

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Odontología



**METODOS DE DIAGNOSTICO
EN PATOLOGIA ORAL**

T E S I S P R O F E S I O N A L

**JOSE LUIS PALACIOS MAZA
FERNANDO ANGELES MEDINA**

México, D. F.

1975



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Odontología



**METODOS DE DIAGNOSTICO
EN PATOLOGIA ORAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N**

**JOSE LUIS PALACIOS MAZA
FERNANDO ANGELES MEDINA**

México, D. F.

1975

Al Dr. Julio Herrera Alvarado:

A quien agradecemos sinceramente toda su ayuda para la elaboración de esta tesis.

Para Usted todos nuestros deseos y afectos.

•
Al H. Jurado.

A la Escuela Nacional de Odontología

I N D I C E

I.- PREAMBULO

II.- METODOS DE DIAGNOSTICO

- 1) Diagnóstico Inmediato
- 2) Diagnóstico Diferencial
- 3) Diagnóstico a través de los Datos Anamnésticos

Historia Clínica

- a) Motivo de la Consulta
- b) Enfermedad Actual
- c) Antecedentes Familiares
- d) Antecedentes Personales
- e) Antecedentes Patológicos
- f) Revisión de los Sistemas Orgánicos
- g) Aparato Respiratorio
- h) Aparato Cardiovascular
- i) Aparato Digestivo
- j) Aparato Genitourinario
- k) Función Endócrina
- l) Sistema Nervioso Central y Periférico

- 4) Diagnóstico de Laboratorio
- 5) Diagnóstico Terapéutico
- 6) Diagnóstico Quirúrgico

III.- EXPLORACION DE BOCA Y ZONAS CIRCUNDANTES

- 1) Exploración de cabeza, cara y cuello
- 2) Exploración de la Boca

IV.- TECNICAS DE LABORATORIO

- 1) Orina
- 2) Sangre
- 3) Coprocultivo
- 4) Exudado

V.- DIAGNOSTICO ROENTGENOGRAFICO

VI.- EXAMEN PSICOLOGICO Y PSICOPATOLOGICO DEL PACIENTE

VII.- CONCLUSIONES

VIII.- BIBLIOGRAFIA

I.- P R E A M B U L O

El objeto de ésta Tesis no es ofrecer en detalle todos los métodos existentes de diagnóstico, si no la finalidad que lograremos es tratar de discutir y valorizar la gran importancia de éste y los diversos métodos y procedimientos que se utilizan para llegar a la identificación final de una enfermedad.

Comunmente se describe al diagnóstico como la interpretación de los signos y síntomas y también como la habilidad del clínico para descubrir o advertir la presencia de una alteración orgánica.

Sin embargo éstos conceptos no pueden considerarse como básicos, ya que el diagnóstico no es simplemente el descubrimiento de un signo clínico, porque en realidad, el objetivo último del diagnóstico es su gerir y proporcionar una base segura para que la terapéutica a utilizar sea la más adecuada posible y en éstas circunstancias el diagnóstico llega a ser un requisito indispensable para el tratamiento.

Por lo tanto, el éxito del diagnóstico estriba en la facilidad y destreza del profesional para descubrir, reconocer y primordialmente estar identificado con la naturaleza del proceso orgánico anómalo.

El diagnóstico bucal es por tanto el acto de conocer el estado anormal, de la cavidad oral, tejidos circundantes y órganos adyacentes.

Un factor muy importante para lograr el diagnóstico es el estudio anatómico y fisiológico, ya que no se podrá conocer el origen de una enfermedad oro-facial sin tener los conocimientos necesarios de la estructura de esta zona a intervenir.

En ocasiones determinadas, enfermedades de la boca - se pueden reconocer por los signos visibles del proceso patológico, por ejemplo tenemos la gingivitis - ulcerativa necrotizante o un absceso paradontal, las cuales nos demuestran características clínicas específicas; aunque lo más común es que los procesos patológicos no sean tan fácilmente identificables por sus características clínicas ya que puede existir - confusión entre una y otra enfermedad.

Lo más viable para que nuestro diagnóstico sea lo - más acertado posible, es la obtención del mayor número de datos de fuentes distintas a las meramente - clínicas como son: los datos anamnésticos y de los - resultados de las pruebas y técnicas de laboratorio, causas, diagnóstico diferencial, complicaciones y se - cuelas, etc.

II.- M E T O D O S D E D I A G N O S T I C O

- 1) Diagnóstico Inmediato
- 2) Diagnóstico Diferencial
- 3) Diagnóstico a través de los Datos Anamnésticos

Historia Clínica

- a) Motivo de la Consulta
 - b) Enfermedad Actual
 - c) Antecedentes Familiares
 - d) Antecedentes Personales
 - e) Antecedentes Patológicos
 - f) Revisión de los Sistemas Orgánicos
 - g) Aparato Respiratorio
 - h) Aparato Cardiovascular
 - i) Aparato Digestivo
 - j) Aparato Genitourinario
 - k) Función Endócrina
 - l) Sistema Nervioso Central y Periférico
- 4) Diagnóstico de Laboratorio
 - 5) Diagnóstico Terapéutico
 - 6) Diagnóstico Quirúrgico

1.- DIAGNOSTICO INMEDIATO

Este término es utilizado para designar al procedimiento de identificación de cualquier alteración que se hace literalmente "en el mismo sitio"; así, un diagnóstico inmediato se basa por lo general en solo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas sin que la corroboren datos obtenidos por otras fuentes. Generalmente éste método de diagnóstico es poco utilizado debido a lo incompleto que viene siendo, tomando en cuenta lo imprescindible y necesario que es la obtención del mayor número de datos posibles, ya que ésto nos hará conocer más a fondo al paciente y nos será de gran ayuda durante el transcurso del tratamiento.

Aunque el diagnóstico inmediato puede considerarse como una forma de diagnóstico clínico o radiográfico y también puede ser correcto, el profesional más experto evitará este procedimiento.

Por lo consiguiente debemos evitar hasta donde nos sea posible, elaborar éste tipo de diagnóstico, más aún tratándose de terceras personas, ya que éstos datos no pueden ser exactos ni de confianza, porque la validez de éstos es relativa pudiendo a la postre resultar perjudicial tanto al paciente como al profesionalista.

Generalmente se elabora éste tipo de diagnóstico, en casos de urgencia o cuando no se cuenta con los elementos indispensables.

2.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial a diferencia del diagnóstico inmediato, es un método que por su misma naturaleza, proporciona el mayor grado de seguridad y por lo tanto el Cirujano Dentista tiene mayores probabilidades de éxito y una mayor percepción del caso a tratar.

Se considera como una redundancia el término de diagnóstico diferencial, ya que cada palabra nos sugiere un proceso de identificación. Más es preciso hacer notar que el "DIAGNOSTICO DIFERENCIAL", es del uso común y supone el empleo de métodos de diagnóstico, amplios y completos, o dicho en mejores palabras: la acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes, antes de emitir un juicio definitivo.

La habilidad del Cirujano Dentista y el conocimiento de lo normal a lo anormal son puntos importantes para establecer con éxito un buen diagnóstico diferencial.

Podemos hacer el establecimiento de DIAGNOSTICO DIFERENCIAL analizando el aspecto de su procedimiento; el diagnóstico diferencial es el estudio analítico de las diversas enfermedades que tienen cierta semejanza entre sí, y la diferenciación que vamos a hacer de ellas, por medio de los síntomas y signos en comparación.

Al hacer éste tipo de diagnóstico, se considera necesario tener en la memoria lo más primordial antes del tratamiento como:

- a) Tiempo exacto o más o menos aproximado en que se presentó la enfermedad. (Estado Evolutivo)
- b) Tamaño de la lesión.
- c) Sitio que ocupa al ser reconocida.
- d) Que probabilidades de infecciones existen.
- e) Estados de los dientes y boca.
- f) Dolor y molestias.
- g) Si existe o nó invasión glandular.

Debemos de tener en cuenta una perfecta familiarización con que el proceso anormal afecta a la boca y los maxilares, además el estar enterado de las técnicas de laboratorio adecuadas, así como de la importancia de los resultados alterados y, algo muy importante la destreza necesaria en la preparación de las partes diagnósticas del caso anunciado.

Para que el diagnóstico diferencial se afirma en un total conocimiento y atención de muchas facetas de cada enfermedad, podemos preguntarnos, ¿Qué aspectos de la enfermedad son precisos conocer si se espera identificar la enfermedad de un paciente que aún no ha sido diagnosticado?

Uno puede atreverse a decir que no cualquier información de una enfermedad es importante o significativa pero, sin embargo, se puede mantener que hay un mínimo de información que es necesaria y sin la cual el Cirujano Dentista puede fallar el diagnóstico correcto.

3.- DIAGNOSTICO A TRAVES DE LOS DATOS ANAMNESICOS.

Historia Clínica

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una ayuda bastante importante para establecer un buen diagnóstico, es una narración de los acontecimientos relativos al estado en que se encuentra la salud de una persona.

Una buena historia comprende los datos más importantes sobre el sufrimiento que lleva al enfermo a consultar con el médico.

La calidad de la historia clínica está supeditada en gran parte en la competencia del entrevistador y en la capacidad de comunicación del paciente.

Durante la entrevista debemos concentrar la atención en el enfermo, se debe comprender exclusivamente los datos que se hayan recogido, sin hacer la interpretación de los mismos; se trata de que el lector de la historia se haga su propio juicio de acuerdo a los datos obtenidos.

El médico debe saber la ficha de identificación del paciente como es: Nombre de la persona, que servirá para el archivo del clínico, se deberá asentar el nombre completo del paciente.

Sexo, nos servirá para diferenciar alguna enfermedad que se presente más en un sexo que en el otro.

Edad, existen padecimientos que con casi exclusivamente de niños, otros de adultos y algunos más de ancianos, por eso es importante señalar la edad del enfermo.

Peso; se deberán anotar las variaciones en el peso - que haya sufrido, ya sea disminución o aumento, to - mando en cuenta la edad del paciente. En el caso de - obesidad, constituye el exceso de peso permanente y - puede ser causa predisponente a otros padecimientos - Ejemplo: Diabetes, Arterioesclerosis.

Estado Civil; más que nada nos servirá para saber si el paciente a examinar ha tenido ya relaciones sexua - les, pues suele haber padecimientos que se derivan - de ésto.

Ocupación; existen ocupaciones que están predispu - tas a ciertos padecimientos, ejemplo: inhalación de - polvos, fatigas musculares, hábitos en la boca como - tachuelas, intoxicaciones frecuentes, etc.

Lugar de nacimiento; Pudiera ser que el paciente - haya padecido alguna enfermedad que pudiera tener al - guna relación con las condiciones actuales de salud. Teniendo ya hecha la ficha de identificación, em - zaremos primeramente con:

a) Motivo de la Consulta

Se considera lógico empezar la historia clínica pre - guntando sobre la molestia responsable de la visita - del enfermo. Instaremos al paciente a describir sus - propios síntomas usando expresiones propias de él, - el entrevistador hará preguntas adicionales que de - finan la naturaleza y duración de la molestia más - importante, también deberá ser cauteloso y no dar un - énfasis indebido a ciertos hechos de la historia.

b) Enfermedad Actual

Continuaremos haciendo preguntas sobre el motivo de la consulta. Estas deberán ser específicas, claras y comprensibles para el enfermo para que le permitan dar una respuesta concisa y así poderlas valorar por su posible relación con el problema principal.

Para llegar a conocer la enfermedad actual es necesario hacer un relato cronológico desde la aparición de ésta y que contendrá un resumen sobre el estado de salud anterior. La sintomatología debe extraerse de forma clara y sistemática, para ello se necesita que el entrevistador sepa no solo las manifestaciones del proceso sospechado sino también las consideradas en el diagnóstico diferencial. A las preguntas hechas por el entrevistador acerca de los síntomas, deben seguir las preguntas que califiquen a las mismas.

Se anotará en forma breve si hubo algún tratamiento anterior, detallándose los medicamentos usados junto con la dosis y la respuesta obtenida.

Es importante darse cuenta de todos los síntomas y para valorar la intensidad de éste no debe uno fiarse de la descripción hecha por el enfermo si no que se harán otras preguntas como por ejemplo: ¿se le calma el dolor con alguna posición? ¿siente alivio al presionar en alguna zona o en alguna forma? ¿a que hora siente con mayor intensidad su padecimiento?, éstas y todas las preguntas encaminadas a descubrir la enfermedad actual serán necesarias, desde luego es muy importante registrar los datos tanto negativos como positivos.

c) Antecedentes Familiares

Los antecedentes familiares comprenden la edad, salud, causa de muertes de familiares; padres, hermanos, esposa, hijos, etc., incluyéndose anotaciones acerca de infecciones como ejemplo: tuberculosis que afecten a miembros de la familia y también enfermedades con predisposición familiar, ejemplo: cardiopatías, diabetes, bocio, neuropatías, epilepsia, tumores, etc., ciertos datos de la enfermedad actual pertenecer a la historia familiar.

d) Antecedentes Personales

Los antecedentes personales proporcionan unas breves notas sobre la vida presente y pasada del enfermo, se anotará las costumbres, lugares en que ha vivido, la exposición a ciertos productos tóxicos, número de hijos, habitación; su tamaño, ventilación, número de cuartos, también se preguntará sobre el tipo de alimentación si es o no balanceada, etc.. tipo de vestido, que higiene personal tiene si es normal o anormal, alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías, ocupación.

e) Antecedentes Patológicos

Haremos una exposición del estado de salud del paciente, también se anotarán las principales infecciones que haya padecido, estados alérgicos importantes a alimentos, alergia a vegetales, alergia a sustancias químicas; se hará un registro de las intervenciones quirúrgicas anteriores, golpes, fracturas, heridas y datos acerca de técnicas médicas, enfermedades e ingresos en hospitales anteriores. Se anotarán los datos de los antecedentes patológicos que sean importantes para la enfermedad actual ya que las enfermedades padecidas con anterioridad pueden haber dejado secuelas, que siendo por sí mismas serias alteraciones de salud son capaces de provocar otras alteraciones orgánicas. Anotaremos si ha padecido: sarampión, tosferina, rubeola, varicela, viruela, paperas, parasitosis, amigdalitis de repetición, reumatismo, hepatitis, etc., preguntaremos cual ha sido su experiencia a la anestesia general y a la anestesia local.

f) Revisión de los Sistemas Orgánicos

Es muy importante la revisión de los sistemas orgánicos para así poder excluir la posibilidad de otros padecimientos que hayan pasado desapercibidos cuando se hizo la descripción de la enfermedad actual. Empezaremos por:

g) Aparato Respiratorio

Los padecimientos del aparato respiratorio son capaces de repercutir tan hondamente en el estado general de las personas que es de importancia revisar aunque sea con brevedad las alteraciones que puedan ser ocasionadas por dicho padecimiento.

Los síntomas clínicos que observaremos en un paciente con algún padecimiento del aparato respiratorio son: constitución siempre alterada, existe debilitamiento cualquiera que sea la enfermedad. La conformación está igualmente alterada sobre todo en padecimientos crónicos, la actitud de los enfermos es impuesta por algunos padecimientos; la facies puede presentarse cianótica, puede existir disnea que puede ser de grande, pequeño o medianos esfuerzos, la tos que es un síntoma que se encuentra en los estados anormales del aparato respiratorio, la tos es un ruido producido por una espiración brusca estando la glotis cerrada lo que hace que las cuerdas vocales entren en vibración, debe estudiarse el timbre, tono o altura

frecuencia de las toseduras, posición en que se to - se, se debe interrogar si existe expectoración, claro que cuando los productos expectorados están a la - vista es inútil interrogar sobre los caracteres, que pueden ser observados directamente, debe de infor - marse si la expectoración se efectúa con facilidad o con dificultad, también se debe averiguar acerca de - la abundancia de éstos, se debe observar la colora - ción, la presencia de espuma en la expectoración pue - de ser un dato en la expectoración; el interrogato - rio ilustrará al profesional sobre la existencia de - dolor, en casos de existir, se deberá averiguar el - sitio exacto de él, la intensidad, constancia o in - termitencia de éste; se deberá observar también el - tipo de respiración y si existe epistaxis.

h) Aparato Cardiovascular

La alteración de los padecimientos del aparato cir - culatorio sobre el aspecto general de los enfermos - es semejante en muchos de sus atributos a la que pro - ducen los trastornos respiratorios.

Todos los padecimientos de exploración clínica son - aplicables para conocer el estado en que se encuen - tra el corazón. Por el interrogatorio podrá saberse - acerca de: palpitaciones o sea la percepción de los - movimientos del corazón, generalmente exagerados y - aumentados en frecuencia, que se acompaña de opre - sión y dificultad para respirar, algunas veces las - palpitaciones son acompañadas de dolor precordial, - normalmente se presentan en casos de esfuerzo o debi - do a alguna emoción.

La mayor parte de las veces, las palpitaciones son originadas por excitabilidad exagerada del sistema nervioso.

Observaremos si existe disnea, que es uno de los sin tomas más importantes que pueden presentarse en las cardiopatías, puede ser continua o intermitente; dolor precordial es frecuentemente el sitio de sensaciones dolorosas, continuas o intermitentes, el dolor puede ir desde simple hasta una intensidad máxima y pueden ser originados por el esfuerzo o la presión o simplemente espontaneos, el más conocido de los dolores precordiales es el de la angina de pecho interrogaremos si existen cefaleas; lipotimias y mareos.

i) Aparato Digestivo

Es de mucha importancia conocer el estado general del aparato digestivo, si existen signos y síntomas anómalos de éste, aunque los órganos que más conciernen al Dentista son la boca, los dientes, la lengua, las encías y la faringe; es necesario conocer los tipos de respuestas que pueda tener el aparato digestivo ante cualquier tipo de afección. Entre éstas tenemos la anorexia, ésta y la pérdida de peso son síntomas inespecíficos que acompañan a alteraciones emocionales pero que también pueden hacer pensar en procesos orgánicos, entre ellos una infección crónica o alguna neoplasia maligna.

La disfagia, se debe a una presión extrínseca sobre el esófago o puede ser parte de la sintomatología de ciertas enfermedades generales como la esclero -

dermia, alguna neoplasia, afección de ganglios linfáticos, etc.; dispepsia, alteración de la digestión polidipsia, que se presenta en la diabetes insípida, en la mellitus no controlada; náuseas, pueden ser de origen inespecífico como por ejemplo: de origen reflejo, en padecimientos dolorosos del vientre, puede ir acompañado de otros síntomas como sudoración, flojedad, salivación, ritmo cardíaco aumentado o disminuido, etc.; vómitos, son un síntoma muy frecuente que se presenta en cualquier enfermedad que produzca náuseas, también es un síntoma relacionado con enfermedades del conducto gastrointestinal; dolor, otra manifestación es el dolor, que puede deberse a varias causas, ejemplo: cáncer, dolor gástrico, úlcera gástrica, etc.; se debe investigar o interrogar si existe diarrea, el número de evacuaciones, consistencia, color, si existe o no moco, pus o porciones de alimentos, etc.; constipación o sea la dificultad para evacuar el intestino.

j) Aparato Genitourinario

Por medio del interrogatorio en los padecimientos renales el clínico tratará de conocer el ritmo de la eliminación urinaria, así como los caracteres generales de la orina susceptibles de ser observados por el enfermo.

La cantidad de la orina durante las 24 horas deberá ser observado, ésta, en personas sometidas al régimen de alimentación normal, es alrededor de 1,400 gs. y 1,200 en la mujer, es así como una cantidad de orina que no llega a más de medio litro en 24 horas es altamente sospechosa de padecimiento renal, a esto se le llama (oliguria).

Se debe preguntar sobre el número de micciones (poliuria), sobre la cantidad de orina (poliuria) - debemos de interrogar si existe disuria que puede deberse a una infección de la vejiga (cistitis), la calidad del flujo sanguíneo, la dificultad en iniciar y parar la micción y la pérdida de la orina son puntos muy importantes, si se orina con frecuencia y durante la noche (nicturia), si se expulsa sangre al orinar (hematuria); dentro del aparato genital femenino se debe anotar la edad en que empezó la menstruación (menarquía), y si es el caso, cuando finalizó (menopausia), se especificará el ciclo menstrual, si la menstruación es dolorosa (dismenorrea), si hay hemorragia excesiva (menorragia) sangrado a intervalos irregulares (metrorragias), flujo vaginal de color blanquesino (leucorrea). En algunas mujeres, la menstruación es precedida por edema, cefaleas y cambios de la personalidad como irritabilidad, inestabilidad emocional, etc.; también se anotará si existieron antecedentes de abortos, alteraciones físicas

k) Función Endócrina

Si sospechamos que existen alteraciones de tipo endocrino o emocionales, es importante preguntar al enfermo su deseo sexual (líbido), y su función sexual. La intolerancia al calor, la irritabilidad, la pérdida de peso y el temblor de las manos son síntomas de hipertiroidismo.

El aumento de apetito, la pérdida de peso, la poliuria y la polidipsia son síntomas de la diabetes mellitus; la caída del cabello, la intolerancia al frío, la piel áspera y pálida y el abajamiento de la voz son características del hipotiroidismo; el aumento de la pigmentación cutánea y la disminución de la libido son características en la insuficiencia suprarrenal.

1) Sistema Nervioso Central y Periférico

Para hacer la exploración clínica del sistema nervioso central se usarán los siguientes procedimientos: el interrogatorio, la inspección, algunas veces la palpación.

Antes de iniciar éstos, es conveniente detenerse a observar el aspecto del paciente exteriormente, que a veces permite recoger datos importantes para orientar la investigación como por ejemplo: la actitud, la facies, la marcha, la adaptación de conducta, movimientos anormales.

Se investigarán las parestesias, que son una manifestación de la enfermedad de los nervios periféricos (neuritis) y pueden también acompañar a lesiones del sistema nervioso central.

Las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica afectan tanto en enfermedades tanto del sistema nervioso periférico, como del sistema nervioso central. Parálisis, que es la incapacidad de producir movimientos cuando esta incapacidad no es absoluta lleva el nombre de parésia, cuando un solo músculo o un pequeño grupo de éstos es atacado, es una parálisis parcial;

cuando la pérdida del movimiento se localiza en un miembro se llama parálisis monoplégicas; cuando la mitad lateral del cuerpo está ausente de movilidad se llama hemiplejía.

La marcha se afecta en alteraciones del sistema nervioso central y en enfermedades de los nervios periféricos, músculos esqueléticos, huesos y articulaciones.

Deben considerarse entre las manifestaciones del sistema nervioso central el dolor de cabeza, cuando es agudo se denomina cefalalgia y cuando es crónica cefalea; otro síntoma es el vómito que es bastante frecuente; el vértigo también es otro elemento importante; alteraciones de la memoria, si existe astenia, laxitud o incapacidad para el trabajo, cambios de carácter, apatía, expansiones violentas de risa o de llanto, irascibilidad, si hay perturbaciones en el dormir, insomnio o lo contrario, se deben de tomar en cuenta los antecedentes hereditarios, se investigará si el paciente ha tenido en la infancia convulsiones, terrores nocturnos, etc., problemas emocionales que influyan o hayan influido en el sistema nervioso; el temblor se presenta en parálisis agitanas y disfunción cerebelar.

4.- DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Es importante valernos de los datos de laboratorio ya que desgraciadamente muchos problemas de diagnóstico no se pueden resolver únicamente basándonos en los datos clínicos, radiológicos o anamnésticos; ya que suele suceder que la solución de éstos se obtiene por medio de ciertos resultados positivos y significativos de las pruebas de laboratorio, de ahí su importancia.

Las pruebas de laboratorio son útiles solo si el Cirujano Dentista conoce qué prueba o pruebas a pedir y cómo ha de interpretar los resultados.

Trataremos de explicar por medio de unos ejemplos, la importancia mencionada de éste diagnóstico: la **monialisis de la cavidad bucal** puede sospecharse por sus características clínicas, y aunque es menester del Cirujano Dentista el saber interpretar una enfermedad a primera vista, y más aún tratándose de la cavidad bucal y aunque esta sospecha quede o está reforzada por los antecedentes en la historia de mal nutrición del individuo o de terapéutica reciente, con antibióticos de amplio espectro, el diagnóstico-definitivo debe basarse en el cultivo positivo y abundante del organismo obtenido de la lesión.

Tenemos muchas otras lesiones en que es necesario utilizar los métodos de laboratorio para establecer correctamente el diagnóstico, por ejemplo: la enfermedad de la **raet del maxilar** o de la **mandíbula** que no puede ser diagnosticada de forma definitiva, valiéndonos solo de los signos clínicos y radiológicos, por medio de los estudios bioquímicos de la sangre.

en el cual determinaremos y haremos una observación del calcio, fósforo y de las fosfatasas alcalinas del suero, éstas últimas están siempre elevadas en los casos activos de la enfermedad de Paget alcanzando a veces valores tan altos como 200 o más unidades King-Amstrong, mientras que los valores del calcio y del fósforo están dentro de los límites de la normalidad.

También puede realizarse la biopsia del lugar que sea sospechoso.

Así como estos ejemplos podrían enumerarse muchos otros; para establecer un diagnóstico seguro. Para completar el cuadro clínico, es necesario las observaciones radiológicas y los datos anamnésticos con los resultados de las pruebas de laboratorio.

Posteriormente explicaremos las técnicas de laboratorio empleadas, para establecer este tipo de diagnóstico.

5.- DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

En la práctica diaria, suele suceder que el Cirujano Dentista se enfrenta a casos en los cuales el diagnóstico se establece después de un período inicial de tratamiento.

Esto viene a mención puesto que existen muchas enfermedades cuya identidad es difícil de establecerse basándonos solamente en su cuadro clínico (datos anamnésticos, técnicas de laboratorio) o ambos; pero que se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico. Las reacciones y respuestas al tratamiento nos darán la clave para el diagnóstico.

Aunque es común en el ejercicio de la profesión emplear a menudo este procedimiento, lo más recomendable es que se use solo en aquellos casos en los que el diagnóstico no puede establecerse de otra forma.

Esta forma de tratamiento debe limitarse, también cuando no existe mejoría suprimiéndose para proceder a la elección de otras alternativas de diagnóstico. Como ejemplos; podríamos mencionar la hipovitaminosis crónica en la cual el tratamiento nutricional y vitamínico puede ser no tan solo eficaz sino también diagnóstico. En el caso de procesos neuróticos con la administración de tranquilizantes podríamos obtener los mismos resultados.

6.- DIAGNOSTICO QUIRURGICO

En nuestro consultorio es frecuente que se presenten pacientes en los cuales estableceremos el conocimiento de una enfermedad mediante la exploración quirúrgica, teniendo de antemano pleno conocimiento de las técnicas quirúrgicas a elegir y sus posibles secuelas o consecuencias que podría traer el hecho de utilizar una u otra técnica.

Por ejemplo; en la sospecha de un absceso subperióstico agudo lo cual confirmamos mediante una incisión proyectada exactamente en la zona rojiza del absceso que es donde se localiza el contenido de dicha alteración y que al realizar esta maniobra nos producirá la liberación del exudado purulento. Sin embargo como medida eficaz se puede colocar una cánula, dique de hule o Pent-Rose, que nos facilitará la eliminación total de pus.

Podríamos mencionar también el quiste oseo idiopático cuyas características clínicas y radiográficas pueden sugerir el diagnóstico, identificándose en forma definitiva por medio de la exploración quirúrgica y por el hallazgo de una cavidad osea vacía de tejido quístico. En general existen otros problemas bucales, que solo por medio de los métodos mecánicos o quirúrgicos podrá saberse en forma segura la alteración real y su diagnóstico definitivo.

**III.- EXPLORACION DE LA BOCA Y ZONAS
CIRCUNDANTES**

1) Exploración de cabeza, cara
y cuello.

2) Exploración de la boca.

1.- EXPLORACION DE CABEZA, CARA Y CUELLO

Por medio de la exploración de la cabeza pueden obtenerse datos concernientes a la forma, volumen, superficie, movimientos.

De acuerdo a la forma pueden ser normocéfalos, dolicocefalo, braquicefalo, etc. Todas las anomalías en la forma del craneo constituyen estigmas anatómicos de degeneración, también pueden presentarse en el craneo ocasionalmente deformaciones adquiridas, ejemplo: hundimiento de la bóveda o contusiones con gibas.

Por lo que se refiere al volumen, el craneo puede ser más pequeño (microcefalia), o estar aumentado (macrocefalia) que puede ser debida a la hidrocefalia; en lo referente al estado de la superficie veremos todo lo concerniente al cuero cabelludo, como es la caída de éste (alopecia), color. La cabeza en su totalidad puede presentar movimientos involuntarios. La configuración de la cabeza está deformada de manera característica, en la enfermedad de Paget de los huesos, en la sífilis congénita, raquitismo, acromegalia, los movimientos son observables en la enfermedad de Parkinson y en personas con tics espasmódicos.

En la región de la cara comprenderemos lo siguiente: la frente, las cejas, regiones oculo palpebrales, nasal, labial y mentoniana, regiones auriculares.

Por medio de la inspección de la frente se apreciará la dirección general de ella, veremos si es oblicua, vertical, convexa en forma general, prominente, altura, anchura. Notaremos la presencia de arrugas trans

versales y verticales, también podremos encontrar - movimientos anormales debido a tics, por contracción del músculo frontal.

Región de las cejas, la inspección y la palpación - son los únicos medios de exploración a esta región - la importancia de esta región es que la cola de las cejas son sitios frecuentes de quistes dermoides. En la región oculo palpebrales pueden presentarse - procesos inflamatorios. En los globos oculares, por medio del interrogatorio aplicado a la exploración - del ojo se investiga la agudeza visual, si existe di plopia, así como el dolor; las lesiones a los ner - vios craneales (tercer, cuarto y sexto par) serán la causa de parálisis en sus músculos respectivos y de las alteraciones típicas en la posición de reposo y en los movimientos de los ojos.

La nariz, en ésta observaremos su forma, que por acción de traumas se deforma, o puede existir destrucción de los huesos nasales debido a sífilis. La piel de las mejillas y la nariz se afecta de forma característica en el lupus eritematoso. La respiración nasal queda impedida por la desviación del tabique nasal, por cuerpo extraños.

Labios, observaremos si existen ulceraciones pequeñas (herpex labial) que son inespecíficas y que las observamos en enfermedades febriles. Una ulceración única en el labio puede ser debida a un carcinoma - (esquinoelular) o a sífilis (primaria). Las fisuras en la comisura labial producen las boqueras.

Región mentoniana, para investigar las anomalías que pudieran localizarse en esta región nos valdremos de la inspección y de la palpación. Observaremos alteraciones por procesos inflamatorios, contractu -

ras del maxilar y neoplásicos. El estado de la superficie y la coloración se alteran en casos de eczema de la piel de la barba, diversas micosis; por medio de la inspección observaremos temblores y tics.

La palpación puede localizar dolor en la región, así como movilidad anormal, aumento de consistencia de las partes blandas.

Audición, por medio del interrogatorio sabremos si existe dolor, si hay supuración o enrojecimiento del oído externo ya que podremos presentar una otitis externa, o una infección del oído medio (otitis media) la cual produce fiebre y dolor; éstas pueden complicarse con una mastoiditis, meningitis. La otitis media puede ser crónica acompañada de perforación, supuración y disminución de la audición.

La audición también se afecta en la otosclerosis.

Cuello, los métodos de exploración aplicables al cuello son la inspección, la palpación, la auscultación debe quedar aclarado que el cuello es asiento de modificaciones de volumen, cuya causa debe ser investigada para llegar al conocimiento del motivo que origina el abultamiento, las causas pueden ser: los flemones, los infartos ganglionares, los bocios, hipertrofia de la glándula parótida, los aneurismas, etc. La palpación del cuello permite obtener datos importantes para la investigación de los órganos que se encuentran en esta región como son: ganglios linfáticos, glándula parótida y submaxilar, arterias carótidas, venas yugulares, cuerpo tiroides, músculos, laringe, etc., aparte la inspección y la palpación nos permitirá investigar la consistencia y la sensibilidad dolorosa.

2.- EXPLORACION DE LA BOCA

Para empezar a hacer la exploración de la boca debemos hacerlo de una forma ordenada, haciendo un examen detallado de cada tejido y estructura, sin omitir ninguno, empezaremos así:

Labios, la inspección y la palpación son los procedimientos que se utilizan en la región de los labios. Se harán las anotaciones pertinentes acerca de la forma, entre las alteraciones más comunes acerca de ésta tenemos, la fisura palatina en el labio superior y el epiteloma en el inferior; anotaremos el color de éstos, ya que puede existir cianosis, palidez, etc. veremos si existen erupciones, grietas, ulceraciones como chanoros, aftas, vesículas de herpes y todo tipo de lesiones tanto en la boca cerrada como abierta.

Mucosa Labial, la inspección de esta zona la haremos girando el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, anotaremos igualmente el color y cualquier tipo de irregularidad; por medio de la palpación se determinará la configuración y anomalías, el tipo de frenillos, y cualquier tipo de lesión.

Mucosa Bucal, utilizaremos igualmente los métodos de inspección y palpación para determinar la configuración, contorno, color, ausencia o presencia de lesiones de la mucosa bucal, orificios de las glándulas parótidas.

Pliegues Mucobucuales, haremos la exploración de éstos tanto superior como inferior.

Paladar, utilizaremos la inspección y la palpación - tanto de paladar duro como de blando, para observar la forma general de ésta, observaremos la úvula, los tejidos de la faringe, color, configuración, orificios, presencia de lesiones, aumentos de volumen, ulceraciones.

Orofaringe, buscaremos señales de alguna lesión en la región tonsilar.

Lengua, observaremos los movimientos funcionales, alteraciones de forma y volumen, color, consistencia, tamaño, presencia o no de papilas, y lesiones, además veremos si existe macroglosia.

Piso de la Boca, utilizaremos la palpación, tanto del piso de la boca como de la base de la lengua, en la inspección notaremos la coloración de la mucosa, si existen o no ulceraciones, lesiones predominantes en esta región, frenillos.

Encías, inspeccionaremos el color, configuración, forma, y cualquier tipo de lesión como inflamaciones ulceraciones, hipertrofias, etc.

Dientes, emplearemos el interrogatorio, la palpación - la percusión, los RX; interrogaremos acerca del dolor si ha existido, debemos averiguar si es provocado o espontáneo, a qué horas es más fuerte, con que se le calma, en que posición le duele más o con cual se le calma, tipos de sensaciones que la lengua pueda tener al contacto con las piezas dentarias.

La inspección de todos los dientes puede ser hecha en una forma directa o por medio de instrumentos. Cuando se hace directamente nos fijaremos en la forma de las arcadas, que puede ser alterada por la presencia o la falta de dientes.

Hecha la inspección de las hileras dentarias en conjunto es necesario hacer la inspección de cada una de las piezas dentarias, anotaremos las anomalías de forma que puedan tener, de volumen, de coloración, colocación, superficie, ejemplo: dientes de Hutchinson, pérdidas de substancia debidas a caries o a otra causa.

El color de los dientes no siempre es indicación del estado sano o de vitalidad pulpar, pero un diente oscuro puede inspirar sospechas. Existen lugares en que los habitantes consumen aguas con abundancia de fluor viéndose los dientes con manchas de color café aunque estas manchas no tienen ningún significado patológico.

La palpación dental puede ser digital e instrumental. Con la ayuda de exploradores y espejo de boca, haremos la exploración de todas las caras de los dientes anotaremos las cavidades, erosiones, sitios de retracción de la encía, existencia de sarro, abrasiones, cálculos; observaremos el tejido blando, focos de osteítis apicales o periodontales, quistes, abscesos.

La percusión de los dientes es usada exclusivamente para localizar el dolor; se hace en sentido longitudinal y en sentido transversal, en un diente despulpado produce un sonido sordo y en un diente sano la percusión da un sonido claro.

Es conveniente hacer siempre un estudio radiográfico de toda la boca, ya que los Rayos X son un recurso valioso para el diagnóstico diferencial.

Existen otros métodos para la exploración de los dientes como son: la transiluminación, prueba de la pulpa por medio de corriente eléctrica, termoconductibilidad, y otros métodos de laboratorio.

La transiluminación es útil para diagnosticar algunas infecciones en los tejidos blandos de la encía y tejidos periodontales así como de los senos maxilares, desde luego es valioso ayudarse de otros métodos de diagnóstico.

La prueba de la pulpa por medio de corriente eléctrica debe ser usada en combinación con los RX, pero como coadyuvante de éstos.

La termoconductibilidad, es otro método de exploración ya que por medio de los cambios térmicos, podemos saber si existe dolor. Cuando la pulpa está congestionada el frío alivia el dolor y el calor lo agrava, si no hay vitalidad no se obtiene ninguna reacción pero el calor ocasiona dolor.

Los métodos de laboratorio son susceptibles de ser aplicados con utilidad para la exploración dental, y obtener un mayor éxito en el diagnóstico, en el siguiente capítulo trataremos lo referente a los métodos de laboratorio.

IV.- TECNICAS DE LABORATORIO

- 1) Orina
- 2) Sangre
- 3) Coprocultivo
- 4) Exudado

1.- ORINA

El análisis de la orina, es de gran utilidad en la -
diagnosia puesto que nos proporciona informaciones -
valiosas sobre enfermedades renales y extrarenales.-
El estudio de la orina comprenderá los siguientes as
pectos:

a) Color, éste puede cambiar a marrón oscuro debido -
a la bilirrubinuria (ictericia obstructiva o hepato -
celular grave), o de rojo a marrón debido a la pre -
sencia de sangre (hematuria), hemoglobina (hemoglo -
binuria), o porfirinas (porfiria).

La orina puede ser turbia debido a la presencia de -
leucocitos (cistitis, pielonefritis), moco, o cristales y materiales amorfos (fosfatos, uratos).

b) Densidad, ésta depende del equilibrio hídrico to -
tal y de la cantidad de solutos eliminados por el ri -
ñón.

Una densidad de 1,010 es aproximadamente isotónica -
con el plasma. Una densidad de menos de 1,010 nos in
dica un exceso de agua en el riñón o a la incapaci -
dad de éste para concentrar la orina (diabetes insí -
pida, hipercalcemia, hipocaliemia); Una densidad su -
perior a 1,010 nos indica una retención acuosa (des
hidratación) o un exceso de solutos (por ejemplo, la
glucosuria en la diabetes mellitus). Una densidad -
fija de 1,010 con frecuencia se presenta en pacien -
tes con insuficiencias renales avanzadas, no tomán -
dose ésto como una regla general, ya que puede ser -
una manifestación de otra enfermedad.

c) Proteína, la presencia de ésta en la orina (sobre todo albúmina) se observa con más frecuencia en la - insuficiencia renal, en la insuficiencia cardíaca y - en algunas personas sanas que permanecen de pie en - tiempo prolongado (albuminuria ortostática) o después de un ejercicio intenso.

d) Glucosa, cuando la encontramos en la orina es claro indicio de elevación de la concentración de glucosa hemática (diabetes mellitus); raras veces se debe a una glucosuria renal.

e) Acetona, se encuentra en la orina de la diabetes-incontrolada (cetoacidosis) y en casos de inanición.

f) ácido Diacético, en la orina también indica una - cetosis diabética más grave.

g) Bilis, la observamos en la ictericia biliar extrahepática, en la insuficiencia hepática grave y en la obstrucción biliar intrahepática.

h) Urobilinógeno, aparece en la orina en cantidades - apreciables en la insuficiencia hepato celular.

La exploración microscópica del sedimento urinario - puede mostrar: hematíes (hematuria) a causa de nefritis, cálculos, infección, tuberculosis o tumores malignos; leucocitos (piuria) debido a infecciones de las vías genitourinarias (cistitis, pielitis, pielonefritis, uretritis); células epiteliales (pielonefritis); y cristales (normales: uratos, fosfatos, oxalatos; anormales: colesterol, tiroxina, leucina, cistina).

A N A L I S I S D E L A O R I N A

DETERMINACION	VALOR NORMAL
Acetona	0
Proteína de Bence Jones	0
Bilis	0
Calcio	150 mgs o menos por 24 horas.
Acido Diacético	0
Glucosa	0
17- Hidroxicorticosteroides	
Varón	2-6 mgs/24 hs.
Hembra	3-10 mgs/24 hs.
17-Cetosteroides	
Varón	7-20 mgs/24 hs.
Hembra	5-15 mgs/24 hs.
Proteínas	0-30 mgs/24 hs.
Riboflavina (Vit. B ₂)	0,5-08 mgs/24 hs.
Densidad	1,005-1030
Tiamina (Vit. B ₁)	50-500 24 hs.
Urobilinógeno	1 mg/24 hs.

2.- SANGRE

Es indispensable que el Cirujano Dentista se familiarize con la fisiología e histología de la sangre, a fin de reconocer sus anormalidades y poder interpretar sus significados.

Con mucha frecuencia un estudio hematológico cuidadoso nos lleva a diagnósticos más acertados.

A continuación haremos un cuadro del análisis de la sangre con sus valores normales y las alteraciones más frecuentes que pueden sucederse si se desvían de estos valores y sus posibles causas.

A N A L I S I S D E S A N G R E

DETERMINACION	VALOR NORMAL	
Hormona Adrenocorticotropa (A C T H)	0,15-0,38	g/cm ³
Acido Ascórbico	0,4-1,5	mg%
Tiempo de sangrado	1 a 3	min.
Constantes celulares:		
Volumen corpuscular		
Medio (M C V)	80-90	3
Hemoglobina Corpuscular		
Media (M C H)	27-32	g
Tiempo de Coagulación	- 15	min.
Fórmula Leucocitaria		
Neutrófilos	55-70	%
Eosinófilos	0-4	%
Vasófilos	0-1	%

Linfocitos	25-40	%
Monocitos	0-8	%
Glucosa (en ayunas)	70-100	mg%
Hematocrito		
Varones	40-50	%
Hembras	37-47	%
Contenido en Hemoglobina		
Varones	14-17,5	g%
Hembras	12,5-15,5	g%
Número de Plaquetas	200 000-400 000	/mm ³
Tiempo de Protombina	12-15	seg.
Número de Hematíes		
Varones	4,5-5,5	x 10 ⁶ /mm ³
Hembras	4-5	x 10 ⁶ /mm ³
Número de Reticulositos	0,5-1,5	%
Velocidad de Sedimentación		
Globular	0-20	mm/1 hora
Volumen Sanguíneo	8,5-9	% del peso del cuerpo en Kgs.
Número de Leucocitos	5,000-10,000	/mm ³
Eritrocitos		
Varones	5 400 000	mm ³
Hembras	4 800 000	mm ³

La sangre total se analiza para determinar su contenido en hemoglobina (normal en el varón: 16 g %, en la hembra: 14 g %).

El hematocrito, revela el porcentaje en volumen de los hematíes sobre los leucocitos (normal en el hombre: 40 a 50 %, normal en la hembra: 37 a 47 %).

El recuento de hematíes da el número de hematíes por milímetro cúbico de sangre total (normal en el hombre 4,5 a 5,5 millones por mm^3 , normal en la mujer 4 a 5 millones por mm^3).

El contenido en hemoglobina, el valor del hematocrito y el recuento de hematíes disminuyen en la anemia y aumentan en la policitemia o en la deshidratación.

La anemia se debe a la pérdida de sangre, aumento de la destrucción de los hematíes (anemia hemolítica) o a la disminución de la producción de hematíes, ya sea debido a una depresión de la médula osea o por déficit de los componentes esenciales para la hematopoyesis (hierro, vitamina B_{12} , ácido fólico)

La policitemia, puede ser de origen primario (desconocido) o secundario a una hipoxemia.

Las constantes celulares, que indican el volumen corpuscular medio, la hemoglobina corpuscular media, y la concentración de hemoglobina son útiles a menudo en la identificación de los diversos tipos de anemia

El recuento de leucocitos, su valor normal aumenta en muchos casos, entre ellos la infección, la necrosis hística, la policitemia primaria y la leucemia y en cambio disminuye en ciertas infecciones o después de reacciones medicamentosas.

La fórmula leucocitaria, identifica los diversos tipos de células. Al mismo tiempo permite la valoración del estado de maduración de las células. Los valores se expresan en tanto por ciento del número total de leucocitos.

Recuento de plaquetas, indica el número de trombocitos circulantes. Está aumentado después de una pérdida hemática y en la policitemia primaria; disminuye en la anemia aplásica, infecciones virales, depresión de la médula ósea y en la toxicidad medicamentosa. La disminución de las plaquetas produce una tendencia a la hemorragia.

La velocidad de sedimentación, se determina colocando la sangre total mezclada con citrato en un tubo vertical y anotando el número de hematíes sedimentados por unidad de tiempo (normal: 0 a 20 mm al final de la primera hora). La cifra aumenta con la inflamación, necrosis tisular y en procesos parecidos.

El tiempo de sangrado y el tiempo de coagulación, indican el estado del mecanismo de la coagulación.

El grupo sanguíneo y el factor RH, se dan generalmente cuando se realizan transfusiones sanguíneas. Hay cuatro grupos sanguíneos importantes (A, B, AB, O) y el factor RH puede ser positivo o negativo.

Tiempo de protombina, es una medida de la disponibilidad de protombina para la coagulación sanguínea. Está alargado en la insuficiencia hepática, en los síndromes de mal absorción y también en el tratamiento con anticoagulantes.

3.- COPROCULTIVO

El estudio coprológico comprenderá la cantidad de materias fecales, la consistencia, el olor, la reacción el color, la presencia de alimentos no digeridos, - presencia de cálculos, fragmentos de órganos o tejidos, parásitos, presencia de moco, pus o sangre.

El estudio microscópico de las heces comprenderá: - el examen de detritos no digeribles, así como las digeribles fibras musculares, grasas, presencia de globulos blancos o rojos, huevecillos de parásitos y microbios patógenos.

Fibras musculares, la presencia de éstas fibras en - las heces conservando sus estrías y sus ángulos es - reveladora de insuficiencia pancreática.

Los núcleos se vuelven libres desde que el jugo gás-trico disuelve la vaina conjuntiva.

Grasas, la presencia de grasas neutras en las heces - revela insuficiencia pancreática.

Los ácidos grasos en abundancia son prueba de insufi-ciencia biliar.

Almidón, su presencia en las heces, significa que - hay tránsito rápido a través del intestino.

Moco, su presencia es señal de irritación del intes-tino.

Albúmina, la presencia de ésta en las heces es un - buen signo de ulceración intestinal.

Sangre, la presencia de ésta en las heces intestina-les significa que hay ulceración en algún punto del-

intestino.

Se debe investigar si existen hemorragias ocultas - en las materias fecales, ya que es importante para - el diagnóstico del cáncer del tubo digestivo, igualmente en la colitis ulcerosa.

Sintetizando tenemos:

La presencia de tejido conjuntivo en las heces fecales significa insuficiencia gástrica.

Las fibras musculares intactas indican insuficiencia pancreática.

Núcleos musculares significan insuficiencia pancreática.

Grasas neutras significan insuficiencia pancreática.

Ácidos grasos significan insuficiencia biliar.

Granos de almidón y celulosa significan evacuación - rápida.

Moco significa inflamación de la mucosa, su colorido irritación del intestino delgado, si es incoloro irritación del colon.

Núcleo albúmina significa colitis de mediana gravedad.

Albúmina soluble colitis graves con ulceraciones profundas.

Sangre la vemos en ulceraciones sangrantes.

4.- EXUDADO

Dentro de las técnicas conocidas de laboratorio nos encontramos también la de exudado.

Esta puede ser de órganos genitales (anal, vaginal), pulmonar, faringeo, etc. desde luego este último será el que implicará mayor atención por parte del Cirujano Dentista ya que incluye regiones mayormente relacionadas con la cavidad oral.

Este tipo de diagnóstico nos servirá especialmente para reconocer células inflamatorias y tejidos que puedan estar ocasionando alguna alteración anómala para el organismo en general y principalmente nos servirá para reconocer que tipo de organismos están propiciando esta alteración.

Dentro de éstos gérmenes tenemos:

Staphilococcus

Streptococcus

Pneumococcus

Gonococcus

Clostridium

M. Tuberculosis

Actinomyces

E. Coli

Salmonella

K. Pneumoniae

Levaduras

Hongos

Todos éstos organismos son productores de substancias tóxicas, causadas ya sea por infecciones o procedentes de la flora normal o de la contaminación. En algunas ocasiones no es posible hacer la interpretación definitiva acerca del tipo de células que están ocasionando la enfermedad basándonos exclusivamente en una sola muestra, por lo que en ocasiones será necesario repetir el examen en otra muestra recién recogida.

V.- DIAGNOSTICO ROENTGENGRAFICO

Considerando que el tema diagnóstico radiológico es de suma importancia en la actualidad, es de gran necesidad estudiar los aspectos mas sobresalientes y prácticos que el Cirujano Dentista pueda interpretar facilmente valiéndose de éste método.

Es conveniente que el Dentista haga un estudio radiográfico de toda la boca, además del estudio roentgenográfico metódico que consta de 14 exposiciones, en muchos casos conviene hacer 2 radiografías extrabucales laterales y una anterior posterior. así como cierto número de exposiciones intrabucales además de las ya mencionadas.

Los rayos X son un recurso valioso para el diagnóstico diferencial, pero se ha de tener en cuenta que algunas areas inficionadas no se ven en la radiografía, que los rayos X tienen aplicación limitada en la Odontología, dado que solo muestran los estados morbosos del tejido duro, y que el resultado negativo del estudio radiográfico no es prueba de que no haya lesión.

En general el estudio radiológico para ser más efectivo debe hacerse no solo antes, si no después de toda operación quirúrgica.

Son muchas las ventajas que ofrece éste método, entre otras tenemos:

La radiografía es una prueba permanente para el archivo del Cirujano Dentista.

No hay otro método que por si solo sea tan útil al -
C. Dentista, ni que se preste tanto a malas interpre-
taciones como la roentgenografía.

Para interpretar los diferentes estados anómalos ra-
diográficamente no llevaremos un orden establecido -
puesto que lo importante es reconocer y valorar el -
estado patológico.

Caries, en las radiografías de caries de superficies
oclusales se observará como una desmineralización en
la dentina debajo del esmalte, y como una radiotrans
parencia que se extiende alrededor de la unión de la
dentina con el esmalte, dirigiéndose desde abajo en-
forma esférica.

Caries bucal y lingual, cuando la caries bucal ocu-
rre en forma de hoyo o fisura, aparece generalmente
en la radiografía como una descalcificación redondea-
da, definitiva; si está cerca de la región cervical-
será ovoide, elíptica o semilunar.

Caries interproximal, la lesión interproximal más co-
rriente se ve como una descalcificación del esmalte -
en forma de cuña, justo por debajo o en el mismo pun-
to de contacto. Cuando es profunda la caries penetra
en la dentina a manera de una zeta socavando el esmal-
te.

En relación al parodonto se han hecho las siguientes
observaciones:

En la Periodontitis, las radiografías revelan una -
destrucción generalizada del hueso alveolar. En los-
casos precoces hay solo una ligera reducción de la -
cresta alveolar.

Periodontosis, en las fases precoces de la periodontosis, las radiografías muestran zonas radiotransparentes circunferenciales entre el diente y el hueso. Estas zonas se deben a la ampliación de los espacios periodontales.

Hiper cementosis, se observará como una zona radiotransparente. Cuando está afectada toda la raíz, aparece agrandada o bulbosa de forma simétrica, con bordes lisos y contorneados.

Cuando ésta se limita a la mitad apical de la raíz o en el mismo ápice observaremos un agrandamiento redondeado, nodular.

Absceso periapical, los signos y síntomas de un absceso periapical serán confirmados por el diagnóstico radiológico en el cual se notará una zona radiolúcida en el periápice del diente no muy delimitada.

Granuloma, éste es una secuencia del absceso y se observará como una zona radiotransparente que rodea generalmente el ápice de la raíz, su tamaño varía mucho.

Displasia hereditaria del esmalte, los datos radiológicos son por lo general característicos y patognómicos, cuando algún resto de esmalte, se observa una fina cobertura en las superficies proximales de los dientes.

Dentinogénesis imperfecta, aquí se observará una marcada constitución en el cuello de los dientes, las raíces más cortas de lo normal, las cavidades pulpares y los canales muy estenosados o casi desaparecidos.

cidos en la observación radiológica.

Las otras estructuras dentarias, como el cementoma - y la membrana periodontal y el hueso alveolar parecen normales.

Fracturas, El diagnóstico de la fractura de los huesos maxilar y mandibular se funda en los síntomas - subjetivos y objetivos y se confirma con el examen - radiográfico. El diagnóstico clínico de una fractura debe ser comprobado siempre con la radiografía, la - cual sirve además, para determinar la índole y la - magnitud de ésta.

Algunas veces es dificultoso el diagnóstico radiológico de una fractura simple, y hay que conformarse - con el diagnóstico clínico, pero generalmente en las fracturas se observa pérdida de la solución de continuidad.

Tanto en fracturas de maxilar como de mandíbula se - observará radiográficamente la dispersión de los - fragmentos haciendo la debida comparación, con el lado sano, salvo en casos el traumatismo haya afectado ambos lados, servirá de mucho la experiencia del Cirujano Dentista.

El estudio radiográfico se hará antes que se comience el tratamiento, inmediatamente después de la reducción y la fijación y cuando menos una vez al mes durante el tratamiento; éste nos servirá para comprobar la posición y si hay un perfecto alineamiento y así también como la posible presencia de sequestros - y lo más importante que es la formación del cayo - - osec.

Hay que tener presente, sin embargo, que la radiografía no muestra generalmente una radioopacidad, aún cuando ya está muy avanzada la formación de dicho cayo y haya unión de los fragmentos.

Por tanto, para decidir cuando deben quitarse los aparatos de fijación, hay que tener como guía los signos clínicos de unión.

ENFERMEDADES DE TEJIDOS RIGIDOS DE LA BOCA

Disostosis Cleidocraneal, La misma dentición vista en las radiografías ya sugiere muchas veces el diagnóstico. Entre los hallazgos se encuentran: retención prolongada de los dientes de leche, múltiples dientes supernumerarios tanto en el maxilar como en la mandíbula, retraso o falta de la erupción de los dientes permanentes y supernumerarios, fusión y duplicación de los dientes, raíces más cortas, más delgadas y deformadas.

Odontodisplasia, Radiográficamente observamos dientes más pequeños y raíces también, cortas a diferencia de los dientes normales. Todas las estructuras rígidas son relativamente radiotransparentes; el esmalte y la dentina son delgados y es difícil diferenciar el uno del otro produciéndose el llamado aspecto incorporeo.

Quistes, Los quistes se caracterizan principalmente porque siendo radiotransparente, la radiotransparencia es homogénea. Casi siempre, los bordes periféricos de la zona radiotransparente son agudos, bien definidos y curvados. Su forma puede ser ovoide, elíptica, circular o incluso globulado. Una caracterís -

41-

tica de los quistes centrales que a veces se encuentra es una zona hiperostótica que rodea de forma total o parcial la radiotransparencia. Cuando el quiste se localiza entre los dientes o se ha extendido hasta esta zona pueden encontrarse señales de desplazamiento de los dientes de su posición normal en la arcada dentaria (estas características son específicas de los quistes intraóseos, pero en realidad no existen gran diferencia con los demás quistes existentes.

VI.- EXAMEN PSICOLOGICO Y PSICOPATOLOGICO
DEL PACIENTE

Es importante el estudio de la interrelación del médico con el enfermo como parte del proceso terapéutico ya que se ha demostrado que el médico influye a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de transferencia, su gestión, apoyo emocional.

El médico no debe perder de vista que el enfermo inicia su relación con el antes del primer contacto personal.

Generalmente cuando un enfermo acude a consulta ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del médico que dependen de circunstancias tales como el que le consulte por su propia iniciativa o lo haga presionado por sus familiares, el que el médico le haya sido recomendado por alguien en quien realmente confía, el que las opiniones acerca de él escuchadas a otros enfermos hayan sido favorables etc., lo habitual es que cuando el enfermo y médico se encuentran por primera vez, el primero tiene una imagen del segundo y esa imagen es más o menos distorsionada.

La experiencia del enfermo en su primera visita con el médico son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él.

La expresión facial, los modales, el tono de la voz, la prudencia y la oportunidad de sus preguntas, la paciencia para escuchar, etc., todo ello contribuye a que un enfermo que llegó al consultorio tenso y angustiado se tranquilice y se sienta inclinado a confiar, en tanto que otro que llegó sereno y optimista

abandone el consultorio lleno de dudas y recelos. El que un enfermo pueda establecer una buena relación con determinado médico y no con otro, depende en gran parte de factores engranados en la personalidad de ambos. Por ejemplo: los rasgos autoritarios de un médico tienen un atractivo especial para sujetos débiles y sumisos, en tanto que sujetos autoritarios fácilmente entran en conflicto con el médico cuya personalidad es también autoritaria.

La posibilidad de satisfacer en la relación con el médico necesidades de aceptación y de afecto es percibida por algunos enfermos, que entonces se inclinan por el médico cuya personalidad es genuinamente cálida, en tanto que esas mismas personas se sentirían frustradas por un médico friamente objetivo.

Sujetos obsesivos sienten preferencia por el médico de carácter perfeccionista, que impresiona por su pulcritud, orden, exactitud y que interroga minuciosamente y toma notas abundantes.

Ciertos sujetos vanidosos y superficiales son fácilmente seducidos por el médico que adopta posturas magistrales y que habla en tono académico, en tanto que otros más sensibles se sienten atraídos por el que se expresa en forma modesta.

El punto que queremos enfatizar es que generalmente lo que el enfermo busca y lo que encuentra o no encuentra en su relación con el médico es aceptación o simpatía, o autoridad, o magia, etc, pero siempre algo más que un diagnóstico y una prescripción. Por otra parte la experiencia clínica demuestra que los-

enfermos mejoran o no mejoran, no solo por lo que el médico les prescribe, sino porque encuentran o no, - en su relación con él, algo que consciente o inconscientemente necesitan.

En un examen psicológico los objetivos son:

Conocer la personalidad del sujeto, o sea conocer su carácter, sus conflictos internos y sus actitudes y respuestas a las presiones externas y tratar de establecer la relación de lo anterior con los síntomas y problemas actuales.

El examinador frío, que mantiene al enfermo a distancia, tiene tan pocas posibilidades de obtener información valiosa como aquel cuyo interés en los problemas humanos es ficticio. Los enfermos generalmente son sensibles y reaccionan a la personalidad y a las actitudes del médico. El enfermo está dispuesto a revelar su intimidad, pero a quien le muestre comprensión y sepa escuchar apreciativamente, sin prisa, - sin críticas y sin estar demasiado ansioso por dar - consejos.

Ocasionalmente se encuentra con enfermos que, en cuanto se les formulan preguntas íntimas, se muestran recelosos y suspicaces.

Otros tipos de enfermos que hablan extensamente, en forma prolija, que constituyen un problema, especialmente para el principiante.

El instrumento más valioso con que se cuenta en la exploración psicológica es la comunicación verbal con el enfermo. Permitirle y aun estimularlo a que hable libremente es aquí de una importancia aún mayor que en la exploración médica habitual.

Lo que el enfermo dice espontáneamente, lo que el se lecciona para comunicar al médico tiene un valor especial, aún cuando el relato sea desordenado.

El interrogatorio de los síntomas consiste en precisar sus caracteres, las circunstancias de su iniciación, intensificación, alivio y estado actual de cada uno de ellos.

El interrogatorio de los síntomas psíquicos en el enfermo neurótico y psicósomático incluye la investigación de pensamientos recurrentes involuntarios (obsesiones), de compulsiones y rituales y de temores que en el sujeto mismo califica de irracionales (fobias) igualmente la angustia, la depresión y la hostilidad. Desde luego para valorar más eficazmente el interrogatorio hecho al paciente acerca de sus síntomas psíquicos, debemos de tomar en cuenta otros factores o elementos como el emocional.

Considerado éste en sus formas típicas, la emoción - choque es un proceso complejo integrado por diversos elementos o factores:

- 1.- El factor intelectual, por regla general es una percepción. Por ejemplo: el haber visto un accidente
- 2.- El fenómeno afectivo propiamente dicho, que puede ser agradable o desagradable.
- 3.- Las perturbaciones fisiológicas, podemos citar entre ellas las siguientes:
 - a) Modificación del ritmo respiratorio, que se hace más rápido o más lento.
 - b) Modificaciones Circulatorias, el corazón late más de prisa o más despacio; rubor o palidez del rostro.

- c) Modificaciones del estado nervioso, temblores convulsivos o estados de depresión.
 - d) Trastornos digestivos, una emoción desagradable - interrumpe el proceso de la digestión.
 - e) Modificaciones secretorias, lágrimas, sudores -- fríos, detención de la saliva, etc.
 - f) Reacciones musculares locales, gritos, puños que se cierran, etc.
 - g) Modificación de la actitud general del cuerpo, el colérico se yergue, el abatido se desploma.
- Podemos decir que el cuerpo entero parece tomar parte en la emoción.

VII.- CONCLUSIONES

A través de la exposición que se hace encontramos - que:

Por medio de los métodos de diagnóstico descritos, - lograremos llegar a la interpretación final de una alteración orgánico-anómala; desde luego tendremos la necesidad de recurrir a cada uno de ellos y así poderlos utilizar conjuntamente.

I.- Basándonos en la anamnesis y en los signos clínicos primarios lograremos primeramente colocar la enfermedad en una etapa o estadio clínico.

II.- Por medio de la exploración de la boca y zonas circundantes, podremos localizar la enfermedad en - primer término, enseguida la diferenciación del estadio clínico en que se encuentra ésta, tamaño de - la lesión o lesiones, posibles secuencias, relación de ésta con otras enfermedades y conociendo todo - esto sabremos cual es la terapéutica a utilizar.

III.- Las técnicas de laboratorio son un punto muy importante para el Cirujano Dentista, ya que basándose en éstas podrá corroborar o desmentir la existencia o no de una lesión, o la posible existencia de ésta en un futuro inmediato; desde luego para intervenciones quirúrgicas son elementales éstas pruebas, las cuales deben ser pre, trans y post operat - torios.

Basándonos en el resultado de éstas podremos valorar el estadio de la enfermedad y conocer que tipo de terapéutica es la indicada.

IV.- El examen roentgenográfico es un valioso auxiliar dentro de los diferentes métodos de diagnóstico; por medio de éste, se pueden estudiar fácilmente los aspectos más sobresalientes y prácticos de una lesión, por eso es conveniente que el Cirujano-Dentista se familiarize cada vez más con éste método.

Aun cuando los rayos X tienen una aplicación limitada dentro de la Odontología dado que solo nos muestra las lesiones de tejido duro, también nos ofrece muchas ventajas como las descritas anteriormente en este capítulo.

V.- Examen Psicológico y Psicopatológico del paciente.

Este punto es comunmente poco tratado, aun sabiendo que la relación del paciente con el médico es de mucha importancia como parte de la terapéutica a utilizar. Sabemos que en la influencia del médico sobre el enfermo intervienen diversos factores como ya dijimos anteriormente, sugestivos, emocionales etc.

Por lo tanto dentro de éstos exámenes los objetivos principales serán ganar la confianza del paciente conociendo sus problemas y establecer una relación con los síntomas y problemas actuales

Por último, habiendo examinado cada uno de los métodos de diagnóstico, podemos decir, que todos tienen en sí una importancia real y si logramos utilizar - los correctamente llegaremos mas facilmente al establecimiento de la enfermedad y con una mayor certeza a la elección de la terapéutica ideal.

VIII.- B I B L I O G R A F I A

- 1.- Diagnóstico en Patología Oral
Edward V. Zegarelli
Austin H. Kutscher
George A. Hyman SALVAT EDITORES, S.A. 1972

- 2.- Manual de Técnica Médica Propedéutica
Dr. Francisco Cuevas - Segunda Edición -
MEXICO 1969

- 3.- Diagnóstico Clínico por los Análisis
de Laboratorio Tomo I
Kolmer John A.
Editorial Interamericana - 1945-1946
MEXICO

- 4.- Métodos de Laboratorio Clínico Tomo I
Bray W.
UTEHA - 1955 - MEXICO

- 5.- Roentgendiagnóstico
H.R. Schinz
Editorial Científico Médico
BARCELONA 1969

- 6.- Propedéutica Médica
Major Ralph H.
Editorial Interamericana
MEXICO 1955

- 7.- **Psicología Médica**
Dr. Ramón de la Fuente Mufiz
Fondo de Cultura Económica - 1974

- 8.- **Introducción a la Psicopatología**
Shevert H. Frazier
Arthur C. Carr
EL ATENEO - 1969

- 9.- **Curso Elemental de Psicología**
José M. Velázquez
Minerva Books, Ltd. - 1969

- 10.- **Cirugía Bucal Tomos I y II**
Sterling V. Mead D.D.S.
MEXICO - 1945