producido y el calor perdido por el cuerpo humano.

Las cifras normales de temperatura varían entre 36 y 37 grados centígrados, dependiendo de la edad, sexo y actividad del pa- - ciente; es importante tomarla; ya que es un signo clínico que - nos ayuda durante la exploración física a conocer el estado de salud del paciente.

Dentro de las variaciones de la temperatura corporal tenemos -- que la elevación de ésta se conoce como hipertermia, la cual es síntoma común de enfermedades de tipo infeccioso o inflamatorio; la temperatura que se registra por abajo de lo normal recibe el nombre de hipotermia, la cual habiendo pocas enfermedades asocia das a ésto nos indica que se trata de un enfermo convaleciente o

que sobreviene la muerte cuando ésto sucede.

PULSO

El pulso es la expansión rítmica de una arteria producida por el aumento de sangre impulsada hacia ella por contracción del ventrículo izquierdo en cada latido cardiaco; y se percibe al comprimir una arteria sobre un plano resistente.

Las cifras normales del pulso son en los niños de 70 a 100 pulsaciones por minuto y en los adultos de 70 a 80 por minuto.

El lugar más común para sentir el pulso del paciente es la cara anterior de la muñeca, en el lado del pulgar, punto donde la arteria radial pasa por encima del hueso denominado radio. Mediante una ligera presión la arteria se comprime contra el hueso y así se puede sentir mejor la palpación que constituye el pulso.

Es indispensable tomar el pulso de nuestros pacientes y conocer sus características porque nos permite determinar el curso de enfermedades tales como: estados de stress, alteraciones cardiacas y shock, esas características son: frecuencia, ritmo y amplitud.

Frecuencia.- Es el mínimo de pulsaciones que se registran en un minuto

Ritmo.- Es el intervalo o espacio de tiempo que existe entre una pulsación y otra

Amplitud.- Es la mayor o menor fuerza con que se eleva la pared arterial al paso de la corriente sanguínea.

RESPIRACION

La respiración es la función mediante la cual el organismo introduce aire a los pulmones por medio del mecanismo llamado ingpiración y elimina bióxido de carbono por el mecanismo llamado expiración; esto es: un intercambio de gases. El número de respiraciones por minuto es de 16 a 20 pudiendo modificarse esto por el sexo, la edad y el estado emocional.

La respiración se debe observar sin el consentimiento del paciente, ya que de esta manera se evita que se inquiete y por consiguiente registrar un dato inexacto; se toma la respiración estando todavía las yemas de los dedos en el sitio donde se tomó el pulso y en caso de que no se llegue a tomar en ese momento, se colocará la mano en el abdomen del paciente y se empezará a contar cada vez que éste se expanda y además de contar las respiraciones para determinar la frecuencia, se debe investigar -- también la profundidad siendo ésta normal cuando la elevación y el descenso de las paredes torácicas y abdominales son uniformes.

Es muy importante observar la frecuencia respiratoria y sus características para detectar posibles alteraciones en nuestro paciente que puedan aumentarla o disminuirla tales como: la fiebre, dolor, disnea, hemorragia y emociones intensas como el miedo y la angustia.

PRESION ARTERIAL

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias y depende de la energía de la función cardíaca; pudiendo variar ésta día a día y minuto a minuto por excitación y por actividad física o mental.

Tomar adecuadamente la presión arterial es de extraordinaria -- ayuda para el diagnóstico, por lo que no se puede omitir este -- procedimiento en la exploración física. Las cifras normales de la presión arterial fluctúan entre 90/60 y 140/100 milímetros -- de mercurio.

La presión arterial se toma colocando al paciente en decúbito -- dorsal con el brazo a lo largo del cuerpo, o bien sentado apo-- yando su brazo sobre un plano firme y resistente; de preferen-- cia se tomará en el brazo izquierdo por ser el más cercano al -- corazón, ya que de investigaciones realizadas al respecto se ha comprobado que la presión arterial varía de un brazo a otro. -- Si no se llegase a tener la certeza de haber registrado correc-- tamente la presión arterial, se volverá a efectuar el procedi-- miento después de unos minutos para no molestar al paciente.

Las variantes en las cifras de la presión arterial nos van a referir algunas alteraciones cardíacas, vasculares, de la corteza suprarenal, estados de stress y shock. Esas variantes son: la hipertensión que es cuando la presión sanguínea está más alta - de lo normal y la hipotensión que es cuando la presión sanguínea se encuentra más baja.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

Continuamos la historia clínica interrogando sobre los antecedentes no patológicos que son una recopilación de datos breves sobre la vida pasada y presente de nuestro paciente. Los antecedentes no patológicos que nos interesan son los siguientes: - grado de escolaridad, características de su casa-habitación, alimentación, costumbres y antecedentes heredo-familiares.

Con respecto al grado de escolaridad, es importante saber sobre él porque esto nos ayuda a determinar el nivel socio-cultural - del paciente siendo esto necesario para utilizar el lenguaje -- apropiado en cada paciente.

Conociendo las características de la casa habitación de nuestro paciente, determinaremos el grado de higiene y salubridad que - tiene, importante esto por la estrecha relación que tiene con - la mayoría de las enfermedades.

Con lo que respecta a la alimentación, es importante conocer ca lidad, cantidad, y número de ingestas así como el horario de - los alimentos ingeridos para conocer el nivel de nutrición del paciente y las posibles derivaciones de ello.

Conocer las costumbres de nuestro paciente: si toma café o te, alcoholismo, tabaquismo, cantidad y frecuencia, nos interesa -- para descartar padecimientos ocasionados por estos hábitos.

También es indispensable interrogar al paciente respecto a sus antecedentes heredo-familiares que comprenden: edad, estado de salud y causa de muerte de sus familiares más cercanos porque - con eso se investiga la relación que puede existir entre la en-

fermedad actual del individuo y las enfermedades que han padecido sus antecesores y sucesores que tienen repercusiones odontológicas. Tales enfermedades pueden ser: diabetes, neoplasias, alteraciones cardíacas, etc.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Una vez realizado el estudio de los antecedentes no patológicos, la historia clínica se extiende hasta la identificación de los antecedentes patológicos, mediante minucioso interrogatorio y - exploración organizada por aparatos o sistemas, siendo de éstos los indispensables por revisar en nuestra historia clínica: - - aparato cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, endocrino y neuromuscular.

APARATO CARDIOVASCULAR

Al referirnos a este aparato estamos hablando del corazón y su sistema circulatorio que incluye grandes vasos venosos y arteriales y sistema vascular periférico.

El corazón es una bomba pulsátil de cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos, cuya función es expulsar la sangre a los pulmones y de ahí a todo el sistema periférico mediante un circuito formado por el sistema de vasos sanguíneos, formando éstos un circuito cerrado; siendo los vasos de tres tipos: arterias, capilares y venas.

El sistema arterial conduce la sangre rica en oxígeno desde el corazón partiendo del ventrículo izquierdo a una red enorme de vasos diminutos llamados capilares; a partir de los capilares, la sangre es recogida y devuelta a la aurícula derecha del corazón por el sistema venoso.

Al revisar el aparato cardiovascular el odontólogo debe buscar signos precoces de insuficiente cardíaca en su paciente, siendo signo de insuficiencia los siguientes:

- Cianosis de labios, lengua y mucosa bucal.
- Edema de los tobillos
- Disnea

También se debe sospechar de enfermedad vascular periférica en pacientes con los siguientes signos y síntomas:

- Dolor de una extremidad provocada por el ejercicio y alivio con el reposo
- Cambios en la coloración de la piel, provocados por la elevación de un miembro
- Pulsaciones anormales
- Venas aumentadas de volumen o edema
- Calor o frío inusitados
- Cianosis o palidez anormal de los dedos al sumergirlos en agua fría.

También es conveniente recordar que el odontólogo no debe pretender el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, sino reconocer los signos y síntomas de éstas para establecer la conducta a seguir y determinar cuándo se requiere la estrecha relación odontólogo-cardiólogo y ser éste último el que marque la pauta a seguir en cualquier procedimiento odontológico. Y si el cardiólogo lo autoriza, el tratamiento odontológico comprenderá: la utilidad de anestésicos con vasoconstrictor, debiendo evitarse el stress en cada cita del tratamiento por lo cual ésta será lo más corta posible.

APARATO RESPIRATORIO

Este aparato está formado por los pulmones y las vías aéreas, las cuales están constituidas por las cavidades nasales, la faringe, la tráquea, bronquios, bronquiolos y los alveolos.

Al revisar el aparato respiratorio se observa e interroga al paciente sobre la disnea, cianosis, edema, expectoración, disfonía y dolor torácico porque éstos son los signos y síntomas cardinales de este aparato; y el odontólogo deberá estar capacitado para valorarlos y saber exactamente cuándo hay que remitir al paciente con su médico familiar o al especialista; por lo que es importante la exploración detallada de este aparato.

APARATO GASTROINTESTINAL

Este aparato está constituido por la cavidad bucal, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino - -

grueso, el conducto del recto y el ano.

Sus funciones son las siguientes: Ingestión, digestión, absorción de los alimentos y excreción de los productos de desecho.

Este aparato incluye también las glándulas salivales, el hígado y el páncreas necesarios para la digestión porque secretan algunas sustancias químicas que se requieren para la descomposición de los alimentos en sustancias simples que pueden ser absorbidas por la sangre.

Es importante para el odontólogo conocer el estado de salud del aparato gastrointestinal ya que es una de las vías a través de la cual vamos a medicar a nuestro paciente. Así nosotros para asegurarnos del buen funcionamiento de este aparato y saber cuando necesitamos ponernos en contacto con el médico de nuestro paciente, es importante al revisarlo preguntarle sobre el hábito intestinal, color y consistencia de heces, dolor, náuseas, vómitos, hematoemesis y distensión abdominal.

APARATO NEUROMUSCULAR

La función básica del aparato neuromuscular es motora; La unidad motora está compuesta de fibras musculares y una neurona motora y es la contracción muscular el acortamiento o el desarrollo de tensión de un músculo.

Los músculos de cabeza y cuello, tienen a su cargo los actos de la expresión, masticación, deglución y los movimientos de la cabeza que son indispensables revisar en el examen físico odontológico.

Algunas de las alteraciones principales del aparato neuromuscular son: La debilidad motora, que es un síntoma que se encuentra en diversos procesos neurológicos, las parestésias, que son una manifestación de las enfermedades de los nervios periféricos y pueden también acompañar a las lesiones del sistema nervioso central. La marcha que también se afecta en alteraciones del sistema nervioso central y en enfermedades de los nervios periféricos, músculos, huesos y articulaciones.

El odontólogo necesita estar familiarizado con las principales alteraciones del aparato neuromuscular para que en un momento-determinado pueda formular las preguntas adecuadas al paciente y remitirlo al especialista si lo considera necesario.

EXPLORACION DE CABEZA Y CUELLO

Durante la exploración clínica, con el paciente sentado comodamente con la vista al frente, relajado, situado el odontólogo de frente a él; se hace una inspección más detallada de la cabeza y el cuello.

Estando el paciente en esta posición deben observarse la forma, asimetría, alteraciones o lesiones del cráneo y señales de heridas en el cuero cabelludo; también se aprecian la expresión-facial, el color de la piel, las cicatrices, las lesiones cutáneas, la asimetría y las hipertrófias; deben observarse también los cambios en el contorno, color y textura de la piel del cuello, así como la presencia de cicatrices, venas pulsátiles y lesiones.

Además la exploración de la cabeza y el cuello incluye la exploración de ganglios linfáticos, articulación temporomandibular y músculos de la masticación.

GANGLIOS LINFATICOS

La exploración física de los ganglios linfáticos se realiza mediante la palpación metódica y cuidadosa de las vías linfáticas de drenaje del cuello, cara y regiones bucales de las cuales los principales ganglios son los siguientes: Ganglios submentonianos, submaxilares, cervicales profundos superiores y medios, cervicales profundos inferiores y medios, aurículas anteriores, auriculares posteriores, cervicales profundos-superiores laterales y ganglios de la nuca.

Conociendo la ubicación de las vías linfáticas debemos investigar siempre la presencia de ganglios palpables ya que ésto nos puede proporcionar pistas importantes respecto al diagnóstico de enfermedades inflamatorias en la cavidad oral y región peribucal.

Para efectuar adecuadamente la maniobra palpatoria de la región submaxilar, se lleva la cabeza del paciente hacia el lado que se palpa de manera que los tejidos del cuello se relajen y permitan percibir la presencia y características de los ganglios.

Se deben colocar los dedos índice medio y anular contra la parte más profunda y alta del cuello y traer los tejidos hacia afuera lateralmente, como arrastrando los tejidos blandos, y si hubiera uno o más ganglios palpables, estos se deslizarán hacia afuera y se percibirán bien al momento de pasar por debajo del reborde maxilar inferior, lugar donde se le siente resbalar hacia dentro o hacia afuera. La maniobra debe realizarse a ambos lados y en la porción media de la región submaxilar.

Las características a determinar de los ganglios son las siguientes; presencia de ganglios palpables, ubicación, tamaño, forma, consistencia, movilidad y dolor o sensibilidad a la palpación.

Con respecto a los ganglios linfáticos, debemos saber que se considera normal la ausencia de ganglios palpables ya que en forma estricta el tamaño, consistencia y movilidad de un ganglio los hacen clínicamente inpalpables, y también es necesario recordar que invariablemente los ganglios linfáticos tienen consistencia dura, son sensibles a la palpación y gozan de libre movilidad y que se pueden encontrar otros signos clínicos en la región submaxilar como son: aumento de volumen no limitado a la patología de los ganglios sino como posibles manifestaciones de otras enfermedades sistémicas tales como: procesos infecciosos agudos de origen dentario, sialolitosis o tumores benignos o malignos.

Conociendo estas características de los ganglios, el odontólogo tiene la obligación de valorar y no dudar en remitir al paciente a su médico cuando lo requiera.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La exploración clínica de las articulaciones temporomandibulares incluye: inspección directa, observaciones durante la función, interrogatorio al paciente y radiografías.

Para examinar la articulación temporomandibular en nuestro paciente debemos colocarnos frente a él e inspeccionar su cara y perfil; de perfil debemos observar sobre todo prognatismo mandibular o señales de trauma como desviación de mandíbula por fractura y de frente vamos a observar asimetrías faciales que pueden ser por disparidad esquelética o por mala función mandibular, - por problemas neuromusculares o mal oclusión dentaria.

La asimetría facial se observa en posición de descanso mandibular, al sonreír el paciente y a la apertura máxima o cierre.

La desviación mandibular podemos apreciarla mejor si se dibuja un punto en el mentón del paciente y se coloca una regla en sentido vertical sobre el punto y se le pide al paciente haga movimientos de apertura y cierre y se verá si el punto se aparta de la regla o se esconde detrás de ella. Este es un ejercicio fácil de realizar y de detectar la alteración.

La masticación también debe observarse directamente por el operador y no dejarse influir por la respuesta que da el paciente. Para esto utilizamos un pedazo de cera rosa que hacemos que mastique libremente el paciente y separando sus labios podremos -- ver con facilidad el lado o lados que este favorece en su función masticatoria.

Se continúa la exploración con la palpación y auscultación de las articulaciones temporomandibulares, así como la palpación de los músculos; siendo esto para interpretar posibles patologías de la región explorada.

La palpación de las articulaciones es conveniente hacerla colocándose frente al paciente y con las yemas de los dedos índice y medio, colocados en la región articular, pedirle que haga -- tres movimientos recogiendo el dato informativo al término de --

cada movimiento.

En el primer movimiento se pedirá al paciente elevar la mandíbula a la posición borde a borde de los dientes anteriores y después el retorno de la mandíbula por el mismo trayecto.

El segundo movimiento es de lateralidad y se le pide al paciente llevar la mandíbula a la posición borde a borde de los dientes anteriores y después el retorno de la mandíbula por el mismo trayecto.

El tercer movimiento exigido es el de apertura y cierre mandibular y captaremos el dolor o molestia que el paciente nos reporte.

Para la auscultación de la articulación temporomandibular en movimientos de apertura, cierre, lateralidad derecha e izquierda y en protrusión podemos auxiliarnos con el estetoscopio colocándolo en la región y a medida que el paciente haga estos movimientos de la mandíbula y el operador realice la auscultación se debe interrogar al paciente acerca del dolor y oír o percibir - cualquier chasquido o crepitación.

Con respecto al dolor de la articulación temporomandibular, debemos investigar el sitio, tipo de dolor, factores desencadenantes, factores atenuantes y curso clínico.

Para investigar el sitio, debemos delimitar cuidadosamente el área dolorosa principal y las áreas de extensión local y de propagación y para conocer el tipo de dolor vamos a establecer si éste es paroxístico, pulsátil sostenido o sordo y esclarecer si cambia de tipo de dolor.

Al hablar de los factores desencadenantes del dolor, se trata de interrogar sobre los factores que pueden desencadenarlo en esta zona, como el acto de masticar, el lenguaje, la realización de movimientos mandibulares o algún tratamiento odontológico.

Con respecto a los factores atenuantes se trata de identificar los factores que atenúan el dolor en estos enfermos como son: - el reposo, la temperatura, analgésicos u otros.

El interrogatorio sobre el curso clínico incluye: fecha de iniciación, desarrollo, frecuencia y duración del dolor.

El chasquido articular es la fuerza que se ejerce sobre el menisco y algunos de los ligamentos propios de la articulación temporomandibular y que durante los movimientos produce un sonido característico el cual se identifica por ser un ruido articular audible con o sin estetoscopio, preciso, bien delineado agudo e inconfundible con otros ruidos en el organismo humano y - que puede ser: fuerte, moderado o débil.

La crepitación es otro ruido articular, que semeja al ruido provocado al partirse un leño seco, es un sonido rasposo provocado por dos superficies óseas articulares.

Con respecto a dichos ruidos articulares, es necesario interrogar al paciente sobre el tiempo de iniciación, en cuál articulación se escuchan, si estaban presentes antes del dolor y desaparecen al empezar el mismo, si los nota al comer, hablar, bostezar, si son escuchados por sus acompañantes en la mesa, si los produce voluntaria o involuntariamente y si son progresivos, - estáticos o regresivos en intensidad.

EXPLORACION DE LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION

Los músculos de la masticación se constituyen por dos músculos exteriores que son el temporal y el masetero y dos músculos internos: los pterigoideos externos e internos. Estos músculos - se palpan dentro y fuera de la boca para descubrir alguna sensibilidad anormal como tamaño, rigidez y dolor siguiendo el siguiente orden: se inicia la palpación por los músculos exteriores y después los interiores.

MUSCULO TEMPORAL

El músculo temporal es el más poderoso; es aplanado, triangular

o en abanico y ocupa la fosa temporal, se inserta ampliamente - sobre la cara externa del cráneo y se extiende hacia adelante - hasta el borde lateral del reborde surporbitario, encontrándose su inserción inferior en la apófisis coronoides y a lo largo -- del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Este músculo es el que interviene principalmente para dar posición - al maxilar durante el cierre y resulta más sensible a las inter-ferencias oclusales que cualquier otro músculo masticatorio.

MUSCULO MASETERO

El músculo masetero que es aproximadamente rectangular, está -- formado por dos haces musculares principales que abarcan desde el arco cigomático hasta la rama y el cuerpo de la mandíbula; - su inserción sobre este hueso abarca desde la región del segundo molar sobre la superficie externa del maxilar hasta el ter--cio inferior de la superficie posteroexterna de la rama ascen--dente de la mandíbula. La función principal de este músculo es la elevación del maxilar, aunque puede colaborar en la protusión simple y juega un papel muy importante en el cierre del maxilar cuando simultáneamente éste es protuido; toma parte también en los movimientos laterales externos del maxilar y actúa propor--cionando la fuerza para la masticación.

Para la exploración del temporal y el masetero, si nos imaginamos un gran signo de interrogación, la palpación exterior recorrerá los diferentes grupos musculares siguiendo esta forma, -- considerando que el punto de este signo está en el cuello del -examinado. Se verifica la palpación con el pulpejo del dedo, - perpendicular a la masa muscular que se está examinando; siendo el resultado de esta presión digital una respuesta dolorosa o -de molestia al contacto con un músculo espástico que puede ser observado por un reflejo palpebral del paciente.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

El músculo pterigoideo interno es un músculo rectangular con su origen principal en la fosa pterigoidea y su inserción sobre la superficie interna del ángulo del maxilar, se dirige hacia aba-jo, hacia atrás y hacia afuera hasta su sitio de inserción y -- tiene como funciones principales la elevación y colocación en -posición lateral del maxilar inferior; en los movimientos combi

nados de protrusión y lateralidad su actividad domina sobre el músculo temporal.

La palpación de este músculo es fácil, si colocamos el índice sobre y el otro índice interiormente opuesto, así al recorrer los índices los músculos propioceptivamente los palpamos.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

El músculo pterigoideo externo tiene forma de cono cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo de la mandíbula. Ocupa la fosa cigomática y su inserción principal se encuentra en la superficie anterior del cuello del cóndilo; algunas de sus fibras se insertan también en la cápsula de la articulación y en la porción anterior del menisco articular. La función principal de este músculo es impulsar al cóndilo hacia adelante y al mismo tiempo desplazar el menisco en la misma dirección, interviene también en los movimientos laterales pero auxiliados por el masetero, el pterigoideo interno y las porciones anteriores y posteriores de los músculos temporales.

La palpación de este músculo se hace de la siguiente manera: 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 superior, debe doblarse desde ahí en dirección a la línea media para tocar las inmediaciones del músculo, más nunca el músculo propiamente dicho dada su localización anatómica. Y únicamente el pterigoideo externo del lado izquierdo del paciente, se palpará con el índice derecho del operador y de la misma manera descrita.

Finaliza la exploración de cabeza y cuello con las radiografías de ambas articulaciones tomadas mientras la boca se encuentra en posición abierta y cerrada; porque permite excluir enfermedades orgánicas de las articulaciones o confirmar fracturas o anquilosis.

EXPLORACION DE CAVIDAD ORAL.

Durante el examen clínico de la cavidad oral, el odontólogo siguiendo un orden estricto y en forma sistemática, hará el reconocimiento de las siguientes áreas o regiones: labios, vestíbulo, frenillos, paladar, istmo de las fauces, orofaringe, lengua, piso de la boca, parodonto, dientes y oclusión; utilizando para este examen sillón dental y taburete que facilitan la adecuada posición del paciente, operador y asistente requiriendo para el examen, propiamente dicho, un espejo dental y un bajalengua y -- adicionalmente conviene disponer de luz focal y una jeringa de aire u otro instrumento para secar los tejidos, así como de un explorador para revisar caries, una sonda periodontal e hilo -- dental para el examen de dientes y parodonto.

La forma correcta del uso de los instrumentos consiste en tomar uno en cada mano siguiendo siempre el mismo orden, colocar los instrumentos dentro del vestíbulo de la boca a la altura de la región labial; ir examinando y desplazando los instrumentos.

LABIOS.

En la cara, la región labial se extiende más allá de la línea - bermellón y está delimitada por los surcos nasolabiales, y labiomentonianos, presentando esta región las características de la piel en su región exterior y los que corresponden a la mucosa oral en su parte interna.

Examine los labios con la boca cerrada y abierta; observe el color, textura y cualquier anomalía de la superficie y luego - palparlos; con este procedimiento se detectará todo engrosamiento y endurecimiento o inflamación que no se puede observar a -- simple vista. En la porción exterior de los labios es común en contrarnos con lesiones tales como la verruga vulgaris y en la mucosa el mucocele como fenómeno de retención en las glándulas salivales.

REGION VESTIBULAR

El vestíbulo de la boca es una cavidad virtual delimitada por -

la pared bucal y los labios hacia afuera y las arcadas dentarias hacia adentro y por los surcos vestibular superior e inferior hacia arriba y abajo respectivamente.

Para su examen, esta región la vamos a dividir en vestíbulo maxilar y vestíbulo mandibular.

Con la vista y por palpación se examina el vestíbulo maxilar y el frenillo, con la boca entreabierta para descubrir cualquier anomalía en la mucosa. Separar la mucosa de la mejilla de un lado y localizar el orificio del conducto de Stenon correspondiente a la glándula parótida, situado sobre una papila blanda o debajo de la misma frente al primer molar superior.

Examine también visualmente y por palpación el vestíbulo mandibular y el frenillo correspondiente con la boca entreabierta y observe el color, cualquier cambio o inflamación en la mucosa y la encía.

Dentro de los padecimientos característicos de la mucosa vestibular, los cuales podemos observar durante el examen, están las neoplasias benignas como fibroma y lipoma.

FRENILLOS

Los frenillos se observan como formaciones que hacen relieve -- conectando dos superficies más o menos planas y de estos nos interesa reconocer el frenillo lingual y el frenillo labial, ubicados en la línea media; así como los frenillos laterales ubicados en la región de los premolares superiores o inferiores.

Con respecto a los frenillos debemos estar familiarizados con las variaciones de inserción y relieve; reconociendo anomalías ocasionadas por esto, tales como: diastemas y anquiloglosia.

PALADAR

El paladar duro y el blando constituyen el techo de la cavidad bucal. Este lo vamos a explorar de la siguiente forma: con la boca abierta y la cabeza del paciente inclinada hacia atrás, de

prima suavemente la base de la lengua con un bajalengua e inspeccione y palpe las arrugas palatinas, papila incisiva, contorno del paladar, línea oscilante y paladar blando.

A la exploración vamos a encontrar dentro de las alteraciones más comunes del paladar una formación prominente ubicada en la línea de sutura de los dos procesos maxilares conocida como torus palatino.

ITSMO DE LAS FAUCES

El itsmo de las fauces está formado por los pilares anteriores, los pilares posteriores, las amígdalas y la pared posterior de la faringe.

Para examinar esta región, pediremos al paciente que abra la boca, saque ligeramente la lengua y con un bajalengua observaremos cambios anormales que deben anotarse para considerar más tarde la conveniencia de una interconsulta con el especialista de esta región, ya que en nuestro medio es frecuente encontrarlos con cuadros de amigdalitis o faringitis; lo que se reconoce porque las amígdalas se encuentran prominentes y la pared posterior de la faringe suele presentarse inflamada con formaciones granulomatosas y a veces cubiertas de secreción.

OROFARINGE

La orofaringe corresponde a la primera porción de la faringe, - la región hacia donde se abre la pared posterior de la cavidad bucal.

El examinador debe observar en esta región los pilares de las fosas, las amígdalas y la úvula con el espejo dental tibio; con la lengua deprimida y extendida ver también la epiglotis e investigar posibles signos de inflamación o ulceración.

LENGUA

La lengua es el órgano central que ocupa la cavidad virtual denominada propiamente boca.

Inspeccione el dorso de la lengua cuando está en reposo y con la boca abierta para detectar cualquier inflamación, ulceración y variaciones en tamaño, color o textura; también observe cualquier cambio en la estructura de las papilas que cubren la superficie lingual.

Posteriormente envuelva la punta de la lengua en un trozo de gasa, tire suavemente de ella y con un espejo presione ligeramente la úvula para observar la base de la lengua y papilas calciformes, continúe sosteniendo la lengua con la gasa y muévala cuidadosamente hacia la derecha del paciente; separando al mismo tiempo la mejilla izquierda, observe todo el borde lateral de la lengua y la parte ventral correspondiente desde el vértice hacia atrás hasta el pilar anterior, luego mueva la lengua hacia el lado izquierdo y repita el procedimiento para observar el borde lateral derecho. Suelte la lengua y ordene al paciente que toque el paladar con la punta de esta; observe la superficie ventral para descartar o detectar cualquier varicocidad o tumefacción.

La lengua puede presentarse "partida" en forma longitudinal en su porción anterior lo cual da lugar a la llamada lengua bífida que es un defecto del desarrollo.

El aspecto de la superficie dorsal puede variar frecuentemente siendo una de estas variaciones la llamada lengua fisurada, la cual presenta grietas irregulares y profundas pero que no constituyen solución de continuidad del epitelio.

También con frecuencia se observa que los bordes de la lengua reproducen como un molde la forma de los contornos linguales de las piezas dentarias a lo que se denomina "edentaciones", las cuales son producidas por anemias o desnutrición.

PISO DE LA BOCA

El piso de la boca constituye propiamente dicho el piso o suelo de la cavidad bucal, el cual vamos a inspeccionar con la lengua aún levantada para localizar tumefacciones u otras anormalida--

des, observando también la integridad de un relieve delgado --- que existe en la línea media correspondiente al frenillo lingual.

Separando con un instrumento la lengua hacia un lado, se examinan las porciones posteriores del piso de la boca, donde se observan relieves mucosos anteroposteriores debajo de los cuales se encuentra ubicadas las glándulas sublinguales.

PARODONTO

El parodonto está integrado por aquellas estructuras que intervienen en la unión de los órganos dentarios con los maxilares --- tales como: cemento, ligamento periodontal, hueso alveolar y encía. Debiendo determinarse en este examen el estado de la mucosa gingival su posición, volumen, color, forma y textura.

Para inspeccionar en forma adecuada el parodonto, es esencial --- un campo perfectamente despejado y la utilización de pulverizaciones y enjuagatorios para eliminar cantidades excesivas de --- restos alimenticios, materia alba o sarro.

La palpación es un método que nos revelará la consistencia de --- la encía y además puede inducir hemorragia sublingual o extraer pus de bolsas periodontales y la percusión horizontal puede revelarnos también sonidos anormales debido al aflojamiento, anquilosis y sensibilidad anormal.

La sonda para bolsas periodontales calibrada en milímetros debe insertarse con la mayor delicadeza para registrar la profundidad de la bolsa y el explorador dental puede poner de manifiesto restauraciones mal contorneadas, sarro, cuerpos extraños y --- anomalías de la superficie de las raíces de los dientes.

EXAMEN DENTARIO

El examen de la dentición requiere: espejo dental, explorador, excavador, aire comprimido y seda dental.

Después de iluminar en forma adecuada la cavidad oral, se pro---

cede a separar los labios y mejillas con objeto de examinar la dentición en su totalidad. Posteriormente comprobamos el número de dientes existentes de acuerdo a la edad del paciente; anotar los que faltan o la posible presencia de piezas supernumerarias y a continuación y de manera ordenada examinar cada uno de los dientes y su superficie en el orden numérico adecuado.

También debemos investigar los cambios de color, morfología, --movilidad y simetría en cada uno de los dientes y percutir cada uno de ellos para descubrir sonidos anormales.

OCCLUSION

Por acción muscular la mandíbula se abate y los arcos dentarios se separan y cuando la mandíbula se cierra por el mismo motivo, se produce el contacto de las arcadas antagonistas o sea, la --oclusión dentaria.

Lo importante del estudio de la oclusión, no solo se refiere a la relación que existe de forma, posición, estructura y función de cada diente en particular, sino también el arco dentario completo y otros elementos que actúan en conjunto como son: huesos, músculos, nervios y articulaciones. Esto hace que se considere al estudio de la oclusión un tema particular y específico y por lo tanto en el examen clínico de la cavidad bucal sólo nos intresamos en reconocer la oclusión habitual.

La oclusión habitual es la relación intermaxilar en la cual se observa el máximo contacto dentario entre las piezas mandibulares y maxilares

Para que el paciente produzca o nos muestre su oclusión habi- --tual, se le pide que muerda o cierre y observamos separando los labios con la ayuda de dos espejos bucales y se busca que la --línea media entre los incisivos centrales superiores e inferiores coincida normalmente.

De este cierre vamos a detectar las desviaciones de la oclusión

ideal denominadas maloclusiones, de las cuales Angle hizo la siguiente clasificación: Clase I, clase II y clase III.

La clase I o neutroclusión es aquella en la que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior descansa en la foseta mesiovestibular del primer molar inferior.

La clase II se denomina también distoclusión o retrognatismo y es aquella en que la cúspide distoestibular del primer molar superior descansa sobre la foseta mesioestibular del primer molar inferior.

La clase III la conocemos también como mesioclusión o prognatismo y aquella en que la cúspide mesioestibular del primer molar superior descansa sobre la foseta distoestibular del primer molar inferior.

La oclusión puede estar alterada por pérdida prematura de dientes, trastornos del desarrollo o traumatismo y tumores de los maxilares, dando cambios de forma y tamaño a los mismos.

BIBLIOGRAFIA

- Dr. David F. Mitchell
Dr. Miles Standish
Dr. Thomas B. Fast
Propedeutica Odontológica
2a. Edición
Ed. Interamericana
- Martín J. Dunn
Donald F. Booth
Medicina Interna y Urgencias en Odontología
Ed. El Manual Moderno, S.A.
- Dr. José Luis Molina Noguel
La boca y la medicina
Curso para cirujano dentista
- Mary L. Moyes
Manual de enfermería
2a. edición
Ed. Interamericana
- Dr. Signor F. Ramfidor
Oclusión
Ed. Interamericana
- Dr. E. Martínez Ross
Disfunción temporo-mandibular
su clasificación, su diagnóstico y su tratamiento
1a. edición
Grupo Pacta Editores

CAPITULO V

METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Estos métodos son los procedimientos mediante los cuales vamos a obtener una información adicional para el diagnóstico definitivo, dentro de los métodos más importantes desde el punto de vista odontológico tenemos: la biometría hemática, el tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, examen radiológico y algunos exámenes especiales como: citología exfoliativa, biopsias y la técnica del azul de toluidina.

BIOMETRIA HEMATICA

La biometría hemática es el recuento total de los elementos celulares de la sangre: eritrocitos, leucocitos y plaquetas.

Eritrocitos.- Los eritrocitos o glóbulos rojos transportan a la hemoglobina en la circulación, siendo dentro de los límites normales del número de éstos de 5,000,000 por milímetro cúbico para el varón y 4,500,000 para la mujer, aproximadamente.

La hemoglobina es una proteína de la sangre, la cual da el pigmento rojo a los eritrocitos que transportan el oxígeno a la economía y su concentración oscila alrededor de los 15 gramos por 100 mililitros de sangre; en el varón de 13.5 a 18 gramos y en la mujer de 11.5 a 16.4 gramos, haciéndose notar que 16 gramos por mililitro de sangre corresponden al 100% de hemoglobina y que en tantos por ciento son normales los comprendidos entre 85 y 105% y así tenemos que por debajo del 80% de hemoglobina se reconoce anemia y por arriba del 110% poliglobulemia.

HEMATOCRITO

El hematocrito representa la proporción de eritrocitos a plasma en la sangre circulante y se expresa en volúmenes de tanto por ciento, normalmente en el hombre adulto las cifras de hematocrito oscilan entre 43 y 49% mientras que en la mujer los límites fisiológicos van de 35 a 45%.

El valor hematocrito alto puede depender de una poliglobulemia

o de una disminución del volumen plasmático, por pérdidas acuosas importantes como en la deshidratación, en el shock y quemaduras; el valor hematocrito reducido lo encontramos en todas -- las anemias.

LEUCOCITOS

Normalmente el número de leucocitos corresponde en los adultos a cifras variables entre 5 y 10,000 por milímetro cúbico. Cuando encontramos cifras por arriba de 10,000, nos está indicando que existe leucocitosis y cuando tenemos cifras menores a -- 4,000, se puede hablar de leucopenia.

Fórmula leucocitaria.— La fórmula leucocitaria identifica a los grupos de células y valora su tiempo de maduración. Estos se expresan en % del total de leucocitos y son las cifras aproximadas las siguientes:

Linfocitos	20 - 25%	Neutrófilos	25 - 75%
Monocitos	2 - 10%	Mielocitos	0%
Eosinófilos	1 - 4%	Delta	0 - 2%
Basófilos	0 - 20%	Segmencitos	45 - 65%

Al interpretar los resultados de la biometría hemática, el odontólogo con la leucocitosis podrá sospechar de infecciones, necrosis hística, policitemia viral, leucemia aguda y crónica, -- así como de inflamación y si existe leucopenia podremos sospechar de infecciones como la salmonelosis, sarampión, fiebre reumática, anemia perniciosa y agranulocitosis.

PLAQUETAS

El número de plaquetas oscila entre 150 y 350,000 por milímetro cúbico de sangre.

El aumento del número de plaquetas se denomina trombocitosis, -- la disminución en el número de éstas, recibe el nombre de trombocitopenia.

La trombocitosis puede estar asociada con pérdidas de sangre y policitemia, en tanto que la trombocitopenia puede presentarse

por falta de producción, aumento de la destrucción y existe con esa tendencia a la hemorragia.

TIEMPO DE SANGRADO

Los límites normales del tiempo de sangrado son de 2 a 7 minutos, aunque en la mayoría de los pacientes lo encontramos de 1 a 4 minutos como promedio. El tiempo de sangrado prolongado se observa con mayor frecuencia en las diversas formas de púrpura trombocitopénica asociada a severa hiperprotrombinemia, anemias y diabetes.

TIEMPO DE COAGULACION

Los límites normales del tiempo de coagulación son variables de 5 a 10 minutos; solo por encima de 12 puede considerarse patológica.

Cuando el tiempo de coagulación es más corto, sugiere la posibilidad de hipercoagulabilidad y un estado pretrombótico.

Los grados moderados de escorbuto y hemofilia mostrarán un tiempo de coagulación casi normal, pero cuando los padecimientos aumentan su severidad se obtienen lecturas más prolongadas.

QUIMICA SANGUINEA

Con la química sanguínea vamos a obtener las cifras de glucosa, urea y creatinina existentes en la sangre y con ello descartar anomalías referentes a estos componentes.

Glucosa.- La normalidad de las cifras de glucosa de sangre dependerá del tipo de método o técnica con que sean obtenidas, pero oscilan entre 80 y 120 miligramos por 100 mililitros.

La hiperglucemia se conoce como el aumento de glucosa en sangre e hipoglucemia cuando las cifras están por debajo de lo normal.

Cuando un examen demuestra hiperglucemia, debemos sospechar de enfermedades como la diabetes, hepatopatía crónica y predisposición

ción a infarto al miocardio.

Cuando hay hipoglucemia generalmente existe enfermedad de Addison, adenoma insular y disregulación vegetativa.

Urea.- Las cifras normales de urea en plasma o suero son de 15 a 38 miligramos por 100 mililitros.

Cuando existe una cantidad elevada de urea, se dice que existe uremia; la cual se presenta en las cianosis renales primarias o secundarias, un shock circulatorio o síndrome de Cushing.

Creatinina.- La creatinina total de sangre es de 0.6 a 1.2 miligramos por 100 mililitros en el varón y de 0.5 a 1.0 miligramos por 100 mililitros en la mujer, y vamos a encontrar valores elevados en las glomerulonefritis agudas y crónicas, uremia e insuficiencia cardíaca.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

En el examen general de orina se determinará volumen, Ph, densidad, contenido de proteínas, cetona, glucosa, bilirrubina y sedimento, para obtener información de gran variedad de enfermedades.

Volumen.- El volumen urinario normal oscila entre 800 y 1,600 mililitros en 24 horas.

El aumento de la cantidad de orina se denomina poliuria y a la disminución oliguria.

Existe poliuria en padecimientos tales como la diabetes y en cierta etapa de la glomerulonefritis crónica y oliguria en la glomerulonefritis aguda, descompensación cardíaca, quemaduras y diarreas.

Ph.- Normalmente el Ph es ligeramente ácido de 6.0 y aumenta en pacientes con insuficiencia renal, deficiencia de potasio y alcalosis general; el Ph ácido se encuentra en pacientes en coma diabético y fiebres prolongadas.

Densidad.- La determinación de la densidad urinaria es el método más práctico para conocer la concentración de los sólidos y oscila entre 1,003 y 1,035.

La densidad urinaria aumenta en la deshidratación, por disminución de los líquidos circulatorios, se encuentra también disminuida en la diabetes y lesión renal general.

Proteínas.- La presencia de proteínas en la orina está indicada por el enturbamiento, aunque la cantidad normal varía de 0 a -- 0.35 gramos por litro.

Glucosa.- La cantidad de glucosa en la orina es de 10 a 30 miligramos. El aumento de glucosa en orina se denomina glucosuria y se observa en la diabetes mellitus y sacarina, en lesiones cerebrales y después de una trombosis coronaria.

Acetona.- La cantidad de cuerpos cetónicos en la orina es normalmente de 0.3 gramos por litro.

Bilirrubina.- La excreción urinaria de la bilirrubina es negativa aunque el umbral se halla aproximadamente en los límites superiores de 1.6 miligramos por litro.

Sedimento.- Normalmente se encuentran en el sedimento urinario células epiteliales descamadas, algunos leucocitos y bacterias.

El hallazgo de diversas células, cristales y cilindros en el sedimento urinario, suele sugerir la presencia de enfermedades en riñón o vías urinarias y se observan eritrocitos en casos de hemorragia y en glomerulonefritis.

EXAMEN RADIOGRAFICO

En la práctica odontológica el examen radiográfico constituye parte auxiliar muy importante para la obtención del diagnóstico definitivo por lo que después del examen clínico inicial debemos realizar un examen radiográfico y lo vamos a integrar con -

radiografías intraorales y extraorales, dependiendo de los antecedentes clínicos.

RADIOGRAFIAS INTRAORALES

Estas son las que se colocan dentro de la cavidad oral y se clasifican en: periapicales, interproximales y oclusales.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES

Las radiografías periapicales son aquellas que abarcan el diente completo y estructuras adyacentes y se utilizan para exami--nar los tejidos que rodean la raíz del diente y para detectar -caries.

RADIOGRAFIAS INTERPROXIMALES

Las radiografías interproximales se llaman también de aletas de mordida o Bit Wing y abarcan las coronas tanto de dientes superiores como de inferiores, ya que la película posee una aleta -sobre la que muerde el paciente y la utilizamos para examinar -los espacios entre las coronas, para descubrir caries interproximal ya sea coronal o cervical y para examinar crestas inter- -proximales.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES

Las radiografías oclusales se denominan así porque se colocan -en un plano oclusal en la boca del paciente y se utilizan para examinar grandes zonas del maxilar superior e inferior para localizar fracturas, fragmentos de raíces, dientes no erupciona--dos y lesiones como quistes y osteomielitis.

RADIOGRAFIAS EXTRAORALES

Son aquellas que se colocan fuera de la cavidad oral, de éstas las más utilizadas para el examen bucal son: las panorámicas, -laterales de cráneo, postero-anterior, anteroposterior y compa--rativas de la articulación temporomandibular.

RADIOGRAFIAS PANORAMICAS

La radiografía panorámica bucal es tomada de frente y se iden

tifica en ella la apófisis coronoides, los cóndilos en sus fosas, el borde inferior de la mandíbula, los senos maxilares y todos los dientes, siendo muy útil este método para el examen de los maxilares en busca de fracturas y lesiones óseas importantes o para estudio de ciertas áreas como las glándulas salivales del maxilar y mandíbula incluyendo las órbitas y las ramas mandibulares.

RADIOGRAFIAS POSTERO-ANTERIORES

La radiografía postero-anterior se toma situando la nariz y la frente del paciente contra la placa y dirigiendo el haz de los rayos a través de la cabeza perpendicular a la película y observamos en ella la parte anterior de la mandíbula, maxilar superior, tercio medio de la cara, órbitas y ramas del maxilar.

Esta radiografía es útil para el estudio del tercio medio de la cara en el plano horizontal y de los maxilares en busca de fracturas y otros signos patológicos.

MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son las reproducciones tridimensionales de las coronas dentarias, tejidos duros y blandos y procesos alveolares utilizados como auxiliares del diagnóstico y preparación del plan de tratamiento de un paciente.

Para un diagnóstico apropiado es también de importancia sumar el análisis de los modelos de estudio a la historia clínica del paciente, porque permite completar el cuadro total de la salud bucodental de determinado paciente y obtener una mejor visión de la oclusión, una secuencia y desarrollo de la dentición del niño y una buena fuente de información para un análisis profundo en ausencia del paciente.

Características de los modelos de estudio.- Estos deben mostrar los dientes y los tejidos de soporte, tanto alveolares como los de las áreas palatinas, los frenillos y es necesario que estén recortados en forma adecuada con el objeto de que el análisis que obtengamos sea apropiado y nos de resultados objetivos.

ANALISIS

La evaluación de los modelos de estudio debe incluir un estudio cuidadoso de la oclusión, de los tejidos duros y blandos para observar alguna irregularidad; a medida que se desarrolla el examen de los modelos, es importante ir anotando los resultados obtenidos y tener en cuenta el estado de desarrollo de la dentición.

EXAMENES ESPECIALES

Dentro de los exámenes especiales de interés odontológico, tenemos las biopsias y las citologías exfoliativas.

BIOPSIAS

Las biopsias consisten en obtener muestras de tejidos que proceden de individuos vivos para practicar con ellas el examen histopatológico correspondiente.

Las biopsias son de reconocido valor clínico para el diagnóstico directo y diferencial de tumores benignos y malignos y están indicadas para la formulación del diagnóstico en caso de supuesta enfermedad neoplásica.

En el consultorio dental, los exámenes de biopsias están indicados en las lesiones ulceradas o nodulares que no mejoran mucho en dos o tres semanas y también se someten a examen microscópico como medida de seguridad a todos los tejidos que se extirpan durante el tratamiento.

CONTRAINDICACIONES

- Están contraindicadas las biopsias en pacientes con debilidad extrema, cardiopatías, infecciones agudas y en pacientes con tendencia hemorrágica.
- En infecciones piógenas agudas virulentas, a menos que dichas biopsias vayan precedidas y seguidas de administración de antibióticos con objeto de hacer quimioprofilaxis.
- No deben practicarse biopsias en sujetos con cáncer evidente, desde el punto de vista clínico. Tales enfermos deben enviarse de inmediato con el especialista.

TIPOS DE BIOPSIAS

Las muestras de biopsias son obtenidas generalmente por excisión incisión y por aspiración.

BIOPSIA EXCISIONAL

Este tipo de biopsia alude a la extirpación de la lesión completa, el margen de las lesiones y los tejidos subyacentes o adyacentes aparentemente sanos y es aplicable a lesiones tales como: las del cuello, labios, ganglios linfáticos, glándulas mamarias, boca, nariz, paladar, faringe y lengua.

BIOPSIA INCISIONAL

Esta se refiere a la extirpación de un pequeño fragmento de la lesión y se emplea en lesiones grandes o difusas en las cuales el diagnóstico constituye la principal preocupación del odontólogo.

BIOPSIA POR ASPIRACION

La biopsia por aspiración estriba en conseguir cantidades adecuadas de tejidos a profundidades de 10 centímetros o más por medio de agujas apropiadas, teniendo estas biopsias valor clínico en la investigación y el estudio de tumores y otras enfermedades como las de la médula ósea, riñones, hígado, ganglios linfáticos y glándulas salivales.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

La citología exfoliativa es una rama de las ciencias citológicas que se encarga del examen de los frotis tenidos de las células exfoliadas, y es de gran importancia diagnóstica en localizaciones como cuello uterino, para el examen de células expulsadas de los pulmones por expectoración o en la identificación de ciertas infecciones específicas de la mucosa bucal como candidiasis y en el diagnóstico de displásias epiteliales.

CONTRAINDICACIONES

- La citología exfoliativa no está indicada cuando el cáncer es evidente, ya que estos enfermos deben remitirse sin pérdida de tiempo al especialista.

- Están contraindicados los frotis en lesiones queratósicas manifiestas de la cavidad bucal, ya que estas muestras se componen invariablemente sólo de células queratinizadas - superficiales sin valor diagnóstico alguno.

En los exámenes citológicos exfoliativos los resultados se indican en la forma siguiente: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV y Clase V.

Clase I.- Corresponde a los resultados normales.

Clase II.- Se encuentran células atípicas con alteraciones atribuibles a inflamación o hiperplasia benigna, en ningún caso de naturaleza maligna.

Clase III.- Resultados dudosos o que sugieren la existencia probable de tumores malignos

Clase IV.- Se encuentran signos claros o fuertemente sugestivos de lesiones malignas.

Clase V.- Pruebas evidentes de la existencia de tejidos -- malignos.

PRUEBAS CON AZUL DE TOLWIDINA

El azul de tolwidina es un colorante nuclear que evidencia las aglomeraciones celulares de las displásias y de los carcinomas y se utiliza en el consultorio dental como medio de tinción para detectar las lesiones precancerosas de la mucosa bucal, -- siendo este un método muy útil que se debe practicar en el curso del examen estomatológico de rutina en presencia de lesiones sospechosas.

Los materiales para la realización de esta técnica son los siguientes:

- Solución acuosa de azul de tolwidina al 1%
- Solución acuosa de ácido acético al 1%
- Agua

METODO

- 1.- Las lesiones aparentes y las mucosas en derredor se -- limpian suavemente con un hisópo saturado de la solu--

ción de ácido acético.

- 2.- El paciente enjuaga su boca con agua y la zona a estudiar se seca con aire tanto como sea posible.
- 3.- Se aplica con un hisópo la solución de azul de toluidina sobre los tejidos sospechosos y se deja el colorante in situ durante tres minutos.
- 4.- El paciente enjuaga de nuevo su boca y se limpia la zona teñida con un hisópo embebido en ácido acético lo más suavemente posible para evitar el riesgo de deteriorar las zonas que presentan lesiones displásicas -- precoces y que tiñen muy ligeramente.
- 5.- Después de haber practicado la decoloración, se pueden observar las lesiones sospechosas muy bien delimitadas.
- 6.- Se procede posteriormente a enviar al paciente a un -- servicio especializado, o lo más conveniente practicar la biopsia siguiendo los trazos de la zona teñida, dejando siempre un margen de seguridad.

BIBLIOGRAFIA

- **Dr. John A. Kolmer**
Diagnóstico clínico por los análisis de laboratorio
3a. Edición
Ed. Interamericana

- **Sangre y Tejido hematopoyético**
UNAM
Facultad de Medicina
Medicina General Integral

- **Dr. José Luis Molina Moguel**
La boca y la medicina,
curso para cirujano dentista

CONCLUSIONES

En base a la elaboración del presente trabajo de tesis, concluimos en la importancia de obtener un diagnóstico acertado en cada paciente; el cual se logra a través de la realización correcta de la historia clínica, tomando en cuenta las etapas del método clínico como método de investigación, ya que esto nos da la pauta a seguir en la valoración de los signos y síntomas que presenta dicho paciente, así como la forma de entrevistarlo y el buen empleo de los instrumentos necesarios en la exploración.

Es también de vital importancia el conocimiento, empleo e interpretación adecuada de los métodos auxiliares de diagnóstico en los cuales nos vamos a apoyar para llegar a la identificación final de una enfermedad.

Siguiendo la metodología antes descrita obtendremos el diagnóstico acertado de un padecimiento, en base al cual se elaborará el plan de tratamiento adecuado logrando así la atención odontológica integral de nuestro paciente.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

- 1.- Que los programas de enseñanza de las escuelas de odontología den mayor importancia a la integración del diagnóstico.
- 2.- Que los maestros de la carrera de odontología hagan mayor hincapié y los alumnos tengan mayor interés en la relación que existe entre el método clínico y el método científico, aplicándolos a la práctica odontológica durante la formación universitaria y sean abordados por el docente y el alumno en base a una importancia hasta ahora descuidada y con falta de interés profesional.
- 3.- Que los odontólogos conozcan el empleo e interpretación de los diferentes métodos de diagnóstico.
- 4.- Que en la práctica odontológica se realicen y sean manejadas adecuadamente las historias clínicas (urgencia y tratamiento) ya que es la base principal del diagnóstico y plan de tratamiento de un paciente.
- 5.- Que el odontólogo conozca la importancia de la relación que debe tener con el médico general o especialista del paciente para realizar una interconsulta o revisión de este último en caso necesario.
- 6.- Que el dentista de práctica general esté capacitado y actualizado sobre las técnicas para la obtención de un diagnóstico de enfermedades sistémicas con manifestaciones orales, así como de los padecimientos propios de la cavidad oral con repercusiones a nivel sistémico.
- 7.- Que este trabajo sea realmente utilizado como material de apoyo para los alumnos del 3o. a 8o. semestres de la carrera de odontología en la ENEP "Zaragoza".
- 8.- Complementar los conocimientos del área de ciencias bási-

cas (biología humana) con los conocimientos de la teoría - odontológica, con el objeto de posibilitar la integración de un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento acertado.

- 9.- Contar con la participación de diferentes especialistas -- por áreas del conocimiento odontológico en seminarios de diagnóstico, como alternativa a la interpretación de una - historia clínica, ya que así se contará con la experiencia y la información bibliográfica acorde con el caso.
- 10.- Dentro del proceso del conocimiento impartido en las aulas, abordar casos clínicos debidamente estructurados, para que a partir de ellos contar con los elementos particulares de un diagnóstico de presunción, de un diagnóstico diferencial y concluir con un diagnóstico definitivo y de esta manera el proceso de análisis y síntesis que el alumno deba realizar frente a un paciente sea más real.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- M. Barquín
Historia de la medicina
1a. edición
UNAM

- Raúl Rojas Soriano
Guía para realizar investigaciones sociales
Textos Universitarios
México 1973.

- Esequiel Andreg
Técnicas de Investigación

- Hernán San Martín
Salud y enfermedad
3a. edición
la Prensa Médica Mexicana

- Dr. David F. Mitchell
Dr. Miles Standish
Dr. Thomas B. Fast
Propedeutica Odontológica
2a. Edición
Ed. Interamericana

- Zegarelli Eduard Y.
Diagnóstico de Patología Oral
Ed. Salvat

- Dr. Germán Raúl Domínguez Vargas
Dra. Adela Rodríguez Mendoza
Semiología clínica
México 1973.

- Dr. John A. Kolmer
Diagnóstico clínico por los análisis de laboratorio
3a. Edición
Ed. Interamericana

- Sangre y Tejido hematopoyético
UNAM
Facultad de Medicina
Medicina General Integral

- Dr. José Luis Molina Moguel
La boca y la medicina
Curso para cirujano dentista

- Martín J. Dunn
Donald T. Booth
Medicina interna y urgencias en odontología
Ed. El Manual Moderno, S.A.

- Mary E. Noyes
Manual de Enfermería
2a. edición
Ed. Interamericana

- Dr. Signor P. Ramfдор

Oclusión

Ed. Interamericana

- Dr. E. Martínez Ross

Disfunción temporo-mandibular

su clasificación, si diagnóstico y su tratamiento

1a. Edición

Grupo Facta Editores