



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TUMORES INFLAMATORIOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LETICIA MARTINEZ MARES



CHIHUAHUA, CHIH.

1986



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.

INDICE

	PÁGS.
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO	
GENERALIDADES DE LA MUCOSA BUCAL	
1.- DEFINICIÓN DE MUCOSA BUCAL	12
2.- HISTOLOGÍA DE LA MUCOSA ORAL	12
3.- CLASIFICACIÓN DE LA MUCOSA ORAL	13
4.- DEFINICIÓN DE ENCÍA	14
5.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NORMALES	14
6.- CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS NORMALES	15
7.- GRUPO GINGIVODENTAL	15
8.- GRUPO CIRCULAR	16
9.- GRUPO TRANSCEPTAL	16
10.- CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS NORMALES.. . . .	17
11.- ASPECTOS HISTOQUÍMICOS DE LA ENCÍA NORMAL.	17
12.- MECANISMOS DE DEFENSA DE LA ENCÍA	18

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE TUMORES INFLAMATORIOS

1.- DEFINICIÓN	19
2.- HISTOLOGÍA	19
3.- HALLAZGOS CLÍNICOS	20

4.- CLASIFICACIÓN	21
5.- ETIOLOGÍA	23
6.- HISTORIA CLÍNICA	23
7.- TÉCNICAS DE LABORATORIO	24
8.- TRATAMIENTO	24
9.- PRONÓSTICO	24

CAPÍTULO III

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE TUMORES INFLAMATORIOS

1.- SÍNTOMA	25
2.- CLASIFICACIÓN	25
3.- DIAGNÓSTICO	25
4.- TIPOS DE DISGNÓSTICO	26
5.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO	26
6.- DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO	26
7.- DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE DATOS ANAMNÉSICOS . . .	26
8.- DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO	27
9.- DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO	27
10.- DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO	27
11.- DIAGNÓSTICO INMEDIATO	27
12.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	27

13.- SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE TUMORES INFLAMATORIOS.	27
14.- HIPERPLASIA INFLAMATORIA	27
15.- GRANULOMA PIÓGENO , , ,	28
16.- EPULIS	29
17.- HIPERPLASIA ALEVOLAR INFLAMATORIA POR IRRITANTES	29
18.- GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES	30
19.- TEJIDOS REDUNDANTES	31
20.- EPULIS FISSURATUM	31
21.- SEUDOPAPILOMATOSIS	31
22.- ESTOMATITIS DE LA DENTADURA ,	32
23.- HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA DENTADURA.	32
24.- PÓLIPO ,	33
25.- PULPOMA	33
26.- GRANULOMA PULPAR	34
27.- RESORCIÓN INTERNA	34
28.- GRANULOMA PERIPICAL ,	35
29.- GRANULOMA CARNOZO ,	36
30.- GRANULOMA DEL ALVEOLO ,	36
31.- EPULIS GRANULOMATOSO	36
32.- GRANULOMA REPARATIVO CENTRAL DE CÉLULAS- GIGANTES,	36

CAPÍTULO IV

ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS

1.- HISTORIA CLÍNICA ,	38
--------------------------------	----

2.- FINALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.	38
3.- CUESTIONARIO SANITARIO	39
4.- UTILIZACIÓN PRÁCTICA DEL LABORATORIO CLÍNICO . . .	44
5.- ANÁLISIS DE SANGRE	45
6.- ANÁLISIS DE ORINA	47
7.- ESTUDIO DEL SEDIMENTO	48
8.- PRINCIPIOS DEL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO	48

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

1.- MEDICACIÓN PRO-OPERATORIA	50
2.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	51
3.- INSTRUMENTAL	52
4.- ASEPSIA-ANTISEPSIA	52
5.- DEFINICIÓN DE ESTERILIZACIÓN	52
6.- ANESTESIA	53
7.- TIEMPO QUIRÚRGICO	54
8.- MATERIAL DE SUTURA	55
9.- AÓSITOS	56

CAPÍTULO VI

POST-OPERATORIO

1.- ANOTACIONES EN LA SALA DE RECUPERACIÓN	58
2.- ÓRDENES POST-OPERATORIAS	59
3.- ANALGÉSICOS	60
4.- ANTIFLOGÍSTICOS	60
5.- ANTIBIÓTICOS	61
CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65

INTRODUCCIÓN

LA PÁGINA INICIAL DE ESTE TRABAJO, RECOGE MI ESFUERZO Y MI ENTUSIASMO. EL MOTIVO POR EL CUÁL DECIDÍ REALIZAR MI TESIS SOBRE EL TEMA DE TUMORES INFLAMATORIOS, ES DEBIDO AL CRECIENTE AUMENTO DE ESTE TIPO DE PADECIMIENTOS EN NUESTRO TIEMPO.

COMO FACTORES ETIOLÓGICOS PRINCIPALES QUE DESENCADEN ESTE TIPO DE PATOLOGÍAS, ES LA IRRITACIÓN CRÓNICA DE PRÓTESIS MAL ADAPTADAS, ES IMPORTANTE HACER INCAPIE EN QUE EL CIRUJANO DENTISTA SE ESMERA EN REALIZAR PRÓTESIS BIEN AJUSTADAS Y ASÍ PREVENIR ESTE TIPO DE PATOLOGÍAS Y SUS CONSECUENCIAS.

ES MUY IMPORTANTE RECORDAR QUE EN LA REVISIÓN DE NUESTRO PACIENTE ODONTOLÓGICO NO SOLO DEBEMOS DE TENDER A REVISAR LAS PIEZAS DENTALES, SINO QUE DEBE ABARCAR TEJIDOS BLANDOS TALES COMO; PALADAR, MUCOSA BUCAL, ENCÍAS Y TEJIDOS DUROS, INCLUYENDO MAXILARES Y DIENTES, TRATANDO COMO NORMA DESCUBRIR CUALQUIER TIPO DE TUMERACIÓN EN SUS ESTADÍOS INICIALES Y CON ESTE MODO PODER REALIZAR UN DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO OPORTUNO Y EFECTIVO.

COMO LA MEJOR MEDICINA RADICA EN LA PREVENCIÓN PERIÓDICA DE SU CAVIDAD ORAL, CON UNA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL UNA VEZ CADA SEIS MESES, COMO MÍNIMO.

CAPITULO I

EL EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO DE LA MUCOSA BUCAL-FORMA UNA SUPERFICIE CONTÍNUA QUE PROTEGE LOS TEJIDOS SUBYACENTES DE LA CAVIDAD BUCAL, FUNCIONANDO COMO UNA BARRERA PROTECTORA.

LA PROTECCIÓN PROPORCIONADA POR EL EPITELIO EN GRAN PARTE DEPENDE DE SU QUERATINIZACIÓN Y DE SU CAPACIDAD PARA DESCAMAR LAS CÉLULAS EPITELIALES.

SE HA DEMOSTRADO QUE EL EPITELIO DE LA MEJILLA TIENE QUERATINIZACIÓN MÍNIMA O LA FALTA POR COMPLETO MIENTRAS QUE EN EL PALADAR DURO Y LA ENCÍA EXISTE UNA COMPLETA QUERATINIZACIÓN DEL EPITELIO.

EL EPITELIO DEL SURCO GINGIVAL NO ESTÁ QUERATINIZADO Y ESTÁ COMPUESTO POR ALGUNAS CAPAS CELULARES, POR LO TANTO OFRECE UNA BARRERA DÉBIL EN LA DEFENSA DE ESTA ÁREA.

SIN EMBARGO EL SURCO GINGIVAL TIENDE A LIMPIARSE POR SI SOLA, YA QUE RÁPIDAMENTE RENUEVA SU EPITELIO.

EXISTE TAMBIÉN UNA MIGRACIÓN CONTÍNUA DE LAS CÉLULAS EPITELIALES HACIA AFUERA POR DESCAMACIÓN A LA ENTRADA DE LA BOLSA.

AL MOVERSE ESTAS CÉLULAS DEL SURCO HACIA AFUERA AYUDA A DESPLAZAR A LOS MICROORGANISMOS Y MATERIALES DE DESECHO DE ESTA ÁREA.

EL ESTRECHO CONTACTO ENTRE EL EPITELIO DE LA BOLSA Y LA SUPERFICIE DEL DIENTE HACE MÍNIMA LA PENETRACIÓN DE MICROORGANISMOS Y MATERIALES DE ESTA ÁREA.

EXISTEN DATOS SOBRE LA MUCOSA SANA DE QUE TIENE EFECTO INHIBIDOR SOBRE LOS MICROORGANISMOS NO AUTÓCTONOS QUE ENTRAN EN LA CAVIDAD BUCAL, Y TAMBIÉN DE QUE RETARDA LA PROLIFERACIÓN E INVASIÓN DE MIEMBROS DE LA FLORA NATURAL.

EL FLUJO DE LA SALIVA ES TAMBIÉN UN FACTOR EN EL MOVIMIENTO DE ESTAS PARTÍCULAS DE LAS ÁREAS DE LA MUCOSA LINGUAL Y BUCAL PRINCIPALMENTE.

LOS MOVIMIENTOS DE LOS LABIOS Y LENGUA DURANTE LA MASTICACIÓN MANTIENEN LAS PARTÍCULAS DE ALIMENTOS EN LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES.

CLASIFICACION DE LA MUCOSA ORAL.- LA MUCOSA ORAL NO ES IDÉNTICA EN TODA SU EXTENSIÓN Y PUEDE DIVIDIRSE EN TRES TIPOS:

- A) MUCOSA MASTICATORIA
- B) MUCOSA DE REVESTIMIENTO
- C) MUCOSA GUSTATIVA O ESPECIALIZADO

MUCOSA MASTICATORIA: ES LA PORCION DE MUCOSA QUE SE ENCUENTRA RECUBRIENDO EL PALADAR DURO Y LA ENCÍA, ES LA PARTE QUE SE ENCUENTRA ADHERIDA FIRMEMENTE AL HUESO, A LAS APÓFISIS ALVEOLARES Y A LOS DIENTES, POR LO TANTO ES POCO MÓVIL.

MUCOSA DE REVESTIMIENTO: ES DELGADA, SUAVE, ELÁSTICA, SE ENCUENTRA RECUBRIENDO LA PARTE INTERNA DE LOS LABIOS, CARRILLOS, PISO DE LA BOCA Y DE LA CARA INFERIOR DE LA LENGUA.

MUCOSA GUSTATIVA O ESPECIALIZADO: SE ENCUENTRA RECUBRIENDO AL TERCIO POSTERIOR Y DORSO DE LA LENGUA Y ESTÁ CONSTITUIDA POR PAPILAS QUE FORMAN EL SENTIDO DEL GUSTO. ESTAS PAPILAS SON CALICIFORMES EN LA BASE DE LA LENGUA, SON UN NUMERO DE 8 A 10 Y FORMAN LA LLAMADA V LINGUAL.

LAS PAPILAS FILIFORMES SE ENCUENTRAN EN LA PARTE ANTERIOR DE LA LENGUA Y LAS PAPILAS FUNIFORMES QUE SE ENCUENTRAN DISMINUIDAS ENTRE LAS PAPILAS FILIFORMES.

DEFINICION DE ENCÍA.- ES AQUELLA PARTE DE LA MEMBRANA MUCOSA ORAL QUE CUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES DE LOS MAXILARES Y RODEA LOS CUELLOS DE LOS DIENTES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NORMALES.- LA ENCÍA SE DIVIDE EN:

ENCÍA MARGINAL

ENCÍA INSERTADA

ENCÍA INTERDENTARIA

ENCÍA MARGINAL: ES LA ENCÍA LIBRE QUE RODEA LOS DIENTES A MODO DE COLLAR, Y SE HAYA DEMARCADA DE LA ENCÍA INSERTADA ADYACENTE POR UNA DEPRESION LINEAL POCO PROFUNDA, EL SURCO MARGINAL.

ENCÍA INSERTADA: ES FIRME, RESILENTE Y ESTRECHAMENTE UNIDA AL CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR SUBYACENTES.

EL ASPECTO VESTIBULAR DE LA ENCÍA SE EXTIENDE HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR RELATIVAMENTE LAXA Y MOVIBLE.

EL ANCHO EN EL SECTOR VESTIBULAR, EN DIFERENTES ZONAS DE LA BOCA, VARÍA DE MENOS DE 1 MM. A 9 MM.

EN LA CARA LINGUAL DEL MAXILAR INFERIOR LA ENCÍA TERMINA EN LA UNIÓN CON LA MEMBRANA MUCOSA QUE TAPIZA EL SURCO SUBLINGUAL EN EL PISO DE LA BOCA.

EN EL MAXILAR SUPERIOR SE UNE IMPERCEPTIBLEMENTE CON LA MUCOSA PALATINA, IGUALMENTE FIRME Y RESILENTE.

ENCÍA INTERDENTARIA: OCUPA EL NICHU GINGIVAL QUE ES - EL ESPACIO INTERPROXIMAL SITUADO DEBAJO DEL ÁREA DE CONTACTO - DENTARIO.

CONSTA DE DOS PAPILAS, UNA VESTIBULAR Y UNA LINGUAL, - Y EL COL (DEPRESION QUE CONECTA LAS PAPILAS Y SE ADAPTA A LA -- FORMA DEL ÁREA DE CONTACTO INTERPROXIMAL).

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS NORMALES.-

ENCÍA MARGINAL: CONSTA DE NÚCLEO CENTRAL DE TEJIDO CO- NECTIVO CUBIERTO DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

EL EPITELIO DE LA SUPERFICIE EXTERNA ES QUERATINIZADO PARAQUERATINIZADO O DE LOS DOS TIPOS, CONTIENE PROLONGACIONES- EPITELIALES QUE SE CONTINUAN CON EL EPITELIO DE LA ENCÍA INSER TADA.

EL EPITELIO DE LA SUPERFICIE INTERNA ESTÁ DESPROVISTO DE PROLONGACIONES EPITELIALES, NO ES QUERATINIZADO, NI PARAQUE RATINIZADO Y FORMA EL TAPÍZ DEL SURCO GINGIVAL.

FIBRAS GINGIVALES: EL TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA -- MARGINAL ES DENSAMENTE COLÁGENO Y CONTIENE UN SISTEMA IMPORTAN TE DE HACES DE FIBRAS COLÁGENAS.

LAS FIBRAS GINGIVALES SE DISPONEN EN TRES GRUPOS:

GRUPO GINGIVODENTAL

GRUPO CIRCULAR

GRUPO TRANSCEPTAL

1.- GRUPO GINGIVODENTAL.- SON FIBRAS DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR LINGUAL E INTERPROXIMAL.

TAMBIEN SE EXTIENDEN SOBRE LA CARA EXTERNA DEL PERIOS TIO DEL HUESO ALVEOLAR VESTIBULAR Y LINGUAL, TERMINAN EN LA -- ENCÍA INSERTADA O SE UNEN EN EL PERIOSTIO.

2.- GRUPO CIRCULAR.- ESTAS CORREN A TRAVÉS DEL TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA MARGINAL E INTERDENTARIA Y RODEAN AL --- DIENTE A MODO DE ANILLO.

3.- GRUPO TRANSEPTAL.- SITUADAS INTERPROXIMALMENTE, - FORMAN HACES HORIZONTALES QUE SE EXTIENDEN ENTRE EL CEMENTO DE DIENTES VECINOS.

ENCÍA INSERTADA: SE CONTINÚA CON LA ENCÍA MARGINAL Y- SE COMPONE DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y UN ESTROMA DE- TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE.

EL TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA ES CONOCIDO COMO LÁMI- NA PROPIA ES DENSAMENTE COLÁGENA, CON POCAS FIBRAS ELÁSTICAS.

LA LÁMINA PROPIA ESTÁ FORMADA POR DOS CAPAS:

1.- CAPA PAPILAR.- QUE SE COMPONE DE BROTES EPITELIA- LES.

2.- CAPA RETICULAR.- CONTIGUA AL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR.

VASCULARIZACIÓN: HAY TRES FUENTES:

1.- ARTERIOLAS SUPRAPERIOSTICAS

2.- VASOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL

3.- ARTERIOLAS QUE EMERGEN DE LA CRESTA DEL TABIQUE - INTERDENTARIO .

LINFÁTICOS: EL DRENAJE LINFÁTICO DE LA ENCÍA COMIENZA EN LOS LINFÁTICOS DE LAS PAPILAS DE TEJIDO CONECTIVO.

INERVACIÓN: DERIVA DE FIBRAS QUE NACEN EN NERVIOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y DE LOS NERVIOS LABIAL, BUCAL Y PALATINO.

ENCÍA INTERDENTARIA: CADA PAPILA INTERDENTARIA CONSTA DE UN NÚCLEO CENTRAL DE TEJIDO CONECTIVO DENSAMENTE COLÁGENO,-

CUBIERTO DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS NORMALES

COLOR: ROSADO CORAL QUE ES PRODUCIDO POR EL APORTE - SANGUÍNEO, EL ESPESOR Y EL GRADO DE QUERATINIZACIÓN DEL EPITELIO Y LA PRESENCIA DE CÉLULAS QUE CONTIENEN PIGMENTACIONES.

TAMAÑO: SU TAMAÑO CORRESPONDE A LA SUMA DEL VOLÚMEN- DE LOS ELEMENTOS CELULARES O INTERCELULARES Y SU VASCULARIZA - CIÓN.

LA ALTERACIÓN DEL TAMAÑO ES CARACTERÍSTICO DE LA EN- FERMEDAD PARODONTAL.

CONTORNO: O FORMA, VARÍA CONSIDERABLEMENTE Y DEPENDE DE LA FORMA DE LOS DIENTES Y SU ALINEACIÓN EN EL ARCO, DE LA - LOCALIZACIÓN Y TAMAÑO DEL ÁREA DE CONTACTO PROXIMAL Y DE LAS - DIMENSIONES DE LOS NICHOS GINGIVALES VESTIBULAR Y LINGUAL.

QUERATINIZACIÓN: EL EPITELIO QUE CUBRE LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA ENCÍA MARGINAL Y LA ENCÍA INSERTADA ES QUERATINI ZADO O PARA QUERATINIZADO.

SE CONSIDERA QUE LA QUERATINIZACIÓN ES UNA ADAPTA -- CIÓN PROTECTORA A LA FUNCIÓN DEL CEPILLADO DENTAL.

ASPECTOS HISTOQUÍMICOS DE LA ENCÍA NORMAL.- EL TEJI- DO CONECTIVO DE LA ENCÍA NORMAL CONTIENE UNA SUBSTANCIA FUNDA- MENTAL INTERCELULAR HETEROPOLISÁCARIDA PAS-POSITIVA, QUE TAM - BIÉN EXISTE EN LAS PAREDES DE LOS VASOS SANGUÍNEOS Y ENTRE LAS CÉLULAS DEL EPITELIO.

ENZIMAS: LA FOSFATASA ALCALINA ESTÁ PRESENTE EN LAS- CÉLULAS ENDOTELIALES, EN LAS PAREDES DE LOS CAPILARES Y POSI - BLEMENTE EN LAS FIBRAS DEL TEJIDO CONECTIVO.

EL CONSUMO DEL OXÍGENO DE LA ENCÍA NORMAL (QO_2 1,6 \pm 0,37) ES COMPARABLE AL DE LA PIEL (QO_2 1,48 \pm 0,48).

LA ACTIVIDAD RESPIRATORIA DEL EPITELIO ES APROXIMADAMENTE TRES VECES MAYOR QUE LA DEL TEJIDO CONECTIVO, Y LA -- DEL EPITELIO DEL SURCO ES APROXIMADAMENTE EL DOBLE QUE EL DE LA ENCÍA EN CONJUNTO.

MECANISMO DE DEFENSA DE LA ENCÍA.- LA FUNCIÓN BIOLÓGICA DE DEFENSA DEL TEJIDO CONJUNTIVO LO REALIZA LA INFLAMACIÓN COMO RESPUESTA A LA IRRITACIÓN.

CUANDO EXISTE LA INFLAMACIÓN HAY DESTRUCCIÓN DE TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO PORQUE ACTÚAN LAS ENZIMAS HIALURONIDASA Y COLAGENASA.

EL ESPACIO OCUPADO POR LAS FIBRAS DE TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO ES OCUPADO POR UN FLÚIDO, ÉSTA DESTRUCCIÓN DE TEJIDO CONJUNTIVO JUNTO CON EL EDEMA DA A LA MUCOSA UN ASPECTO LISO PORQUE PIERDE EL PUNTEADO CLÁSICO. TAMBIÉN DEBIDO AL EDEMA CAMBIA LA COLORACIÓN NORMAL DE LA PAPILA INTERDENTAL Y EL MARGEN GINGIVAL, LA CUAL SE TORNA ROJA OSCURA O AZULADA.

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE TUMORES INFLAMATORIOS

EL HECHO DE QUE LOS TUMORES INFLAMATORIOS REPRESENTAN MÁS DE LA MITAD DE TODOS LOS TUMORES DE LA BOCA, NO DEBE SOPRENDERNOS SI TENEMOS EN CUENTA QUE PROCEDEN GENERALMENTE DE UNA IRRITACIÓN CRÓNICA, DEBIDO A QUE LOS TEJIDOS ORALES ESTÁN-SUJETOS CONSTANTEMENTE A LAS IRRITACIONES ASOCIADAS CON LA MASTICACIÓN, MORDEDURAS, Y HABLA, ASÍ COMO A LAS PRODUCIDAS POR - LIMADURAS TOSCAS, DENTADURAS Y PUENTES, ALIMENTOS CALIENTES, - FRÍOS Y CORTANTES, LÍQUIDOS IRRITANTES, SUSTANCIAS QUÍMICAS Y-MUCHOS OTROS FACTORES.

DEFINICIÓN.- EL TUMOR INFLAMATORIO ES TAMBIÉN LLAMADO GRANULOMA, PORQUE COMO SU NOMBRE LO INDICA ES UNA MASA GRANULOMATOSA COMPUESTA ESENCIALMENTE POR ELEMENTOS INFLAMATORIOS.

HISTOLOGÍA.- LOS ELEMENTOS HISTOLÓGICOS DE LOS TUMORES INFLAMATORIOS ES FRECUENTE QUE SEAN DIFERENTES TANTO CUALITATIVA COMO CUANTITATIVAMENTE, ELLO DEPENDE DE CIERTOS FACTORES COMO LA ETIOLOGÍA ESPECÍFICA, LA LOCALIZACIÓN, LA SUPERPOSICIÓN DE IRRITACIONES E INFECCIONES SECUNDARIAS Y, SIN LUGAR A DUDAS, DE LAS DIFERENTES RESPUESTAS DE CADA ENFERMO.

LOS TUMORES INFLAMATORIOS O GRANULOMAS PRESENTAN EN DISTINTAS PROPORCIONES LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

1.- ELEMENTOS ANGIOBLÁSTICOS: UNA GRAN VASCULARIZACIÓN CON NUMEROSOS CAPILARES.

2.- CÉLULAS INFLAMATORIAS: UNA ACUMULACIÓN INTENSA DE CÉLULAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS, SOBRE TODO LINFOCITOS Y MONOCITOS

PERO MUCHAS VECES HAY CÉLULAS PLASMÁTICAS Y, A VECES, CÉLULAS GIGANTES DE CUERPOS EXTRAÑOS E INCLUSO CÉLULAS POLIMORFONUCLEARES.

3.- ELEMENTOS FIBROBLÁSTICOS: LOS FIBROBLASTOS SON CARACTERÍSTICOS DE LOS TUMORES INFLAMATORIOS PERO SU NÚMERO VARÍA EN LOS DISTINTOS TUMORES, SIENDO MÍNIMO EN ALGUNOS Y -- MUY GRANDE EN OTROS; LA CANTIDAD DE TEJIDO FIBROSO TAMBIÉN -- VARÍA YA QUE DEPENDE DEL ESTADIO DEL TUMOR; EN ALGUNAS OCASIONES SE OBSERVAN INDICIOS DE CALCIFICACIÓN.

HALLAZGOS CLÍNICOS.- LOS HALLAZGOS CLÍNICOS DE LOS GRANULOMAS DE LA PERIFERIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA VARIAN MUCHO SEGÓN CADA ENFERMO.

POR EJEMPLO: LA FORMA, EL TAMAÑO Y EL CONTORNO DEL GRANULOMA QUE SE DESARROLLA ENTRE LOS DIENTES, ES EVIDENTE -- QUE VENDRÁ DADO POR LA PRESENCIA FÍSICA DE LOS DIENTES.

DE FORMA PARECIDA, UN GRANULOMA QUE SE PRESENTE EN LA BÓVEDA DEL PALADAR DURO SE VERÁ AFECTADO POR LA DENTADURA QUE LO RECUBRA; IGUALMENTE, LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS GRANULOMAS EN LA ZONA DE LOS PLIEGUES MUCOBUCALES Y EN LAS CAVIDADES DE LOS DIENTES RECIENTEMENTE EXTRAÍDOS VENDRÁN DADAS POR EL REBORDE DE LA DENTADURA Y POR LAS PAREDES DE LA CAVIDAD.

EL GRANULOMA ES GENERALMENTE UNA MASA TUMORAL FÁCILMENTE OBSERVADA, QUE HACE PROMINENCIA Y QUE PUEDE DESARROLLARSE EN CUALQUIER REGIÓN DE LA BOCA.

ESTÁ BIEN LOCALIZADO Y GENERALMENTE TIENE UNOS LÍMITES PERIFÉRICOS MUY DEFINIDOS.

DEBIDO A SU GRAN VASCULARIZACIÓN LA MAYORÍA SON MUY ROJOS O COLOR ROJO PÚRPURA.

DONDE EL TEJIDO FIBROSO SUELE SER MAS ABUNDANTE QUE EN LESIONES RECIENTES SU COLOR ES MENOS ROJO O ROSADO.

LOS GRANULOMAS MÁS FUERTEMENTE COLOREADOS SON DE -- CONSISTENCIA BLANDA, MIENTRAS QUE LOS DE COLOR MÁS PÁLIDO, DE BIDO A SU MAYOR CONTENIDO EN TEJIDO FIBROSO, SON SEMIDUROS O DUROS.

LOS TUMORES QUE SON LOCALIZADOS EN LA MUCOSA BUCAL, SUELO DE LA BOCA, LENGUA, LABIOS, PLIEGUES MUCOBUCALES SUELEN SER MUY MÓVILES, (CARACTERÍSTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD LOCALI ZADA, NO INFILTRATIVA).

OTRA CARACTERÍSTICA DE LOS GRANULOMAS ES QUE SAN -- GRAN FÁCILMENTE CUANDO SE LES LESIONA O SE LES EXPLORA, Y LA- HEMORRAGIA PUEDE CONTINUAR DURANTE MUCHO TIEMPO.

LA SUPERFICIE DE ESTOS TUMORES TAMBIÉN VARÍA, MUCHOS SON REDONDEADOS, LISOS Y SIN INTERRUPCIONES, OTROS SON CUBIER TOS CON UNA CAPA QUERATÍNICA ADHERENTE DE COLOR GRIS O BLANQUE SINA, ALGUNOS SOBRE SU SUPERFICIE PRESENTAN FISURAS, RANURAS- O GRIETAS DEBIDAS A LESIONES CAUSADAS POR LOS DIENTES, REBOR - DES DE LA DENTADURA, ETC.

GENERALMENTE SON ASINTOMÁTICOS, DESCONOCIENDO EL EN FERMO SU EXISTENCIA, ES MAS FRECUENTE QUE EL ENFERMO SE DE -- CUENTA DEL TUMOR POR SU TAMAÑO, PORQUE INTERFIERA EN LAS FUN- CIONES DE LA BOCA, O POR SU TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.

CLASIFICACIÓN.- LOS TUMORES INFLAMATORIOS PUEDEN PRE

SENTARSE EN CUALQUIER LUGAR DE LA BOCA, INCLUYENDO LOS MAXILARES Y DIENTES.

1.- TEJIDOS DE LA MUCOSA (MUCOSA BUCAL, SUELO DE LA BOCA, LENGUA LABIOS, ETC.)

A) HIPERPLASIA INFLAMATORIA:

B) GRANULOMA PIÓGENO

2.- TEJIDOS GINGIVALES (ENCÍA ADHERENTE).

A) EPULIS

B) HIPERPLASIA ELVEOLAR INFLAMATORIA

C) GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES

3.- TEJIDOS MUCOBUCALES

A) TEJIDO REDUNDANTE

B) EPULIS FISSURATUM

4.- TEJIDOS DEL PALADAR

A) SEUDOPAPILOMATOSIS

B) ESTOMATITIS DE LA DENTADURA

C) HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA DENTADURA

5.- DIENTES

A) EN LA CORONA DEL DIENTE: PÓLIPO, PULPOMA Y GRANULOMA

PULPAR

B) EN EL CANAL DE LA PULPA: RESORCIÓN INTERNA

C) EN EL ÁPICE: GRANULOMA PERIAPICAL

6.- ALVEOLO DEL DIENTE

A) GRANULOMA CARNOSO

B) GRANULOMA DEL ALVEOLO

7.- MANDÍBULA O MAXILAR

A) GRANULOMA REPARATIVO DE CÉLULAS GIGANTES

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

DIRECCION GENERAL DE INCORPORACION Y REVALIDACION DE ESTUDIOS

- FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE POR TRIPPLICADO.
- ENTREGAR ORIGINAL Y DOS EJEMPLARES DE LA TESIS, TESINA O MEMORIA EN LA BIBLIOTECA CENTRAL DE LA U. N. A. M.
- EXIGIR ACUSE DE RECIBO EN LAS DOS COPIAS.

Martinez Mares Leticia

NOMBRE DEL ALUMNO(A)

81302748-9

NO. DE CUENTA U.N.A.M.

Tumores Inflamatorias

NOMBRE DE LA TESIS, TESINA, SEMINARIO O MEMORIA

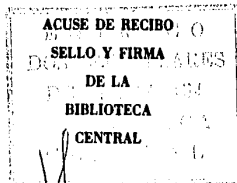
Instituto Universitario

del Norte

ESCUELA O UNIVERSIDAD

Cirujano Dentista

CARRERA



FECHA: 10 06 1987
 DIA MES AÑO

•PRESENTARSE CON LAS COPIAS SELLADAS EN LA OFICINA DE EXAMENES PROFESIONALES DE LA D. G. I. R. E.

ETIOLOGÍA.- MUCHAS ACCIONES Y SUSTANCIAS DISTINTAS - PUEDEN CAUSAR TUMORES INFLAMATORIOS, DE ESTA SUPUESTA CANTIDAD- DE FACTORES, TODAS ESTAS LESIONES POSEEN EL CARÁCTER DE IRRITACIÓN, QUE ES EL FACTOR ETIOLÓGICO ESENCIAL.

PECULIARMENTE- NO ES LA ACCIÓN TRAUMÁTICA AGUDA LA -- QUE DA LUGAR A LA FORMACIÓN DE UN GRANULOMA (AUNQUE ES POSIBLE- QUE UNA ACCIÓN DE TAL TIPO SEA LA CAUSA); SINO QUE, MÁS BIEN, - LA ACCIÓN IRRITANTE DE INTENSIDAD MODESTA O DE PEQUEÑO GRADO.

EJEMPLO: DEPÓSITO DE CÁLCULOS, IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS, CÁMARAS DE SUCCIÓN, REBORDES DE LA DENTADURA, CUERPOS EXTRAÑOS, ESPÍCULAS ÓSEAS, OCLUSIÓN TRAUMÁTICA, ETC.

LA MAYOR PARTE DE LAS IRRITACIONES SON DE NATURALEZA-FÍSICA.

EN OCASIONES SE PRESENTAN IRRITACIONES DE ORIGEN BACTERIANO O TÓXICOS COMO LOS QUE GENERALMENTE SE ASOCIAN A LOS -- DIENTES INFECTADOS EJEMPLO: EL GRANULOMA PERIAPICAL Y PULPOMA.

EXISTE LA POSIBILIDAD DE TUMOR INFLAMATORIO DEBIDO A IRRITANTES QUÍMICOS, COMO CIERTOS MEDICAMENTOS USADOS EN LA ENDODONCIA, QUE PROVOCAN TUMORES INFLAMATORIOS PARECIDOS.

HISTORIA CLÍNICA.- EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS SON CLÍNICAMENTE VISIBLES Y SE IDENTIFICAN FÁCILMENTE DEBIDO A SU-ASPECTO CARACTERÍSTICO.

CUANDO LA LESIÓN ESTÉ MUY ALTERADA POR UN TRAUMATISMO SUPERPUESTO O CUANDO PAREZCA UNA NEOPLASIA, SERÁ NECESARIA-UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y EXPLORACIÓN BIÓPSICA.

SE PRESENTA EN PERSONAS DE TODAS LAS EDADES, AMBOS -

SEXOS, EN TODAS LAS RAZAS.

LOS DIABÉTICOS ESTÁN PREDISPUUESTOS A DESARROLLAR -- GRANULOMAS GINGIVALES.

ALGUNOS GRANULOMAS CRECEN BRUSCAMENTE Y ADQUIEREN -- UN CONSIDERABLE TAMAÑO EN EL BREVE ESPACIO DE UNOS DIAS O SEMANAS, LA MAYORÍA SE CARACTERIZAN POR UN CRECIMIENTO LENTO Y GRADUAL DURANTE UN LARGO PERÍODO DE MESES E INCLUSO AÑOS.

TÉCNICAS DE LABORATORIO.- CUANDO LOS SIGNOS CLÍNICOS HAGAN PENSAR EN GRANULOMA, SIEMPRE ESTÁ INDICADA UNA EXPLORACIÓN HISTOLÓGICA A PESAR DE LA IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO.

TRATAMIENTO.- ES DIRIGIDO HACIA DOS OBJETIVOS:

1.- ELIMINACIÓN DE LA CAUSA.

2.- EXTIRPACIÓN DEL GRANULOMA (LOGRADO MEDIANTE -- EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA, LEGRADO O ELECTROCAUTERIO).

PRONÓSTICO.- SON DE NATURALEZA BENIGNA Y NO POSEEN -- POTENCIALIDAD PRECANCEROSA.

CAPÍTULO III

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE TUMORES INFLAMATORIOS

SÍNTOMA.- ES LA MANIFESTACIÓN DE UNA ALTERACIÓN ORGÁNICA O FUNCIONAL APRECIADA POR EL MÉDICO O DIRECTAMENTE POR EL ENFERMO, DE MANERA QUE LOS SÍNTOMAS PUEDEN SER:

OBJETIVOS: CUANDO LOS RECOGES EL MÉDICO POR MEDIO DE LA PALPACIÓN.

SUBJETIVOS: CUANDO SÓLO EL ENFERMO LOS APRECIA Y DA AL MÉDICO.

CLASIFICACIÓN: LOS SÍNTOMAS PUEDEN SER CLASIFICADOS EN:

A) GENERALES

B) LOCALES

S. GENERALES: SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE UN PADECIMIENTO EN EL ESTADO GENERAL DEL ENFERMO. EJEM: FIEBRE.

S. LOCALES: SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE UN PADECIMIENTO EN UN ÁREA, O UNA REGIÓN DETERMINADA, COMO PUEDE SER UN AUMENTO DE VOLÚMEN, UN DOLOR LOCALIZADO, POR EJEM: EN LA ENCÍA, DIENTES, LENGUA O CARRILLOS, ETC.

DIAGNÓSTICO.- ES LA HABILIDAD DEL CLÍNICO PARA DESCRIBIR O ADVERTIR LA PRESENCIA DE UNA ANOMALÍA, Y SU NATURALEZA. EN OTRAS PALABRAS ESTAR FAMILIARIZADO CON LAS CUALIDADES, EVOLUCIÓN Y DESARROLLO (PATOGENIA) DE LA ANOMALÍA.

PARA TENER ÉXITO EN EL DIAGNÓSTICO, SE DEBE CONOCER NO SOLO LOS SIGNOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD, SINO TAMBIÉN AQUELLAS FACETAS RELACIONADAS CON ELLA, COMO LAS CAUSAS, PATOGENIA Y MANIFESTACIONES RONTGENOLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO.- EXISTEN 8 TIPOS LOS CUALES NOMBRARÉ A CONTINUACIÓN:

D. CLÍNICO

D. RADIOLÓGICO

D. A TRAVÉS DE LOS DATOS ANAMNÉSICOS

D. DE LABORATORIO

D. QUIRÚRGICO

D. TERAPÉUTICO

D. INMEDIATO

D. DIFERENCIAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO.- ES LA IDENTIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD BASADA SOLO EN LA OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA ENTIDAD PATOLÓGICA.

EN RESÚMEN: SON LOS QUE SON OBSERVABLES CON LOS OJOS O PALPABLES MANUALMENTE, SIN ACUDIR A DATOS O INFORMACIÓN DE OTRO ORIGEN.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.- LA IDENTIFICACIÓN DE AQUELLAS ENFERMEDADES CUYAS CARACTERÍSTICAS Y ASPECTOS RADIOGRÁFICOS SEAN ESPECÍFICOS Y PATOGNOMÓNICOS.

CUANDO SOLO SE DEPENDE DE ESTE DIAGNÓSTICO SE CORRE EL RIESGO DE ERROR.

DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE LOS DATOS ANAMNÉSICOS.- SON LOS DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE UNA HISTORIA CLÍNICA DONDE CONTIENE LOS DATOS SOBRE UNA HISTORIA PERSONAL, FAMILIAR, SU ESTADO MÉDICO PASADO Y PRESENTE, DATOS DE ENFERMEDAD ACTUAL, RECURRENCIAS PERIÓDICAS Y PERÍODOS DE REMISIÓN.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO.- MUCHOS PROBLEMAS DE LABORATORIO NO SE PUEDEN RESOLVER SOLO CON DATOS CLÍNICOS, RADIOLOGICOS O ANAMNÉSICOS, SINO QUE SE RESUELVEN SOLO DESPUÉS DE OBTENER CIERTOS RESULTADOS POSITIVOS Y SIGNIFICATIVOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PERTINENTES.

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO.- NO ES RARO QUE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SE ESTABLEZCA MEDIANTE LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA. LA SOSPECHA DE UN ABCESEO SUPERFICIALESTICO SE CONFIRMA MEDIANTE UNA LICISIÓN QUE PRODUCE LA LIBERACIÓN DE UN EXUDADO PURULENTO.

DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO.- LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NOS DA LA CLAVE DEL DIAGNÓSTICO, SE RECOMIENDA ESTE TIPO DE DIAGNÓSTICO EN CASO EN LOS QUE NO PUEDA ESTABLECERSE FÁCILMENTE DE OTRA FORMA.

DIAGNÓSTICO INMEDIATO,- SE BASA POR LO GENERAL EN SOLLO UNA O DOS SUGESTIONES CLÍNICAS O RADIOGRÁFICAS SIN QUE LASCORROBOREN DATOS OBTENIDOS POR LA ANAMNESIS, LABORATORIO U OTRAS FUENTES.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- MÉTODO QUE POR SU MISMA NATURALEZA PROPORCIONA EL MAYOR GRADO DE SEGURIDAD.

ES LA ACUMULACIÓN Y ELECCIÓN DE DATOS IMPORTANTES A PARTIR DE TODAS LAS POSIBLES FUENTES ANTES DE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, ES EL QUE NOSOTROS PREFERIMOS APLICAR, PARA EMPLEAR ESTA TÉCNICA CON ÉXITO, SON DE GRAN IMPORTANCIA TANTO LOS CONOCIMIENTOS COMO LA HABILIDAD.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE TUMORES INFLAMATORIOS.

1.- TEJIDOS DE LA MUCOSA:

A) HIPERPLASIA INFLAMATORIA.- A VECES CIERTOS TUMORES

SE HACEN LLAMAR HEMANGIOGRANULOMAS, PARA SUBRAYAR SU GRAN VASCULARIZACIÓN, MUCHAS VECES DE COLOR PÚRPURA INTENSO O AZUL ROJIZO, LOS PEQUEÑOS VASOS SANGUÍNEOS SON NUMEROSOS Y ESTÁN AGLOMERADOS.

SU CUADRO CLÍNICO Y SU HISTORIA COINCIDEN CON UN TUMOR INFLAMATORIO.

B) GRANULOMA PIÓGENO.- ES UNA RESPUESTA INFLAMATORIA HIPERPLÁSICA LOCALIZADA QUE PUEDE SIMULAR UNA NEOPLASIA.

NO SIEMPRE PUEDE DIAGNOSTICARSE SOBRE BASES EXCLUSIVAMENTE CLÍNICAS O HISTOLÓGICAS, YA QUE LA GINGIVITIS HIPERPLÁSICA -- DEL EMBARAZO U OTRAS PROLIFERACIONES ANGIOMATOSAS PUEDEN RESULTAR IDÉNTICAS.

KERR, ANALIZÓ CASOS DE GRANULOMA PIÓGENO, DE LOCALIZACIÓN ORAL Y EXTRAORAL, SUBRAYANDO QUE SE TRATABA DE UNA ENTIDAD, FRECUENTE TANTO EN LAS MUCOSAS COMO EN LA PIEL, Y QUE NO ESTABAN RELACIONADAS CON NINGÚN AGENTE ETIOLÓGICO EN PARTICULAR.

DEMOSTRÓ, ASIMISMO, QUE CABE ENCONTRAR MUCHAS VARIACIONES HISTOLÓGICAS. LLEGÓ A LA CONCLUSIÓN QUE EL GRANULOMA PIÓGENO ERA UNA RESPUESTA EXAGERADA FRENTE A UN TRAUMATISMO DE MENOR IMPORTANCIA.

LA MAYORÍA DE LOS GRANULOMAS PIÓGENOS ORALES SE HALLAN EN LOCALIZACIONES GINGIVALES CERCA DE LOS DIENTES. LA MUCOSA ORAL NO QUEDA IMPUNE, HABIÉNDOSE ENCONTRADO CASOS AISLADOS DISTRIBUIDOS POR TODA LA BOCA.

LO TÍPICO ES QUE EL GRANULOMA PIÓGENO SEA UNA MASA ROJA, PEQUEÑA (HASTA 2,5 CM.) Y PEDUNCULADA, QUE SANGRA CON FACILIDAD, ES INDOLORA Y QUE POR LO MENOS EN PARTE, ES ULCERADA.

ES FRECUENTE DESCUBRIR ANTECEDENTES DE CRECIMIENTO RÁPIDO Y NO SON RAROS LOS CASOS DE RECIDIVAS DESPUÉS DE LA EXTIRPACIÓN.

ALGUNOS INVESTIGADORES HAN ENCONTRADO CON MAYOR FRECUENCIA SU APARICIÓN EN MUJERES.

LAS CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE ESTAS LESIONES SON: MUY-VASCULARIZADAS Y CON ABUNDANTES CAPILARES, LOS VASOS PUEDEN -- SER PEQUEÑOS O DILATADOS Y ESTÁN REVESTIDOS POR UNA CAPA DE CÉLULAS ENDOTELIALES DE MORFOLOGÍA REGULAR.

A MENUDO SE ENCUENTRAN CÉLULAS INFLAMATORIAS AGUDAS COMO LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES NEUTRÓFILOS EN TODA LA ESTROMA EDEMATOSA, SIENDO CONSTANTE LA PRESENCIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS Y LINFOCITOS.

2.- TEJIDOS GINGIVALES:

A) EPULIS.- SU PECULIARIDAD RADICA EN SU LOCALIZACIÓN, -- QUE ES EN LA CAVIDAD DE UN DIENTE RECIENTEMENTE EXTRAÍDO.

SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO, Y -- SU LUGAR FAVORITO ES LA MUCOSA DEL MAXILAR SUPERIOR, SE SITUA -- CASI INVARIABLEMENTE EN POSICIÓN ANTERIOR.

ESTAS LESIONES NO SON AGRESIVAS Y SU SIMPLE EXTIRPACIONES CURATIVA.

SU ETIOLOGÍA ES EN BASE A LA IRRITACIÓN CRÓNICA DEBIDA -- A ESPÍCULAS, FRAGMENTOS DE DIENTES, PARTÍCULAS DEL EMPASTE O -- INFECCIÓN RESIDUAL O SECUNDARIA.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA POR IRRITACIÓN DE LA DENTADURA: TUMORES INFLAMATORIOS QUE SE PRESENTAN SOBRE LOS SURCOS ALVEOLARES.

LA CAUSA ES CASI SIEMPRE LA IRRITACIÓN CRÓNICA DE UNA DENTADURA MAL AJUSTADA.

LAS LESIONES SON FORMACIONES FISURADAS O SEUDOPLEGUES.

B) HIPERPLASIA ALVEOLAR INFLAMATORIA.- COMO YA SE MENCIONÓ SE DEBE A LESIONES QUE APARECEN DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE GENERALMENTE SE LOCALIZA EN EL ALVEOLO.

PUEDE SER INTERPROXIMAL O HALLARSE EN EL MÁRGEN GINGIVAL O EN LA ENCÍA INSERTADA. SON DE CRECIMIENTO LENTO Y POR LO GENERAL INDOLORAS. ES FACTIBLE QUE DISMINUYEN DE TAMAÑO Y QUE LUEGO REAPAREZCAN Y SE AGRANDEN CONTINUAMENTE. A VECES SE PRODUCE SU ULCERACIÓN DOLOROSA DEL PLIEGUE ENTRE LA MASA Y LA ENCÍA ADYACENTE.

HISTOPATOLOGÍA: LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS PRODUCEN LA HIPERPLASIA INFLAMATORIA; LÍQUIDO INFLAMATORIO Y EXUDADO CELULAR, DEGENERACIÓN DE EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO, NEOFORMACIÓN DE CAPILARES, INGURGITACIÓN CAPILAR, HEMORRAGIA, PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO, NUEVAS FIBRAS COLÁGENAS.

C) GRANULOMAS DE CÉLULAS GIGANTES.- NACEN DE LA ZONA INTERDENTARIA O DEL MÁRGEN GINGIVAL, SON FRECUENTES EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y PUEDEN SER SÉSILES O PEDICULADAS.

ES UNA MASA REGULAR LISA O INCLUSIVE LLEGAR A SER UNA PROTUBERANCIA MULTILOBULADA IRREGULAR, CON IDENTACIONES SUPERFICIALES.

A VECES SE OBSERVAN ÚLCERAS EN LOS BORDES. SON INDOLORAS, DE TAMAÑO VARIABLE Y LLEGAN A CUBRIR VARIOS DIENTES.

ESTAS LESIONES GINGIVALES SON ESENCIALMENTE RESPUESTAS A-

AGRESIONES LOCALES Y NO NEOPLASMAS.

HISTOPATOLOGIA: PRESENTA POCOS DE CÉLULAS GIGANTES GI - GANTES MULTINUCLEADAS Y PARTICULAS DE HEMOSIDERINA EN UN ESTROMA DE TEJIDO CONECTIVO. EL EPITELIO ES HIPERPLÁSICO, CON ULCERACIONES EN LA BASE.

A VECES SE OBSERVA LA NEOFORMACIÓN DE HUESO DENTRO DE LA LESIÓN.

3.- TEJIDOS MUCOBUCALES:

A) TEJIDOS REDUNDANTES.- SON AQUELLOS QUE SE PRESENTAN EN LOS PLIEGUES MUCOBUCALES Y/O A VECES SOBRE LOS SURCOS ALVEOLARES.

PARECE SER QUE LA CAUSA ES CASI SIEMPRE LA IRRITACIÓN CRÓNICA DE UNA DENTADURA MAL AJUSTADA.

SU ASPECTO CLÍNICO ES DEFORMADO, QUE SE COMPONE DE FORMACIONES FISURADAS O SEUDOPLEGUES.

B) EPULIS FISSURATUM.- TUMOR INFLAMATORIO, SU FONDO ETIOLÓGICO ES LA IRRITACIÓN CRÓNICA DEBIDO A ESPÍCULAS, FRAGMENTOS DE DIENTES, IRRITACIÓN POR DENTADURAS MAL ADAPTADAS, PARTICULAS DE MATERIALES DE OBTURACIÓN, ETC.

4.- TEJIDOS DEL PALADAR:

A) SEUDOPAPILOMATOSIS.- SON BIEN CONOCIDAS LAS LESIONES CUTÁNEAS SOLITARIAS, IGUALMENTE PUEDEN ESTAR AFECTADAS LA MUCOSA ORAL, SOBRE TODO LOS LABIOS. SE PRESENTA EN LOS TEJIDOS BLANDOS QUE RODEAN AL PALADAR DURO.

ESTAS LESIONES SON HIPERPLASIAS PENETRANTES DE TIPO TUMORAL DEL EPITELIO ESCAMOSO Y NO SON NECESARIAMENTE PROGRESIVAS, PUEDEN CURAR ESPONTÁNEAMENTE Y CARECEN DE LA FACULTAD DE HACER-

METÁSTASIS.

LAS LESIONES CONSISTEN EN NUMEROSAS PROMINENCIAS PEQUEÑAS DE 1 A 4 MM. DE DIÁMETRO, REDONDEADAS, DE SUPERFICIE PLANA, A MENUDO DE COLOR ROJO RESPLANDECIENTE.

HISTOLÓGICAMENTE SE PARECEN A LOS TUMORES NORMALES Y -- TAMBIÉN PUEDEN PRESENTAR ALTERACIONES FIBROGRANULOMATOSAS Y ESCARIFICACIONES.

B) ESTOMATITIS DE LA DENTADURA.- ES UNA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA EN UN 20% DE LA POBLACIÓN. SE PRESENTAN ULCERACIONES, ERITEMA DIFUSO DE LA ENCÍA. EL PACIENTE NOTA A MENUDO UNA SENSACIÓN COMO DE QUEMADURA EN LA MUCOSA AFECTADA, LA CUAL SE VUELVE FOCALMENTE ERITEMATOSA Y NECRÓTICA, CON FORMACIÓN DE ULCERACIONES REDONDAS Y OVALADAS, ÚNICAS O MÚLTIPLES, DE DIÁMETRO HABITUAL DE 2 A 10 MM.

LA ÚLCERA ESTÁ CUBIERTA POR UN EXUDADO FIBRINOSO BLANCO GRISÁCEO Y RODEADA POR UN HALO ROJO VIVO.

SUELE PERSISTIR DURANTE UNA O DOS SEMANAS Y CURA SIN CIATRIZ RESIDUAL.

SON NUMEROSOS LOS PACIENTES QUE EXPERIMENTAN INCLUSO -- UNA MEDIA DOCENA DE RECIDIVAS POR AÑO.

LAS MUJERES PUEDEN AFECTARSE CON UNA FRECUENCIA ALGO SUPERIOR QUE LOS HOMBRES.

LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE LA ÚLCERA ES LA APARICIÓN PRECÓZ DE LINFOCITOS Y LA AUSENCIA DE EOSINÓFILOS Y DE FENÓMENOS TROMBÓTICOS.

C) HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA DENTADURA.- LA LESIÓN SE LIMITA BÁSICAMENTE AL PALADAR DURO DE LOS ENFERMOS CON DEN-

TADURAS MAL AJUSTADAS.

SU ETIOLOGÍA, EN LA INMENZA MAYORÍA DE ESTAS LESIONES SE OBSERVAN EN PACIENTES QUE HAN UTILIZADO DENTADURAS MAL AJUSTADAS DURANTE LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO.

SCHMITZ, PROPUSO QUE LA CAUSA PRIMARIA ES LA IRRITACIÓN-CAUSADA POR EL ROCE DE UNA BASE DE DENTADURA MAL ADAPTADA.

5.- DIENTES:

A) EN LA CORONA DEL DIENTE:

PÓLIPO.- SE DERIVA A PARTIR DE UNA PULPITIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA. EN LA ZONA DE LA EXPOSICIÓN HAY UNA OSTENSIBLE FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN CON UN GRAN NÚMERO DE FIBROBLASTOS QUE SOBRESALEN A TRAVÉS DEL ORIFICIO DE EXPOSICIÓN DENTRO DE LA CAVIDAD CARIOSAS. AQUÍ FORMA UN NÓDULO PEDUNCULADO QUE EN SUS PRIMEROS ESTADIOS TODAVÍA ESTÁ ULCERADO, PERO QUE LUEGO SUE LE ESTAR CUBIERTO POR UNA CAPA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

A MENUDO HAY ALREDEDOR DE LOS MÁRGENES DE LA EXPOSICIÓN-UNA CAPA DE TEJIDO CALCIFICADO, PROBABLEMENTE DEPOSITADO POR LA PULPA.

GENERALMENTE APARECE EN EL SEGUNDO MOLAR DECIDUO O EN EL PRIMER MOLAR PERMANENTE DEBIDO A LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA SU DESARROLLO (IRRIGACIÓN SANGUÍNEA ABUNDANTE Y CARIES GRANDE Y RÁPIDA).

GENERALMENTE HAY POCO O NINGÚN DOLOR. EL PÓLIPO PUEDE LOCALIZARSE EN EL SUELO DE LA CAVIDAD, ALGUNAS VECES SANGRA FÁCILMENTE AL TACTO.

PULPOMA.- TODA LA PULPA O LA MAYOR PARTE DE LA MISMA ---

MUESTRA CAMBIOS INFLAMATORIOS. EN LA ZONA GENERAL DE LA EXPOSICIÓN Y POSIBLEMENTE EN UNA ZONA MAYOR, EL TEJIDO PULPAR ESTÁ REEMPLAZADO POR TEJIDO DE GRANULACIÓN INFILTRADO CON LINFOCITOS, MACRÓFAGOS, Y OTRAS CÉLULAS DE INFLAMACIÓN CRÓNICA.

EL EDEMA DE LA PULPA EMPUJA A LA PARTE SUPERFICIAL DEL TEJIDO A TRAVÉS DEL ORIFICIO DE EXPOSICIÓN.

ES POSIBLE QUE NO EXISTAN SÍNTOMAS O SOLAMENTE UN DOLOR LEVE E IRREGULAR DE TIPO SORDO QUE EMPEORA CON LOS CAMBIOS TÉRMICOS.

LAS RESPUESTAS A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD ESTÁN REDUCIDAS E INCLUSO LA PULPA EXPUESTA PUEDE SER INSENSIBLE AL TACTO.

GRANULOMA PULPAR.- LA RESORCIÓN INTERNA INDICA UNA DESTRUCCIÓN DE LA DENTINA QUE RODEA LA CAVIDAD PULPAR DEBIDO A LA ACCIÓN DE TEJIDO PULPAR GRANULOMATOSO.

LA RESORCIÓN INTERNA SE PRESENTA EN CUALQUIER DENTICIÓN, AUNQUE GENERALMENTE OCURRE EN LA DEFINITIVA.

EN ALGUNOS CASOS SU ETIOLOGÍA SE ATRIBUYE A FACTORES-IRRITATIVOS O TRAUMÁTICOS QUE DAN LUGAR A UNA INFLAMACIÓN PULPAR CRÓNICA CON ACTIVIDAD DE RESORCIÓN DENTAL.

SINTOMATOLOGÍA: PUEDE SER ASINTOMÁTICOS Y DE COLOR NORMAL LOS DIENTES O DIENTE AFECTADO. EN ESTOS CASOS SUELEN DESCUBRIRSE MEDIANTE UNA EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA HABITUAL.

SI EL PROCESO ES EXTENSO, SE HA HABIDO PERFORACIÓN DE LA RAÍZ O SI LA CUBIERTA DE ESMALTE SE HA ADELGAZADO, PUEDE HABER SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS, O AMBOS.

EL ÚNICO DATO CLÍNICO ACERTADO O SUGESTIVO PUEDE SER LLAMADO DIENTE ROSADO, DEBIDO A LA GRAN VASCULARIZACIÓN QUE HAY DEBAJO DE LA DELGADA CUBIERTA DE ESMALTE.

SU FORMA RADIOGRÁFICA SE PRESENTA COMO UNA SOLA RADIO TRANSPARENCIA BIEN LIMITADA, FORMA REDONDEADA, A LO LARGO DEL CANAL PULPAR O DENTRO DE LA CORONA.

B) EN EL CANAL DE LA PULPA: RESORCIÓN INTERNA.- TAMBIEN EXISTEN TODAS LAS ALTERACIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS.- ES UN DIENTE DE COLORACIÓN ROSADA, DEBIDO A LA GRAN VASCULARIZACIÓN, COMO RESPUESTA A UNA RESORCIÓN INTERNA. EN MUCHOS DE LOS CASOS LAS PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR SON POSITIVAS Y NORMALES; UN ESTUDIO HISTOLÓGICO MOSTRará UN TEJIDO PARECIDO A UN GRANULOMA, UNA REACCIÓN INFLAMATORIA CRÓNICA MUY VASCULARIZADA, OSTEOCLASTOS. INCLUSO ELEMENTOS REPARADORES.

C) EN EL ÁPICE: GRANULOMA PERIAPICAL.- ESTA AFECCIÓN CONSTITUYE UNA TENTATIVA DE REPARACIÓN CON PREDOMINIO DE LA FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN. APARECEN COMO NÓDULOS DE TAMAÑO VARIABLE QUE FRECUENTEMENTE ALCANZA MILÍMETROS. EL TEJIDO DE GRANULACIÓN MUESTRA NUMEROSAS CÉLULAS PLASMÁTICAS, LINFOCITOS Y FAGOCITOS MONONUCLEARES, TAMBIÉN SE ENCUENTRA DIVERSOS GRADOS DE FIBROSIS.

EN LA MAYORÍA DE ELLOS SE ENCUENTRAN RESTOS EPITELIALES DE TAMAÑO VARIABLE, SI QUEDA ROTO EL EQUILIBRIO ENTRE EL IRRITANTE Y LA RESPUESTA, EL GRANULOMA PUEDE DESINTEGRARSE Y CONVERTIRSE EN UN ABCESO AGUDO O CRÓNICO.

DESGRACIADAMENTE ES CASI IMPOSIBLE ESTABLECER EL DIAG

NÓSTICO CLÍNICO DIFERENCIAL ENTRE ESTA LESIÓN Y UN GRANULOMA QUE ES TODAVÍA ACTIVO.

PUEDE SER ASINTOMÁTICO O PRESENTAR UN DOLOR LIGERO- E INDEFINIDO. ALGUNAS VECES SU EJE SERÁ SENSIBLE A LA PERCU- SIÓN. LA PULPA PUEDE DAR UNA RESPUESTA DISMINUÍDA A LAS PRUE- BAS DE VITALIDAD Y PUEDE INCLUSO NO DAR NINGUNA RESPUESTA.

6.- ALVEOLO DEL DIENTE:

A) GRANULOMA CARNOSO.- EL ASPECTO CLÍNICO DEL GRANU- LOMA ES ESENCIALMENTE EL MISMO PARA EL GRANULOMA EN GENERAL.

ES UNA MASA DE TEJIDOS BLANDOS SOBRESALIENTE, REDON- DEADA, SITUADA EN LA ENCÍA, SUELO DE LA BOCA, MUCOSAS O EN - LENGUA. ES DE COLOR INTENSO ROJO PÚRPURA, CONSISTENCIA BLAN- DA O SEMIDURA, Y CON FÁCIL TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.

A VECES ES DIFUSO, CON BORDES POCO LIMITADOS QUE -- GRADUALMENTE SE CONFUNDEN CON LOS TEJIDOS SANOS DE LA VECIN- DAD.

B) GRANULOMA DEL ALVEOLO.- SU ETIOLOGÍA SE BASA --- PRINCIPALMENTE A IRRITACIONES CRÓNICAS DE ESPÍCULAS, FRAGMEN- TOS DE DIENTES, RAÍCES FRACTURADAS, O A UNA INFECCIÓN RESI - DUAL O SECUNDARIA.

SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SON LAS MISMAS ANTE -- RIORMENTE MENCIONADAS.

C) EPULIS GRANULOMATOSO.- AGRANDAMIENTO DE ASPECTO- TUMORAL QUE SE CONSIDERA COMO UNA RESPUESTA CONDICIONADA EXA- GERADA A UN TRAUMATISMO PEQUEÑO. ES UNA MASA CIRCUNSCRITA DE ASPECTO QUELOIDE DE BASE ANCHA. COLOR ROJO PÚRPURA BRILLANTE, FRIABLE O FIRME.

7.- MANDÍBULA O MAXILAR:

A) GRANULOMA REPARATIVO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES.

SE ORIGINAN DENTRO DE LOS MAXILARES Y PRODUCEN CAVIDADES CENTRALES.

A VECES DEFORMAN EL MAXILAR DE MODO QUE LA ENCÍA PARECE AGRANDADA.

SU HISTOPATOLOGÍA, PRESENTA NUMEROSOS FOCOS DE CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS.

ÁREAS DE INFLAMACIÓN CRÓNICA SE HALLAN DISPERSAS POR LA LESIÓN Y HAY INFLAMACIÓN AGUDA EN LA SUPERFICIE.

SU EPITELIO ES HIPERPLÁSICO, CON ULCERACIONES EN LA BASE. A VECES SE OBSERVA LA NEOFORMACIÓN DE HUESO DENTRO DE LA LESIÓN.

CAPÍTULO IV

ESTUDIOS PRE- OPERATORIOS

EN LA ACTUALIDAD LAS EXPERIENCIAS QUIRÚRGICAS NOS HAN LLEVADO A TENER CIERTAS PRECAUCIONES, QUE LE VAN A PROPORCIONAR AL PACIENTE QUIRÚRGICO UNA CONVALESCENCIA RÁPIDA Y FAVORABLE Y - AL CIRUJANO LE VAN A EVITAR MUCHOS TRASTORNOS EN EL TRANS Y POS -OPERATORIO.

HISTORIA CLÍNICA.- LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA -- VIENE DETERMINADA EN GRAN MANERA POR LA COMPETENCIA DEL ENTRE - VISTADOR, PERO TAMBIÉN POR LA CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN DEL ENFERMO.

EL MÉDICO DEBE CONCENTRAR LA ATENCIÓN EN EL ENFERMO, Y - SE EVITARÁN LAS INTERRUPCIONES. ES ESENCIAL QUE EL ENFERMO ESTÉ TRANQUILO DURANTE LA ENTREVISTA.

DEBERÁ DARSE TODA LA CONFIANZA Y ATENCIÓN AL ENFERMO.

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.- LA ANOTACIÓN DE LA - HISTORIA CLÍNICA MÉDICA, SE CONSIDERA COMÚN; COMO UN TRÁMITE -- QUE SE APLICA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ESPECIAL, CONSIDERADO AHORA COMO UN ELEMENTO INDISPENSABLE EN LA PRÁCTICA CORRIENTE.

HAY CUATRO RAZONES PRINCIPALES POR LAS CUALES EL DENTIS TA TOMA DICHA HISTORIA:

1.- TENER LA SEGURIDAD DE QUE EL TRATAMIENTO DENTAL NO - PERJUDICARÁ EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, NI SU BIENESTAR.

2.- AVERIGUAR SI LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD GENE - RAL O LA TOMA DE DETERMINADOS MEDICAMENTOS DESTINADOS A SU TRA - TAMIENTO PUEDEN ENTORPECER O COMPROMETER EL ÉXITO DEL TRATAMIE - NTO APLICADO A SU PACIENTE.

3.- DETECTAR UNA ENFERMEDAD IGNORADA QUE EXIJA UN TRATAMIENTO ESPECIAL.

4.- CONSERVAR UN DOCUMENTO GRÁFICO QUE PUEDA RESULTAR ÚTIL EN EL CASO DE RECLAMACIÓN JUDICIAL POR INCOMPETENCIA PROFESIONAL.

CUESTIONARIO SANITARIO.- UN MÉTODO PRÁCTICO Y BASTANTE-EXTENDIDO ES EL EMPLEO DE UN CUESTIONARIO SANITARIO.

CÓMO VARIAS ESCUELAS DE ODONTOLOGÍA UTILIZAN EN SUS CLÍNICAS ESTE TIPO DE CUESTIONARIO, HAY MUCHOS DENTISTAS FAMILIARIZADOS CON SU USO.

LA RÉPLICA QUE PRESENTO SE BASA EN EL CUESTIONARIO QUE APARECE EN ACCEPTED DENTAL REMEDIES, PUBLICACIÓN DEL COUNCIL - EN DENTAL ASSOCIATION, EL CUAL A SU VEZ COPIÓ A PARTIR DE LOS IMPRESOS USADOS EN CUATRO ESCUELAS DENTALES.

HAY QUE TENER EN CUENTA QUE UN CUESTIONARIO SIRVE COMO INSTRUMENTO ÚTIL EN LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD, Y EN ESTE CONTEXTO NO SE PRETENDE SUSTITUIR A LA HISTORIA CLÍNICA DETALLADA QUE TAL VEZ SEA NECESARIA EN ALGUNOS CASOS.

CUESTIONARIO SANITARIO:

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE MI MÉDICO:

¿ CUÁL ES SU PRINCIPAL TRASTORNO BUCAL ? (EXPLIQUE EN
POCAS PALABRAS):

INSTRUCCIONES

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA RODEE CON UN CÍRCULO LA-
PALABRA "SI".

SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA RODEE CON UN CÍRCULO LA PA
LABRA "NO".

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS Y LLENE LOS ESPACIOS EN -
BLANCO EN LOS CASOS INDICADOS.

LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SON ÚNICAMEN
TE PARA NUESTRO ARCHIVO Y SE CONSIDERAN CONFIDENCIALES.

1.- ¿ PADECE USTED ALGÚN TRASTORNO O ALGUNA ENFERMEDAD?

SI NO

A) ¿ HA OBSERVADO ALGUNA ALTERACIÓN DE SU SALUD GENE -
RAL DURANTE EL AÑO PASADO ?

SI NO

2.- MI ÚLTIMO RECONOCIMIENTO FÍSICO FUE EN:

3.- ¿ ESTÁ EN TRATAMIENTO MÉDICO ?

SI NO

A) EN CASO AFIRMATIVO, ¿ QUÉ ENFERMEDAD PADECE ?

4.- ¿ HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE ? ¿ LE HAN-
OPERADO ?

SI NO

A) EN CASO AFIRMATIVO, ¿ CUÁL FUE LA ENFERMEDAD ?, ¿ DE
QUÉ LA OPERARON ?

5.- ¿ HA SIDO HOSPITALIZADO O HA PADECIDO ALGUNA ENFER
MEDAD GRAVE DURANTE LOS CINCO ÚLTIMOS AÑOS ?

SI NO

A) EN CASO AFIRMATIVO, ¿ CUÁL FUE EL PROBLEMA ?

6.- ¿ PADECE O HA PADECIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES -

ENFERMEDADES O TRASTORNOS ?

A) FIEBRE REUMÁTICA O CARDIOPATÍA REUMÁTICA SI NO
B) LESIONES CARDIACAS CONGÉNITAS SI NO
C) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (TRASTORNO CARDIÁCO, ATAQUE_
CARDIÁCO INSUFICIENCIA CORONAROA, TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA, ARTE-
RIOESCLEROSIS, APOPLEJÍA).

1.- ¿ NOTA DOLOR EN EL PECHO DESPUÉS DE ESFUERZOS ?
SI NO

2.- ¿ LE FALTA EL ALIENTO DESPUÉS DE UN EJERCICIO?
SI NO

3.- ¿ SE LE HINCHAN LOS TOBILLOS ? SI NO

4.- ¿ TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR CUANDO ESTÁ ACOSTADO
O NECESITA DE MÁS ALMOHADAS CUANDO DUERME ? SI NO

D) ALERGIA SI NO

E) ASMA O FIEBRE DE HENO SI NO

F) URTICARIA O ERUPCIÓN CUTÁNEA SI NO

G) DESVANECIMIENTO O ATAQUES SI NO

H) DIABÉTÉS SI NO

1.- ¿ TIENE NECESIDAD DE ORINAR MÁS DE SEIS VECES AL DIA?
SI NO

2.- ¿ TIENE NECESIDAD DE TOMAR AGUA CON MUCHA FRECUENCIA?
SI NO

3.- ¿ NOTA A MENUDO SENSACIÓN DE SEQUEDAD EN LA BOCA?
SI NO

I) HEPATITIS, ICTERICIA, O ENFERMEDAD HEPÁTICA
SI NO

J) ARTRITIS SI NO

- | | | |
|---|----|----|
| K) REUMATISMO INFLAMATORIO | SI | NO |
| L) ULCERAS GÁSTRICAS | SI | NO |
| M) TRASTORNOS RENALES | SI | NO |
| N) TUBERCULOSIS | SI | NO |
| O) ¿ TIENE TOS PERSISTENTE ? ¿ HA EXPECTORADO
ALGUNA VEZ ? | SI | NO |
| P) HIPERTENSIÓN | SI | NO |
| Q) ENFERMEDADES VENÉREAS | SI | NO |
| R) OTRAS ENFERMEDADES | SI | NO |

7.- ¿ HA TENIDO HEMORRAGIAS ANORMALES CON OCASIÓN DE-
EXTRACCIONES ANTERIORES, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, O TRAUMATISMOS ?

A) ¿ SE PRODUCE EQUIMOSIS CON FACILIDAD ?

B) ¿ HA NECESITADO ALGUNA VEZ TRANSFUCIONES SANGUÍNEAS?

SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE EN QUE CIRCUNSTANCIAS:

8.- PADECE ALGÚN TRASTORNO DE LA SANGRE, POR EJEMPLO -
ANEMIA:

9.- ¿ LE HAN OPERADO O LE HAN APLICADO RADIOTERAPIA --
POR UN TUMOR ABULTAMIENTO O CUALQUIER OTRA ALTERACIÓN DE LA-
BOCA O LABIOS ?

SI NO

10.- ¿ TOMA ALGÚN PREPARADO MEDICAMENTOSO ?

EN CASO AFIRMATIVO, DIGA CUÁL ES:

11.- ¿ TOMA ALGUNO DE LOS PREPARADOS SIGUIENTES?

ANTIBIÓTICOS O SULFAMIDAS

ANTICOAGULANTES

SI NO

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ELEVADA	SI	NO
CORTISONA (ESTEROIDES)	SI	NO
TRANQUILIZANTES	SI	NO
ASPIRINA	SI	NO
INSULINA O PRODUCTOS SIMILARES	SI	NO
DIGITAL U OTROS PREPARADOS CARDIACOS	SI	NO
NITROGLICERINA	SI	NO

OTROS PREPARADOS:

12.- ¿ TIENE ALGUNA ALERGIA O HA REACCIONADO DESFAVORABLEMENTE A ?:

ANESTÉSICOS LOCALES	SI	NO
PENICILINA U OTROS MEDICAMENTOS	SI	NO
SULFAMIDAS	SI	NO

BARBITÚRICOS, SEDANTES O TABLETAS CONTRA INSOMNIO

	SI	NO
ASPIRINA	SI	NO
YODO	SI	NO

OTRAS SUSTANCIAS:

13.- ¿ PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALGÚN TRASTORNO QUE NO HAYA SIDO MENCIONADO MÁS ARRIBA Y QUE CONSIDERA CONVENIENTE QUE YO LO SEPA ?

EN CASO AFIRMATIVO EXPLIQUE CUAL ES:

14.- ¿ TIENE DOLOR EN LA BOCA ?

15.- ¿ LE SANGRAN LAS ENCÍAS ?

16.- ¿ CUÁNDO VISITÓ AL DENTISTA POR ÚLTIMA VEZ ?

17.- ¿ QUÉ TRATAMIENTO LE DIÓ ?

18.- ¿ HA SUFRIDO ALGÚN TRASTORNO IMPORTANTE CON OCA-

SIÓN DE ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL ANTERIOR ? SI NO
EN CASO AFIRMATIVO, DIGA QUÉ OCURRIÓ;

MUJERES.

19.- ¿ ESTÁ EMBARAZADA ? SI NO

20.- ¿ SUFRE ALGÚN TRASTORNO CON EL PERÍODO MENSTRUAL?

SI NO

OBSERVACIONES:

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DENTISTA

UTILIZACIÓN PRÁCTICA DEL LABORATORIO CLÍNICO. -

FINALIDAD: PERMITEN AL DENTISTA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES GENERALES EN LOS PACIENTES SOSPECHOSOS. NUNCA DEBERÁ UTILIZARSE EN SUSTITUCIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y DE UNA EXPLORACIÓN CLÍNICA METICULOSA.

EL MÉDICO QUE SOSPECHE DE UNA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DEBERÁ REMITIRLO A UN MÉDICO GENERAL.

SI EL DENTISTA SOSPECHA SIMPLEMENTE QUE EXISTE UNA ENFERMEDAD DEBERÁ SOLICITAR LOS ANÁLISIS PERTINENTES PARA CONFIRMARLA O DESCARTARLA.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO TAMBIÉN SON IMPORTANTES PARA EL DENTISTA CUANDO HA DE TRATAR PACIENTES CON PROBLEMAS ORALES. POR EJEMPLO, EL PACIENTE CON DOLOR EN LA LENGUA PUEDE --- PLANTEAR UN PROBLEMA DE DIAGNÓSTICO DIFÍCIL.

UNA VEZ DESCARTADAS LAS CAUSAS DE IRRITACIÓN LOCAL CO-

MO POSIBLES FACTORES ETIOLÓGICOS, SE HA DE PENSAR EN LAS ENFERMEDADES GENERALES, COMO LA ANEMIA, DEABETES MELLITUS, O CARENCIAS NUTRITIVAS.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO SON UNA AYUDA PARA EL --- DIAGNÓSTICO.

SON ÚTILES SOLO SI EL CLÍNICO CONOCE QUE PRUEBA O -- PRUEBAS HA DE PEDIR Y COMO INTERPRETAR LOS RESULTADOS.

ANÁLISIS DE SANGRE.-

SANGRE

DETERMINACIÓN	VALOR NORMAL
TIEMPO DE SANGRÍA	1 A 3 MIN.
CONSTANTES CELULARES:	
VOLÚMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	80 - 90 M3
HOMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	27-32 G./100 ML.
TIEMPO DE COAGULACIÓN DE DUKE	3 - 6 MIN.
FORMA LEUCOCITARIA:	
NEUTRÓFILOS	55-70%
EOSINÓFILOS	0-4%
BASÓFILOS	0-1%
LINFOCITOS	25-40%
MONOCITOS	0-8%
GLUCOSA (EN AYUNAS)	70-100 MG. %
HEMATOCRITO:	
VARONES	40-50%
HEMBRAS	37-47%
NÚMERO DE PLAQUETAS	200,000-400,000/M

CONTENIDO EN HEMOGLOBINA:

VARONES	14-17 G %
HEMRAS	12,5- 15.5 G %
TIEMPO DE PROTOMBINA	12 - 15 SEG.
NÚMERO DE HEMATÍES	4.5 A 5X 10 ⁶ MM ³
NÚMERO DE RETICULOCITOS	0.5- 1.5%
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	0-20 MM/ 1 HR.
VOLÚMEN SANGUÍNEO	8.5- 9% DE PESO DEL CUERPO EN - KGS.
NÚMERO DE LEUCOCITOS	5000- 10000/MM ³

EL CONTENIDO EN HEMOGLOBINA, EL VALOR DEL HEMATOCRÍTO Y EL RECUENTO DE HEMATÍES DISMINUYEN EN LA ANEMIA Y AUMENTAN EN LA POLICITEMIA (PRIMARIA O SECUNDARIA) O EN LA DESHIDRATACIÓN.

LA DISMINUCIÓN ES DEBIDO A UNA DEPRESIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA O POR DÉFICIT DE LOS COMPONENTES ESENCIALES PARA LA HEMATOPOYESIS (HIERRO, VIT. B12, ÁC. FOLICO).

LAS CONSTANTES MCV, MCH Y LA MCHC, SON ÚTILES A MENU-DO EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DIVERSOS TIPOS DE ANEMIA.

RECUENTO DE LEUCOCITOS AUMENTA EN MUCHOS CASOS, ENTRE ELLOS LA INFECCIÓN, NECROSIS HÍSTICA, POLICITEMIA PRIMARIA Y LA-LEUCEMIA, EN CAMBIO DISMINUYE EN CIERTAS INFECCIONES O DESPUÉS -DE REACCIONES MEDICAMENTOSAS.

RECUENTO DE PLAQUETAS; INDICA EL NÚMERO DE TROMBOCI -TOS CIRCULANTES, ESTÁ AUMENTADO DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA HEMÁTI-

CA Y EN LA POLICITEMIA PRIMARIA; DISMINUYE EN LA ANEMIA APLÁSICA, INFECCIONES VIRALES, DEPRESIÓN DE LA MÚDULA ÓSEA Y EN LA -- TOXICIDAD MEDICAMENTOSA. PRODUCE TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.

TIEMPO DE PROTOMBINA: DISPONIBILIDAD DE LA PROTOMBINA PARA LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA. ESTÁ ALARGADO EN LA INSUFICIEN CIA HEPÁTICA SÍNDROME DE MALA ABSORCIÓN Y TAMBIÉN EN EL TRATA MIENTO CON ANTICOAGULANTES.

EL DENTISTA PUEDE REALIZAR LA PRUEBA INICIAL PARA COMPROBAR SI UN PACIENTE SOSPECHOSO DE AFECCIÓN RENAL O DIABETES MELLITUS REALMENTE PADECE LA ENFERMEDAD.

ANÁLISIS DE ORINA.-

DETERMINACIÓN	VALOR NORMAL
ACETONA	0
PROTEÍNA DE BENGE JONES	0
BILIS	0
CALCIO	150 MG. 0 MENOS x24 HRS.
ACIDO DIACÉTICO	0
GLUCOSA	0
PROTEÍNAS	0-30 MG/24 HAS.
DENSIDAD	1,015-1,030
UROBILINOGENO	1 MG/24 HRS.
VOLUMEN	800 A 1,500 ML EN 24 HRS.
PH	4,8 A 6 HABITUALMENTE ES ÁCIDO
COLOR	AMBARINO

LA PRESENCIA DE PROTEÍNA EN LA ORINA SOBRE TODO LA ALBUMINA SE OBSERVA SOBRE TODO EN LA INSUFICIENCIA RENAL, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y EN ALGUNAS PERSONAS SANAS DESPUÉS DE PERMANECER DE PIE EN FORMA PROLONGADA.

LA GLUCOSA: AL ESTAR PRESENTE EN LA ORINA INDICA GENERALMENTE ELEVACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE LA GLUCOSA HEMÁTICA- (DIABETES MELLITUS) .

LOS CUERPOS CETÓNICOS SE HALLAN EN LA ORINA DE LOS DIABÉTICOS INCONTROLADOS (CETACIDOSIS) Y EN CASO DE INANICIÓN.

EL ÁCIDO DIACÉTICO: EN LA ORINA INDICA TAMBIÉN UNA CETOSIS DIABÉTICA.

EL ESTUDIO DEL SEDIMENTO: SE PUEDEN CONTENER ELEMENTOS ANORMALES QUE SON LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEFROPATÍA - O UN PADECIMIENTO URINARIO. ESTOS ELEMENTOS SON: ERITROCITOS, - LEUCOCITOS O PIOCITOS Y CILINDROS.

EN LOS ENFERMOS DE MIELOMA MÚLTIPLE SE ENCUENTRA A VECES UNA PROTEÍNA ANORMAL DE BAJO PESO MOLECULAR (BENGE JONES). PARA SU DETERMINACIÓN SE HA DE EFECTUAR UNA PRUEBA ESPECÍFICA.

LOS CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS SE UTILIZAN PARA IDENTIFICAR A LOS MICROORGANISMOS Y PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA DE LOS NO PATÓGENOS Y LOS PATÓGENOS, Y SU SENSIBILIDAD A LOS AGENTES ANTIMICROBIANOS.

PRINCIPIOS DEL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.- LA RADIOGRAFÍA NORMALMENTE PROPORCIONA LAS PRIMERAS SUGERENCIAS ACERCA DE LAS ALTERACIONES ÓSEAS OBSERVADAS EN LA ENFERMEDAD.

POR ESTE MOTIVO ES INDISPENSABLE EL USO DE LAS RADIOGRAFÍAS NECESARIAS EN NÚMERO Y POSICIÓN CON EL FIN DE TENER -- FIN ESTE GRAN AUXILIAR DE DISGNÓSTICO.

CAPITULO V

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

MEDICACIÓN PRE-OPERATORIA.- CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE:

- A) ANTIBIÓTICOS
- B) SEDANTES
- C) VITAMINA K

A) ANTIBIÓTICOS: EN LA ACTUALIDAD SE HAN DESCUBIERTO - MUCHOS ANTIBIÓTICOS, TODOS TIENEN CIERTA TOXICIDAD Y SON CAPACES DE PRODUCIR SHOCK DE TIPO ANAFILÁCTICO.

ES RECOMENDABLE EL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS TANTO EN EL PRE-, COMO EN EL POS-OPERATORIO, COMO PROFILAXIS EN LA DISEMINACIÓN BACTERIANA DURANTE LA INTERVENCIÓN.

ENTRE LOS ANTIBIÓTICOS MAS USADOS EN ODONTOLOGÍA TENEMOS EN PRIMER LUGAR A LA PENICILINA, QUE VA A ACTUAR SOBRE UN GRAN NÚMERO DE BACTERIAS, NO INHIBE SU ACCIÓN EN PRESENCIA DE PUS, PRODUCTOS TISULARES, NI TAMPOCO EN PRESENCIA DEL ÁCIDO - PARAMINOBENZOICO, ESTO LA DIFERENCIA DE LAS SULFONAMIDAS. LA-PENICILINA DISMINUYE SU ACCIÓN SOLO CUANDO UNA ASOCIACIÓN NUMEROSA DE BACTERIAS. LA PENICILINA ES EFICAZ, CONTRA ESTREPTOCOCOS, Y ESTAFILOCOCOS GRAMPOSITIVOS, VARIOS COCOS GRAMNEGATIVOS Y ESPIROQUETAS. SU ACCIÓN ES DE UN INHIBIDOR SELECTIVO DE LA SÍNTESIS DE LA PARED CELULAR BACTERIANA. SU ACCIÓN ES NULA EN BACTERIAS RESISTENTES A ÉSTA, COMO EL ESTAFILOCOCO DORADO- Y SU CAPACIDAD DISMINUYE CUANDO NO SE UTILIZAN LAS DOSIS ADECUADAS COMO EL ANTES MENCIONADO.

LA PENICILINA PUEDE PRODUCIR REACCIONES TALES COMO ERITEMA, ASMA, INCONCIENCIA, SHOCK, ANAFILÁCTICO Y LA MUERTE. CUANDO HAY ANTECEDENTES DE REACCIONES RECURRIREMOS A OTRO TIPO DE ANTIBIÓTICO.

OTRO ANTIBIÓTICO ES LA ESTREPTOMICINA, QUE VA A ACTUAR SOBRE MICROORGANISMOS GRAM-NEGATIVOS Y BACILOS TUBERCULOSOS.

EXISTEN TAMBIÉN LA TETRACICLINA (AUREOMICINA, ACHROMICINA Y TERRAMICINA), LAS CUALES SON EFICACES CONTRA AMPLIA GAMA DE MICROORGANISMOS, ENTRE ESTOS SE ENCUENTRAN LOS SUCEPTIBLES A LA PENICILINA, ESTREPTOMICINA Y CLORANFENICOL.

B) SEDANTES: LA SEDACIÓN ES UN ESTADO DE DEPRESIÓN CENTRAL LEVE, EN LA QUE EL PACIENTE ESTÁ DESPIERTO PERO PRESENTA MENOR EXITABILIDAD, LO QUE PERMITE OPERAR CON MENOS PROBLEMAS, LA SEDACIÓN SE PRACTICA CON MAYOR FRECUENCIA CUANDO LOS PACIENTES SON MUY NERVIOSOS.

ENTRE ESTOS MEDICAMENTOS ÚTILES POR SUS EFECTOS TRANQUILIZANTES TENEMOS LOS DERIVADOS DE LA FENOTIAZINA Y LOS ALCOHOLES DE LA RAUWOLFIA, PERO ESTOS NO SON TAN CONOCIDOS COMO LOS BARBITÚRICOS.

ENTRE LOS DEPRESORES CENTRALES CLÁSICOS TENEMOS A LOS BARBITÚRICOS, LOS CUALES TIENEN ACCIÓN SEDANTE E HIPNÓTICOS, ESTOS SON DERIVADOS DEL ÁCIDO BARBITÚRICO. EN ODONTOLOGÍA SE USAN PRINCIPALMENTE PARA INDUCIR AL SUEÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN Y PARA COMPLETAR LA ACCIÓN DE LOS ANALGÉSICOS.

C) MEDICACIÓN DE VITAMINA K: SE HACE CON FINES - HEMOSTÁTICOS, LA CARENCIA GRAVE DE VITAMINA K DISMINUYE LA PRODUCCIÓN DE PROTOMBINA EN EL HÍGADO, PROLONGANDO LA FORMACIÓN DEL COÁGULO.

POR LO ANTES DICHO ES CONVENIENTE ADMINISTRAR UNA DÓISIS DE VITAMINA K NO MENOR DE 5 MG. DIARIOS POR VIA ORAL DE PREFERENCIA UNO O DOS DIAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.- CONSISTE EN LA EXTIRPACIÓN DE LA LESIÓN, PARA LO CUAL ES NECESARIO EL SIGUIENTE PLAN:

- 1.- INSTRUMENTAL
- 2.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA
- 3.- ANESTESIA
- 4.- TIEMPO QUIRÚRGICO
- 5.- MATERIAL DE SUTURA
- 6.- APÓSITOS

INSTRUMENTAL PARA LA EXTIRPACIÓN DE LOS TUMORES IN-

FLAMATORIOS LOS INSTRUMENTOS MAS NECESARIOS SON:

- 1.- PINZAS
- 2.- ESPEJOS BUCALES
- 3.- JERINGA ODONTOLÓGICA
- 4.- AGUJAS
- 5.- BISTURÍ
- 6.- LEGRA
- 7.- LIMA PARA HUESO
- 8.- FORCEPS
- 9.- ALVEOLO TOMO

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

ASEPSIA: ES EL MÉTODO TERAPÉUTICO PREVENTIVO, QUE TIENE POR OBJETO IMPEDIR LA LLEGADA DE GÉRMENES INFECCIOSOS A CUALQUIER HERIDA, UTILIZANDO PARA ÉSTO INSTRUMENTAL QUE HAYA ESTADO EN ESTERILIZACIÓN POR CUALQUIERA DE LOS MÉTODOS; QUIERE DECIR PUES, QUE ESTÁN DESPROVISTOS DE MICROBIOS O GÉRMENES PATÓGENOS.

ANTISEPSIA: ES EL PROCEDIMIENTO BASADO EN LA DESTRUCCIÓN DE LOS GÉRMENES INFECCIOSOS POR MEDIO DE AGENTES QUÍMICOS; ENTRE ÉSTOS TENEMOS VARIADO NÚMERO.

DEFINICIÓN DE ESTERILIZACIÓN.- ES LA DESTRUCCIÓN DE TODOS LOS GÉRMENES PATOGENOS, HASTA LOS ESPORULADOS.

1.- DEL INSTRUMENTAL: LA MEJOR MANERA PARA LOGRAR LA ESTERILIZACIÓN ES EL CALOR, SE CONSIGUE TAMBIÉN POR LA ACCIÓN DE SUBSTANCIAS QUÍMICAS, PERO TIENE EL INCONVENIENTE DE QUE DESTRUYE MUY FÁCILMENTE AL INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO.

LOS PRINCIPALES MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN SON: FLAMEOS, VAPOR DE AGUA A PRESIÓN, CALOR SECO PROLONGADO, EBULLICIÓN, --- SUBSTANCIAS QUÍMICAS.

2.- DEL OPERADOR: DEBERÁ TENER MUCHO CUIDADO CON EL CORTE DE LAS UÑAS EN FORMA CORRECTA, LAVADO DE LAS MANOS POR LO MENOS SIETE VECES CON AGUA Y JABÓN, ADEMÁS DEBE HACERSE LA INMERSIÓN DE LAS MISMAS EN ALCOHOL, USAR SU BATA LIMPIA Y ESTÉRIL, - ASI COMO TAMBIÉN UN CUBRE BOCA, GORRO Y GUAANTES.

3.- DEL PACIENTE: AL PACIENTE SE LE DEBE CUBRIR CON UN LIENZO GRANDE Y ESTÉRIL QUE AISLE SUS ROPAS DEL CAMPO OPERATORIO, ESTE CUBRIRÁ HOMBROS Y PECHO Y CON OTRO SE CUBRIRÁ LA CABEZA.

EN VISTA DE QUE EN LA BOCA ES CASI IMPOSIBLE LLEVAR A CABO LA ASEPSIA DEBIDO A LA SALIVA Y TÁRTARO DENTAL SE HARÁ UNA DESINFECCIÓN CON AGUA OXIGENADA AL 1% O SOLUCIÓN ANTISÉPTICA, - HACIENDO UNA IRRIGACIÓN DE TODA LA CAVIDAD.

ANESTESIA.- EN ODONTOLOGÍA SE USA CON MAS FRECUENCIA LA ANESTESIA LOCAL, AUNQUE EN DETERMINADOS MOMENTOS SE PUEDE USAR LA ANESTESIA GENERAL.

ESTOS DEBEN TENER LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

UN PERIODO ANESTÉSICO MAS LARGO, PUES EVITAN LA RÁPIDA- ABSORCIÓN DEL PRODUCTO ANESTÉSICO.

PROPORCIONAR UN CAMPO OPERATORIO MENOS SANGUÍNEO.

LA ANESTESIA LOCAL PUEDE HACERSE DE DOS FORMAS:

POR BLOQUEO NERVIOSO: SE LOGRA DEPOSITANDO LA SOLUCIÓN- ANESTÉSICA PARALELAMENTE O JUNTO A LOS TRONCOS NERVIOSOS, QUE -

INERVAN LA REGIÓN POR ANESTESIAS A DISTANCIA DE LA ZONA A OPERAR.

POR INFILTRACIÓN: SE LOGRA INYECTANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN LOS NERVIOS AL PENETRAR AL CAMPO OPERATORIO. ESTA PUEDE HACERSE EN LOS TEJIDOS BLANDOS CUANDO SE INYECTA LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN LA MASA QUE CUBRE EL CAMPO OPERATORIO; Y TAMBIÉN EN LOS TEJIDOS DUROS CUANDO SE INYECTA LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN RETÍCULO, DONDE, POR DIFUSIÓN SE ANESTESIAN LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DEL CAMPO OPERATORIO.

TIEMPO QUIRÚRGICO.- EXISTEN PRINCIPALMENTE PARA LA EXTIRPACIÓN DE TUMORES INFLAMATORIOS DOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS.

EXTIRPACIÓN RADICAL: SOBRE LO QUE SE ASIENTA EL TUMOR DIRECTAMENTE Y TAMBIÉN JUNTO CON DIENTES APECTADOS.

EXTIRPACIÓN DEL TUMOR: CON UN RASPADO PRECISO DE TODO EL TEJIDO BLANDO PATOLÓGICO DE LA SUPERFICIE ÓSEA, Y LA EXTIRPACIÓN DE LA CAPA ÓSEA SUPERFICIAL POR MEDIO DE UNA LIMA PARA HUESO HASTA PENETRAR EN TEJIDO SANO.

ANTE TODO SE SECCIONA EL TUMOR INFLAMATORIO EN TODO SU CONTORNO, ABARCANDO MEDIO CENTÍMETRO DE LA MUCOSA SANA HASTA LLEGAR AL HUESO, DESPUÉS DE HABER HECHO LA SECCIÓN VAMOS A SEPARAR CON FINAS LEGRAS TODA ESA SECCIÓN DE MUCOSA HASTA LLEGAR A TEJIDO SANO.

EN EL PRIMER MÉTODO DE LA EXTIRPACIÓN RADICAL SE TALADRAN CON FRESAS ORIFICIOS ALREDEDOR DEL TERRITORIO ÓSEO ATACADO Y SE EXTIRPA EL HUESO JUNTO CON EL TUMOR Y LOS DIENTES-VECINOS POR MEDIO DE CINCEL.

EN EL SEGUNDO MÉTODO OPERATORIO ESPECIALMENTE EN LOS ÉPULIS PEDUNCULADOS LA EXTIRPACIÓN DEL TUMOR SE HACE DESPEGÁNDOSE JUNTO CON EL PERIOSTIO, PARA ESTO NOS VALEMOS DE LA LEGRA, ENTONCES SE OBSERVAN LOS PUNTOS EN DONDE EL TEJIDO NEOPLÁSTICO HA DESTRUIDO O CORROÍDO LA SUPERFICIE DEL HUESO, DEBIDO A QUE SE OBSERVAN PEQUEÑOS HUNDIMIENTOS, LOS CUALES PUEDEN RASPARSE CON UNA LIMA PARA HUESO EN TODO SU CONTORNO HASTA TENER LA SEGURIDAD DE QUE SE ESTÁ RASPANDO TEJIDO SANO, -- LOS DIENTES VECINOS SE EXTRAERÁN SOLO SI LOS ALEVOLOS ESTÁN LESIONADOS O ATACADOS POR EL ÉPULIS.

EN EL TIEMPO QUIRÚRGICO DEBEMOS VIGILAR TANTO LA PRESIÓN ARTERIAL COMO EL PULSO DEBIDO A QUE SI HAY DESCENSO RÁPIDO DE ELLAS PUEDE OCASIONAR AL PACIENTE TRASTORNOS GRAVES, -- ASI COMO TAMBIÉN DEBEMOS VIGILAR LA RESPIRACIÓN.

LOS REFLEJOS CORNEALES Y PUPILARES, SI TOCAMOS LA CORNEA CON UN ALGODÓN OBSERVAMOS QUE PROVOCA UNA OCLUSIÓN BRUSCA DEL OJO; ES TAMBIÉN MUY CONOCIDO QUE LA PUPILA SE DILATA MIENTRAS MENOS LUZ EXISTA, SI HACEMOS QUE UN RAYO DE LUZ INCIDA EN LA PUPILA NOTAREMOS QUE ÉSTA SE CONTRAE.

DEBEMOS TAMBIÉN DE OBSERVAR EL COLOR DE LA PIEL, DEBIDO A QUE LA PALIDEZ ES UN SÍNTOMA DE LAS LIPOTIMIAS Y SHOCK.

MATERIAL DE SUTURA.- LOS MAS USADOS EN ODONTOLOGÍA SON: EL HILO DE ALGODÓN, HILO SEDA, EL ALAMBRE Y EL CATGUT.

EL HILO DE ALGODÓN LO USAMOS DE COLOR NEGRO DEBIDO A QUE EL HILO BLANCO VA A PRODUCIR IRRITACIÓN EN LA HERIDA, YA QUE ÉSTE ES DECOLORADO CON CLORO.

EL HILO DE SEDA SE USA MUY POCO DEBIDO A QUE ES MUY DIFÍCIL DE ENCONTRAR, EN CIRUGÍA PLÁSTICA SE USA DEBIDO A QUE ES MUY RESISTENTE.

EL ALAMBRE SE USA ÚNICAMENTE EN FRACTURAS DE MAXILARES.

EL CATGUT ES EL MATERIAL DE SUTURA QUE MÁS SE USA EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, DEBIDO A ESTE MATERIAL SE REABSORBE Y NO HAY NECESIDAD DE RETIRARLO, POR LO TANTO SE USA EN SUTURAS INTERNAS.

APÓSITOS.- DESPUÉS DE HABER TERMINADO LA INTERVENCIÓN - HAY QUE HACER UNA BUENA HEMOSTASIS DEBIDO A QUE UN COÁGULO VOLUMINOSO VA A RETARDAR LA CICATRIZACIÓN, POR LO TANTO NO DEBE COLOCARSE AL APÓSITO SI NO SE HA PRACTICADO UNA HEMOSTASIS. LA HEMOSTASIA SE CONSIGUE POR MUCHOS MEDIOS, PERO POR LO GENERAL EN ESTOS CASOS SE USAN UNAS TORUNDAS DE ALGODÓN O GAZA ESTÉRIL EMPAPADAS EN UNA SOLUCIÓN DE EPINEFRINA AL UNO POR MIL, CON LA CUAL SE HACE PRESIÓN SOBRE EL CAMPO OPERATORIO.

DESPUÉS DE HABER LOGRADO UNA HEMOSTASIS SE PROCEDERÁ A COLOCAR EL APÓSITO, QUE EN ESTE CASO ES EL CEMENTO QUIRÚRGICO, EL CUAL ESTÁ HECHO A BASE DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

EL CEMENTO QUIRÚRGICO SE PRESENTA EN VARIAS FORMAS:

POLVO:

ÓXIDO DE ZINC 43.5%
RESINA 45.5%
CAOLINA 3.0%
FIBRAS DE ASBESTO 4.0%
ACIDO TÓNICO 3.0%

LÍQUIDO:

EUGENOL 85%
ACEITE DE SEMILLAS
DE ALGODÓN 14.0%
TIMOL 1.0%

ACETATO DE ZINC 1,5%

ESTE CEMENTO DEBE PREPARARSE EN UNA HOJA DE PAPEL EN
CERADO ESTÉRIL.

DEBE BATIRSE HASTA QUE LLEGUE A LA CONSISTENCIA DEL-
MASTIQUE, LUEGO QUE SE CONSIGUE ÉSTA, SE LLEVA A LA BOCA. CUI
DAR DE QUE NO VAYA A INTERVENIR EN LA MASTICACIÓN, DE SER ASÍ,
ESTE APÓSITO SE VA A DESPRENDER PUDIENDO PRODUCIRSE UNA INFECC
CIÓN DE LA HERIDA, ASI COMO TAMBIÉN SE VA A TARDAR LA CICATRI
ZACIÓN.

CAPÍTULO VI

POST-OPERATORIO

LA FASE POST-OPERATORIO INMEDIATA ES UNO DE LOS PERÍODOS MAS CRÍTICOS PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO ESTE PERÍODO COMPRENDE DESDE EL MOMENTO QUE TERMINAMOS LA INTERVENCIÓN -- HASTA EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE VUELVE EN SÍ.

PARA RETIRAR AL PACIENTE DE LA SALA DE OPERACIONES POR MEDIO DE UNA CAMILLA RODANTE PARA PROTEGER DE ESTE MODO LAS COLUMNAS VERTEBRALES, SE TRASLADA AL PACIENTE A LA SALA DE RECUPERACIÓN.

ANOTACIONES EN LA SALA DE RECUPERACIÓN.- LAS ANOTACIONES DE HISTORIA CLÍNICA HECHAS POR EL MÉDICO RESIDENTE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN DEBE INCLUIR UN COMENTARIO CON RESPECTO A LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1.- NIVEL DE CONCIENCIA
- 2.- TAMAÑO DE PUPILAS
- 3.- PERMEABILIDAD DE LAS VIAS AÉREAS
- 4.- FORMA DE RESPIRACIÓN
- 5.- VELOCIDAD Y VOLÚMEN DEL PULSO
- 6.- TEMPERATURA Y COLOR

NOTA QUIRÚRGICA

EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ DESCRIBIR EN TÉRMINOS ESPECÍFICOS DE LA MANERA SIGUIENTE:

- 1.- PROCEDIMIENTO

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 2.- CIRUJANO ASISTENTE
- 3.- ANESTESIA (NOMBRE Y AGENTE)
- 4.- HALLAZGOS
- 5.- PÉRDIDA SANGUÍNEAS ESTIMADA

ÓRDENES POST-OPERATORIAS.- SE HACE UNA REVISIÓN DE LAS ALERGIAS Y LAS IDIOSINCRASIAS A LAS DROGAS QUE SE CONOCEN EN EL PACIENTE: UTERIORMENTE SE DESCRIBEN LAS ÓRDENES DE LA MANERA SIGUIENTE:

- 1.- SIGNOS VITALES O PUNTAJE
- 2.- OBSERVACIÓN DE LAS VIAS AÉREAS PARA VER SI NO ESTÁN OBSTRUÍDAS
- 3.- POSICIÓN ELEVAR LA CABEZA 20 O 30°Y DAR INDICACIONES DE REPOSO
- 4.- BOLSAS DE HIELO COMPRESAS FRIAS EN LA ZONA INTERVENIDA DURANTE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A LA OPERACIÓN Y EN PERÍODOS DE 10 A 15 MINUTOS

LÍQUIDOS PARENTERALES SI SE NECESITA ALGUNO Y EL TIPO DE LÍQUIDO Y VOLÚMEN Y VELOCIDAD DE FLUJO (EJEMPLO SOLUCIÓN IN TRAVENOSA ACTUAL CON 1,000 M. DE DEXTROSA AL 5% EN SOLUCIÓN SALINA NORMAL 0.2% A 125 ML/ POR HORA ENTRADA Y SALIDA.

ESTA MEDICACIÓN SERÁ A BASE DE:

A) ANALGÉSICOS, - SON LOS FÁRMACOS UTILIZADOS PARA DISMINUIR EL DOLOR SIN CAUSAR INCONCIENCIA.

EXISTEN GRAN NÚMERO DE ÉSTOS, ENTRE LOS CUALES ENCONTRAMOS LOS SALICILATOS (ASPIRINA), TIENE TAMBIÉN ACCIÓN ANTIPIRÉTICA, ESTO SE DEBE EN PARTE A LA VASOCONSTRICCIÓN CUTÁNEA -- POR ACCIÓN CENTRAL.

LOS SALICILATOS SE USAN PARA ALIVIAR DOLORES POCO INTENSOS TALES COMO CEFALÉAS, ODONTALGÍAS, SE DEBEN USAR DÓISIS MÍNIMAS POR QUE SI SON SUFICIENTES ÉSTAS, LAS MAYORES CARECERÁN DE EFICACIA, LUEGO.

EL PODER ANALGÉSICO DE LOS SALICILATOS AUMENTA SI ADICIONAMOS PEQUEÑAS CANTIDADES DE BARBITÚRICOS DE ACCIÓN CORTA, - RESULTANDO ÚTILES PARA PRODUCIR SEDACIÓN Y ANALGESIA A LA VEZ.

ANALGÉSICOS:

SE ADMINISTRA BUCAL O PARENTERALMENTE, SEGÚN SE DESEE; COMPRIMIDOS SI DESEA ALIVIAR IRRITACIÓN FARÍNGEA (ESTOS ANALGÉSICOS FRECUENTES CONTIENEN ANESTÉSICOS TÓPICOS).

EL USO DE NARCÓTICOS POTENTES PARA CONTROLAR EL DOLOR INTENSO DEBE SER CORTA DURACIÓN Y LIMITAR A LOS PACIENTES CON MALESTAR AGUDO. EL EMPLEO DE DROGAS ANTIDEPRESIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR SE HA DEMOSTRADO QUE PROVEE UN MAYOR ALIVIO DEL DOLOR Y A MENUDO PERMITE REDUCIR LA DÓISIS DE NARCÓTICO O ELIMINARLO.

B) ANTIFLOGÍSTICOS, - A FIN DE DISMINUIR EL GRADO DE INFLAMACIÓN QUE VA A PRODUCIR EL TRAUMATISMO CAUSADO DURANTE -

EL TIEMPO QUIRÚRGICO.

EN LA ACTUALIDAD SE USA CON MUCHA FRECUENCIA ENZIMAS ANTINFLAMATORIAS, LAS CUALES PUEDEN SER DE ORIGEN:

A) ANIMAL

B) VEGETAL

A) ANIMAL: LAS ENZIMAS ANTIFLOGÍSTICAS DE ORIGEN ANIMAL SON LA TRIPSINA Y LA QUIMIOTRIPSINA, LAS CUALES SON OBTENIDAS DE EXTRACTO PANCREÁTICO ANIMAL.

B) VEGETAL: SE OBTIENEN DE LA PLANTA TROPICAL CARICA PAPAYA, ESTAS ENZIMAS SE CONOCEN CON EL NOMBRE DE PAPAINA Y - QUIMIPAPAINA.

DE ESTOS TIPOS DE ENZIMAS, LAS QUE HAN DADO MEJORES-RESULTADOS SON LAS DE ORIGEN VEGETAL, PERO TIENEN EL INCONVENIENTE QUE SI EL PACIENTE LAS TOMA JUNTO CON LOS ALIMENTOS VA A DISMINUIR SU EFECTO ANTIFLOGÍSTICO DEBIDO A QUE VAN A ACTUAR COMO DIGESTIVOS.

C) ANTIBIÓTICOS.- SE CONTINÚAN ADMINISTRANDO TAL COMO LO MENCIONÓ EL CAPÍTULO ANTERIOR DE PRE-OPERATORIO.

ADEMÁS DE LA MEDICACIÓN POS-OPERATORIA DEBEMOS DE RECOMENDAR AL PACIENTE UNA TÉCNICA DE CEPILLADO QUE VAYA A OFRECER UNA PROTECCIÓN AL CEMENTO QUIRÚRGICO, ASI COMO TAMBIÉN SE LE DEBE MANIFESTAR LA NECESIDAD DE NUEVAS VISITAS PARA SEGUIR CONTROLÁNDOLO Y PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES.

DIETA:

ÓRDENES DIETÉTICAS

SI EL PACIENTE HA ESTADO ADECUADAMENTE HIDRATADO AN-

TES Y DURANTE LA CIRUGÍA Y SE HA RESUMIDO LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL DESPUÉS DE LA ANESTESIA GENERAL SE DEBE COMENZAR CON LÍQUIDOS O LÍQUIDOS QUIRÚRGICOS Y QUE AVANCE EN LA MEDIDA QUE LO TOLERE A LÍQUIDOS LLENOS O UNA DIETA BLANDA. - LOS ALIMENTOS DEBEN DEMORARSE HASTA QUE EL PACIENTE HAYA RETORNADO A UN NIVEL DE CONCIENCIA TOTAL. LA MEJOR DIETA POSIBLE BAJO LAS CONDICIONES PREVALECIENTES ES FUNDAMENTAL, ES DECIR UNA DIETA COMPLETA, NUTRITIVA, ALTO CONTENIDO PROTEICO ADMINISTRADO EN CANTIDADES SUFICIENTES COMO PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS DEL PACIENTE, DIETA BLANDA.

RONDAS POST-OPERATORIAS

TODOS LOS PACIENTES EN EL ESTADO POST-OPERATORIO DEBEN SER EVALUADOS LOS SIGUIENTES FACTORES:

NIVEL DE CONCIENCIA

PERMEABILIDAD DE LA VIA AÉREA

EVALUACIÓN DEL SISTEMA CARDIOPULMONAR DEL PACIENTE

FRECUENCIA Y VOLÚMEN CARDIACO, PRESIÓN SANGUÍNEA Y

TEMPERATURA CORPORAL.

TEMPERATURA DE LA PIEL Y COLOR

ENTRADA Y SALIDA

ESTADO DE LA HERIDA

CONTROL DE LAS NOTAS DE LAS ENFERMEDADES

QUEJAS ESPECÍFICAS DEL PACIENTE

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL POST-OPERATORIO.

- 1.- INSUFICIENCIA VENTILATORIA AGUDA
- 2.- ASPIRACIÓN DE CONTENIDO GÁSTRICO
- 3.- EDEMA DE LARINGE EDEMA DE VIAS AÉREAS
- 4.- EPISTAXIS HEMORRAGIA DESPUÉS DE LA INTUBACIÓN NA_

SAL.

5.- DOLOR DE GARGANTA FARINGITIS FRECUENTE DESPUÉS DE LA INTUBACIÓN

6.- NÁUSEAS Y VÓMITOS

7.- EDEMA

DOLOR POST-OPERATORIO

DESPUÉS DE CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

DOLOR POST-OPERATORIO

SE PRESENTE EL DOLOR DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE SER POR CAMBIO DE POSICIÓN DEL MATERIAL DE CURACIÓN.

O POR LA EXPOSICIÓN DE UNA SUPERFICIE CRUENTA A LA ACCIÓN DE LA LENGUA LOS ALIMENTOS Y LOS LÍQUIDOS PRODUCE MOLES - TIAS.

OTRA CAUSA DEL DOLOR ES LA INFECCIÓN CONSECUTIVA A -- UNA OPERACIÓN PERIODONTAL ES RARA ESPECIALMENTE SI SE EMPLEAN LOS PROCEDIMIENTOS ADECUADOS DE ESTERILIZACIÓN Y EN LA PREPARACIÓN Y MANIPULACIÓN DEL INSTRUMENTAL.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1.- LOS TUMORES INFLAMATORIOS SON MUY FRECUENTES DEBIDO A QUE EN LA MAYORÍA DE ELLOS, SU ETIOLOGÍA SE BASA EN IRRITACIONES CRÓNICAS, EJEMPLO DE ELLAS SON: CÁLCULOS, IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS, LESIONES CARIOSAS, ETC.

2.- LA MEDIDA TERAPÉUTICA PARA ESTOS TUMORES CONSISTE EN ELIMINAR LOS FACTORES IRRITANTES LOCALES, ASI, COMO TAMBIÉN SU EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA, LA CUAL DEBE SER RADICAL PARA EVITAR RECIDIVAS.

3.- LOS TUMORES INFLAMATORIOS PUEDEN SER ÚNICOS O LOBULADOS, PUEDEN ESTAR SITUADOS EN LA SUPERFICIE BUCAL O LINGUAL, ALCANZAR TAMAÑOS VARIABLES, SUELEN CRECER RÁPIDAMENTE PUDIENDO EN DETERMINADOS MOMENTOS ORIGINAR UNA REABSORCIÓN ÓSEA.

4.- UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA VA A FACILITAR EL DIAGNÓSTICO, Y UN BUEN PLANTEAMIENTO PRE, TRANS, Y POST-OPERATORIO, PROPORCIONARÁ AL PACIENTE UNA CONVALESCENCIA RÁPIDA Y POCO MOLESTA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- AVELLANAL CIRO
DICCIONARIO ODONTOLÓGICO
EDITORIAL MUNDI, S. A. I. C. y F.,
BUENOS AIRES, ARGENTINA - 1978
TERCERA EDICIÓN
VOLÚMEN ÚNICO
926 PÁGS.
- 2.- BIRN WINTHER J. E. ATLAS DE CIRUGÍA ORAL
SALVAT EDITORES, S. A.
MALLORCA, 43 BARCELONA, ESPAÑA - 1927
SEGUNDA EDICIÓN
VOLÚMEN ÚNICO - 125 PÁGS.
- 3.- BOUCHER L. S.
ODONTOLOGÍA GUIA PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S. A. DE C. V.
MÉXICO, D. F. 1982
PRIMERA EDICIÓN
VOLÚMEN ÚNICO 705 PÁGS.
- 4.- GLICKMAN IRVING: PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S. A. DE C. V.
MÉXICO, D. F. 1974, PRIMERA EDICIÓN.
VOLÚMEN ÚNICO, 1000 PÁGS.
- 5.- HINER, ESCORGE, KOTSCHER, AUSTIN
H. ZEGARELLI EDWARD V.:
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.
SALVAR EDITORES, MALLORCA 43 BARCELONA' ESPAÑA 1981
SÉPTIMA EDICIÓN,
VOLÚMEN ÚNICO 651 PÁGS.
- 6.- JAIME WOOLRICH DOMÍNGUEZ:
UROLOGÍA E INTRODUCCIÓN A LA SEXOLOGÍA.
EDITADO POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
MÉXICO, 1980-
TERCERA EDICIÓN 500 PÁGS.
- 7.- KRUGER, GUSTAV. O.:
TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S. A. DE C. V.
MÉXICO, D. F. 1978
SEGUNDA EDICIÓN - VOLÚMEN ÚNICO 616 PÁGS.

- 8.- MORRIS L. ALVIN D.D.S. P.H.D.,
HARRY M. BOHANNAN D.M.D. M.S.D.,
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA
PRÁCTICA GENERAL.
EDITORIAL LABOR' S, A.
CUARTA EDICIÓN, 1980. CALABRÍA 235-239
BARCELONA - 29 (1974)
VOLUMEN ÚNICO , 804 PÁGS.
- 9.- THOMAS H. KUIT D.M.D.: PATOLOGÍA BUCAL
UNIÓN TIPOGRÁFICA EDITORIAL HISPANO-AMERICANA DE
MÉXICO, D. F.
1959. SEGUNDA EDICIÓN
PRIMER TOMO, 887 PÁGS.
- 10.- VELÁZQUEZ, T.: ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTAL Y BUCAL.
PRENSA MEXICANA MÉXICO, D. F. 1966
PRIMERA EDICIÓN
VOLUMEN ÚNICO, 359 PÁGS.
- 11.- WILLIAMS BLOOM, M. D. DON W. FAWCETT, M. D.
A TEXTBOOK OF HISTOLOGY. EDITORIAL, W. B.
SAUDERS COMPANY PHILADELPHIA, TORONTO
DÉCIMA EDICIÓN. VOLUMEN ÚNICO. 1,598 PÁGS.