



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

Facultad de Odontología

DIAGNOSTICO EN ESTOMATOLOGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ROSA AMERICA ESPINOSA MAGAÑA



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.

A MIS PADRES

Dr. José Trinidad Espinoza Lombera

Sra. Rosalía Magaña de Espinoza

Quienes se esforzaron
sin límite para darme
una profesión.

A ellos mi más profundo
agradecimiento y-
cariño infinito.

A MIS HERMANOS

Ing. Marco Antonio E.M.

José Cruz E. M.

Ma. de Lourdes E. M.

Jose Alejandro E. M.

Francisco Javier E. M.

A TODA MI FAMILIA

A MIS AMIGOS.

A MIS MAESTROS

AL DR. RAMON RODRIGUEZ JUAREZ
DIRECTOR DE ESTA TESIS.

A LA FACULTAD NACIONAL DE
ODONTOLOGIA .

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

A MEXICO

AL HONORABLE JURADO

I N D I C E

	PAG.
I.- INTRODUCCION	1
1.- CAPITULO PRIMERO	
2.1 Definiciones	4
2.2 La Historia Clínica Médica	18
2.- CAPITULO SEGUNDO	
3.1 Utilización del Laboratorio Clínico.....	51
3.2 El Paciente Dental con una Enferme- dad General	57
3.3 El Paciente con un Trastorno Endócrino.....	72
3.- CAPITULO TERCERO	
4.1 El Paciente Emotivo.....	80
4.2 La Patología Oral y su Diagnóstico.....	83
4.3 Los Procedimientos Clínicos para la Detección y el Daignóstico de las- Enfermedades Orales.	87
4.- CONCLUSIONES	
5.- BIBLIOGRAFIA	

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

La Odontología está atravezando por un periodo de transformación importante, en la actualidad los odontólogos no solo se interesan por el tratamiento de las dentaduras de sus pacientes, sino también por el tratamiento de pacientes dotados de dentaduras.

Hasta hace poco tiempo, La Odontología se limitaba al reconocimiento y tratamiento de las enfermedades de los dientes y escuelas directas ocupándose simplemente de la reparación de los dientes, la extracción de piezas dentarias enfermas sin posibilidad de curación y la construcción de piezas protésicas.

Hoy en día el paciente dental necesita algo más que la sustitución de lo que ha sido destruido por la enfermedad, la prevención de los procesos patológicos para el mantenimiento de un buen estado de salud oral.

Cuando se descubre cualquier padecimiento o anomalía, es necesario llevar a cabo el diagnóstico preciso para establecer el tratamiento adecuado; pues si el diagnóstico es correcto, la terapéutica será la apropiada:

He abordado el Tema de "DIAGNOSTICO EN ESTOMATOLOGIA" porque lo considero de gran importancia, debido a que reconoce las relaciones entre la boca y el resto del organismo, tanto en la salud como en la enfermedad en el Capítulo Primero presento las definiciones más importantes en cuanto se refiere a la propedéutica, posteriormente expongo un modelo de Historia Clínica Médica con su debida explicación. En el siguiente capítulo hago mención de la utilización práctica del Laboratorio clínico; y el paciente dental con una enfermedad general, su diagnóstico y el tratamiento dental. En el último capítulo.- El manejo del paciente emotivo, La Patología Oral y su Diagnóstico, Los Procedimientos Clínicos para la detección y el Diagnóstico de las Enfermedades Orales.

Finalmente las conclusiones personales de lo expuesto en éste trabajo "Tesis", requisito indispensable para obtener un grado profesional.

CAPITULO

PRIMERO

Un camino..... si no lo andas,
nunca llegas
nuestra vida es un camino,
tenemos que recorrerlo con
provecho, para no llegar al
final con las manos vacias.

DEFINICION

Clínica Propedéutica:

Clínica.- (Del Griego Kliné:cama), es el estudio de un organismo con el objeto de determinar su estado de salud o enfermedad; establecer el diagnóstico sentar el pronóstico, instituir el tratamiento y fundar las bases de la patología.

Antiguamente el término se empleaba para designar el estudio que se hacía de los enfermos encamados. - En la actualidad tiene un significado más amplio pues abarca no solo los enfermos encamados sino aún aquellos que se presentan al consultorio por su propio pie.

Propedéutica.- (Del Griego Propós, antes y-- Déuterros, enseñanza). Podemos decir que es el estudio que precede al de la clínica propiamente dicha; nos enseña a conocer los síntomas, la manera de recogerlos, apreciarlos e interpretarlos. Es también una clínica doctrinaria que se ocupa de los principios y del método; discurre con un enfermo figurado, pero cuya teoría es aplicable a otro verdadero. Se comprenderá la importancia de este estudio teniendo en cuenta que la correcta recolección de los síntomas, su justa apreciación y su acertada interpretación nos permitirán hacer buenos diagnósticos, dar pronósticos acertados e instituir tratamientos adecuados.

Cabe citar a este respecto algunos aforismos del Dr. Gonzalo Castañeda:

"UN BUEN CLINICO SERA SIEMPRE UN GRAN MEDICO, TENGA O NO CLIENTELA". El clínico debe ser un buen observador, y un buen razonador, también un psicólogo.

NO SE NACE CLINICO, EL CLINICO SE HACE; LO HACE LA EDUCACION Y UNA BUENA ESCUELA.

Ahora haciendo un resumen diríamos:

Clínica Propedéutica Médica.-- Es el estudio que nos enseña a conocer, recoger e interpretar los síntomas que serán empleados en la clínica para determinar el estado de salud o enfermedad de un individuo, hacer un diagnóstico, sentar un pronóstico e instituir un tratamiento; -- todo ello desde el punto de vista médico.

Enfermedad.-- Es el conjunto de fenómenos -- que se producen en un organismo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ellos; también es el conjunto de alteraciones anatómicas y fisiológicas producidas por un agente patógeno y que tres elementos la caracterizan: El agente causal, las alteraciones anatómicas y las fisiológicas.

Causas de la enfermedad.-- Al estudio de ellas se le llama ETIOLOGIA. Las causas reciben también el nombre de agentes morbosos y son todas aquellas acciones capaces de producir alteraciones anatómicas y fisiológicas. -- Atendiendo a su naturaleza se han dividido las causas en físicas, químicas y biológicas.

Entre los primeros pueden señalarse entre otras: la humedad, la electricidad y el calor que puede ser directo: quemaduras, o indirecto insolación. Entre los mecánicos tenemos los traumatismos, caídas etc.

Entre las químicas los venenos, los ácidos y los álcalis fuertes capaces de deteriorar los tejidos. Entre los biológicos señalaré los microbios y las toxinas por ellos producidas; también podrían citarse las disfunciones de los órganos: estas funciones pueden alterarse aumentando, pervirtiéndose, disminuyendo o desapareciendo.

Patogenia.-- Atendiendo a la manera de obrar de las causas se las divide en: Eficientes, Aduvantes, Pre disponentes y Determinantes.

Eficientes.-- Son las que por sí solas determinan una enfermedad y pueden ser suficientes ejem, microbios patógenos.

Adyuvantes.— Son las que favorecen a las eficientes, ya determinando menor resistencia transitoria del organismo o aumentando la acción de los agentes morbosos. — por ejem., exaltando la virulencia de los gérmenes.

Predisponentes.— Son las causas que determinan una menor resistencia permanente del organismo y de los medios de defensa que éste posee, ejen: la constitución débil del individuo, la desnutrición, la herencia, sífilis, — hemofilia, etc.; la edad: sabido es que hay enfermedades — que atacan preferentemente a los niños, otras a los adultos y otras a los ancianos. Como se ve estas causas se asemejan a las adyuvantes; pero se diferencian de ellas porque las — predisponentes son permanentes y ejercen su acción en el organismo antes de que sea atacado por el agente patógeno, en tanto que las adyuvantes son accidentales y pasajeras.

Por último las determinantes son las que al presentarse desencadenan el proceso patológico, se pueden — asimilar por su acción a las adyuvantes.

Evolución de la enfermedad.— La afección — del agente patógeno en el organismo determina un proceso — que como todo fenómeno biológico, nace, crece, se conserva, — decae, y muere. Según esto son cinco las etapas evolutivas — de la enfermedad: la primera es un período silencioso que — transcurre entre la llegada del agente patógeno y la primera manifestación de enfermedad, se le ha llamado período de incubación y durante él se puede presentar el llamado pe- —

riodo prodrómico en el que los síntomas son muy vagos y no se establecen regularmente.

La segunda etapa es la de crecimiento en la que, como su nombre lo indica, la enfermedad se desarrolla y los síntomas van apareciendo.

La tercera etapa se llama de estado y en ella los fenómenos se mantienen por algún tiempo; en este período la enfermedad puede acabar con la vida del enfermo o si éste resiste, la enfermedad retrocede y entra en su cuarta etapa o de declinación en la cual los fenómenos van desapareciendo. Viene por último la quinta etapa o de convalecencia en la que el proceso desaparece completamente y el organismo repara las alteraciones sufridas.

Cuando la enfermedad evoluciona en seis semanas como máximo recibe el nombre de aguda; pero si va más allá de ese tiempo, la enfermedad se llamará crónica.

ENFERMEDAD Y AFECCION.— Generalmente estos dos términos son confundidos, y es útil establecer la diferencia que existe entre ellos.

La enfermedad la he definido anteriormente y estamos en que tres elementos la caracterizan: el agente patógeno, las alteraciones anatómicas y las alteraciones fi--

siológicas. Ahora bien, la afección llamada también organopatía, puede ser definida como las alteraciones anatómicas y funcionales que siguen evolucionando independientemente y en ausencia del agente patógeno, está caracterizada -- pues por dos elementos: las alteraciones anatómicas y las -- funcionales que evolucionan una vez que ha desaparecido el -- otro elemento: el agente patógeno.

Manifestaciones de la enfermedad. -- Estas han recibido el nombre de síntomas, así pues éstos pueden ser -- definidos diciendo:

SINTOMAS. -- Son las manifestaciones propias -- de la enfermedad, que se presentan en un individuo a medida que evoluciona el padecimiento, se les divide en síntomas -- funcionales y signos físicos. Los primeros son las manifes -- taciones de los trastornos funcionales y los segundos son -- las manifestaciones de las alteraciones anatómicas, resul -- tantes unos y otros de la acción del agente morbosos en el -- organismo.

Con el nombre de signo patognomónico se ha designado al que sirve por sí sólo para establecer un diagnóstico ya que es característico y exclusivo de determinada enfermedad.

Los síntomas se han dividido también en objetivos y subjetivos; los primeros son los que podemos conocer por medio de nuestros sentidos, los segundos son aquellos que percibe únicamente el enfermo y que no se nos hacen aparentes en ninguna otra forma.

SINDROME.— Es un conjunto sistematizado de síntomas que se presenta independientemente de la causa que produce la enfermedad.

SINTOMATOLOGIA.— Es la enumeración de los síntomas de una enfermedad.

SEMILOGIA.— Es el estudio aislado de cada uno de los síntomas que presenta un enfermo, investiga sus causas, las interpreta e indica las enfermedades en que dichos síntomas se presentan.

D I A G N O S T I C O.— Es el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que el agente morboso ha producido en el organismo; se basa en los síntomas funcionales y signos físicos.

Otra definición de diagnóstico es la siguiente.— Diagnóstico es sugerir y proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado, siendo en realidad un requisito indispensable del tratamiento.

La siguiente definición la propone el Dr. - Edward V. Zegarelli, en colaboración con Austin H. Kutscher y George A. Hyman.

Diagnóstico es la habilidad del clínico y su destreza para descubrir, reconocer, y saber la naturaleza - del proceso patológico, en otras palabras, estar familiarizado con las cualidades, la evolución y el desarrollo - - (patogénia de la anomalía).

El diagnóstico se divide en etiológico, pato- génico, anatomopatológico, fisiopatológico, sindromático, - nosológico e integro.

ETIOLOGICO.-- Señala la causa de la enferme-
dad.

PATOGENICO.-- Indica como obra la causa.

ANATOMOPATOLOGICO.-- Fija la localización ana-
tómica del proceso patológico.

FISIOPATOLOGICO.-- Enseña las alteraciones --
funcionales que se han producido.

SINDROMATICO.-- Agrupa los síntomas en síndromes cuando hay lugar para ello.

NOSOLOGICO.-- Da el nombre que en la patolo--
gía se ha asignado al cuadro que estudiamos.

INTFGRO.-- Es una recopilación de los anterio--
res o sea una suma de los diagnósticos parciales, señala --
además el terreno en que evoluciona el padecimiento.

PRONOSTICO.-- Es la predicción de la evolu--
ción probablemente segura de una enfermedad. Se formula ba--
sándose en la experiencia personal y podría decirse que es--
la proyección de los hechos fundándose sobre el fenómeno ac
tual.

TRATAMIENTO.-- Son los medios profilácticos,--
higiénicos, dietéticos y terapéuticos que se señalan para --
combatir la enfermedad y evitar su propagación.

METODOS GENERALES DE EXPLORACION.

Teniendo en cuenta que la propedéutica nos--
enseña a recoger los síntomas, a apreciarlos e interpretar--
los, lógico es que veamos los métodos necesarios --

para recoger dichos síntomas: Se les ha llamado métodos generales de exploración y son: Interrogatorio, Inspección, - Palpación, Percusión, Auscultación, Percusión Auscultatoria, Punción, Medición, Métodos de Laboratorio y Gabinete de - - Rayos X.

INTERROGATORIO.

Llamado también anamnesis, es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio, evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico. Es un método de capital importancia, que nos proporciona datos que muchas veces es imposible obtener por otros procedimientos. Ocasionalmente haremos diagnósticos basándonos únicamente en los conocimientos obtenidos por el interrogatorio, tal sucede en los padecimientos cuya sintomatología es esencialmente subjetiva y con carencia casi absoluta de síntomas objetivos.

Debemos tomar en cuenta que es el método que más influye en la psicología del paciente y de ahí que un interrogatorio hábilmente conducido logre conquistarnos la confianza del enfermo con lo cual tenemos adelantado mucho para el éxito del tratamiento:

DEFINICION DE INSPECCION

Es el método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista.

Se divide; en simple o instrumental, la primera se llama también directa y se hace sin ayuda de ningún aparato; la segunda recibe el nombre de indirecta y requiere el uso de aparatos especiales como sucede en las endoscopías.

Sus reglas.- El medio ambiente debe ser adecuado, o sea en buenas condiciones de iluminación, la luz que deberá usarse será la natural y cuando sea forzoso emplear luz artificial se preferirá la azulada, desechando especialmente la amarilla porque con ella pueden pasar desapercibidas algunas coloraciones.

La región para explorar debe estar descubierta y estar iluminada de tal modo que no se proyecten sombras que puedan falsear los datos; los músculos estarán relajados; las regiones pares deberán quedar simétricamente colocadas, y el explorador se colocará en forma que su cuerpo proyecte sombra sobre la región explorada, debe observar el campo de frente y tangencialmente; su inspección será comparativa y simétrica. Los datos que recogemos referentes a actitud, forma, volumen, coloración, movimientos y estado de la superficie.

DEFINICION DE PALPACION

Es el método que nos proporciona datos por medio del tacto.

También se divide en simple o instrumental.- La primera puede ser bimanual, monomanual y digital, ésta última recibe el nombre especial de tacto cuando se practica en las cavidades: La instrumental se hace con el auxilio de sondas o estiletes y su empleo es del dominio de la cirugía.

REGLAS.- La temperatura ambiente debe ser agradable, entre 8 y 20 grados. En una cómoda posición, el explorador deberá tener las manos tibias para evitar contracciones musculares; la palpación debe hacerse suavemente; debe palparse aplicando la mano sobre la superficie explorada.

Los datos obtenidos por la inspección serán la consistencia, sensibilidad, temperatura y movilidad de la piel sobre los planos profundos.

Sabido es que hay enfermos reacios a todo tratamiento y contestan de mala manera o no contestan, por el contrario hay otros de gran verbosidad que se extienden demasiado a cada pregunta y casi siempre concluyen por no -

dar una respuesta satisfactoria, hay otros, especialmente -- los neurópatas y los melancólicos que nos relatan males -- imaginarios, o penas morales, etc., a los cuales hay que -- oír con benevolencia y dándoles a entender que nos intere-- samos por sus sufrimientos. Por estos ejemplos se comprende rá la diversidad de personas con las que habremos de tratar, y en consecuencia, tendremos que estudiar el carácter de ca da uno de los pacientes y adaptarnos a ellos.

DIVISION.-- El interrogatorio se divide en di recto e indirecto. El primero, como su nombre lo indica es el que hacemos directamente al enfermo; el indirecto es el que hacemos a los familiares o personas que rodean al enfermo cuando éste no pueda por su edad o estado, contestar a -- nuestras preguntas, tal sucede en los enfermos graves (ur-- gencias), inconscientes, reveldes, retrasados mentales o en los niños.

Juzgo preciso señalar las reglas generales -- como método de estudio.

Procuraremos emplear un lenguaje sencillo, -- exento de términos científicos para hacernos comprender por el enfermo y éste conteste a nuestras preguntas satisfacto-- riamente. En caso de que el enfermo haga uso de términos -- técnicos investigaremos si les da su justo valor, porque es muy frecuente que entiendan una cosa por otra.

Cada pregunta que hagamos debería reportarnos utilidad evitando aquellas que no tengan interés para nuestro estudio, lo menciono porque algunos odontólogos suelen hacer preguntas completamente superfluas.

Haremos siempre las preguntas en sentido -- afirmativo y nunca en negativo; por ejem. "no tiene usted dolor?" o "no le sangran las encías?", etc.

Las preguntas deberán ser formuladas en forma que no sugieran las respuestas, en el caso de los psicópatas o neurasténicos cuyo psiquismo es altamente impresionable; ejem. "Usted tiene repugnancia por los alimentos dulces verdad?", en lugar de preguntar ¿tiene usted repugnancia por algunos alimentos? .- sí; ¿por cuales de ellos, - los grasosos, ácidos, dulces, salados, o cuales.

Evitaremos igualmente las preguntas cuya respuesta deje duda.*

Como última regla fijaré la de que el interrogatorio debe ser ordenado, metódico y completo.

LA HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica Médico-Odontológica es de suma importancia en los pacientes adultos e infantiles; hay cuatro razones principales por las cuales el dentista toma dicha historia.

Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada — que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

La historia constituye un medio excelente para instaurar una buena relación entre el paciente y el dentista pues el Odontólogo demuestra su interés por el bienestar de su paciente.

El arte de escuchar es un tributo necesario en el dentista que quiere hacer los tratamientos con conocimiento de causa y con habilidad. Hay que recordar que el paciente está explicando algo que tiene importancia incluso cuando se trata de una información errónea.

LA HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica Médico-Odontológica es de suma importancia en los pacientes adultos e infantiles; hay cuatro razones principales por las cuales el dentista toma dicha historia.

Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada — que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

La historia constituye un medio excelente para instaurar una buena relación entre el paciente y el dentista pues el Odontólogo demuestra su interés por el bienestar de su paciente.

El arte de escuchar es un tributo necesario en el dentista que quiere hacer los tratamientos con conocimiento de causa y con habilidad. Hay que recordar que el paciente está explicando algo que tiene importancia incluso cuando se trata de una información errónea.

A continuación presento un cuestionario que -
sirve como instrumento útil en la búsqueda de información -
acerca de la salud, sin pretender sustituir a la historia -
clínica detallada que tal vez sea necesaria en algunos ca--
sos.

CUESTIONARIO

NOMBRE DIRECCION
 EDAD FECHA DE NACIMIENTO
 NACIONALIDAD PROFESION
 NOMBRE DIRECCION Y TELEFONO DE SU MEDICO
 PADECIMIENTO ACTUAL (principal trastorno bucal en pocas -
palabras).

NOTA:

Las respuestas a las preguntas siguientes son-
únicamente para nuestro archivo, y se consideran como con--
fidenciales.

PADRES ABUELOS HERMANOS

Antecedentes de cáncer, diabetes mellitus, tu-
berculosis, anemia, hemofilia, ictericia, cardiopatías, ar-
tritis, asma, parálisis, suicidios, nerviosos, enfermos men-
tales, alcohólicos, sífilíticos y otros.

SALUD GENERAL: APARATOS Y SISTEMAS

- 1.- Padece usted algún trastorno o alguna enfermedad? sí no
- 2.- Cuándo fué el último reconocimiento físico? _____
- 3.- Está en tratamiento médico? sí no
 En caso afirmativo qué enfermedad padece? _____
- 4.- Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad ---
 grave?
 En caso afirmativo cual fué el problema? _____
- 5.- Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermeda-
 des o trastornos?
- a).- Fiebre reumática o cardiopatía reumática sí no
- b).- Lesiones cardiacas congénitas sí no
- c).- Enfermedad cardiovascular (trastorno cardia-
 co, ataque cardiaco, insuficiencia corona--
 ria, tensión arterial elevada, arterioscle-
 rosis, apoplejía).
- d).- Nota dolor en pecho después de los esfuerzos? sí no
- e).- Le falta el aliento después de un ejercicio-
 moderado?
- f).- Se le inchan los tobillos? sí no
- g).- Tiene dificultad para respirar cuando está -
 acostado o necesita más almohadas cuando duer-
 me? sí no

- | | |
|--|-------|
| h).- Alergia | sí no |
| i).- Asma o fiebre del heno | sí no |
| j).- Urticaria o erupción cutánea | sí no |
| k).- Desvanecimientos o ataques | sí no |
| l).- Diabetes Mellitus | sí no |
| ll).- Hepatitis, reumatismo inflamatorio | sí no |
| m).- Artritis, reumatismo inflamatorio | sí no |
| n).- Úlceras gástricas | sí no |
| ñ).- Trastornos renales | sí no |
| o).- Tuberculosis | sí no |
| p).- Hipotensión | sí no |
| q).- Enfermedades venereas | sí no |
| r).- Otras enfermedades | sí no |
| 6.- ¿Ha tenido hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores intervenciones quirúrgicas, o traumatismo? | |
| | sí no |
| a).- Ha necesitado alguna vez una transfusión - sangúinea? | sí no |
| En caso afirmativo explique en que circun <u>s</u> tancias _____ | |
| 7.- Padece algún trastorno de la sangre por ejemplo anemia? | |
| | sí no |

- 8.- Le han operado o le han aplicado radioterapia por tumoramiento o cualquier otra alteración de la boca o de los labios? sí no
- 9.- Toma algún preparado medicamentoso? (¿cual?) - sí no
- 10.- Toma algunos de los preparados siguientes?
- a.- Antibióticos o sulfamidas sí no
- b.- Antic응gulantes sí no
- c.- Medicamentos para la presión sanguínea elevada sí no
- d.- Cortisona (esteroides) sí no
- e.- Tranquilizantes sí no
- f.- Aspirina sí no
- g.- Insulina, Tolbutamida (orinase) sí no
- h.- Digital u otros preparados cardiotónicos sí no
- i.- Nitroglicerina sí no
- j.- Otros preparados sí no
- 11.- Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a? _____
- a.- Anestésicos locales sí no
- b.- Penicilina u otros antibióticos sí no
- c.- Sulfamidas sí no
- d.- Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio, Yodo aspirina y otras substancias. _____

- 12.- Padece alguna enfermedad o trastorno que no haya sido -
mencionado más arriba y que considera conveniente que -
yo lo sepa?
- 13.- Tiene dolor en la boca? sí no
- 14.- Le sangran las encías? sí no
- 15.- Cuando visitó al dentista por última vez? _____
- 16.- Qué tratamiento le dió? _____
- 17.- Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de --
algún tratamiento dental anterior? (qué ocurrió) sí no
- 18.- Está embarazada? sí no
- 19.- Sufre trastornos relacionados con el período -
menstrual?

En caso afirmativo cuales. _____

BOCA.-

Color de los labios	grietas	ulceraciones
herpes	aliento	pigmentación
úvula	paladar	encías
hipertrofia		hemorragia
	fosa faríngeas	

DIENTES.-

Higiene dentaria:	mala	regular	buena
dientes postizos	superior	inferior	ambos
caries	piorrea alveolar		desdentado

LENGUA.-

Suburral	seca	húmeda	geográfica	temblor
amígdalas extirpadas	hipertróficas		atróficas	
inflamadas o exudativas	Faringe.- Color de la pared - posterior reflejo - nauseoso.			

20.- Observaciones _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

Explicación de cada aspecto de las preguntas -- antes mencionadas en la anterior Historia Clínica Médica -- dental.

Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

Si la contestación es afirmativa, se ha de preguntar al paciente cual es su problema. En este momento, -- un paciente inteligente y bien informado proporciona la mayor parte de la información importante. Aunque al escuchar el relato del paciente acerca de su enfermedad y de como ha reaccionado ante ella puede resultar útil, también puede -- convertirse en una pérdida de tiempo. Una vez aclarada la -- naturaleza de la enfermedad, lo mejor es pasar a otras partes del cuestionario en las cuales probablemente se obten-- drá una información más específica. El trastorno médico -- más importante del paciente se registrará con sus palabras-- en observaciones.

Ha observado usted alguna alteración de su sa-- lud general el año pasado?

Un paciente que en la respuesta anterior ha dicho que gozaba de buena salud, es posible que ahora respon-- da con un sí. Así se tiene una sutil oportunidad para obte-- ner una impresión acerca del estado de salud globalmente -- considerado.

Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?

Este síntoma indica una enfermedad valvular del corazón que dificulta el flujo hemático eficaz a través del corazón. Cuando la válvula mitral situada entre la aurícula y el ventrículo izquierdo está alterada por la aterosclerosis, la sangre regurgita en la aurícula al contraerse el ventrículo. La aurícula ha de recoger mayor cantidad de sangre y, a su vez, también lo han de hacer las venas pulmonares y, finalmente, los vasos de los pulmones. Este aumento de presión produce acumulación de líquido en el interior de los pulmones y por ende la disnea. La disnea puede indicar también alguna enfermedad respiratoria crónica.

Se le hinchan los tobillos?

Este hallazgo con frecuencia es síntoma de insuficiencia cardiaca congestiva que se produce cuando se prolonga la incapacidad del corazón para mantener una irrigación adecuada de los tejidos. La ingurgitación pasiva del sistema venoso origina el edema de las piernas.

Tiene dificultad para respirar cuando está - acostado, o necesita más almohadas cuando -- duerme?

La ortopnea (dificultad para respirar cuando se está acostado), es otro signo de insuficiencia cardíaca, especialmente del ventrículo izquierdo.

Los pacientes que responden "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas requieren un enjuiciamiento y unos cuidados especiales por parte del dentista. Su bienestar también depende de unas efectivas comunicaciones, entre el médico y el odontólogo. Es recomendable que la primera entrevista con los pacientes cardiovasculares -- se limite a la historia clínica y al examen oral y radiográfico. El tratamiento electivo no debe iniciarse hasta -- después de consultar con el médico que asiste al paciente. Si los problemas orales del paciente requieren un tratamiento inmediato, puede aplicarse con cautela si se halla libre de síntomas y no está tomando medicación.

El paciente libre de síntomas, pero sometido a tratamiento medicamentoso por sus problemas cardiovasculares, requiere mayor atención. Si su respuesta afirmativa -- se refería a un ataque cardíaco anterior, el medicamento -- que toma será probablemente un anticoagulante. En este paciente pueden realizarse los tratamientos urgentes, excepto

la extracción de piezas dentarias, se deberá retrasarse hasta que se determine el estado del mecanismo de la coagulación. Si el paciente revela que la medicación prescrita comprende nitroglicerina digital o un diurético, conviene telefonar al médico para que informe acerca del estado del paciente en lo que a su corazón se refiere. Si no es posible realizar esta consulta telefónica con el médico, el dentista puede proceder con cuidado a practicar las operaciones urgentes en el paciente que no presente signos ni síntomas morbosos. Generalmente la intervención del odontólogo ya presedida de una premedicación del paciente con un sedante con el fin de reducir al mínimo la excitación y la reacción frente a las maniobras. Si el paciente sufre de ordinario signos y síntomas, o si no es posible determinar la medicación que toma, no debe iniciarse ningún tratamiento dental activo. La urgencia dental se atenderá con analgésicos y narcóticos hasta que sea posible efectuar la consulta con el médico.

El paciente cuya respuesta afirmativa se refiere a la presencia de tensión elevada, se ha de enfocar de modo algo diferente.

Un ictus (accidente vascular cerebral) suele indicar que hay alteraciones vasculares ateroscleróticas combinadas con tensión arterial alta. Como la hipertensión está relacionada con el desarrollo de las alteraciones ateroscleróticas y también complica el tratamiento de sus secuelas, se incluye en la pregunta sobre enfermedades car-

diovasculares. Por otra parte, la hipertensión puede ser - la única enfermedad clínica, o la enfermedad predominante, - que se ha podido descubrir.

El dentista ha de estar en condiciones de de terminar la presión sanguínea si quiere enfocar de manera - razonable el tratamiento del paciente hipertenso. Si las - cifras son normales y el paciente no toma medicación, el -- odontólogo puede tratar al paciente. Si la tensión es normal gracias a los medicamentos que toma el paciente, está - indicada la premedicación sedante.

A este respecto, sin embargo, es indispensable conocer la naturaleza de los medicamentos prescritos -- por el médico. Algunos preparados clasificados como tran-- quilizantes son útiles en el tratamiento de la hipertensión pero requiere atención por sus efectos colaterales y por su acción sinérgica.

Es indispensable tomar precauciones cuando - un paciente sometido a tratamiento antihipertensivo requie-- re un anestésico general, porque dicho anestésico puede pro-- vocar episodios de hipotensión.

Aunque tal vez no sea necesario interrumpir-- la medicación antihipertensiva, es importante que el anes-- tesista conozca las dosis que toma el paciente y lo tenga - en cuenta al aplicar la anestesia. Si la presión sanguínea

es alta (el hallazgo más importante es que la mínima sea de más 90mm Hg. en estado de reposo), debe posponerse el tratamiento dental hasta que el médico la rebaje a cifras normales.

Alergia, Asma o Urticaria

Estas tres preguntas intentan aclarar si el paciente presenta un diátesis hemorrágica. Al responder -- la pregunta acerca de la alergia el paciente debe identificar exactamente el alérgeno que debe evitarse. Una respuesta negativa en alergia pero positiva en asma o urticaria, debe despertar sospechas del Odontólogo.

Tienen especial interés las posibles respuestas alérgicas a los agentes empleados corrientemente por -- el dentista, tales como los anestésicos locales y tópicos, barbitúricos, Yodo antibióticos, aspirina y codeína.

El dentista se ha de mantener siempre alerta ante la posibilidad de una reacción anormal a cualquiera de los preparados medicamentosos o sustancias químicas que puede utilizar en el tratamiento.

Desvanecimientos o ataques

Es importante que el dentista sepa si su pa-

ciente padece epilepsia. Puede evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento prestando al paciente exitable una atención especial o dándole un sedante. Asimismo, una historia de epilepsia puede ayudar a aclarar los hallazgos orales, como una hipertrofia gingival producida por tratamientos con dilantín, o las heridas o cicatrices lin-guales.

Si el paciente explica que ha tenido desmayos durante el tratamiento dental especialmente durante la administración de un anestésico, el dentista puede modificar su método habitual. Si hay una historia reciente de ausencias o pérdidas de conciencia no aclaradas, debe remitirse el paciente a un médico para que lo explore y averigüe si padece alguna lesión o trastorno del sistema nervioso central.

Diabetes

Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día? Con frecuencia siente sed, nota a menudo sensación de sequedad en la boca?

Una respuesta afirmativa a alguna o a todas las preguntas específicas es muy sospechosa de diabetes mellitus. Aunque una historia positiva de diabetes no constituye una contraindicación del tratamiento dental corriente requiere una modificación de los cuidados que se les pres-

tan. Tal vez haya que darle un sedante para evitar la elevación de la glucemia asociada a menudo con la nerviosidad o la aprensión exageradas. Las intervenciones quirúrgicas deberán planearse en relación con la administración de insulina u otros preparados.

El dentista tiene que evitar las técnicas — que obliguen a modificar la ingestión de carbohidratos a la cual se ha ajustado el régimen del paciente. Estará sobre aviso ante la aparición súbita de un coma diabético o de un choque insulínico en el paciente con una diabetes conocida.

En el paciente con diabetes no controlada so-
lamente se efectuará el tratamiento urgente, reduciéndolo a un mínimo y evitando el tratamiento electivo.

Es aconsejable la consulta con el médico. El odontólogo tiene una excelente oportunidad para identificar y orientar a los pacientes con diabetes mellitus no diagnosticada.

Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.

En el caso de que el paciente tenga una historia de enfermedad hepática se ha de solicitar del médico-
la información adicional precisa. No existe ningún agente-

químico desinfectante en el que pueda confiarse para inactivar el virus agente químico desinfectante en el que pueda - causal de la hepatitis; por lo tanto, es imperativa una precaución especial cuando se esterilizan los instrumentos que se han utilizado en un paciente con antecedentes de dicha - enfermedad.

Los pacientes con afecciones hepáticas pue-- den tener alterada la absorción de la vitamina liposoluble- K. En presencia de lesiones hepáticas graves, la produc-- ción de protombina puede ser insuficiente para mantener los niveles hepáticos normales.

En consecuencia, el dentista puede prever - fenómenos hemorrágicos anormales.

Las preguntas 2 y 3 también están destinadas a comprobar las afirmaciones del paciente sobre su propio - estado de salud.

Ha padecido usted alguna enfermedad grave?
Le han operado? Ha estado hospitalizado,
en caso afirmativo ;Cuál fué el problema?

Estas preguntas nos permiten conocer mejor - el estado de salud del paciente sin embargo, se refieren al pasado. Una respuesta afirmativa requiere a menudo una in-

investigación más profunda. No es raro que un paciente responda en sentido positivo en este punto y en sentido negativo en el resto de el cuestionario. En tal caso, la respuesta puede constituir la única guía para orientarnos con respecto a la salud del paciente.

El recuerdo que éste tiene del pasado puede ser demasiado vago para permitirle dar una respuesta positiva a las cuestiones siguientes. En tales casos suele ser necesario inquirir los síntomas y secuelas asociados con el episodio pasado.

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos.

Fiebre reumática o cardiopatía reumática.

Esta enfermedad con frecuencia se asocia con lesiones de las válvulas cardíacas. Los pacientes que responden afirmativamente deben recibir medicación profiláctica y antibiótica antes de someterse a una extracción dental o a otra manipulación sobre tejidos blandos o hueso.

Lesiones cardíacas congénitas.

Estos pacientes también necesitan la protección descrita anteriormente y si el interrogatorio revela que el defecto congénito ha influido en la vida del pacien-

te obligándole a modificar sus hábitos laborales, se debe - consultar al médico de cabecera. En el tratamiento de éste tipo de pacientes suelen ser necesarias precauciones especiales.

Enfermedad cardiovascular

(Trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial - elevada, arterioesclerosis, apoplejía).

Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?

Este dolor, que a menudo indica una angina - de pecho, se produce cuando la musculatura cardíaca no recibe la cantidad necesaria de oxígeno porque ha disminuido la irrigación. Este síntoma indica alteraciones arterioescleróticas de los vasos coronarios que disminuyen su diámetro - e impiden el paso de la Artritis.

La importancia que la osteoartritis pueda -- tener en el campo de la odontología se limita a la posible -afección de la articulación temporomandibular, en cuyo caso puede haber dolor articular y limitación de la movilidad.-- Algunos pacientes con artritis toman cantidades elevadas de aspirina.

Reumatismo inflamatorio

(Tumefacción dolorosa de las articulaciones)

La respuesta afirmativa ha de impulsar a interrogar con precisión al paciente y tal vez a su médico, - para determinar si las articulaciones dolorosas están en relación con la fiebre reumática o la corea de Sydenham. Ambas afecciones producen con frecuencia lesiones valvulares-cardiacas. Una respuesta afirmativa posiblemente indica -- que el paciente sufre una artritis reumatoidea, tratada muchas veces con aspirina o con esteroides.

Úlceras gástricas

El paciente con una dieta restringida desde hace tiempo por úlceras de estómago puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo. La dieta que no es detergente suele originar alteraciones en la boca o dar lugar a la presencia de saburra lingual anormal. La proban--thine de uso corriente en el tratamiento de la úlcera, produce a menudo sequedad de la boca. El dentista no debe -- prescribir esteroides a un paciente ulceroso, porque con -- ello impedirá la reparación del tejido conjuntivo.

Trastornos renales

La observación clínica de que la glomerulonefritis aguda aparece algunas veces después de infecciones— orales o faríngeas, pone de relieve la necesidad de eliminar la infección orales o faríngeas, pone de relieve la necesidad de eliminar la infección oral en el paciente con una afección renal. No obstante, no pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos en los pacientes con nefritis — aguda o activa. Si es urgente la extracción dentaria, se — realizará solo después de administrar antibióticos.

Los pacientes con proteinuria a consecuencia de una afección renal crónica pueden presentar signos y signos orales de anemia o de carencias nutritivas.

La estomatitis que acompaña a la uremia suele ser un síntoma tardío que aparece en el paciente gravemente enfermo.

Tuberculosis

El dentista tiene que ponerse una mascarilla y tomar otras precauciones para evitar el contagio cuando — trata a un paciente con tuberculosis diagnosticada. Cabe — descubrir lesiones tuberculosas en la cavidad oral, pero — son poco frecuentes.

Tiene usted tos persistente? Ha espectorado sangre alguna vez?

Al preguntar esto, el dentista pone de relieve su papel de detector de casos médico. Una respuesta positiva puede indicar tuberculosis, carcinoma pulmonar, u otras enfermedades pulmonares crónicas. Debe remitirse al paciente a un médico antes de iniciar cualquier tratamiento dental, excepto la atención urgente.

Hipotensión

En muchos casos, la hipotensión crónica, presión sistólica uniforme de 100mm Hg. puede considerarse como un signo favorable para la salud.

Enfermedades venéreas

Este apartado se refiere principalmente a la sífilis. Aunque es raro el paciente que admita una historia de enfermedad venérea, cuando se obtiene una respuesta positiva, hay que practicar una prueba serológica de la sífilis, para descartar la enfermedad activa.

Otras enfermedades

Debe estimularse al paciente para que anote cualquier trastorno que pueda revelar su estado de salud.

Ha tenido usted hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos?

Hay que hacer esta pregunta porque es muy importante saber si el paciente tiene tendencia a las hemorragias. Sin embargo, son corrientes las respuestas con un sí que pueden inducir a error.

Las respuestas subjetivas de los pacientes ante las intervenciones quirúrgicas varían mucho de unos a otros, pues se inclinan a creer que sus experiencias constituyen algo raro o anormal. Un interrogatorio más preciso suele aclarar que pacientes padecen un déficit de vitamina K.-primario o secundario, una enfermedad hepática una púrpura-trombocitopénica, una hemofilia u otra discrasia hemática.

Tales pacientes constituyen solo un pequeño porcentaje de los que informan que sufren trastornos hemorrágicos, pero cuando exista una duda razonable debe remitirse el paciente a un médico o a un laboratorio clínico donde puedan determinar el tiempo de coagulación, el tiempo

de protrombina y de tromboplastina, la prueba del torniquete y el recuento de plaquetas.

Se produce equimosis fácilmente?

Esta pregunta es mal interpretada con frecuencia y muchas mujeres responden afirmativamente. El dentista deberá buscar signos de púrpura. El paciente con una tendencia anormal a las equimosis ha de hacer pensar en la púrpura trombocitopénica, pero también puede tratarse de un síntoma de leucemia o de avitaminosis C intensa.

Debe recomendarse al paciente que consulte un médico.

Ha necesitado usted alguna vez una transfusión sanguínea?

Esta pregunta ofrece otra posibilidad de descartar una tendencia hemorrágica. También puede revelar signos de otro tipo de discrasia hemática o llevar a investigar sobre otros acontecimientos de tipo médico ocurridos en el pasado.

Padece usted algún trastorno de la sangre - por ejemplo anemia?

Es corriente que los pacientes dicen que padecen anemia o que los médicos les refuerzan la sangre. -- Como los médicos dan con frecuencia esta explicación como -- parte del tratamiento de las enfermedades reales o imaginarias, debe tomarse con cautela la respuesta afirmativa. Si resulta evidente que el paciente toma medicación por presentar algún trastorno hemático o si el exámen se inclina a -- pensar en una anemia, hay que solicitar detalles al médico-- o pedir los análisis pertinentes al laboratorio.

Le han operado o le han aplicado radioterapia por un tumor, abultamiento o cualquier -- otra alteración de la boca o de los labios.

Si el paciente ha sufrido una intervención -- quirúrgica, es importante que el dentista se informe a fondo para interpretar mejor los hallazgos orales. Es sumamente importante averiguar si los huesos faciales han sido sometidos a irradiación. En caso afirmativo no debe intervenir quirúrgicamente sobre el hueso porque la disminución del riego sanguíneo puede originar una osteoradionecrosis.-- Deben solicitarse al médico los detalles concernientes al -- tratamiento. Todo paciente con antecedentes de neoplasia oral debe ser examinado con especial cuidado para descubrir cualquier signo de residiva.

Toma usted algún preparado medicamentoso?

Aunque los medicamentos mencionados en la — pregunta siguiente son especialmente importantes, interesa también saber si el paciente toma alguna otra medicación. — El dentista debe aclarar que la pregunta se refiere a cualquier preparado, incluso a los que pueden adquirirse sin receta médica. Puede darse el caso de que esta pregunta sea la única del cuestionario que proporcione alguna información sobre el estado de salud del paciente.

Toma usted alguno de los preparados siguientes?

Antibióticos o sulfamidas?

Una respuesta positiva obliga a solicitar in formes al médico que ha ordenado el tratamiento. No debe — uno fiarse de las explicaciones que dé el paciente sobre — el motivo de la medicación.

Anticoagulantes

Una respuesta afirmativa indica que el pa- — ciente ha sufrido un ataque cardíaco o una enfermedad vascu- lar periférica. Hay que entrar en contacto con el médico. —

El tratamiento dental electivo se ha de retrasar tres meses como mínimo contados a partir del ataque. El paciente sometido a tratamiento anticoagulante requiere un estudio especial si presisa una intervención quirúrgica.

Medicamentos para la presión sanguínea elevada Cortisona (esteroides).

Debe solicitarse información adicional al médico que trata al paciente. Como la reacción inflamatoria puede estar suprimida, tal vez queden enmascarados los signos y síntomas corrientes que revelarían al dentista la existencia de una infección grave. El paciente en tratamiento con esteroides puede tener deprimida la función de la corteza suprarrenal y disminuida la resistencia orgánica general frente al stress que suponen las maniobras requeridas por una extracción dentaria urgente.

Tranquilizantes

Como son medicamentos de uso corriente, el dentista debe estar prevenido sobre las reacciones secundarias que originan con relativa frecuencia. Los pacientes que toman tranquilizantes mayores, como las fenotiazinas, suelen desmayarse fácilmente y les cuesta algo más recuperar la conciencia. Se sabe que los derivados fenotiazínicos potencian la acción de los sedantes como los barbitúricos.

Los que toma clorpormazina o drogas afines --
son propensos a la hipotensión ortostática.

Son pacientes que pueden sufrir un síncope --
al levantarse súbitamente del sillón de dentista. Las per-
sonas a las cuales se les administran durante un tiempo pro-
longado preparados tranquilizantes no es raro que presenten
congestión nasal, disminución de la secreción salival y es-
pasmos de la musculatura facial.

Aspirina

Los pacientes afectados de artritis que to-
man de manera regular cantidades importantes de aspirina --
pueden presentar alteraciones hemorrágicas.

Insulina, tolbutamida (orinase) o produc--
tos similares.

Digital u otros preparados cardiotónicos

Nitroglicerina

Tiene alergia o ha reaccionado desfavorable-
mente a?

Anestésicos locales

Las reacciones alérgicas verdaderas a los - agentes anestésicos usados corrientemente en la actualidad - son muy raras, aunque es frecuente la respuesta afirmativa a esta pregunta. El paciente suele referirse a una lipotimia asociada con la administración de un anestésico en alguna ocasión anterior.

El paciente tal vez identifique el agente - anestésico local como Novocaína (que en realidad es una - marca registrada de la procaína), cuando de hecho puede - tratarse de otro anestésico distinto de la procaína. Si - después de interrogar cuidadosamente al paciente, el dentis - ta es capaz de identificar el agente específico, deberá - crear un anestésico local de otro tipo. Los anestésicos lo - cales pueden dividirse al menos en cuatro grupos.

Paraminobenzoatos (pentocaína), y butacaína (butyn):

Metaminobenzoatos representados por la metabutetamina (unacaína) y la metabutoxicaína (primacaína)

Benzoatos sin grupo aminoaromático, como la meprilcaína (Oracaína) y la isobucaína (Kincaína).

Amídicos, como la lidocaína (Xilocaína, - Lidotesín y ostocaína). Mepivacaína (Carbocaína) y pirrocaína (Dinacaína).

Si la reacción alérgica ha sido muy intensa y se conoce muy bien el agente específico hay que remitir - el paciente a un alergólogo.

Penicilina u otros antibióticos

Una respuesta positiva a esta pregunta deberá anotarse de manera bien visible en la ficha del paciente. En los individuos sensibles a la penicilina el antibiótico de elección es la eritromicina.

Sulfamidas

Estos preparados rara vez son utilizados en el tratamiento dental y se evitarán cuando el paciente informe que es sensible a ellos.

Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio

Si el paciente contesta afirmativamente hay que averiguar el agente exacto. Si es necesaria la sedación, cabe utilizar otro preparado, como el clorhidrato de meperidina (Demerol), el clorhidrato de prometazina (feneryán) o el etinamato (Valmid).

Aspirina

Las respuestas alergicas a la aspirina no son muy frecuentes; en cambio, sí que lo son las reacciones anormales, especialmente gastritis. En caso necesario puede sustituirse por el clorhidrato de proporsifeno (Dervon) o la codeína.

Yodo

Otras sustancias

Si el paciente indica una reacción anormal al yodo o cualquier otro agente usado en la práctica odontológica, se anotará en forma bien visible en su ficha médica.

Padece usted alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que usted considera conveniente que yo lo sepa?

Se pedirá al paciente que piense bien la respuesta, aunque antes haya respondido negativamente. Esta petición le convencerá del interés del dentista por su salud y su bienestar. Asimismo proporciona la oportunidad de ahondar en la historia clínica.

Tiene usted dolor en la boca?
Le sangran las encías?

Las respuestas positivas pueden revestir importancia desde el punto de vista médico, pero las preguntas son valiosas principalmente para informar acerca de los problemas dentales que pueden preverse. Estas preguntas, -- junto con las tres siguientes, constituyen la parte de historia dental del cuestionario sanitario.

Quando visitó al dentista por última vez?
Qué tratamiento le dió?

Ha sufrido usted algún trastorno importante--
con ocasión de algún tratamiento médico ante
rior?

Las respuestas a éstas preguntas proporcionan información sobre el interés prestado por el paciente -- en su salud oral en el pasado y también alguna indicación -- sobre su I. Q. dental. Aunque la última pregunta puede ser importante, o por el contrario, carecer de interés, desde -- el punto de vista médico, las respuestas obtenidas pueden -- ayudar a establecer el plan global del tratamiento del enfermo.

Está embarazada?

Tal vez la paciente sospeche que está en estado, pero no ha consultado a su médico. Si bien el tratamiento dental corriente no está contraindicado en una gestación normal, con frecuencia es recomendable o necesario tener en cuenta ciertos detalles, es conveniente proteger a la paciente con delantal de plomo cuando se toman radiografías. La gestación puede coincidir con algún problema médico, como una cardiopatía o una enfermedad renal. Cuando hay que administrar un medicamento, el dentista debe asegurarse de que no está contraindicado en la paciente embarazada. Es una medida prudente entrar en relación con el médico de la paciente grávida antes de iniciar el tratamiento dental.

Sufre usted trastornos relacionados con el período menstrual?

Una respuesta positiva, además de ser útil para descubrir (un caso clínico) puede ser importante para interpretar subsiguientes hallazgos orales.

CAPITULO SEGUNDO

Triunfar en la vida, es poner
constancia, responsabilidad,-
coraje, valentía, heroísmo en
la misión que se nos confía...

florecer donde dios nos ha -
plantado.....aunque sea en la
roca.

UTILIZACION PRACTICA DEL LABORATORIO CLINICO

Las pruebas del laboratorio clínico permiten al dentista la detección de enfermedades generales en los - pacientes sospechosos. Nunca deben realizarse en sustitu-- ción de una exploración clínica meticulosa.

A veces se requiere información procedente-- de las tres fuentes - Historia, exploración y pruebas de la boratorio - para poder identificar a los pacientes con una- enfermedad general grave.

Los pacientes en los que es evidente la exis tencia de una enfermedad general deberían ser remitidos - - inmediatamente a un médico. Si el dentista solamente sospe cha que existe una enfermedad general, la información obte- nida permite al práctico una mejor elección de especialista al cual ha de remitir al paciente y le permite discutir de- manera inteligente los problemas del enfermo con dicho espe- cialista.

Los pacientes con una historia de pérdida de peso, irritabilidad, disnea, sequedad de la piel, ictericia, palidéz poliuria, polidipsia, polifagia, prurito, lengua -- dolorosa o sequedad bucal, deben ser examinados para descu- brir una posible anemia ferropénica, una leucemia, una dia- betes mellitus, o una agranulocitosis.

Cuando la historia del paciente sugiere algún trastorno hemorrágico deben realizarse las pruebas de laboratorio pertinentes antes de que el dentista realice alguna intervención quirúrgica. Los datos de la historia clínica que orientan sobre la necesidad de aclarar si existe un trastorno hemorrágico son la hospitalización o las transfusiones por hemorragias, una enfermedad hepática reciente, un tratamiento prolongado con aspirina las hemorragias -- excesivas tras extracciones o en heridas pequeñas, la aparición de equimosis con facilidad, la hemorragia gingival espontánea sin causa local aparente, o los episodios recientes de epistaxis.

Entre los hallazgos clínicos que sugieren una enfermedad general y pueden hacer necesarios algunos análisis de laboratorio figuran la atrofia generalizada de las papilas linguales (anemia), la ictericia la palidez, las uñas en vidrio de reloj (indicio de anemia); los abscesos periodontales múltiples, la enfermedad periodontal rápidamente progresiva (sugiere una diabetes mellitus o una discrasia sanguínea); y la hiperplasia gingival, las úlceras orales, las petequias, las equimosis y las hemartrosis (discrasia sanguínea).

PRUEBAS HEMATICAS

Un paciente puede presentar un trastorno hemorrágico por diversas causas: Cuando la sangre no se coagula; cuando no hay plaquetas en cantidad suficiente para taponar los capilares lesionados, o las paredes de los --

capilares están alterados. Cuando la historia o los hallazgos exploratorios de un paciente sugieren la existencia de un trastorno hemorrágico, deben ordenarse las pruebas siguientes: tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina-parcial, recuento de plaquetas, prueba del torniquete, - concentración de fibrinógeno y retracción del coágulo.

ENFERMEDAD DE LOS ERITROCITOS: ANEMIA

Para examinar a un paciente en que se sospecha una anemia se usan las pruebas siguientes: hemoglobina, hematócrito recuento de reticulocitos; Leucemia, neutropenia, mononucleosis, infecciosa, en las cuales se produce — una alteración de los glóbulos blancos, se practican las — pruebas siguientes: Recuento leucocitario, fórmula leucocitaria: número de Neutrófilos, Eosinófilos, Basófilos, Linfocitos, Monocitos, y extensión.

DIABETES MELLITUS

Cuando se sospecha una diabetes mellitus hay que hacer en primer lugar un análisis de orina, que puede — efectuar si quiere el propio dentista si el resultado es negativo debe realizarse la determinación de la glucemia dos horas después de la comida. Cuando la cifra obtenida queda dentro de los límites normales, pero los síntomas clínicos — mantienen la sospecha de diabetes, se efectuará una prueba de tolerancia a la glucosa.

ENFERMEDAD RENAL

El dentista puede realizar la prueba inicial para comprobar si un paciente sospechoso de afección renal o diabetes mellitus realmente padece la enfermedad. En el comercio existen tiras preparadas con los reactivos pertinentes para averiguar la presencia de glucosa, proteína, acetona, sangre oculta y PH (potencial de hidrógeno), para ello basta sumergir dichas tiras en la muestra de orina y observar la modificación de color instantaneamente o al cabo de unos segundos según la sustancia que se investiga.

El hallazgo de proteína en la orina suele indicar una enfermedad renal.

La orina de un diabético no compensado contiene cantidades notables de glucosa por lo común.

CULTIVOS

En ciertos casos de infección oral son necesarios los cultivos de bacterias y de hongos para identificar el agente causal.

Para hacer cultivos de lesiones sospechosas

de candidiásis existe un medio (Squibb-Pagano-Lexin) que puede utilizarse en el consultorio dental a la temperatura ambiente. Las muestras de otras lesiones se pondrán en un medio exprofeso para el transporte y se remitirán a un laboratorio clínico para su cultivo e identificación.

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD BACTERIANA

En el tratamiento de la infección oral en pacientes con afecciones generales como una cardiopatía reumática, o diabetes mellitus, es conveniente efectuar un cultivo de la lesión y enviarlo al laboratorio para que realicen las pruebas de sensibilidad bacteriana, antes de instaurar la terapéutica antibiótica. Si el paciente no tiene antecedentes de sensibilidad a la penicilina, se le administrará este antibiótico hasta que el laboratorio informe sobre el resultado de estas pruebas, suelen darse a las 48 horas. Si el paciente no ha respondido a la penicilina deberá administrarse el antibiótico eficaz contra los microorganismos indicado por el antibiograma.

CITOLOGIA Y BIOPSIA

La citología oral es útil en el tratamiento de pacientes en los que se sospecha un herpes simple o una candidiásis, y también ayuda a observar la mejoría lograda en los pacientes en los cuales se trata una anemia perniciosa.

La citología oral es así misma un importante método para detectar precozmente las lesiones cancerosas. - Sin embargo, el diagnóstico de cáncer no puede basarse solo en los hallazgos citológicos, sino que hay que efectuar una biopsia.

Generalmente los datos de la biopsia son suficientes para hacer el diagnóstico de cáncer. Si el examen clínico de una región sugiere que se trata de un cáncer pero la primera biopsia no lo confirma, es conveniente proceder a una segunda biopsia. Los hallazgos biópsicos también son útiles para apoyar un diagnóstico de enfermedad infecciosa, como el herpes, la candidiasis, o la tuberculosis.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR CON EL PACIENTE DESPUES DE LAS- PRUEBAS

Si los resultados de las pruebas de laboratorio indican una enfermedad general importante, no debe decirse al paciente el diagnóstico probable, sino que se informará al médico del mismo sobre la impresión clínica y sobre dicho diagnóstico probable y se le remitirá el paciente para su diagnóstico definitivo y tratamiento.

Si las pruebas de laboratorio permiten descartar una enfermedad general, el dentista puede proceder al tratamiento dental. Con todo, el paciente será objeto de observación durante el tratamiento dental para descubrir cualquier indicio de enfermedad general.

EL PACIENTE DENTAL CON UNA ENFERMEDAD GENERAL

El odontólogo debe utilizar la historia clínica con el fin de determinar los síntomas del paciente, ha de realizar una exploración completa extra o intraoral del mismo, debe tener un conocimiento suficiente de los signos y síntomas de las enfermedades médicas corrientes para interpretar y valorar adecuadamente los síntomas y los hallazgos.

Estos hallazgos sugieren la existencia de una enfermedad general; y los indicios son muy sospechosos, debe remitirse el paciente a un médico inmediatamente para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad general. Sin embargo, si los hallazgos clínicos son ambiguos, deben buscarse nuevos datos mediante las pruebas de laboratorio. No es preciso que el dentista haga un diagnóstico definitivo basándose en estas pruebas; debe utilizarlos como información adicional que le ayude a decidir si debe o no enviar el paciente al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento.

Cuando se sospecha una enfermedad general importante no debe iniciarse ningún tratamiento dental hasta que el trastorno morboso haya sido descartado por el médico. Si la historia del paciente revela la presencia de

una enfermedad general, y se halla al cuidado de un médico, debe consultarse a éste acerca del estado actual y del efecto de la enfermedad sobre el tratamiento dental.

Es importante que el odontólogo esté dispuesto y capacitado para detectar una enfermedad general, así como para ofrecer su asistencia dental a los pacientes que padecen enfermedades generales corrientes.

EL PACIENTE CARDIOPATA

Angina de pecho

Una de las enfermedades cardíacas más corrientes en el hombre es la angina de pecho. El término angina alude a un tipo de dolor paroxístico, firme, que produce sensación de ahogo. La angina de pecho se caracteriza por ataques paroxísticos de dolor torácico con sensación de sofocación y muerte inminente.

Esta afección suele estar relacionada con una cardiopatía isquemiante y el dolor resulta de una aportación insuficiente de oxígeno al miocardio.

DIAGNOSTICO

Los pacientes que sufren angina de pecho ---

acusar dolor en el tórax que suele aparecer tras los esfuerzos o las emociones que cede pronto con el reposo. Es típica la localización del dolor detrás del esternón y su propagación frecuente al brazo izquierdo. En algunas ocasiones el dolor se refiere a la cabeza y al cuello.

Debe tenerse presente la posibilidad de una afección cardíaca isquémica en un paciente que refiere una historia de dolor en la línea media del pecho, que hace su aparición después de los esfuerzos moderados, y afirma que el dolor cede con el reposo y no es afectado por los movimientos respiratorios. Este tipo de paciente debe ser remitido al médico para su estudio clínico. Algunos pacientes dentales saben que padecen angina de pecho y tal vez estén en tratamiento al acudir a la consulta del dentista. A la mayoría de tales pacientes les han advertido que deben evitar los ejercicios físicos demasiado intensos y las situaciones de tensión emocional o excitación demasiado fuertes en general se les ha indicado que tomen una tableta sublingual de nitroglicerina tan pronto noten el menor síntoma en el pecho.

TRATAMIENTO DENTAL

Los pacientes con angina de pecho que van al consultorio dental generalmente se deben tratar del modo siguiente: las consultas han de ser breves y de preferencia por la mañana. A menudo hay que prescribirles barbitúricos como premedicación para reducir la ansiedad y la tensión. —

El medicamento deberá administrarse media hora antes de la consulta dental. Debe suspenderse el tratamiento inmediatamente si el paciente se queja de dolor en el pecho durante el mismo.

Muchos pacientes llevan consigo tabletas de nitroglicerina, y al iniciarse el dolor, han de ponerse una debajo de la lengua enseguida. La administración de la tableta suele administrar alivio inmediato de dolor torácico; sin embargo, si el dolor no disminuye puede tratarse de un infarto del miocardio.

Es aconsejable llamar al médico del paciente cuando se presente un episodio de dolor, incluso en el caso de que la nitroglicerina lo haya aliviado.

INFARTO DE MIOCARDIO

Cuando se interrumpe súbitamente la irrigación sanguínea de una porción del miocardio, dando lugar a la muerte o la necrosis de la fibra muscular, se produce un infarto. La gravedad de este (ataque cardíaco) depende de la extensión y de la localización del infarto.

DIAGNOSTICO

El paciente experimenta un ataque súbito de-

dolor constructivo en la línea media, acompañado de sensación de muerte inminente; puedes sucumbir al shock o producirse un paro cardiaco. En contraposición con el dolor anginoso, el producido por el infarto del miocardio no se alivia con la tableta de nitroglicerina. Si el episodio ocurre en el consultorio del dentista debe llamar de inmediato a un médico o ambulancia. Hasta su llegada se administrará oxígeno al paciente y se le mantendrá caliente. Si se produce el paro de corazón debe hacerse masaje cardiaco sin abrir el tórax, y respiración boca a boca.

El diagnóstico de infarto de miocardio lo confirma el médico mediante el electrocardiograma, y pruebas de laboratorio que consisten en la determinación de ciertas enzimas del suero. Un infarto de miocardio constituye una urgencia médica. El paciente puede morir inmediatamente, no obstante, si sobrevive durante 24 horas tiene buenas probabilidades de curación. Generalmente se les mantiene en cama durante la primera fase de la convalecencia y se advierte que deben evitar los trastornos físicos y emocionales. El período de hospitalización depende de la gravedad y de la extensión del infarto, pero suele ser de unas tres semanas. Después de la hospitalización se le prescribe reposo en cama durante algún tiempo. En estos pacientes no deben hacerse ningún tratamiento dental electivo hasta transcurridos seis meses después del infarto.

TRATAMIENTO DENTAL

Quando han transcurrido seis meses, o más

puede llevarse a cabo el tratamiento dental corriente; no obstante, se recomienda una consulta previa con el médico que atiende al paciente. También en éste caso las consultas se han de efectuar por la mañana y han de ser de breve duración; a menudo es aconsejable la premedicación con barbitúricos. No deben utilizarse los anestésicos locales que contengan adrenalina en concentración superior a uno por cien mil (0.01 mg/cc).

H I P E R T E N S I O N

Las dos formas más importantes de esta enfermedad son la esencial y la secundaria. Alrededor de - 85 - 90 % de los pacientes pertenecen a la primera categoría, cuya etiología es desconocida. La hipertensión esencial puede seguir una evolución rápida, maligna. La inmensa mayoría pertenece a la variedad benigna, en la cual el paciente se ve relativamente libre de síntomas durante varios años.

La hipertensión secundaria generalmente está asociada con trastornos del sistema nervioso central, con enfermedades de las glándulas suprarrenales, con enfermedades renales primarias, o con la toxemia del embarazo. Frecuentemente el estado es agudo o progresivo y los signos y síntomas hipertensivos constituyen la parte principal del cuadro clínico. Al dentista le interesa mucho conocer que tipo de hipertensión padece el paciente, porque la enfermedad primaria que ha dado origen a la hipertensión secunda--

ria también puede repercutir notablemente en el tratamiento dental.

Los pacientes con una historia larga de hipertensión esencial o secundaria sufren alteraciones secundarias en su sistema cardiovascular, que muchas veces causan complicaciones o incluso la muerte. Un fenómeno corriente es el accidente cerebro vascular (ataque cerebral, apoplejía). Los pacientes hipertensos también pueden sufrir una angina de pecho o infartos de miocardio. Aproximadamente veinticinco por ciento de muertes en los pacientes hipertensos obedecen a la hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo y a la insuficiencia cardíaca.

DIAGNOSTICO

El paciente con la forma maligna o acelerada de la hipertensión esencial presenta un comienzo brusco de síntomas que consisten en cefaleas intensas, trastornos visuales, náuseas, convulsiones y a veces incluso coma. Estos síntomas están asociados con una elevación rápida de la presión sanguínea. Como antes se ha dicho, la forma benigna de la hipertensión esencial puede manifestarse con muy pocos síntomas o incluso no presentarlos durante mucho tiempo; luego suelen aparecer síntomas que consisten en fatiga, nerviosidad, vértigos, debilidad, así como insomnio, palpitaciones cardíacas o cefaleas. Las cefaleas tienen una localización típica en la región occipital y aparecen cuando el paciente despierta por la mañana. También son síntomas frecuentes de hipertensión la inquietud, la habili

dad emocional, la taquicardia y el enrojecimiento súbito de la cara.

Los síntomas de la hipertensión secundaria — son los mismos que los de la esencial. Su aparición puede ser repentina o progresiva durante un período de tiempo prolongado. Los pacientes con tumores de la médula adrenal — presentan ataques paroxísticos de hipertensión.

Por lo general se hace el diagnóstico de hipertensión cuando la presión sistólica es superior a 150 — y la diastólica superior a 100. Para el diagnóstico el hallazgo de mayor valor es la elevación prolongada de la presión diastólica. El dentista debe estar preparado para tomar la tensión arterial a cualquier paciente cuya historia-clínica o cuya exploración hagan sospechar la existencia de una hipertensión.

TRATAMIENTO DENTAL

Desde el punto de vista dental es importante e identificar al paciente hipertenso no diagnosticado.

Si durante la historia o la exploración clínica se descubren signos o síntomas de hipertensión, el — odontólogo está obligado a medirla. Si la presión es alta, debe aconsejar la paciente que consulte con su médico antes

de comenzar el tratamiento dental. El paciente hipertenso no compensado constituye un mayor riesgo operatorio, pudiendo presentar hemorragia tras una intervención de cirugía menor. Asimismo, en un individuo hipertenso no compensado, el tratamiento dental puede precipitar un accidente cerebrovascular o un infarto de miocardio.

Incluso el tratamiento del paciente hipertenso que sigue las prescripciones de su médico representa mayor preocupación para el odontólogo. Los fármacos hipotensores de uso corriente en la actualidad presentan diversos efectos colaterales, entre ellos la predisposición a la hipotensión ortostática y mayor sensibilidad a la acción de los barbitúricos. Las consultas dentales de los hipertensos compensados han de ser lo más cortas posible y exentas de ansiedad. Es aconsejable la premedicación con barbitúricos, pero el dentista ha de tener en cuenta los posibles efectos colaterales de los medicamentos que toma el hipertenso.

FIEBRE REUMÁTICA

Todavía no está aclarada por completo la etiología de la fiebre reumática, pero al parecer está relacionada con una hipersensibilización indirecta surgida tras una infección por estreptococos, la cual puede afectar a todo el tejido conjuntivo del organismo. Los experimentos realizados sugieren que algunos productos metabólicos de las bacterias estreptocócicas se unen a la proteína del

tejido conjuntivo para formar un antígeno que estimula la formación de anticuerpos. Luego el antígeno y el anticuerpo reaccionan produciendo zonas focales de necrosis alérgica. Por lo común se afecta el tejido conjuntivo del corazón, de las articulaciones y de la piel.

DIAGNOSTICO

La fiebre reumática puede tener un comienzo insidioso o agudo. Generalmente hay antecedentes de infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores, que preceden al comienzo de los síntomas en una a cuatro semanas. La forma más corriente de fiebre reumática se caracteriza por la aparición súbita de fiebre y dolor articular. La artritis tiene a veces carácter migratorio; a medida que el dolor y la tumefacción ceden en una zona, se afectan -- otras articulaciones. Con mucha frecuencia enferman las -- grandes articulaciones de las extremidades, pero no hay -- ninguna zona que sea inmune. También se observan invariablemente síntomas como anorexia, pérdida de peso, depresión y fatiga. Puede producirse una inflamación del miocardio, pericardio o endocardio. En los pacientes en que la lesión del corazón es notable, suele producirse precozmente una insuficiencia cardíaca congestiva. Una complicación frecuente de la fiebre reumática es la lesión de las válvulas cardíacas, especialmente la válvula mitral.

Para efectuar el diagnóstico de fiebre reumática el médico se vale de varias pruebas de laboratorio, -- entre ellas la velocidad de sedimentación, antiestreptolisina O y la proteína C reactiva. La velocidad de sedimentación se utiliza también para seguir la evolución de la enfermedad.

TRATAMIENTO DENTAL

Cuando se produce la cicatrización de las válvulas cardíacas después de la fase aguda de la fiebre reumática, las lociones valvulares constituyen un buen terreno para la instalación y el desarrollo de las bacterias.

La colonización de bacterias en la válvula cardíaca alterada origina la grave complicación llamada endocarditis bacteriana. El dentista tiene que identificar a los pacientes que han padecido una fiebre reumática, con el fin de protegerlos con antibióticos de la bacteriemia -- que se produce a consecuencia de algunas intervenciones dentales, como el escariado de la raíz, el raspado gingival, las extracciones, las operaciones de endodoncia, las intervenciones quirúrgicas en los tejidos blancos y el sondeo periodontal.

La penicilina es el mejor fármaco para la — cobertura antibiótica profiláctica, recomiendan la administración por vía oral de 500 000 unidades cuatro veces al — día, comenzando el día de la intervención y continuado dos días más. Una hora antes de la intervención debe administrarse una dosis extra. Los pacientes alérgicos a la penicilina deberán sustituirla por eritromicina.

CIRUGIA A CORAZON ABIERTO

Gracias a los recientes progresos en las — técnicas quirúrgicas y en el tratamiento médico, cada vez — es mayor el número de pacientes con defectos congénitos del corazón y con lesiones graves de las válvulas mitral, — aórtica o tricúspide que se someten a tratamiento quirúrgico. En cierto número de tales pacientes la válvula lesionada es sustituida por una prótesis. Cada vez son más frecuentes las operaciones de sustitución de válvulas cardíacas, y en el futuro irá aumentando la pequeña población de pacientes con válvulas cardíacas artificiales que acudirán al consultorio dental.

El paciente portador de una válvula cardíaca artificial puede desarrollar una endocarditis bacteriana — subaguda. Alrededor de setenta por ciento de pacientes con endocarditis bacteriana subaguda no quirúrgica responden favorablemente al tratamiento, pero en los pacientes con una válvula cardíaca artificial la enfermedad suele ser fatal.—

Cuando los tejidos que sostiene la válvula se necrosan, la prótesis queda floja y no funciona bien y no siempre es posible una nueva operación.

DIAGNOSTICO

Estos pacientes han de identificarse por su historia clínica. Todo paciente con antecedentes de cardiopatía reumática, estenosis aórtica calcificada o cardiopatía congénita debe ser interrogado para aclarar si ha sido sometido a una intervención quirúrgica a corazón abierto. -- Antes de comenzar cualquier tratamiento hay que ponerse en contacto con su médico.

TRATAMIENTO DENTAL

Todos los pacientes que hayan de ser intervenidos a corazón abierto deberán someterse antes a un examen dental completo, que irá seguido del tratamiento total de las lesiones de caries o periodontales. Los pacientes -- a los cuales haya que poner una prótesis cardíaca, que hayan recibido un tratamiento dental completo y excelente, -- pueden conservar su dentición siempre que estén en condiciones de volver a la consulta del dentista después de practicada la operación. En aquellos a los que se tenga que -- implantar una válvula cardíaca y cuya dentadura no esté en excelentes condiciones, ni puedan someterse al tratamiento dental necesario, se procederá a la extracción de todas las

piezas dentarias y se construirá una dentadura completa antes de que los operen del corazón. En estos pacientes deben evitarse las dentaduras demasiado extensas para evitar la formación de úlceras traumáticas que podrían actuar como fuente de bacteriemia.

PROFILAXIS DE LAS INTERVENCIONES DENTALES EN LOS PACIENTES- CON PROTESIS VALVULARES CARDIACAS

- 1.- Penicilina procaína: 600 000 unidades 2-
por vía intramuscular cada seis horas el
día anterior a la intervención, el mismo
día y los tres a cinco días siguientes.
- 2.- Estreptomicina: 0,5g por vía intramuscu-
lar cada doce horas el día anterior a -
la intervención, el mismo día y los tres
a cinco días siguientes.
- 3.- Penicilina en solución acuosa: 1000 000-
de unidades por vía intramuscular una ho-
ra antes de la intervención.
- 4.- Meticilina: 4g por vía intramuscular o -
endovenosa cada seis horas el día de la-
intervención y los tres a cinco días si-
guientes.

5.- Tabletas de antibiótico de amplio espectro dos días antes de la intervención.

EL PACIENTE CON UN TRASTORNO ENDOCRINO

DIABETES MELLITUS

Hay dos grandes tipos de diabetes mellitus: el primario o hereditario y el secundario o no hereditario. El más corriente es, con mucha diferencia, el hereditario, que tiene gran interés para el dentista.

Basándose en los hallazgos clínicos, cabe identificar varias categorías de pacientes diabéticos hereditarios: prediabético, juvenil y adulto. El diagnóstico más dificultoso es el del prediabético, juvenil y adulto.

Muchos agentes hipoglucemiantes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus son compuestos de sulfanilurea. Uno de uso muy corriente es la tolbutamida (Orinase) y su actividad hipoglucémica se debe probablemente a la estimulación de la síntesis y laboración de insulina en los tejidos de los islotes del páncreas. Otros agentes hipoglucemiantes del grupo de la sulfanilurea usados en el tratamiento de la diabetes son la clorpropamida (Diabinese), la tolazamida (Tolinase) y la acetohexamida (Dymerol). El clorhidrato de fenformina es un agente hipoglucemiante oral no relacionado con las sulfanilureas. La fenformina actúa fuera del hígado, como coadyuvante o reforzador de la insulina. Puede utilizarse en prácticamente todas las clases de diabetes, sola o asociada con la insulina.

En el tratamiento de la diabetes se emplean varios tipos de preparados de insulina, cuya diferencia -- principal radica en la duración de su acción. La insulina -- lenta es una forma de amplio uso y su acción máxima se desa -- rrolla en un intervalo de seis a ocho horas. La insulina -- semilenta tiene un intervalo de acción máxima de cuatro a -- seis horas. Otros preparados de insulina son la cristalina cinc, (NPH) (isophane), y la protamina cinc.

DIAGNOSTICO

Los signos y síntomas de la diabetes melli -- tus son la poliuria, polidipsia, polifafia, pérdida de pe -- so, pérdida de fuerzas, prurito, infecciones cutáneas, en -- fermedad periodontal progresiva, abscesos periodontales -- múltiples, retraso en la cicatrización de las heridas y -- somnolencia. Cuando descubre uno o más signos de los que -- acabamos de enumerar, el dentista ha de pensar en la diabe -- tes. El paciente con una diabetes notable suele descubrir -- se con un examen sencillo de orina que revela la presencia -- de glucosa. Si la diabetes es de tipo más moderado, el -- análisis de orina puede resultar negativo, y para hacer el -- diagnóstico hay que recurrir a la glucemia en ayunas y a -- la glucemia posprandial determinada dos horas después de la comida.

El diabético precoz puede detectarse median -- te la prueba de la tolerancia de la glucosa o la prueba de la tolerancia de la glucosa y cortisona.

Es importante recordar que el hallazgo de glucosa en la orina no basta por si solo para hacer el diagnóstico de diabetes mellitus, porque hay otras condiciones capaces de producir glucosuria. No obstante, si un paciente presenta algunos de los signos y síntomas de la diabetes mellitus y además se descubre glucosa en la orina, el dentista debe aconsejarle que consulte con su médico y se ponga en tratamiento. Con frecuencia la remisión del paciente a su médico se basa en los signos y síntomas clínicos, aunque no pueda demostrarse la presencia de glucosa en la orina.

El diabético no compensado es propenso al desarrollo de infecciones de la piel y de los tejidos orales. Cuando sufren infecciones, estos pacientes suelen empeorar de su diabetes. Asimismo, en el paciente diabético no compensado las heridas no cicatrizan bien y se infectan con mucha facilidad.

TRATAMIENTO DENTAL

Un diabético no compensado con una infección oral aguda plantea un difícil problema de tratamiento. Es sumamente importante que el dentista lo remita a un médico para que trate su diabetes. También se ha de tratar la infección oral si desea obtenerse una compensación del estado diabético. Se ha de recoger material de la zona infectada para efectuar cultivos bacterianos y pruebas de sensibilidad.

dad a los antibióticos y se debe administrar al paciente un antibiótico como la penicilina. Una vez se tengan los resultados del antibiograma se administrará el antibiótico específico al cual sea más sensible el agente infeccioso. En caso de no poderse realizar antibiogramas, el antibiótico de elección es la penicilina.

Incluso el diabético compensado con insulina puede causar serias preocupaciones al dentista. Alrededor de quince por ciento de los pacientes sometidos a tratamiento insulínico presentan el tipo de diabetes juvenil o inestable y por lo tanto pueden descompensarse con facilidad. Asimismo, todo diabético que sufre una infección oral requiere un aumento de la dosis de insulina para mantener compensada su diabetes. El aumento de la dosis ha de ser vigilado por su médico.

Otro problema con el cual puede tropezar el dentista en los pacientes diabéticos es el shock insulínico. Aunque el diabético rara vez se olvida de su dosis de insulina, es frecuente que no desayune si está citado por el dentista por la mañana. Debido a la presencia de un exceso de insulina, puede sufrir una hipoglucemia que provoque incluso un shock insulínico, que se combatirá administrando alguna forma de carbohidrato, por ejemplo zumo de naranja azucarado. Para el tratamiento de urgencia de la dosis excesiva de insulina puede utilizarse también el glucagón. Con respecto a la diferenciación clínica entre el shock insulínico y el coma diabético.

TRASTORNOS DE LA COAGULACION

La coagulación de la sangre depende de unas proteínas especiales elaboradas por el hígado, del calcio y de las plaquetas, así como de algunos factores hemáticos adicionales. En el proceso de la coagulación se han descrito tres fases independientes: formación de la tromboplastina, formación de la trombina a partir de la protrombina y formación adecuada del producto de la fase I, la tromboplastina, son necesarios los factores hemofílicos; para que se inicie la fase II es necesaria la formación de tromboplastina, y para el comienzo de la fase III se requiere la formación de trombina.

En cada una de las fases son precisos otros factores, pero las deficiencias que puedan presentar o ser raras o no afectan al proceso de manera radical. La falta de calcio, por ejemplo, nunca da origen a un trastorno de la coagulación; una persona sería víctima de otros efectos de la hipocalcemia antes de que la calcemia fuera lo suficiente baja para alterar el proceso de la coagulación.

Las deficiencias en los factores hemofílicos reflejan muy a menudo un defecto congénito. El déficit congénito de fibrinógeno también puede darse en raras ocasiones. No obstante, las causas más frecuentes de los trastornos hemorrágicos son las enfermedades hepáticas o la administración de medicamentos anticoagulantes, tales como la heparina y el Dicumarol, usado en el tratamiento de pa-

cientes con un infarto reciente del miocardio o después de las intervenciones sobre el corazón.

DIAGNOSTICO

Los pacientes con trastornos de la coagulación presentan con frecuencia los síntomas siguientes: petequias, equimosis, hemartrosis (fibrosis y anquilosis de las articulaciones producida por la hemorragia y la organización del coágulo por tejido fibroso), hemorragia gingival espontánea y epistaxis. Los pacientes con una historia de aparición fácil de equimosis, hematuria, hemorragias prolongadas tras pequeñas cortes o tras la extracción de dientes, hospitalización por hemorragias, transfusiones múltiples, hepatopatía reciente o tratamiento prolongado con aspirina deben ser examinados a fondo para detectar un posible problema de la coagulación.

Las pruebas de laboratorio utilizadas para descubrir las alteraciones de la coagulación comprenden el tiempo de tromboplastina parcial, el tiempo de protrombina y la concentración de fibrinógeno en sangre.

TRATAMIENTO DENTAL

Los tratamientos quirúrgicos en los pacientes con alteraciones de la coagulación, congénitas o adquiridas, son peligrosas en el mejor de los casos. Muchos de-

estos pacientes son tributarios de la hospitalización y de la sustitución de los factores que les faltan antes de intervenirlos quirúrgicamente. Incluso así, algunos pacientes resultan de difícil manejo y por lo tanto es necesaria la colaboración estrecha con un hematólogo, y no deben efectuarse intervenciones quirúrgicas.

CAPITULO TERCERO

Sólo hay un bien,
el conocimiento...
Sólo hay un mal,
la ignorancia.....

Sócrates

" Ando despacio ;....
pero jamáz desando lo andado "

Abraham Lincoln.

Una de las habilidades necesarias para practicar con éxito la odontología es la capacidad para manejar al paciente erótico. El dentista deberá ser diestro en el manejo del paciente que tiene miedo al consultorio dental, que encuentra sumamente incómodas las manipulaciones en la boca, y que responde exageradamente a los estímulos dolorosos. Tales pacientes responden favorablemente a un trato amable y tranquilizador, una organización bien pensada del ambiente del consultorio y el uso de preparados sedantes cuando estén indicados.

Por lo tanto, al establecer el estado de salud de un paciente es importante considerar la posibilidad de que existan trastornos emocionales que influyen en su estado físico.

La importancia emocional de la cavidad oral es de tal magnitud durante toda la vida que no es sorprendente observar que cuando hay un problema emocional, la cavidad oral se ve afectada con frecuencia. Por lo tanto es de suma importancia que el dentista tenga conocimiento de las relaciones del estado emocional del paciente con los signos físicos y los síntomas que se observan en la cavidad oral.

Dichos problemas emocionales pueden manifestarse físicamente, en la boca o en otras partes del organismo en forma de reacciones de conversión o psicofisiológicas.

Estas reacciones pueden ser benignas, o amenazar la vida.

Las reacciones corporales en los fenómenos corrientes de la vida diaria serían por ejemplo. Cuando una persona se asusta, la tensión sanguínea se eleva, el número de movimientos respiratorios aumenta, los latidos cardiacos se aceleran, las glándulas sudoríparas aumentan su actividad y sus pupilas se dilatan. Cuando se trata de un susto se siente miedo y los musculos se ponen en tensión; cuando se trata de un disgusto el estómago se revuelve; si está avergonzada se ruboriza o cuando se tiene un dolor moral, las glándulas lacrimales secretan lágrimas. Toda emoción se manifiesta en forma fisiológica. La ansiedad crónica y la tensión prolongada puede conducir a la disfunción o a lesiones de los tejidos y organos.

Existen casos de reacciones de defensa del organismo que sirven para aliviar la ansiedad, por ej. el dolor facial ideopático, la odontalgia sin causa aparente, el trismus y la glosodinia.

Al ocuparse de problemas de este tipo el Dentista debe dominar su propia reacción emocional ante el paciente y cuidadosamente toda manifestación de incredulidad o desdén, solo porque no descubre pruebas físicas de enfermedad o no encuentra una explicación clínica de los síntomas existentes. Cabe hacer una historia clínica detallada y

exhaustiva, dando al paciente la oportunidad de comentar su problema.

En casos de trismus histérico a veces es necesario manipular la mandíbula bajo anestesia para demostrar la ausencia de cualquier factor físico que pudiera limitar el movimiento mandibular; sólo cuando el dentista esté seguro de que no existe ninguna causa demostrable de los síntomas del paciente, puede proceder con confianza.

Si la reacción es de tipo benigna se debe organizar un régimen de tratamiento vitamínico, y frecuentes visitas para tranquilizar al paciente (estar a la expectativa); Si el problema es mas serio, se debe remitir el paciente a un psiquiatra. La mejor manera de hacerlo es indicando al paciente que su problema requiere la colaboración de otro profesional, lo cual es siempre preferible a desahacerse bruscamente de él dejándolo en manos del psiquiatra, cosa que le permitiría sacar las conclusiones que son de su poner.

La terapéutica a seguir en casos de trismus - histérico será la administración i.m. de Valium 10 mg y reposo absoluto. (en casos extremos) si no lo requiere así el estado se le recetarán ansiolíticos (que contienen Diazepán) de 2 a 10 mg v. o.

Hay dos maneras, que aunque tentadoras deben evitarse. Primero, decirle al paciente que no puede ordenar ningún tratamiento, puesto que no se encuentra la explicación de los síntomas. Esto deja al paciente desorientado y le obliga a buscar otro dentista, que lo cure.

La segunda manera de proceder, que todavía es más peligrosa para el paciente, es ceder a su presión y efectuar un tratamiento que se sabe no es adecuado al caso. Existen casos que por ceder a estas presiones se han extraído muchos dientes normales. Aunque es sincero el deseo de ayudar al paciente, puede predecirse un resultado desastroso. Al cabo de poco tiempo, el paciente elegirá subconscientemente otro diente como órgano de defensa y se repetirá el problema inicial, y si se accede al deseo del paciente por ejem. de que se le extraigan todos los dientes se puede predecir una crisis psiquiátrica aguda al faltar totalmente los dientes que pudieron utilizarse como mecanismos de defensa.

LA PATOLOGIA ORAL Y SU DIAGNOSTICO.

Cuando se descubre cualquier anomalía o enfermedad, el tratamiento se basa en el diagnóstico o en la comprensión del proceso morboso y sus secuelas. Si el diagnóstico es sólido, también lo será la terapéutica. El dentista está obligado a conocer, qué medios de diagnóstico pueden emplearse en cada situación una vez descubierta la -

anomalía y cómo terminará la enfermedad. También debe estar bien informado de cuando y como derivará el caso a un especialista, ésto constituye un buen servicio dental. En la — Práctica dental es preciso saber las propias limitaciones y saber realizar lo suyo de manera excelente. Además los patólogos orales han sido instruidos para el diagnóstico clínico, tal conocimiento los capacita para las consultas sobre el — diagnóstico clínico y el tratamiento.

El dentista, ya sea por conocimiento o mediante la lectura ha de ser capaz de interpretar el significado del diagnóstico en términos de:

- 1.- Si está indicado o no algún tratamiento.
- 2.- Qué forma de terapéutica se ha de seguir, cuando el tratamiento está indicado, y que efectos producirá a nivel local.
- 3.- Qué tratamiento puede usarse para la alteración oral si es una manifestación de un trastorno general.
- 4.- Si está indicada la remisión a un médico para su tratamiento.
- 5.- Cómo terminará la enfermedad (pronóstico).

Los principios de Patología en diagnóstico — oral.

La mucosa normal presenta un aspecto uniforme. Una superficie mucosa de aspecto normal puede tener una coloración rosada global o presentar matices diversos del rosa de una zona a otra. Lo que exige atención es la desviación del color en una zona determinada.

Las relaciones del tejido como enfoque diagnóstico.

Es fundamental conocer dos cosas sobre los tejidos si se desea enfocar el diagnóstico de manera inteligente: cómo reaccionan básicamente los tejidos a los procesos patológicos, y cómo y cuándo curan los tejidos.

Los tejidos reaccionan a la enfermedad, ya sea creciendo (proliferación) o bien descomponiéndose (destrucción).

Según la causa del proceso morboso y el huésped individual, por ejemplo, la presión o la irritación mecánica pueden producir tanto desintegración como proliferación. La enfermedad bacteriana generalmente produce la desintegración del tejido y la formación de un exudado. Los procesos neoplásicos malignos suelen presentar elementos tanto de destrucción como de proliferación, el tener presentes estas dos reacciones básicas a los procesos patológicos y la interpretación.

Según la causa, el proceso morboso y el huésped individual. Por ejemplo: la presión o la irritación mecánica pueden producir tanto desintegración como proliferación. La enfermedad bacteriana generalmente produce la desintegración de tejido y la formación de un exudado. Los procesos neoplásicos malignos suelen presentar elementos tanto de destrucción como de proliferación. El tener presentes estas dos reacciones básicas a los procesos patológicos, desintegración (ulceración, necrosis) y neoformación (proliferación), facilita el diagnóstico diferencial.

Por esta razón presento una tabla en la que están alistadas las reacciones histicas originadas por las enfermedades más comunes y lesiones orales más frecuentes - (excluyendo los defectos de desarrollo, la caries y la enfermedad periodontal). El conocimiento de las circunstancias en que curan los tejidos es de gran valor. Con frecuencia la forma en que se efectúa la curación ayuda a establecer o a verificar el diagnóstico.

Por ejemplo las úlceras cancerosas no curan, mientras que las úlceras traumáticas lo hacen si se elimina la causa del trauma. Así mismo, las úlceras herpéticas curan con el tiempo y sin tratamiento, mientras que las ulceraciones producidas por hongos o bacterias de ordinario no sanan sin tratamiento.

En resumen, el conocimiento de lo que consti

tuye la normalidad, el conocimiento de las reacciones básicas de los tejidos ante los procesos patológicos, y la interpretación de cuando curan los tejidos constituyen los — principios fundamentales de la patología oral que se aplica en la detección y el diagnóstico de la enfermedad. Estos — principios son sencillos. El conocimiento detallado específico de las enfermedades no es un requisito previo para su aplicación. El diagnóstico se basa en la comprensión de las modificaciones o reacciones hísticas una vez que se han des cubierto.

PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA LA DETECCION Y EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES ORALES.

Aquí describo las técnicas clínicas utilizadas para aplicar los principios de patología en el diagnóstico oral.

EXAMEN DEL TEJIDO BLANDO

El exámen clínico de los tejidos blandos ora les y periorales deberá convertirse en un procedimiento de rutina en la práctica general.

Esto comprende los siguiente: inspección vi sual, palpación y sondeo.

Hay algunas observaciones básicas que solo pueden realizarse mediante la vista.

La presencia de tumefacciones y ulceraciones en la piel y en la mucosa oral, el tamaño y la forma de una lesión elevada, las alteraciones de color y algunas lesiones de caries.

La consistencia de una tumefacción, la textura de una leucoplaquia, o la movilidad de un diente no pueden determinarse por la vista. En estos casos hay que recurrir a otro método de exploración, la palpación o manipulación manual para saber si una tumefacción es firme o blanda hay que tocarla. De manera precisa hay que tocar una leucoplasia para saber si es lisa o áspera. Con frecuencia es posible descubrir por palpación tumefacciones o masas submucosas que no pueden detectarse con la vista.

La sonda se emplea con frecuencia para detectar las lesiones de caries y las bolsas periodontales; no obstante, tiene otros usos; puede utilizarse para demostrar los trayectos fistulosos en el hueso y en el tejido blando. El sondeo permite descubrir comunicaciones oral-antrales, y por sondeo puede determinarse la localización, la naturaleza de una obstrucción de los conductos de las glándulas salivales.

TECNICA DE LA INSPECCION VISUAL.

Exámen perioral.

- 1.- Mírese la piel del cuello y de la cara.-
Observe la presencia de ulceraciones, tumefacciones y manchas.
- 2.- Dígase al paciente que abra y cierre la boca mientras se observan las articulaciones temporomandibulares y los movimientos de la mandíbula para descubrir las asimetrías.

También cabe descubrir las asimetrías observando la relación de los incisivos centrales maxilares con los incisivos centrales mandibulares.

Normalmente los espacios interproximales han de ser contínuos; estas asimetrías suelen indicar una maloclusión, una anomalía de la articulación temporomandibular, o la presencia de masas en los tejidos blandos adyacentes a la mandíbula que afectan a su movimiento.

EXAMEN ORAL

Obsérvese los labios y las mucosas labial pa-

ra descubrir posibles tumefacciones, úlceras o manchas. Para examinar la mucosa labial hay que doblar el labio hacia arriba o hacia abajo, con los labios vueltos hacia afuera - examínense la encía vestibular y los pliegues sucovestibulares.

A continuación se examina la lengua. Cuando - está en posición normal solamente puede examinarse el dorso, la superficie ventral de la lengua se hace visible cuando - el paciente dirige la punta de ésta al paladar. Es importante el exámen del borde posterolateral, porque la mayoría de cánceres de la lengua se desarrollan aquí. No puede observarse esta zona a menos que la lengua se saque con una compresa de gasa y tirar de ella suavemente hacia afuera ya un lado.

Las encías linguales mandibulares se observan con la ayuda de un espejo.

Mientras se observa la encía en la cara reflejante del espejo, el dorso de este separa la lengua. La mucosa gingival retromolar se inspecciona durante la exploración gingival. La encías palatinas y la mucosa del paladar duro pueden observarse por visión directa o indirecta - con un espejo.

El paladar blanco, la úvula y la orofaringe -

se observan deprimiendo la lengua la visualización de los pilares del paladar y de la faringe en facilita mediante un bajalenguas indicando al paciente que diga " AH " .

TECNICA DE PALPACION

Tal vez el orden más frecuente de la palpación es por los tejidos extraorales y terminar por los intraorales.

Póngase las manos planas sobre la cara, con los dedos de ambas manos sobre la piel del cuello, aproximadamente de 2 a 5 cm. por debajo del borde inferior de la mandíbula. Los dedos han de estar en posición perpendicular al cuello y han de presionar con firmeza. Luego se hacen subir lentamente hasta llegar al borde inferior de la mandíbula.- De esta forma, se utiliza la mandíbula como pared sobre la cual se mueven los gánglios linfáticos.

Los labios, la mucosa bucal, la lengua y el suelo de la boca se palpan bimanualmente o bidigitalmente.- Si solamente se usara un dedo, una masa subyacente podría desplazarse ante su empuje y escapar a la detección.

SONDEO

La sonda como ya dije anteriormente se utili-

za para descubrir trayectos fistulosos así como para detectar caries o determinar la presencia de bolas parodontales, también para detectar una comunicación entre la boca y el seno maxilar.

El error que se puede cometer en un exámen — clínico es el de que pase inadvertida una lesión o una zona patológica.

Otro error posible, es el que se produce cuando se piensa equivocadamente que una estructura normal es patológica.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El exámen radiográfico se utiliza tanto como medio para descubrir anomalías cuando como método auxiliar-diagnóstico. Las radiografías se limitan a proporcionar información, la cual sumada a la obtenida con la historia y otros procedimientos de examen, puede ser útil para hacer el diagnóstico.

AFECCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales, adjuntas a la cavi---

dad bucal, están ligadas entre sí por su carácter fisiológico y por cierta unidad patológica.

Fisiológicamente, segregan la saliva, que contribuye al mantenimiento de las constantes físico-químicas del medio humoral; a este papel secretor se añade un papel emuctorio frente a ciertos productos orgánicos o ciertos cuerpos introducidos en el organismo; por último, tendrían tal vez un papel endócrino.

Las glándulas salivales principales son: la parótida y la submaxilar, se considera como secreción normal la cantidad de 300 gr. de saliva al día; a el aumento de secreción salival se le llama Sialorrea. Si se deglute la saliva en su totalidad es Sialofagia, y si es expulsada al exterior continuamente se le llama Ptialismo.

La Asialia expresa la disminución del flujo salival normal. Esta deficiencia origina una intensa sequedad de boca: (la lengua está seca, la mucosa bucal enrojecida y abrigantada.

Este síntoma puede observarse en numerosas infecciones, (paperas, septicémias).

Ciertas intoxicaciones (atropina, opio).

Por último ciertos síndromes glandulares.

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA CAVIDAD BU- CAL.

Los tumores benignos de la cavidad bucal son muy numerosos y se presentan en forma variada con arreglo a su localización; por lo que se refiere algunos, los criterios clínicos e histológicos que distinguen habitualmente los tumores benignos de los malignos son bastante poco acusados y están a veces sujetos a error.

Los tumores benignos linguales pueden ser de origen epitelial, de origen conjuntivo, por ejemplo: un lipoma, fibroma, mioma, angioma, o tumores mixtos de la lengua.

Los tumores benignos de los labios.- En los labios pueden hallarse toda clase de tumores benignos como los siguientes: Linfangioma difuso, Pseudoquistes postraumático, Adenoma salival, angioma, y Tumores mixtos.

Tumores benignos de la mucosa yugal: Lipomas de la bola adiposa de cichat, tumores mixtos de las glándulas salivales de las mejillas.

Tumores del suelo de la boca: En el suelo de la boca se desarrollan Ránulas (quiste de contenido mucoso), la hay sublingual y suprahioidea.

Tumores del paladar: Los papilomas, los fibromas y lipomas y tumores mixtos.

Tumores gingivales.-- Los tumores circunscritos nacidos a expensas de la mucosa gingival o de las partes óseas subyacentes se denominan épulis, se distinguen aquí fibromas y papilomas, Hiperplasia gingivales difusas.

Tumores benignos de los maxilares.

CONCLUSIONES

Estamos viviendo la era de la prevención de - enfermedades, es decir la Odontoestomatología preventiva, - es el estudio clínico precóz del enfermo y la aplicación de las medidas convenientes para cada caso en particular a nivel de individuo, de su familia o del ambiente. Pudiendola- dividir en primaria, secundaria y terciaria.

La primera constituye la primera etapa de toda la historia clínica, en seguida la etapa de prevención - secundaria en la que se procurará prevenir el aumento de - las lesiones o limitaciones funcionales; y la terciaria, es la que busca la rehabilitación del paciente.

Todos sabemos que cada paciente constituye un caso único. En ésta forma el estomatólogo atiende enfermos- no enfermedades, procurará siempre promover la salud y prevenir males antes que dedicarse a restaurar y reparar daños ya causados.

Por estas razones, la diagnósis continúa sien- do especialmente un arte; su resultado no solo depende de - la preparación del que lo realiza, sino también de su agude- za intuitiva; el más alto porcentaje de diagnósticos correc- tos será el del profesional que diligentemente se vale de - los medios tanto clínicos como de laboratorio y de Rayos X.

que pueden contribuir a la observación de su origen, evolución y a una correcta evaluación de los síntomas tal como se presentan.

Nuestro papel ante la medicina bucal y ante la sociedad es relacionar todas las estructuras anatómicas de la boca con el resto del organismo y no considerarla aislada, con este concepto veremos la importancia que tiene la propedéutica dentro de nuestro campo y sabiendo que la boca es la zona de mayor susceptibilidad de todo el cuerpo debido a su función ibhida y frecuentemente revela condiciones específicas tales como discracias sanguíneas, diabetes o muchas otras; considero que nuestra obligación es estudiar clínicamente a nuestros enfermos desde el punto de vista local y general, con la colaboración del médico.

B I O B L I O G R A F I A

- 1.- CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA
Dr. L. Martínez Cervante. ed. Ateneo 1968
- 2.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Edward V. Zegarelli
Austin H. Kutscher
George A. Hyman
Salvat, Editores, S. A. 1974
- 3.- REVISTAS Organo Oficial de la
ACADEMIA NACIONAL DE ESTOMATOLOGIA A.C.M.
Vol. XIII núm. 2 y vol XI S A.D.M.
- 4.- PRAXIS MEDICA Tomo
Sección de Digestivo 1976 Editorial
- 5.- MODERNAS ACTUACIONES CLINICOTERAPEUTICAS EN MEDICINA
INTERNA.
Por el Dr. F. Kenneth Albrecht. Editorial Labor, S. A.
1950.
- 6.- PATOLOGIA ORAL
Robert J. Borlin, D.D.S., M.S.
Henry M. Goldman, D.M.D.
THOMA SALVAT Editorial 1970