

32A
20j

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

TRATAMIENTO DEL REFLEJO NAUSEOSO DE PACIENTES
DESIDENTADOS PARA LA TOMA DE IMPRESIONES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
GABRIELA PEÑALOZA VILLASEÑOR
ASESOR: FERNANDO LOPEZ CABRAL
GUADALAJARA, JALISCO. 1985



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E.

| | PAG. |
|--|------|
| INTRODUCCION. | |
| CAPITULO I. | |
| <i>Estructuras Anatómicas e inervación del maxilar superior.</i> | 1 |
| CAPITULO II. | |
| <i>Reacción fisiológica de la náusea y vómito.</i> | 22 |
| CAPITULO III. | |
| <i>Método de diagnóstico para determi- nar la náusea.</i> | 31 |
| CAPITULO IV. | |
| <i>Tratamiento: terapéutico y psicoló- gico.</i> | 38 |
| CONCLUSIONES. | 44 |
| BIBLIOGRAFIA | 46 |

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

INTRODUCCION.

La tendencia a la náusea, es un problema que se nos presenta frecuentemente en la práctica diaria de nuestro trabajo profesional, al momento de tomar impresiones, la cual puede ser controlada psicológicamente o premedicando al paciente antes de llevar a cabo la toma de impresiones.

Esta tendencia provoca molestias tanto para el paciente como para el operador, dando como resultado final un fracaso ya que sería difícil tomar una buena impresión y por lo tanto el paciente no podrá usar adecuadamente su prótesis total.

El paciente podrá ser tratado psicológicamente o premedicando al paciente antes de llevar a cabo la toma de impresión, y para valorizar qué tratamiento vamos a realizar, estudiaremos o revisaremos la anatomía del maxilar superior, su inervación, así como también, la fisiología del acto reflejo nauseoso para diagnosticar o determinar cómo tratar al paciente y así tomarle sus impresiones y finalmente pueda usar su prótesis total.

CAPITULO I.

*Estructuras Anatómicas e inervación
del maxilar superior.*

CAPITULO I.

ESTRUCTURAS ANATOMICAS E INERVACION DEL MAXILAR SUPERIOR.

Ambos maxilares superiores constituyen la mayor parte del esqueleto de la cara, y son los huesos más grandes con excepción de la mandíbula.

El maxilar superior se compone de dos huesos maxilares superiores que se encuentran en la línea media. Recordemos que son huesos pares, contribuyen a la formación de la parte superior de la cara, nariz, órbitas y paladar duro.

El maxilar superior está formado por un cuerpo y cuatro apófisis. (3)

El cuerpo constituye la porción mayor del hueso.

El maxilar superior se encuentra situado debajo de la cavidad orbitaria, por encima de la cavidad bucal, por fuera de las fosas nasales, formando parte en la constitución de las paredes de estas tres cavidades.

Relativamente voluminoso, es sin embargo muy ligero debido a la existencia en su interior de una amplia cavidad. (1)

El maxilar superior, el más importante de todos los huesos del maxilar, situado en el centro de la cara. Aloja a las piezas dentarias superiores, sus correspondientes puntos de implantación y entra en la constitución de las principales regiones y cavidades de la cara, bóveda palatina, fosas nasales, cavidades orbitarias, fosas cigomáticas y fosas pterigomaxilares.

Considerando desde el punto de vista puramente descriptivo, es el maxilar superior bastante regularmente cuadrilátero y ligeramente aplanado de dentro a afuera.

Este hueso tiene dos caras; una interna y otra externa.

La cara interna, al examinarla lo que en primer término llama la atención, es la presencia de la unión de los tres cuartos superiores en el cuarto inferior de una ancha apófisis similar del lado opuesto.

La cara externa, mira hacia afuera y un poco hacia adelante. Es tan irregular como la precedente. (18)

Como se dijo anteriormente, el maxilar superior tie

ne cuatro apófisis que son las siguientes:

- 1) Apófisis frontal o ascendente.
- 2) Apófisis piramidal o malar.
- 3) Apófisis palatina.
- 4) Apófisis alveolar.

Apófisis frontal o ascendente.-

La apófisis frontal, se levanta desde la parte superior y anterior del cuerpo del maxilar. Parte de esta extensión es la continuación con la cresta suborbitaria en sentido lateral. El borde anterior se articula con los huesos propios de la nariz. Más arriba el pico de la apófisis se articula con el frontal. La superficie mesial de esta apófisis está dirigida hacia la cavidad nasal.

Apófisis Piramidal o malar.-

Puede apreciarse en las vistas laterales del hueso. El borde inferior de ésta, directamente sobre el primer molar, es un punto anatómicamente importante (13)

Apófisis palatina.-

La apófisis palatina, tiene dos caras, superior e inferior. La superior ayuda a formar el piso de la cavidad nasal. La cara inferior al integrar la sutura con el maxilar opuesto forma las tres cuartas partes del paladar

duro. La porción posterior de éste se encuentra formada por la porción horizontal del palatino. La superficie inferior de esta apófisis es áspera y tiene perforaciones para las glándulas de la mucosa de la bóveda palatina y pequeños orificios para vasos y nervios.

El borde posterior de esta apófisis se adelgaza relativamente en el sitio donde se une con el palatino a la altura del canal palatino posterior.

La apófisis palatina se vuelve más gruesa en forma progresiva hacia adelante del borde posterior. En ese sentido llega a ser muy gruesa, si su espesor se mide de el reborde alveolar de los dientes anteriores, hasta el seno nasal.

Esta porción de la apófisis confluye con el reborde alveolar que abarca las raíces de los dientes anteriores. Inmediatamente por detrás del alvéolo central, mirando el maxilar desde la cara media se vé un canal liso que es la mitad del conducto incisivo (o palatino anterior), cuando los dos huesos están unidos. La fosa incisal, hacia la cual se abren estos canales, puede ser vista inmediatamente en sentido lingual de los incisivos centrales en la línea media, o sutura intermaxilar cuando los maxilares están unidos. El borde posterior de la apófisis palatina, cuando se mira desde abajo, está en una línea con el se-

gundo molar y articula con la parte horizontal del hueso palatino.

La sutura intermaxilar y la sutura que une al palatino con la apófisis palatina del maxilar están casi en ángulo recto.

Apófisis alveolar.-

Constituye la porción inferior del maxilar; es aquella parte del hueso que circunda las raíces de los dientes superiores que les dan soporte óseo. Se extiende desde la base de la tuberosidad posterior por detrás del último molar, hasta la línea media anterior, donde se articula con la misma apófisis del maxilar opuesto. Se une con la apófisis palatina en sentido mesial y con la cigomática en el lateral. Si uno mira el maxilar por su cara inferior hacia los alvéolos sin dientes, resulta evidente que la apófisis alveolar sigue una curva que se amolda con el arco dental. Junto con el opuesto completa el arco alveolar que aloja las raíces de los dientes superiores.-
[13].

En la parte más anterior y superior del cuerpo del hueso maxilar superior, ahí donde se articulan los dos huesos, hay una apófisis en forma de espina conocida como

espinas nasales anteriores.

Detalles anatómicos.-

La eminencia canina, es una prominencia en la superficie lateral o externa del maxilar en la zona del canino.

Aquí se inserta un músculo que ayuda a abrir la comisura de la boca. Por detrás de la eminencia canina y toda vía sobre el cuerpo del hueso maxilar superior hay una depresión ósea denominada fosa canina, medial al hueso externo delgado se halla el seno maxilar hueco y amplio.

Arriba de la fosa canina e inmediatamente debajo -- del reborde orbitario, se encuentra el agujero infraorbitario, por el cual pasa el paquete vasculonervioso suborbitario.

La tuberosidad del maxilar es una zona redondeada -- situada detrás del último molar, es la zona más posterior del maxilar superior. En la parte posterior aproximadamente a la altura del tercer molar, pero arriba, está el agujero dental posterior. Por él pasa el paquete vasculonervioso dental superior.

En la superficie palatina del maxilar superior está el agujero nasopalatino o incisivo que se halla justo --

atrás del los incisivos centrales superiores y continúa hacia arriba como conducto en forma de V (conducto nasopalatino o incisivo) de manera que cuando se ramifica cada una de las ramas termina en una fosa nasal. Si los dos maxilares no se unen en la zona de la sutura palatina media, habrá fisura congénita, o sea, paladar hendido.

Los senos maxilares, así como los senos de tipo similar de los huesos frontal, etmoides y esfenoides se denominan senos paranasales porque se comunican con las fosas nasales por medio de pasajes. Se cree que estos senos dan resonancia a la voz y entibian, humedecen y filtran el aire durante la inspiración. Estos senos se infectan con frecuencia durante los resfriados comunes porque la infección puede pasar de un seno al otro y por la nariz a través de los diversos pasajes. (3)

Articulaciones del Maxilar superior.-

El maxilar superior se articula con el hueso frontal (apófisis ascendente), con el unguis (borde superior y apófisis ascendente); con los huesos propios de la nariz (apófisis ascendente); con el malar (apófisis piramidal) con el esfenoides (apófisis pirámida); con el corne inferior (apófisis ascendente); con el maxilar superior del lado opuesto (apófisis palatina); con el vómer -

(articulación entre ambas apófisis palatinas); y con el palatino (apófisis palatina y tuberocidad del maxilar).

Cavidad Bucal.-

La boca o cavidad bucal es la porción superior del aparato digestivo.

Es el espacio limitado adelante y a los lados por los labios y carrillos, arriba por el paladar, abajo por la musculatura del piso, y detrás por los pilates anteriores de las fauces.

Está dividida por los dientes y arcos alveolares, en vestíbulo bucal y cavidad bucal propiamente dicha.

El vestíbulo bucal es una zona comprendida entre los labios y carrillos, dientes y arcos alveolares.

La cavidad bucal propiamente dicha se extiende desde la zona medial a los dientes y arcos alveolares hasta los pilares anteriores de las fauces y la faringe.

Labios.-

Los labios son los límites anteriores del vestíbulo bucal. Se componen de músculos y glándulas cubiertos por-

piel en el exterior y por mucosa en el interior. Los labios superior e inferior están unidos por un pliegue delgado denominado comisura labial, que se identifica fácilmente cuando se abre la boca. El labio superior está separado de la mejilla por el surco nasolabial, que comienza en el ala de la nariz y se dirige hacia abajo y lateralmente para terminar a cierta distancia de la comisura labial.

Carrillos.-

Los carrillos que forman el límite lateral del vestíbulo bucal, están cubiertos en su parte externa por piel y en la interna por mucosa. Frente al primero o al segundo molar hay una pequeña elevación de la mucosa, la papila parotídea.

En esta papila se encuentra el orificio de salida del conducto parotídeo o de stenson por el cual salen a la cavidad bucal las secreciones salivales de la glándula parótida.

Vestíbulo bucal.-

El vestíbulo bucal contiene varias estructuras anatómicas que pueden ser vistas o palpadas.

Comenzando en la línea media del maxilar superior, entre los incisivos centrales, hay un pliegue de la mucosa bucal denominado frenillo labial.

Cavidad bucal propiamente dicha.-

La cavidad bucal propiamente dicha se extiende desde la superficie interna de los dientes hacia atrás, hacia las fauces amigdalinas que la comunican con la bucofaringe. Las fauces se componen de los pilares anterior y posterior, con una cripta intermedia en la cual se encuentran las - - amígdalas. (Amígdalas palatinas).

Músculo palatogloso.-

Forma el pilar anterior de las fauces. Nace en la base de la lengua y se inserta en el paladar blando. Cuando este músculo funciona, eleva los bordes laterales de la lengua hacia arriba y atrás y lleva los lados del paladar blando hacia abajo.

Músculo palatofaríngeo.-

Este músculo corresponde al pilar posterior de las fauces. Nace en el cartílago tiroideo y la laringe, se inserta en el paladar blando y funciona para estrechar el -

itismo de las fauces amigdalinas.

Paladar.-

El paladar está formado por el paladar duro, firme e inmóvil, y una parte móvil denominada paladar blando.

El paladar blando está unido al duro por la aponeurosis palatina. La porción ósea del paladar duro está compuesta de la porción palatina del hueso maxilar superior y la lámina horizontal del hueso palatino, mientras que el paladar blando, es la extensión posterior de la mucosa que cubre el paladar duro y no tiene ninguna base ósea.

En el paladar, desde adelante hacia atrás, están la papila incisiva, las rugas palatinas, el rafe palatino, las foveolas palatinas, y la úvula.

La papila incisiva es una pequeña elevación redonda cubierta por mucosa, ubicada en la línea media, inmediatamente detrás de los incisivos centrales y entre los mismos. Debajo de la papila incisiva se encuentra el agujero incisivo o nasopalatino por el cual pasa el paquete vascular nervioso nasopalatino.

Las rugas palatinas, se encuentran en la parte ante

rion del paladar blando y comienzan en la zona de la papila incisiva. Son pliegues elevados de tejido conectivo cubiertos por mucosa que se extienden desde la línea media hasta el primer molar. Estas rugosidades son prominentes en los niños y adultos jóvenes.

El rafe palatino, es una capa muy delgada de mucosa en la línea media, que cubre la proyección descendente del hueso maxilar superior y se extiende desde la papila incisiva por todo el paladar duro.

Las foveolas palatinas, son pequeñas depresiones, que pueden o no estar presentes, se hallan a cada lado de la línea media en la zona cercana a la unión del paladar blando con el duro. Son el orificio de salida de los conductos de las numerosas glándulas que hay en el paladar.

La úvula es una proyección cónica, se halla en la línea media en la porción más posterior del paladar blando. Debajo de la mucosa de la úvula hay músculos uvulares, tejido conectivo y glándulas mucosas. La función de los músculos uvulares, es la de elevar la úvula durante la deglución y ayudar así al cierre de la faringe nasal.

Está ubicada en el piso de la boca, es una estructura muscular cubierta de mucosa.

La lengua cumple varias funciones: es importante en el habla, gusto, masticación y deglución.

Se compone de un cuerpo que se encuentra en la cavidad bucal y una base o raíz situada en la faringe.

La base de la lengua está fijada al hueso hioides, paladar blando y faringe.

El dorso de la lengua está cubierta por cuatro tipos diferentes de papilas.

Papilas filiformes: distribuidas por la superficie dorsal de la lengua.

Papilas fungiformes: se encuentran en menor cantidad entre las papilas filiformes.

Papilas foliadas: se hallan en la parte posterior del borde lateral de la lengua.

Papilas caliciformes: estas papilas están dispuestas

en forma de V, por lo general hay entre ocho a diez papi-
las.

Faringe.-

En razón de su cercanía con la cavidad bucal, es me-
nester dar una descripción somera de la faringe.

La faringe es un conducto tubular para el aire y -
los alimentos, que se extiende desde la base del cráneo -
hasta el esófago. Debido a que se halla detrás de la na-
riz, la boca y la laringe, se divide en: bucofaringe, la
ringofaringe y nasofaringe, que tiene función respirato-
ria exclusivamente.

Nasofaringe: se extiende desde la base del cráneo -
hacia abajo, hasta el paladar blando. La cavidad nasal se
comunica directamente con la nasofaringe, la cual hace po-
sible la inspiración y la espiración.

Bucofaringe: se extiende hacia abajo desde el pala-
dar blando, hasta una zona aproximadamente a la altura --
del hueso hioides. La faringe se comunica con la cavidad-
bucal por el istmo de las fauces amigdalinas.

Laringofaringe: ésta se extiende hacia abajo desde-

la zona del hueso hioides hasta el esófago. (3)

Músculos de la boca y los labios.-

Orbicular de los labios: es un músculo que circunda el orificio bucal. Por su cara profunda se relaciona con las arterias coronarias y con la mucosa labial, y su cara superficial está cubierta por la piel y los músculos cigomáticos menores.

La acción de este músculo, es cerrar el orificio bucal además interviene en actos como la succión.

Está inervado por los filetes bucales del nervio facial.

Buccinador: es un músculo que forma parte de las mejillas. Su cara profunda se relaciona íntimamente con la mucosa de los carrillos, y su cara superficial se relaciona con el masetero.

La acción, es tirar hacia atrás las comisuras labiales.

Está inervado por los filetes suborbitarios.

Elevador propio del labio superior: se origina por arriba en el maxilar superior, entre el agujero suborbitario y el reborde inferior de la órbita. Por abajo termina en la cara profunda del labio superior.

Su acción, es elevar la parte media del labio superior facial.

Canino: situado en la fosa canina y cubierta parcialmente por el elevador propio del labio superior.

La acción de este músculo es levantar y llevar hacia adentro la comisura labial.

Está inervado por ramas suborbitarias del nervio facial.

Músculos del paladar.-

Palatogloso: se origina en la cara inferior de la aponeurosis palatina. Está inervado por el plexo faríngeo.

Faringostafilino: se origina en el borde posterior del paladar óseo y en la aponeurosis palatina; termina en el cartilago tiroides, faringe y esófago. Forma el pilar posterior del velo del paladar.

Su acción, es la de aproximar entre sí los pilares posteriores.

Está inervado por el plexo faríngeo.

Elevador del velo del paladar: se origina en la cara inferior del peñasco o roca del temporal, y termina en la cara superior de la aponeurosis palatina.

Este músculo eleva el paladar y lo dirige hacia atrás.

Está inervado por el plexo faríngeo.

Tensor del velo del paladar: tensa el paladar blanco.

Está inervado por una rama del nervio maxilar inferior.

Músculos de la lengua.-

Geniogloso: es un músculo depresor de la lengua. Tiene forma de abanico. Está inervado por el nervio XII craneal que es el hipogloso.

Hiogloso: termina en el borde y cara inferior de la lengua. Está inervado por el nervio hipogloso. Su acción es retraer la lengua.

Faringogloso: compuesto por un manojó de fibras que el constrictor superior de la faringe envía a los lados - de la lengua. Por su acción dirige este órgano hacia - - atrás y arriba. Está inervado por el nervio hipogloso.

Amigdalogloso: vá desde la aponeurosis faríngea que cubre la cara externa de la amígdala.

Lingual superior: músculo impar y medio, está cons_ tituído por fibras longitudinales y paralelas que se ex_ tiende por debajo de la mucosa de la lengua. Su acción es levantar la punta de la lengua y la dirige hacia atrás.

Lingual inferior: ocupa la cara inferior de la len_ gua y se sitúa entre el geniogloso. Por su acción, acorta la lengua en su diámetro anteroposterior, al mismo tiempo que atrae la punta de la misma hacia abajo y atrás. Está_ inervado por el hipogloso. (9)

Vasos y nervios del paladar.-

Las arterias prominentes de los palatinos, anterior, media y posterior ramas de la maxilar.

Los nervios sensitivos son ramos del ganglio esfen_

palatino; la principal rama es el nervio palatino poste-
rior, emerge del agujero palatino posterior que llegan -
hasta la vecindad de los incisivos.

Los linfáticos pasando por fuera de la amígdala de-
sembocan en los ganglios linfáticos cervicales profundos.

(1)

Vasos y nervios del maxilar superior.-

Los nervios dentales del maxilar superior son ramas
del nervio infraorbitario, éstos son los que inervan los-
dientes, los ligamentos periodontales y algunas áreas de-
la encía.

En el maxilar superior encontramos el nervio palati-
no anterior y nasopalatino.

Los tejidos blandos que recubren el paladar duro y-
la encía palatina del maxilar superior están inervados --
por ramas de los nervios palatinos, anteriores y por la -
rama bucal de los nervios nasopalatinos de scarpa.

El límite entre las dos áreas corresponden aproxima-
damente a una línea que conecta el canino de un lado con-
el lado opuesto.

La zona limítrofe entre las áreas anterior y posterior del paladar, está inervada por ambos nervios palatino anterior y nasopalatino.

El nervio palatino anterior entra en la cavidad bucal por el agujero palatino principal, acompañado por la arteria y las venas del mismo nombre, se dirige hacia adelante por un surco entre la apófisis alveolar y el techo de la cavidad bucal.

Este canal pierde profundidad rápidamente porque el nervio y los vasos envían abundantes ramas grandes hacia la línea media y menores hacia afuera para la encla. (7).

La rama maxilar superior inerva, el labio superior, parte de la mejilla, membrana mucosa de la nariz, maxilar superior, dientes superiores y tubo de la boca.

Los nervios dentales posteriores, ramas del nervio maxilar superior, se desprenden del nervio a su paso por la fosa pterigopalatina, y descienden en la cara posterior, con los vasos correspondientes, para dirigirse hacia adelante y distribuirse en los nervios posteriores.

La superficie facial del hueso se limita por arriba en el reborde orbitario inferior; por abajo, por el reborde alveolar; medialmente por la fosa nasal y la sutu

ra intermaxilar de la línea media, y, a los lados, por la apófisis cigomática.

En esta superficie se insertan algunos de los músculos de la expresión y se encuentra el agujero infraorbitario, por el que pasan las ramas terminales del nervio suborbitario y vasos sanguíneos infraorbitarios, por debajo de la línea media del reborde de la órbita. (15)

CAPITULO II.

*Reacción fisiológica de la náusea
y vómito.*

CAPITULO II.

REACCION FISIOLÓGICA DE LA NAUSEA Y VÓMITO.

Acción del acto reflejo.

La actitud refleja puede ser considerada como la - - respuesta que se presenta cuando impulsos nerviosos pro - venientes de un receptor pasan a través de fibras sensiti - vas hacia el sistema nervioso central, y retornan nueva - mente hacia la periferia a través de fibras motoras hasta llegar a los músculos donde se produce la respuesta.

El arco reflejo en su forma más simple consiste, en una neurona sensitiva o aferente, y una neurona motora o eferente. Aunque los impulsos aferentes, se pueden originar en diferentes sitios y pasar por vías completamente - divergentes hasta el sistema nervioso central. Tales im - pulsos pueden convergir sobre las mismas neuronas motoras, denominadas; la vía común final.

Los reflejos más simple consistentes de dos neuronas son reflejos monosinápticos, los que contienen una o más neuronas interconectadas son llamados reflejos polisínápticos.

Otros criterios para la clasificación de la acción -

refleja incluyen los reflejos condicionados u otra actividad motora adquirida por el condicionamiento o el entrenamiento.

Los reflejos no condicionados, son aquellos en los cuales un estímulo dá lugar a una respuesta sin entrenamiento previo, considerándose que la respuesta es específica para el estímulo. Sin embargo, en el reflejo condicionado, las respuestas obtenidas requieren de entrenamiento previo y de la formación de nuevas asociaciones.

Por lo que respecta a las asociaciones, el cerebro resulta esencial para el establecimiento de los reflejos condicionados.

Los reflejos no condicionados sencillos incluyen los del cierre y la abertura del maxilar. (11)

Todos estos impulsos son conducidos a través de los que llamamos sinapsis. (sinapsis es la unión de una neurona con otra). (5)

Vías aferentes.-

La irritación de la mucosa de la parte superior del tubo digestivo es la causa del vómito.

Los impulsos son enviados desde la mucosa hasta el centro del vómito, a través de las vías aferentes viscerales que corren por los nervios simpáticos y los nervios vagos.

Otros impulsos aferentes alcanzan el centro del vómito presumiblemente desde el diencéfalo y el sistema límbico, porque también ocurren respuestas eméticas a estímulos de carga emocional. Así hablamos de olores nauseabundos y vistas que asquean. (5)

Se ha sostenido que existen células quimiorreceptoras en el bulbo, que inician el vómito cuando son estimuladas por agentes químicos circulantes.

La zona del gatillo quimiorreceptor, en la cual se encuentran situadas estas células está cerca o dentro del área postrema, banda de tejido en forma de V en las paredes laterales del cuarto ventrículo.

Se sabe que esta región es más permeable a muchas sustancias que el bulbo subyacente.

Las lesiones del área postrema, tienen poco efecto sobre la respuesta del vómito a la irritación gastrointestinal, pero anulan el vómito que sigue a la inyección de-

apomorfina y de cierto número de otras sustancias eméticas.

Tales lesiones también disminuyen los vómitos en la uremia y en las enfermedades por irradiación, ambas de - las cuales pueden estar acompañadas de la producción endógena de sustancias eméticas circulantes.

Un mecanismo quimiorreceptor que sea estimulado por las toxinas circulantes, podría explicar el vómito en muchos trastornos clínicos. (4)

Náuseas.-

Se entiende por náuseas, una sensación desagradable que suele referirse a la parte posterior de la garganta, - el epigastrio o ambos.

Muchas veces se acompaña de manifestaciones vasomotoras y vegetativas, como, salivación, sudor, vértigo, cefalea y taquicardia.

Clínicamente guardan relación estrecha con el vómito.

Las náuseas pueden estar producidas por enfermedad - gástrica o pancreática, obstrucción intestinal o pilórica por trastornos emocionales, visiones, olores o estímulos-

gustatorios desagradables, por diversas anormalidades asociadas con trastornos metabólicos, o por dolor intenso de cualquier origen.

Las náuseas (y la anorexia) frecuentemente se acompañan de hipofunción gástrica: hipotonía, hipoperistaltismo o hiposecreción. (17)

El vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico e intestinal por la boca.

Inmediatamente antes del vómito hay taquipnea, salivación copiosa, dilatación de pupilas, sudor, palidez, y latidos cardíacos rápidos, signos de descarga neurovegetativa difusa.

El vómito comienza con una inspiración profunda. La glotis se cierra y la nasofaringe se cierra parcialmente o completamente.

La inspiración se convierte en un esfuerzo inspiratorio, con contracción simultánea de músculos abdominales.

Como la glotis está cerrada, el aumento de presión intratorácica e intraabdominal se transmite a estómago y esófago.

El cuerpo del estómago y la musculatura del esófago se relajan. Al mismo tiempo una fuerte contracción anular aproximadamente a nivel del ángulo del estómago, casi divide el cuerpo separándolo del antro.

Al paso que el cuerpo del estómago se conserva flaccido, las ondas peristálticas se dirigen en dirección de la boca por el antro.

Debido a las presiones intratorácica e intraabdominal positivas, el contenido gástrico es expelido por la boca.

Finalmente los músculos se relajan, y se establece la respiración. (17)

Se admite que hay un grupo de células nerviosas, el centro del vómito, que controla los vómitos y está cerca del centro respiratorio, aunque independientemente de él.

La destrucción de estas células impide el vómito. (6)

El vómito es un ejemplo de la manera de como los reflejos viscerales integrados en el bulbo raquídeo incluyen componentes semánticos y viscerales coordinados y cuidadosamente oportunos.

El vómito se inicia con la salivación y la sensación de náusea. (4)

No es raro encontrar en la práctica dental, personas que tienen muy desarrollado el reflejo nauseoso, y que requiera atención especial. Por lo general, la persona con esta tendencia lo manifiesta de una u otra forma desde las primeras citas.

Puede describir una experiencia en la que sintió náuseas y vómito o, más frecuentemente, esto puede descubrirse durante el exámen o al llevar a cabo algún procedimiento.

El reflejo nauseoso está íntimamente ligado al del vómito, que constituye un mecanismo defensivo que impide que las sustancias nocivas penetren al tubo intestinal o a las vías respiratorias.

El nervio que activa el reflejo, se encuentra en la porción parasimpática del sistema nervioso autónomo.

Está presente desde el nacimiento y se manifiesta de diversas formas en los individuos, dependiendo de un sin número de factores, la mayor parte de ellos psicológicos.

Suele recibir impulso por la estimulación táctil del

paladar blando, las fauces, pared posterior de la faringe o tercio posterior del dorso de la lengua.

Además del sentido del tacto, pueden estimular el re flejo de los demás sentidos, el gusto, olfato, vista y ol do, y no debe pasarse por alto que estos componentes cons tituyen un factor importantísimo.

Al elaborar prótesis completas en este tipo de pa_ cientes, el problema se plantea en dos fases:

- 1) Los problemas en relación con la toma de impresio nes y registros intrabucales.
- 2) El problema que sufre el paciente al adaptarse a_ la prótesis.

Por otra parte, el candidato a prótesis parcial, con fronta un problema mucho menos grave.

Una vez obtenidas impresiones y registros intrabuca_ les, la prótesis puede diseñarse en tal forma que resulte cómoda para el paciente y pueda adaptarse a ella fácilmen te.

Sensibilidad bucal.-

Las pruebas que anteceden, sobre todo a la palpación

de la resiliencia de la náusea, la exploración digital de la fosa retroalveolar y el estiramiento un poco forzado - de las inserciones, nos dan útiles indicaciones respecto a la sensibilidad del paciente a las náuseas, ya se sabe que pueden complicar seriamente el trabajo. Es precedente pues, observar, si el paciente es mucho, poco o nada sensible a las náuseas. (14)

La colocación del material dentro de la boca, es a veces incómoda, y los intentos efectuados por el propio paciente para aliviar las molestias pueden estimular el reflejo.

Algunos sujetos pueden deliberadamente o inconscientemente activar el reflejo como una defensa anticipada - contra una molestia desagradable.

La mayoría de estados nauseosos pueden controlarse, mediante métodos de diagnóstico como se explicará más -- adelante, en el capítulo 111. (20)

CAPITULO III.

*Método de diagnóstico para determi
nar la náusea.*

CAPITULO III.

METODOS DE DIAGNOSTICO PARA DETERMINAR LA NAUSEA.

Para poder determinar el grado de reflejo nauseoso - en un paciente desdentado y podamos tomar registros de su maxilar superior y para que finalmente pueda usar su dentadura sin ningún problema; usaremos diferentes métodos - clínicos como son; un buen interrogatorio, para recabar - información de sus experiencias clínicas con otros tipos - de tratamientos realizados antes de perder totalmente sus dientes.

También usaremos el método de palpación y auscultación con el instrumental odontológico de diagnóstico recomendado por varios autores.

Uno de los métodos más comunes para valorizar la tendencia a la náusea o vómito, es tocando con el dedo índice o con la punta roma de un instrumento, lo que sería el paladar duro, ahí nos daríamos cuenta si el paciente presenta reflejo nauseoso. Esto se valora perfectamente cuando se efectúa la impresión primaria. (12)

Otra causa del fracaso reside en la reacción del paciente a la colocación del material de impresión dentro -

de su boca; Ésto es realmente un problema cuando se tro -
pieza con pacientes muy sensibles y que sufren náuseas -
con facilidad.

La colocación de la cabeza del paciente debe ser cui -
dadosamente controlada; es más fácil para el operador, -
que el paciente tenga la cabeza echada hacia atrás.

Debe colocarse al paciente tan erguido como el sí -
llón lo permite. Si el reflejo nauseoso es demasiado agu -
do, es conveniente inclinar la cabeza hacia adelante y -
abajo, de modo que el mentón haga contacto con el pecho -
tan pronto como el portaimpresiones sea colocado, y mante -
ner esta posición hasta que el material haya gelificado.

Esta maniobra debe ser explicada al paciente antes -
de llevarla a cabo, con el fin de que no se extrañe ante -
esta posición tan corriente. Salvo en casos extremos, es -
ta posición no es indispensable para tomar la impresión -
inferior.

La observación del material de impresión al ser espa -
tulado y llevado al portaimpresiones, puede aumentar el -
rechazo del paciente, por lo que cualquier manipulación -
del material debe ser realizada detrás del sillón siempre
que sea posible.

Es conveniente utilizar alginato de rápido endurecimiento en pacientes con reflejo nauseoso desarrollado.

Si el primer intento de tomar la impresión resulta poco satisfactorio a pesar de todas las precauciones, puede considerarse el uso de un portaimpresiones individual elaborado sobre el modelo obtenido con la primera impresión, siempre que éste sea lo suficientemente exacto.

Es mejor usar un portaimpresiones de resina acrílica para modificar el usual.

Por otra parte, si la primera impresión no es adecuada para elaborar un portaimpresiones individual, puede modificarse el usual con modelina o cera.

El enfoque ante el problema del paciente con tendencia a sufrir náuseas debe ser consecuente pero positivo y firme.

La actitud errónea por parte del dentista complica el problema.

Debe asegurarse al paciente que ni el material de impresión ni el portaimpresiones tocarán otra parte de la boca que no sean la que tocan los alimentos cada vez que come.

Se le asegurará que Él no es diferente de las demás personas en cuanto a su anatomía bucal y que más de 20 millones de personas han pasado por esa experiencia sin novedad alguna.

Además puede explicársele que el procedimiento es el mismo que utilizan los ortodoncistas en niños de todas las edades, que pocas veces tienen algún problema para adaptarse a Él.

De hecho, los niños no encuentran extraño el procedimiento y les parece común.

Muchas veces esto suele provocar enojo en el paciente con la consiguiente secreción de adrenalina, que lo hace capaz de enfrentarse al desafío y soportar la prueba con tal serenidad que Él mismo se asombra.

Una forma de eliminar el reflejo nauseoso sería, anestesiando el paladar duro.

Es recomendable el uso de anestésicos tópicos o inyectando en el conducto palatino posterior.

La mayor parte de las veces esto resulta innecesario y es molesto para el paciente.

Otro método que podríamos usar sería premedicando al paciente, como se dijo anteriormente, existen algunos medicamentos como son los sedantes, antieméticos y antinauseosos.

La administración de fármacos debe ser planeada de antemano, y no debe improvisarse en el momento.

Los tranquilizantes se podrán usar unos días antes de la cita. Claro está, el paciente que se encuentra bajo el efecto de sedantes o antihistamínicos, debe ir acompañado de un adulto responsable.

El reflejo nauseoso está tan altamente condicionado por factores de orden psicológico que todo lo que desvía la atención del paciente de su boca y garganta para dirigirla hacia otro objeto, disminuirá la tendencia al vómito y náuseas.

Un método ingenioso tan eficaz como sencillo es pedir al paciente que eleve un pie en el momento de introducir el portaimpresiones, y que lo mantenga tan alto hasta que el material de impresión haya endurecido y se haya retirado el portaimpresiones de la boca. Esta concentración del paciente en otra parte del cuerpo (lejana de la boca) elimina el reflejo nauseoso por lo menos en forma transi-

toria y puede obtenerse fácilmente la toma de impresión.

Parece existir una estrecha relación entre la extensión de la lengua y la tendencia a la náusea.

Se presume que la causa de este fenómeno es que -- cuando la lengua se coloca hacia arriba y hacia atrás, se produce contracción del músculo palatogloso, que a su vez causa tensión en el paladar blando y esto estimula el mecanismo de reflejo.

Para combatir esta tendencia, el paciente debe ser adiestrado para llevar la lengua hacia abajo y recargarla en los dientes anteriores inferiores, evitando llevarla atrás y elevarla.

Además esto posee un valor psicológico considerable ya que distrae al sujeto, independientemente de las características fisiológicas o anatómicas. (10)

Es muy común tratar pacientes con este tipo de problemas, hay personas a quienes resulta molesta una simple exploración de la boca.

Al momento de la revisión de la cavidad oral es el mejor para observar este tipo de molestias, que es, en -

realidad mental y no bucal.

Algunos toques de delicadeza suelen resolver rápidamente la dificultad.

Se nota, por ejemplo, que a la paciente le desagrada la introducción de los dedos en la boca, al paciente se le rogará que tenga un poco de paciencia, la paciente comprenderá, y su molestia mental disminuirá por lo menos durante la acción del trabajo.

En definitiva, con estos detalles, el paciente va entrando en confianza, se va rompiendo esa especie de pudor que le inhibe muchas veces de colaborar y se irá sabiendo si habrá dificultades, y de que naturaleza, para el trabajo intrabucal. (14)

CAPITULO IV.

*Tratamiento: Terapéutico y
Psicológico.*

CAPITULO IV.

TRATAMIENTO TERAPEUTICO Y PSICOLOGICO.

El reflejo de la náusea es de origen psicogénico o somatogénico.

Cuando resulta psicogénico es recomendable hacerle un tratamiento al paciente premedicándolo como son los tranquilizantes (como el fenobarbital) o antihistamínicos.

Al tratar pacientes con el reflejo de la náusea o vómito, es conveniente manipular con cuidado los instrumentos o portaimpresiones.

Se encontrará que hay pacientes que con el sólo hecho de introducirles algún objeto dentro de su boca, les da la sensación de vómito, hay otras que logramos tomarle su impresión, pero cuando llega el momento de usarlas, no pueden, esto es, por estar un poco larga o corta.

Algunos tratamientos aplicados a los pacientes, para la toma de una correcta impresión sin necesidad de problemas son: tratamiento psicológico y terapéutico.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 39

Para muchos pacientes su problema se debe a una cues
tión psicológica y no bucal, por lo tanto es recomendable
tratarlo de la siguiente manera.

Tratamiento psicológico.-

1) Debemos colocar o conservar la cabeza del paciente
hacia adelante y distraerlo del trabajo que se le va a -
realizar. El paciente se colocará tan erguido como el si-
llón lo permite, si el reflejo nauseoso es demasiado agudo
será conveniente inclinar la cabeza hacia adelante y abajo,
de modo que el mentón haga contacto con el pecho, tan pron
to como el portaimpresiones sea colocado, y mantener esta-
posición hasta que el material haya gelificado. (10)

2) La observación del material de impresión, al ser -
espatulado y llevado al portaimpresiones, puede aumentar -
el rechazo del paciente, por lo que cualquier manipulación
del material debe ser realizada detrás del sillón dental, -
siempre que sea posible. (10)

3) Debemos tener muy en cuenta los materiales que se-
van a utilizar en los pacientes, que éstos tengan poca -
fluidez y rápido fraguado. Se tratará de tomar la impre-
sión inferior primero y después la superior, así el pacien

te se acostumbrará al material de impresión y habrá menos reflejo nauseoso. (12)

4) Para poder controlar la náusea, una técnica adecuada, es darle una actitud enérgica suavizada con la comprensión.

La confianza creada en el paciente mediante una habilidad demostrada y el desarrollo de un método no permisivo en las relaciones interpersonales, reduce al mínimo el reflejo nauseoso. (20)

Es muy importante pues, platicar con el paciente, y aconsejarlo que es muy necesaria su cooperación para que el trabajo a realizar tenga éxito. (10)

5) Muchas veces se le pide al paciente que aspire profunda y rápidamente por la nariz, o le pedimos que aguante un poco la respiración. Pues de esta manera el paciente se encuentra un poco ocupado y distraído pensando en la manera de respirar, de ese modo el paciente no le toma importancia a la toma de impresión.

6) Al paciente se le podrá comparar con otras personas que no han tenido problema alguno con la toma de im-

presión, y el paciente será capaz de enfrentarse y soportar la prueba con mucha serenidad. (20)

Tratamiento terapéutico.-

El tratamiento terapéutico se utilizará en casos, - en que los pacientes no sean buenos cooperadores.

La administración de fármacos debe ser planeada de antemano y no debe de improvisarse de inmediato.

Los fármacos más utilizados, los más comunes están: los tranquilizantes, sedantes, antihistamínicos, antieméticos y antinauseosos.

1) Los tranquilizantes son para tratamiento de gran variedad de trastornos mentales. Los tranquilizantes han sufrido una revolución con el desarrollo de un nuevo grupo de medicamentos, y han logrado cambios notables del estado mental de estos pacientes, de manera que resulten mucho mejores cooperadores.

2) Los sedantes como el nembutal (el más utilizado) se usan en dosis bastante bajas, como para disminuir el miedo y la ansiedad, que el paciente se relaje, se reduz

ca el tono muscular y el paciente pueda cooperar mejor.

3) Los antieméticos se han usado ampliamente en el tratamiento de las náuseas y vómito, son medicamentos de presores del sistema nervioso central. El más utilizado es el thorazine.

4) Los antihistamínicos, son eficaces y se han usado para prevenir las náuseas o vómitos. Sus efectos son de presores del sistema nervioso central.

Los antihistamínicos son relevantes, se usan con más frecuencia como sedantes y en la premedicación operatoria.

El más utilizado es el clorhidrato de benadryl. (2)

5) Antinauseoso; un fármaco muy utilizado para pacientes que tienen este tipo de problemas como es la náusea o vómito sería el "tigan", que es un antinauseoso.

Puede prescribirse una cápsula de 250 mgs. tres veces al día durante cuatro ó cinco días. No es conveniente que el paciente maneje ningún vehículo de motor durante este período. (10)

6) Podremos aplicar algunas gotas de anestesia local

aplicándolo en el conducto palatino posterior, estos anestésicos producen pérdida de la sensación y de la actividad motora. Cuando se introducen en un área del cuerpo adyacente a los nervios que controlan dichas funciones. Conforme el anéstésico penetra en la membrana nerviosa cesala capacidad del nervio para conducir un impulso, perdiéndose la función en forma total. De esa manera el paciente una vez anestesiado el paladar, él no sentirá el material de impresión dentro de su boca.

7) Otro anestésico sería el uso de rocío de cetacaíne ya que se puede aplicar sin tocar las zonas sensibles.

(10)

8) Pincelar el paladar blando con un anestésico tópico, el más utilizado es la tetracaína. Disminuye el reflejo nauseoso, pues neutraliza la sensibilidad del paladar, lo que ocasiona que la persona no siente una sensación de sagradable cuando la boca está en contacto con el material de impresión. (2)

Con estos tratamientos lograremos que el paciente esté más a gusto y confortable, y así, conserve sus tejidos en una posición más pasiva sin que el fraguado del material de impresión se trastorne por los movimientos. (16)

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Durante la elaboración de esta tesis, sobre este trabajo, hemos observado que el tratamiento psicológico o terapéutico nos ayuda en gran parte al manejo del paciente al momento de la toma de impresiones, ya que presenta en la práctica diaria un considerable número de pacientes -- que tienen un reflejo nauseoso a los materiales de impresión y a instrumental odontológico. Ya sea por cuestión natural psicológica o influencia externa que le han motivado otras personas. Pues tenemos el caso de las personas que tienen un reflejo nauseoso natural que no solamente son susceptibles a otro tipo de material e instrumental odontológico, sino que también se desencadena ese reflejo al tocar o ver alguna cosa extraña que no están acostumbrados.

Este tipo de personas se tendrán que manejar primeramente de una forma psicológica utilizando cualesquier indicación que se mencionó en el capítulo IV; también nos ayudaremos de fármacos que éste seleccionará según el grado de la náusea. Puesto que como lo tenemos como segundo grado de opción al tratamiento.

También trataremos de utilizar fármacos de baja ac_

ción terapéutica o sea empezaremos a utilizar anestésicos tópicos y si no resulta hasta llegar como última opción a los antihistamínicos como se menciona.

En las personas que tienen un reflejo nauseoso por cuestión psicológica se tendrá que tratar de una forma como es natural psicológica, el cual se debe empezar desde distraer al paciente ya sea por medio de respiración o mover alguna extremidad para que no fije su atención en su boca hasta terminar en hablar al paciente de una forma enérgica.

Será muy raro administrar fármacos a este tipo de pacientes, puesto que si no logramos dominar al paciente por medios psicológicos los utilizaremos pero procurando usar únicamente anestésicos tópicos o locales.

Por último, al grupo de pacientes que se dejan dominar por terceras personas será el psicológico, teniendo con ellos una actitud fuerte, pero que a la vez se le tenga confianza al dentista, pues será la única forma la cual se podrá dominar al paciente y que éste domine y elimine su reflejo nauseoso.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alcaraz del Río Ignacio.
Anatomía Humana. 1a. Edición.
Méx. D.F. pp. 44-49-217
- 2.- Ciancio G. Sebastian y Bourgault.
-Farmacología Clínica. 1a. Edición.
Editorial "El Manual Moderno", S.A.
p.p. 76-88-188.
- 3.- Cindy Zeon Shapiro."Anatomía Dental"
1a. Edición 1978. México, D.F.
Nueva Editorial Interamericana.
p.p. 63.64-124-131.
- 4.- Ganong F. William.
Fisiología Médica.
Editorial "El Manual Moderno".
p.p. 77-78-182-183.
- 5.- Guyton C. Arthur.
Tratado de Fisiologías Médicas.
5a. Edición, 1977. México, 4 D.F.
Nueva Editorial Interamericana, S.A.
Pag. 623,
- 6.- Hantridge D'Silva.
Fisiología.
11a. Edición, 1967. Méx. 4 D.F.
Editorial Interamericana, S.A.
Pag. 303.

- 7.- Hollin Shead Henry.
Anatomía para Cirujanos Dentistas.
1a. Edición. Méx. D.F.
Pag. 109.

- 8.- Krauss-Jordan-Abrahams.
Anatomía Dental y Oclusión.
1a. Edición, 1972. Méx. 4 D.F.
Nueva Editorial Interamericana, S.A.
p.p. 205-206

- 9.- Martínez Sandoval Francisco.
Anatomía Humana.
1978, U.A.G.
Guadalajara, Jalisco.
p.p. 81.90 125-128.

- 10.- Miller Ernest L.
Prótesis Parcial Removible.
1a. Edición, 1975, Méx. 4 D.F.
Nueva Editorial Interamericana.
p.p. 86-87-88-89.

- 11.- Ramfjord Ash.
Oclusión.
2a. Edición, Méx. D.F.
Nueva Editorial Interamericana, 1972.

- 12.- Robles Santana Felipe de Jesús y Herrera Urbina.
Prostodoncia Total.
2a. Edición, 1980. Editorial U.A.G.
Guadalajara, Jalisco, Méx.
p.p. 28-29.

- 13.- Rusell C. Wheller.
Anatomía Dental, Fisiología y Oclusión.
5a. Edición, 1979. México 4 D.F.
Nueva Editorial Interamericana.
p.p. 324-326.
- 14.- Saizar Pedro.
Prostodoncia Total.
1a. Edición, 1972, Buenos Aires.
Editorial Mundi.
Pag. 135.
- 15.- Scott Dixon.
Anatomía para Estudiantes.
4a. Edición, 1983. Méx. D.F.
Nueva Editorial Interamericana.
Pág. 260-279.
- 16.- Sheldon Winkler.
Prostodoncia Total.
1a. Edición, 1982. Méx. 4, D.F.
Pág. 407.
- 17.- Sodeman William. *Fisiología Clínica.*
6a. Edición, 1983. Méx. 4 D.F.
Nueva Editorial Interamericana.
p.p. 863-864.
- 18.- Testust A. Latarget.
Anatomía Humana.
2a. Edición, 1978. Tomo I.
Salvat Editores, S.A. Barcelona, España.
p.p. 223-226.

- 19.- Wright y Montag.
Farmacología y Terapéutica.
7a. Edición, 1966. Méx. 4 D.F.
Editorial Interamericana.
p.p. 170-184.
- 20.- Wuchrman Arthur.
Radiología Dental.
2a. Edición, 1975.
Salvat Editores, Barcelona, España.
Pág. 195.