

318322 J

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

24A
20



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR

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

VERONICA PEREZ NUÑEZ
AMIT SHACHAM KUPER ✓

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIOS: Con infinito agradecimiento porque has sido sumamente generoso conmigo, ya que te debo todo lo que soy y lo que tengo.

A mis papás:

Con todo mi amor, admiración y respeto porque, gracias a su apoyo, consejos y cuidados, he llegado a realizar una de mis mayores metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Papá: Porque tu ejemplo ha sido mi guía.

Mamá: Porque tu amor es lo más grande, bello y sincero del mundo.

A mis hermanos:

Miguel, Norma Angélica e Iván con mucho cariño.

A mis tíos Lulú y Rubén por el cariño y apoyo que me han demostrado siempre.

A los Doctores:

David Rodríguez del Rosal

Enrique Rubín Ibarnea

**Juan Castro; de quienes recibí todo su apoyo y una ayuda inigualable
Para ellos con toda sinceridad, la expresión de mi agradecimiento.**

A Amit: Con todo mi cariño por la amistad tan grande y sincera que compartimos juntos en el transcurso de nuestra carrera.

INDICE

INTRODUCCION DEFINICIONES

CAPITULO I

METODOLOGIA PARA REALIZAR DIAGNOSTICOS

	1
1.1 Diagnostico como proceso de recopilación de información	1
1.2 Componentes del proceso de diagnóstico	5
1.3 Diagnóstico como proceso de suposición y decisión	7
1.3.1 Veracidad	7
1.3.2 Validez	8
1.3.3 Desviación	10
1.3.4 Rutina en medicina	11

CAPITULO II

FISIOLOGIA DEL DOLOR

	13
2.1 Anatomía del sistema nervioso	13
2.2 Mecanismos de conducción del dolor	16

CAPITULO III

METODOLOGIA PARA REALIZAR UN DIAGNOSTICO

	18
3.1 Anamnesis	18
3.2 Examen físico	22
3.2.1 Examen de cabeza y cuello	25
3.2.2 Examen de tejidos blandos en cavidad bucal	26
3.2.3 Examen de los dientes	27
3.3 Exámenes auxiliares	28
3.3.1 Exámenes auxiliares clínicos	28
3.3.2 Exámenes auxiliares de laboratorio	36
3.4 Registro de Información	43

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO DEL DOLOR EN ODONTOLOGIA

	48
4.1 Sistema o técnica de evaluación	48
4.2 Dolor de origen en cavidad bucal	53
4.2.1 Dolor de origen dentario o pulpar	54

4.2.2 Dolor de origen dentario	56
4.2.3 Dolor de origen pulpar	58
4.3 dolor de origen parodontal	64
4.3.1 Manifestación del paciente	65
4.3.2 Manifestación del paciente	67
4.3.3 Manifestación del paciente	68
4.4 Dolor de origen en la encía, mucosa, lengua	72
4.4.1 Dolor de origen en la encía	72
4.4.2 Dolor de origen en la mucosa oral	76
4.4.3 Dolor de origen en la lengua	77
CAPITULO V	
DOLOR DE ORIGEN EN LA CARA	80
5.1 Sinusitis	80
5.2 Dolor de origen en glándulas salivales	82
5.3 Dolor miofacial	85
5.3.1 Conclusiones	87
5.4 Neuralgias	91
5.4.1 Neuralgia la trigeminal	92
5.5 Dolor facial atípico	94
CAPITULO VI	
DOLOR DE ORIGEN PSICOLOGICO	97
6.1 Dolor psicogénico	98
6.1.2 Psicodinámica del dolor	101
6.2 Dolor postoperatorio	103
6.2.1 Dolor después de realizar una amalgama	103
6.2.2 Dolor después de una restauración de prótesis fija	105
6.2.3 Dolor después de una endodoncia	105
6.2.4 Dolor después de una inyección	106
6.2.5 Dolor después de una extracción	107
CAPITULO VII	
BASES DEL PLAN DE TRATAMIENTO	109
7.1 Introducción al plan de tratamiento	109
7.2 Objetivo del tratamiento y pronóstico	111
7.3 Pronóstico	114
7.4 Técnica de plan de tratamiento	119
CONCLUSIONES	126
BIBLIOGRAFIA	133

INTRODUCCION

Diagnóstico es un proceso que detecta signos y síntomas presentados por el paciente para llegar a la definición de la enfermedad.

En este trabajo, se llevará a cabo en una forma distinta a diferencia de los libros, en los que generalmente llevan un orden por enfermedades, cuando la enfermedad es definida explicada en base a sus signos y síntomas característicos; de igual forma, el sistema de estudios del estudiante de medicina y odontología empieza por la etiología en el marco de estudios básicos y preclínicos, posteriormente llega al encuentro con el paciente.

Una de las dificultades principales con el odontólogo, es el cambio del proceso de pensamiento en la situación clínica: cuando el encuentro con el paciente nos obliga a la examinación de signos y síntomas y posteriormente llegar a la etiología.

El presente estudio representa en primer lugar la forma de pensamiento sobre el diagnóstico, cuyo principal objetivo es la recopilación de información y el análisis de hipótesis; por lo tanto, su objetivo es que el estudiante de odontología

aprenda esta forma de pensamiento en el proceso de diagnóstico durante la práctica.

En base a estas ideas, se iniciará explicando el sistema de recopilación de informes con el paciente, dando énfasis a los medios de evaluación, su validez y veracidad y la manera de su comprobación.

La materia sobre el diagnóstico del dolor es básico en odontología, además de que también lleva un orden de una manera más cercana a la forma que la expresa el paciente.

La materia está ordenada en los siguientes capítulos principales:

- Diagnóstico.
- Fisiología del dolor.
- Metodología para realizar un diagnóstico.
- Diagnóstico del dolor en odontología.
- Fundamentos en la planeación del tratamiento.
- El odontólogo y su ambiente

DEFINICIONES:

DIAGNOSTICO

1. Arte de distinguir una enfermedad de otra.
2. Terminación de la naturaleza de un caso de enfermedades. En odontología, este proceso puede incluir la evaluación de datos obtenidos de los antecedentes dentales y médicos, exámenes extrabucales e intrabucales, estudios radiográficos, pruebas pulpares, exploración de todos los dientes asociados y otros con restauraciones discutibles o lesiones cariosas, modelos de diagnóstico articulados y un análisis general.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diferenciación de una enfermedad de otras estrechamente relacionadas o semejantes, mediante la comparación sistemática y datos clínicos, patológicos y de laboratorio.

DIAGNOSTICO ORAL

Arte y ciencia de reunir, registrar y evaluar información que contribuye a la identificación de anomalías de cabeza y cuello, relacionados con la salud total del enfermo.

DOLOR

1. Estado físico que puede oscilar entre una leve sensación de molestia y terribles sufrimientos. Es una manifestación y un signo indicador de lesión producida por un agente externo o de la presencia de procesos nocivos en organismo que también sirve para localizar la zona afectada y como mecanismo de defensa, que inicia como una acción reflejada que permite la eliminación o el alejamiento del órgano o de la parte afectada de la fuente de la lesión.

2. Angustia o stress mental. Causalgia, hiperalgesia, hiperestesia, y neuralgia.

3. Sensación dolorosa fija y continua en alguna de la partes del cuerpo.

CAPITULO I

METODOLOGIA PARA REALIZAR DIAGNOSTICOS

1.1. DIAGNOSTICO COMO PROCESO DE RECOPIACION DE INFORMACION.

El diagnóstico es la recopilación de información en el paciente; al terminar este proceso, se llega a varias decisiones sobre el carácter y tipo de enfermedades que puede tener.

Se puede describir el proceso de diagnóstico de una forma de pensamiento, el cual el médico entiende el proceso de la enfermedad por la interpretación del fenómeno clínico.

Es una aplicación del sistema científico a la práctica de la medicina. Es la información básica que se obtiene sobre:

- a) Estructuras anatómicas infectadas.
- b) Procesos patológicos y alteraciones funcionales.
- c) Interacciones de éstos como el ambiente externo e interno.

Para obtener esta información, el médico usa varias técnicas aceptadas. El proceso de diagnóstico se divide básicamente en tres formas:

- a) **Anamnesis:** Se basa en la información dada por el paciente o algún pariente que pueda proporcionar esta información.
- b) **Revisión:** Obtenida por medio de la vista, palpación percusión (audición) del médico.
- c) **Instrumentos auxiliares:** Como el uso de aparatos y sistemas (Rayos X)

TECNICAS.

Se puede explicar la enfermedad en tres niveles:

- 1) Donde (donde se encuentra el proceso).
- 2) Naturaleza del proceso.
- 3) Porqué (cuál es la razón - etiología).

1) Donde.

La localización del proceso y/o enfermedad es de todo el cuerpo, pero clínicamente se puede observar un órgano o tejido donde se expresa la patología; la descripción del lugar no siempre es fácil, hay que seguir diferenciando del lugar no siempre es fácil, hay que seguir diferenciando a base de los signos característicos, por ejemplo, dolor al frío quiere decir dolor en un diente o dolor que acompaña una inflamación.

De acuerdo a la definición de la localización y con ayuda de los signos característicos se podrá realizar el examen físico y exámenes auxiliares; de esta forma hay que localizar hasta donde se encuentran afectados los órganos dentinarios.

Una fractura en una pieza dentinaria o un cálculo en el conducto de la glándula salival que causa la obturación e inflamación de la glándula salival, a esto

se le considera un nivel de explicación de la reacción, en el otro nivel se desea conocer porqué se produjo un cálculo en el centro del conducto de la glándula.

Generalmente, en base a la experiencia y conocimiento del médico se tomarán en cuenta más factores en la etiología relevante; sin embargo, hay que advertir al clínico de llegar a las conclusiones de la etiología, al proceso del porqué.

Cuando un paciente tiene abrasión amplia de los dientes no necesariamente es bruxismo, cuando un paciente es alcohólico no siempre se tiene cirrosis hepática; por lo tanto, debemos definir la localización y naturaleza del proceso antes de llegar a la definición de la etiología.

2) Naturaleza del proceso.

La descripción de la naturaleza del proceso puede ser, inflamación o infección, proceso neoplásico o degenerativo, inflamación crónica, vascularización atrófica, molestia psíquica, etc.; en estos casos lo que se pretende, es hacer la descripción clínica al explicar el proceso patológico. Cada paso de la revisión principal, de la identificación de la naturaleza, nos ayuda a definir el problema siempre y cuando su localización estén ligados. A veces en el proceso de diagnóstico hay una confusión del tipo del proceso y localización, es decir, una

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR

inflamación aguda en la pulpa, tiene una característica específica, como sensibilidad al frío; en una etapa temprana del diagnóstico se puede saber cual es el proceso antes de llegar al diente afectado.

3) Porqué (Cual es la razón).

El problema de la etiología es muy complicado, la pregunta es, a qué nos referimos o cuál es la razón, generalmente hay que ver la razón como que cambia, que se puede ligar su cambio al inicio de la enfermedad.

1.2. COMPONENTES DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El componente de diagnóstico está compuesto fundamentalmente por tres partes:

1. Anamnesis.

2. Examen físico.

3. Exámenes auxiliares.

1. Anamnesis.

Es la historia que el paciente nos refiere, nos informa sobre las sensaciones subjetivas como dolor, inflamación, fiebre; así mismo, también nos refieren información del pasado, experiencias tenidas con otros tratamientos. De la Anamnesis podemos estudiar las reacciones del paciente para evaluar su estado, sus preocupaciones ante su estado o ansiedad.

2. Examen físico.

El médico realiza el examen mediante la vista, palpación, percusión, audición, cambios de forma, coloración, consistencia, etc., para poder llegar a un diagnóstico adecuado.

3. Exámenes auxiliares.

Además de la anamnesis y examen físico, el médico se basa de un equipo auxiliar; los principales elementos que usa el odontólogo son rayos X, cambios térmicos pulpaes, modelos de estudio, biopsias, así como estudios de sangre.

1.3. DIAGNOSTICO COMO PROCESO DE SUPOSICION Y DECISION

Se refiere al camino que el médico debe realizar para llegar al diagnóstico final. El médico debe tomar una decisión correcta, ya que en repetidas ocasiones no sabe a ciencia cierta lo que el paciente padece, por lo que su decisión la realiza en un ambiente de suposiciones que son reiteradas mediante la información, la cual debe ser evaluada cuidadosamente.

1.3.1. VERACIDAD

Es un examen repetitivo el cual proporciona los mismos resultados si se verifica la reacción del diente a la temperatura el examen al frío (etil-clorhídrico) será veraz cuando la temperatura durante la aplicación sea igual en todos los exámenes y en la misma zona del diente; si la aplicación varía de zona en el diente o varía la temperatura, este examen no será veraz.

1.3.2. VALIDEZ

Es la medida por la cual se refleja el proceso patológico, por ejemplo, el nivel de la profundidad de caries en el diente se diagnostica en dos formas: radiográficamente y con la exploración directa (remoción de caries), de estas, la segunda forma tiene mayor validez, ya que la radiografía, es tridimensional siendo una imagen menos real del proceso carioso.

Para entender mejor la idea de veracidad y validez se citarán dos ejemplos:

* Medición del estímulo eléctrico a la pulpa:

VERACIDAD. Generalmente es considerada cuando existe la posibilidad de aplicación en diferentes potenciales eléctricos controlados sobre una zona del diente.

VALIDEZ. Generalmente dudosa por la diferente reacción de cada tejido al estímulo, realmente refleja la situación patológica objetiva de la pulpa?

La veracidad y validez son de gran importancia en la interpretación de los signos clínicos ya que al no encontrarse en un nivel aceptado, los resultados y conclusiones de la información serán falsos; por lo tanto, hay varias posibilidades para aumentar la calidad de los resultados.

- a) Revisar la información de diferentes formas tanto con radiografías y signos vitales.

- b) Entender el mecanismo en el que actúa , nos ayuda a interpretar correctamente la información.

- c) Usar los criterios es de gran importancia; si queremos saber la sensibilidad de un diente a la percusión debemos compararlo con los dientes adyacentes.

- d) Aumentar la veracidad de los exámenes; pues no hay validez sino hay veracidad.

1.3.3. DESVIACION

Este concepto explica la idea del médico. Es importante recordar que varios exámenes médicos se pueden explicar en dos sentidos, especialmente aquellos que están relacionados con reflejos subjetivos (dolor) del paciente; muchas veces el médico llega a alguna suposición, dando mayor importancia a los resultados que logra de los signos y síntomas, ignorando otros datos, por lo que siempre su diagnóstico es correcto, por esta razón hay que verificar si existe otro diagnóstico ampliando el criterio y examinando las suposiciones.

El sistema científico se basa verificar suposiciones (las Hipótesis) recopilando como primer paso la información. La hipótesis no es una decisión sino

una suposición de algo posible, de la que se obtiene una consecuencia entre un fenómeno. El propósito del experimento es verificar una hipótesis.

Se puede concluir que el diagnóstico es la hipótesis que se verifica cuando se consideran las siguientes decisiones:

- a) Detectar mediante exámenes auxiliares.
- b) Tratamiento.
- c) Revisión.

1.3.4. RUTINA EN MEDICINA

Aunque el proceso de diagnóstico está basado en la verificación de hipótesis, se establecen algunas reglas en medicina como rutina, cuando se examina al paciente y cuando los objetivos son:

- a) Sistematización en la forma de pensar y recopilar información por el médico.

- b) No hay que olvidar la información para no ser parte de nuestra hipótesis.

- c) Descubrir otras patologías que no están relacionadas al problema inmediato del paciente pero que puede causar daño.

- d) Darle al odontólogo principalmente sensación de confianza y ahorrar tiempo.

Las limitaciones de la rutina son la necesidad de atender gran cantidad de información, el cual no es el principal problema para el diagnóstico. La práctica enseña que para tomar decisiones, no se puede atender un gran número de información; cuando el médico necesita atender más de dos informaciones, tiende a ignorar otras, por lo que no siempre el ignorar información es correcto.

La gran diferencia entre el clínico con mayor experiencia y el principiante, es que el primero puede atender más datos y formar una sólida información disminuyendo la equivocación.

CAPITULO II

FISIOLOGIA DEL DOLOR

2.1. ANATOMIA DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso es un grupo de órganos que controla los procesos intelectuales, está dividido en tres sistemas:

1. Central.
2. Periférico.
3. Autónoma.

El sistema nervioso está formado básicamente por tejido nervioso. La unidad básica de la conducción es la neurona, que es una célula especializada en la transmisión de impulsos.

La neurona está formada por el cuerpo de la célula y sus fibras, que son los axones, dendritas y fibras colaterales. El impulso es transmitido de una neurona a otra, por una sustancia química llamada acetil colina. La colina esterasa es otra sustancia química, cuya función es neutralizar el acetil colina. Las neuronas se

clasifican según sus funciones; éstas llevan los impulsos a través de las dos vías del sistema nervioso central, una aferente ó motor, que lleva los impulsos del sistema nervioso central al músculo, glándula u órgano, propiciando su actividad, y otra eferente. El nervio es una fibra que cambia su apariencia según su grosor y distribución por todo el cuerpo.

1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Este sistema se encuentra localizado en el cerebro, teniendo el control de todo el cuerpo. El cerebro se divide en zonas y cada zona controla a su vez una función del cuerpo, como es el habla, vista, audición, movimiento, latidos del corazón respiración y temperatura corporal. La médula espinal que está protegida por las vértebras de la columna vertebral, posee numerosas fibras nerviosas que descienden del cerebro y controlan los reflejos del sistema nervioso periférico y autónomo.

El sistema nervioso central está formado por 12 pares craneales teniendo su origen en el cerebro y proporcionando ramas colaterales a la cabeza, cara y médula espinal, que aunque se anastomosan en diferentes partes del cuerpo, cada nervio inerva una estructura específica.

Algunos de los nervios periféricos están compuestos solamente de fibras sensitivas, pero la mayoría están formadas de fibras sensitivas como motoras.

2. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO.

4.

El sistema periférico está involucrado en todas las actividades del cuerpo. La sesación nerviosa lleva el impulso (como el tacto, dolor, visión) al cerebro, éste a su vez evalúa el mensaje y manda el impulso nervioso, que causa respuesta del cuerpo.

Generalmente, las respuestas del cuerpo manifestarán movimiento de la interacción del sistema periférico y central, conocidas como arco reflejo.

3- SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.

El sistema nervioso autónomo controla la acción cardíaca, músculo liso, glándulas y dilatación y contracción de vasos sanguíneos; este control es involuntario.

2.2. MECANISMOS DE CONDUCCION DEL DOLOR.

Etapas esenciales en la generación del potencial de membrana:

1. La bomba de sodio produce una concentración elevada en la membrana y una concentración baja en el interior; esto crea un potencial negativo dentro de la fibra.
2. El potencial negativo dentro de la fibra, impulsa a los iones de potasio de carga positiva hacia el interior y la bomba de potasio añade una pequeña cantidad de éstos iones; estos dos efectos producen una concentración elevada de potasio dentro de la fibra y una concentración baja en el exterior.
3. El aumento de permeabilidad de la membrana para los iones de sodio da inicio al potencial de acción, donde los iones de sodio se infiltran hacia el interior de la fibra con sus cargas positivas, a este proceso se le conoce como despolarización.

4. La electricidad positiva que entra en la fibra nerviosa se mueve por el interior de la misma; ésta tiene un efecto sobre la membrana adyacente y la vuelve también muy permeable al sodio, por lo tanto, también aquí hay infiltración de sodio y el proceso se repite una y otra vez a lo largo de la fibra nerviosa; es así como el impulso nervioso viaja a lo largo de la fibra.

5. Una vez que la fibra se ha despolarizado por completo, la membrana se vuelve súbitamente impermeable al sodio y más permeable al potasio. A causa de la concentración elevada de potasio en la fibra, se difunde grandes cantidades de potasio de carga positiva hacia el exterior, la pérdida de éstas cargas positivas hace que el interior se vuelva negativo de nuevo, a este proceso se le conoce como repolarización, de esta manera, la fibra nerviosa está lista para transmitir otro impulso nervioso.

6. Durante el período en que la fibra se despolariza se mueve un número pequeño de iones de sodio hacia el interior de la fibra: durante el proceso inicial de repolarización se mueve un número pequeño de iones de potasio hacia el exterior; en éste momento, la bomba de sodio empieza a trabajar de nuevo incluso entre los potenciales de acción y bombea iones de sodio hacia el exterior, reestableciendo las concentraciones de iones entre el interior y el exterior.

CAPITULO III

METODOLOGIA PARA REALIZAR UN DIAGNOSTICO

3.1. ANAMNESIS

La anamnesis es un proceso de recopilación de información de lo que externa el paciente y/o sus familiares. El origen de la palabra anamnesis es recordar (del griego), el paciente cuenta al médico lo que recuerda. Una parte inseparable del proceso de anamnesis es la organización de la información aceptada, su anamnesis es la organización de la información aceptada, su anotación, dar un enfoque de los datos más importantes e ignorar las menos importante, organizando estos datos en una forma ordenada. Para ello se mencionarán dos componentes principales; primero, la parte forma ó técnico, siendo lo más fácil y la segunda, que es más difícil y complicada, se considera como arte.

Hay varias técnicas aceptadas para realizar la anamnesis, de las cuales se enfocará en una; ésta se basará en los siguientes puntos:

- a) Datos personales.
- b) Motivo de la consulta.
- c) Historia de la enfermedad.
- d) Historia clínica-médica.
- e) Hábitos.

a) Datos Personales.

Los datos principales que se deben considerar en este punto son: fecha, sexo, edad, estado civil, ocupación; son datos generales del paciente que darán

b) Motivo de la Consulta.

Es la razón por la que se presenta el paciente al servicio; por ejemplo, "no dormí en toda la noche por el dolor de muela", ó "cuando me cepillo los dientes me sangran las encías". En este punto se debe anotar la queja y preocupación principal del paciente en sus propias palabras, por la autenticidad de la información, sin interpretarla.

Cabe señalar que no siempre será idéntica la queja principal de un cliente a otro, por lo que se debe pensar que es su principal problema.

c) Historia de la Enfermedad.

El propósito de esta información, es especificar los datos proporcionados por el paciente mediante una serie de preguntas; por ejemplo: si el paciente se queja de dolor es prolongado, en que momento se manifiesta el dolor, etc. Sin embargo, este interrogatorio no deben guiar al paciente para confirmar nuestras sospechas, sino que el paciente debe explicar su malestar.

d) Historia clínica-médica.

Después de haber obtenido la información sobre la razón por la cual se presenta el paciente, otros datos importantes que nos interesa saber, es el estado general del paciente, hablando desde un punto de vista médico, cultural y socioeconómicamente.

La información médica más relevante, se refiere al estado general de salud del paciente, especialmente cuando se trata de enfermedades con manifestaciones en boca (enfermedades eruptivas, diabetes, hiperparatiroidismo, etc.) ó que puedan manifestar alguna reacción ante el tratamiento dental (fiebre reumática, hipertensión, problemas cardiacos, alergias, etc.); además, es importante especificar si hay alguna sensibilidad a ciertos medicamentos (antibióticos) ó si está bajo algún tratamiento médico en especial, tipo de medicamento y duración

del tratamiento. Toda esta información es referida por el paciente, pero si se llega a encontrar alguna anomalía o alguna duda sobre la salud del paciente, es necesario pedir información al médico general que nos proporcione mayor información sobre la patología del paciente, antes de iniciar cualquier tratamiento.

De igual forma, al conocer la procedencia étnica (cultura, economía) del paciente, sabremos que hay diferentes manifestaciones y reacciones al dolor, enfermedad y a las necesidades de atención médica.

e) Hábitos.- Antecedentes.

Los antecedentes patológicos son básicamente las enfermedades hereditarias (diabetes, hipertensión, malformaciones congénitas, etc.). En cuanto a los hábitos, nos interesa saber aquellos que están ligados a la cavidad bucal como son hábitos parafuncionales (deglución, succión de dedo, proyección lingual, morder uñas, bruxismo, etc.), hábitos alimenticios, fumar e higiene, tanto general como bucal.

Forma de realizar la anamnesis: La técnica es sencilla, lo complicado es como hacerlo; lo importante es entender la situación. Generalmente, la anamnesis será el primer contacto entre el paciente y el médico, donde se inicia con la observación mutua, tanto del médico hacia el paciente, como del paciente hacia el

médico. El paciente, puede tomar diversas actitudes, temeroso o a veces agresivo; generalmente manifiesta su malestar como cree que el médico quiere oírlo; a veces la descripción es clara y a veces es confusa y poco garantizada; esos son los puntos que el médico debe considerar cuando realiza la anamnesis.

Al llevar a cabo la anamnesis, se debe dejar que el paciente explique minuciosamente su malestar, con mucha atención, si es la primera plática, que sea de preferencia en privado y no en el sillón dental, dejar que hable sin interrupción, sin interrogatorios; en ese momento, el médico podrá percibir el estado de ánimo del paciente; por lo tanto, hay que recordar que la comunicación entre el médico y paciente el primer paso de la anamnesis para la recopilación de la información, donde se le debe proporcionar confianza al paciente.

3.2. EXAMEN FISICO.

El examen físico se realiza por el odontólogo, tanto en la zona de cabeza, cuello, como en boca, donde debe usar el sentido de la vista, tacto y oído.

VISTA.

Generalmente se observan los siguientes cambios:

- a) **Simetría.** Se comparan tanto el lado derecho como el izquierdo, lo que ayuda a observar cambios en contorno, tamaño y forma.

- b) **Contorno, Tamaño y Forma.** El contorno, tamaño y forma en una zona determinada, nos ayuda a diagnosticar algún estado de inflamación, hiperplasia o atrofia.

- c) **Color.** Los cambios de coloración en un tejido, palidez o pigmentación, ayuda a diagnosticar algún estado de inflamación, hiperqueratosis u otra anomalía.

- d) **Cambios de oclusión y desviación en movimiento.** La apertura limitada de la boca, desviación en la relación de los maxilares, desviación en apertura o cierre, se puede diagnosticar a través de la vista.

PALPACION.

Se realiza con el tacto o a veces con algún instrumento; la palpación nos informa sobre los siguientes cambios:

- a) **Consistencia.** Firmeza dureza del tejido, zonas inflamadas, nódulos linfáticos, exudado, penetración del explorador en zonas cariadas de un diente o al explorar la encla.

- b) **Movilidad.** Para detectar nódulos linfáticos juntos o libres, tumoraciones o movilidad dentaria.

- c) **Sensibilidad.** Palpación muscular, zonas con inflamación, nódulos linfáticos, zonas periapicales de los dientes, lo que puede causar dolor y manifestar algún proceso inflamatorio o infeccioso o espasmos musculares.

- d) **Superficie.** Se pueden observar rugosidad de la mucosa o irregularidades en la superficie dentaria.

PERCUSIÓN.

Se realiza con un instrumento sobre los órganos dentarios para percibir zonas sensibles que puedan manifestar alguna alteración; también se puede realizar la percusión en otro tipo de zonas o cavidades.

AUDICION.

Es un examen muy limitado en odontología, ya que al realizar la percusión se puede manifestar de manera diferente. Se puede utilizar un estetoscopio para la exploración de la articulación temporomandibular durante el movimiento, o en la oclusión para detectar alguna interferencia, por el sonido que se perciba.

3.2.1. EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

VISTA.

- a) Se deben considerar las asimetrías de cabeza, cuello y cara para detectar alguna anomalía en el desarrollo , presencia de inflamación o infección, cambios en la coloración de los tejidos.

- b) Se debe observar los movimientos mandibulares, para detectar alguna alteración en su movimiento, ya sea por alteración en articulación ó durante la oclusión por interferencias.

PALPACION.

- a) Se debe realizar la palpación de cara, cabeza y cuello para detectar alguna alteración, sensibilidad, agrandamientos y consistencia.

- b) De igual forma se debe realizar la palpación en la articulación temporomandibular durante el movimiento de apertura y cierre, además de los músculos y glándulas.

3.2.2. EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD BUCAL.

VISTA.

En este tipo de examen, se debe observar como primer punto, la colaboración, textura y humedad de los labios, posteriormente la zona yugal; en este momento, también se puede examinar la relación de las arcadas. En una apertura completa de la boca y con ayuda de un espejo, se examina el piso de boca, paladar, dorso de la lengua, faringe y manifestar la presencia de alguna alteración tanto de color, forma, tamaño; de igual forma se examina el contorno, coloración, tamaño forma y textura de la encía.

PALPACION.

De igual forma, este examen se realiza con el tacto. Se palpa la zona de carrillos, labios y piso de boca y observar dureza, rugosidades, consistencia y sensibilidad a la presión; además, a través de la palpación se detecta dureza y sensibilidad en lengua y encía para detectar alguna alteración.

3.2.3. EXAMEN DE LOS DIENTES.

La forma de examinar los dientes son: Vista, Palpación a través de un instrumento para detectar irregularidades, caries o movilidad, Percusión para detectar sensibilidad.

VISTA.

Se observa el número de dientes, ausencia o supernumerarios; coloración, cambios morfológicos ya sea por bruxismo, caries o abrasión; articulación e inclinaciones dentarias, así como espacios dentarios y restauraciones.

PALPACION.

A través de un instrumento, se realiza la percusión horizontal o verticalmente, para verificar la sensibilidad y cambios en los sonidos.

3.3. EXAMENES AUXILIARES.

Los exámenes auxiliares son aquellos que se realizan con ayuda de instrumentos y procedimientos especiales; parte de estos exámenes se pueden realizar en consultorio, como los exámenes de vitalidad dentaria con temperatura; otros se realizan a través de procedimientos especializados como son rayos X, exámenes de laboratorio (química sanguínea y biometría hemática).

3.3.1. EXAMENES AUXILIARES CLINICOS.

1. EXAMEN DE LA REACCION PULPAR.

La reacción pulpar se verifica bajo cambios de temperatura y electricidad.

A. EXAMEN AL FRIO.

Este examen se puede realizar colocando en la zona vestibular del diente un pedazo de hielo o un algodón con cloruro de etilo por cinco segundos (temperatura de 0°C), se retira la aplicación, percibiéndose la reacción del paciente. Para ello, hay que tomar en cuenta las siguientes reacciones: falta de reacción, dolor pasajero inmediato, dolor prolongado e intensidad del dolor. En el examen, se debe repetir la aplicación sobre los dientes adyacentes y en el diente homólogo para la comparación. Es importante realizar la aplicación suavemente para no ejercer demasiada presión, ya que el diente puede estar sensible a la presión y no al cambio térmico, pudiendo dar un dato falso.

INTERPRETACION DEL EXAMEN.

- 1) Dientes normales. El paciente siente la aplicación hay una reacción de dolor ligera y pasajera.
- 2) Pulpitis. En la inflamación aguda de la pulpa, hay dolor intenso y duradero. En el caso de una inflamación crónica y en necrosis pulpar, la reacción puede ser normal, a veces puede haber una reacción fuerte o

nula y en estos casos la aplicación del frío no refleja el estado de la pulpa.

- 3) Necrosis pulpar. No hay respuesta.

- 4) Caries. Generalmente hay una reacción fuerte.

B. EXAMEN AL CALOR.

El examen al calor se hace a través de una punta de gutapercha que se calienta hasta el punto de derretirse (50°). Se aplica la punta de gutapercha caliente en la zona vestibular del diente. Es importante mantener el diente húmedo, para que la gutapercha no se pegue al diente; cuando haya una reacción fuerte de dolor, retirar la aplicación inmediatamente. La interpretación del examen al calor, es similar a la del frío.

El escoger el examen al calor o al frío, generalmente está ligada a las manifestaciones que presenta el paciente.

C. VITALOMETRIA: EXAMEN DE ESTIMULOS ELECTRICOS A LA PULPA.

El aparato tiene un electrodo que da una corriente unipolar con frecuencia alta, el cual se cambia con un reostato. Presenta una escala de números arbitrarios del 1 al 10. el diente tiene que estar seco y aislado, para recibir mejor el paso de la corriente, el electrodo debe estar mojado con un electrolito, en este caso se puede usar la pasta dental. Se coloca el electrodo en la superficie vestibular del diente.

INTERPRETACIÓN DEL EXAMEN.

La principal función del estímulo eléctrico, es determinar la vitalidad del diente. En dientes normales, van a responder en la escala del 1 al 4, conforme el esmalte va siendo más grueso (dientes posteriores), la respuesta al dolor será en un nivel más alto del estímulo eléctrico.

En este examen, también es importante hacer la comparación con los dientes adyacentes y homólogo, debido a que solamente 2.3% de dientes con pulpa viva no responden a un estímulo eléctrico; el examen eléctrico será válido cuando no hay respuesta, donde hay una probabilidad alta de tener algún nivel de necrosis pulpar.

El examen eléctrico será válido, si queremos por ejemplo, entender el origen de un absceso (periapical o periodontal), o cuando se quiere diagnosticar, en dientes anteriores inferiores, zonas periapicales radiolúcidas como cementoma, que es entonces cuando no hay daño a la pulpa.

La interpretación de la reacción pulpar, todavía no está bien definida en muchos casos; por eso es importante realizar varios exámenes para aumentar la veracidad de éstos especialmente esta interpretación es más difícil, cuando los dientes presentan coronas; a veces en estos casos, para determinar finalmente la vitalidad de la pulpa, es necesario realizar el examen de exploración (perforación).

II. EXAMEN DE PERFORACION.

Se realiza mediante la pieza de mano de alta velocidad. Se lleva a cabo cuando hay necesidad de una visión directa y conocer la profundidad patológica de la pieza cariada. Este examen también es relevante cuando se desea determinar la vitalidad de la pulpa, especialmente cuando el diente presenta corona; además, cuando se desea saber si el origen de un absceso es periapical o parodontal.

III. ANESTESIA.

Otro medio para determinar el origen del dolor, es el uso de la anestesia local, se puede utilizar cuando el médico o el paciente no pueden determinar de que pieza proviene el dolor. Se anestesia la zona donde se sospecha que causa el dolor, si cesa el dolor, puede ser un indicativo de que sea la zona indicada. Cabe mencionar, que este examen es más exacto y veraz en el maxilar superior que en la mandíbula, debido a la diferencia en el grosor y condensación del hueso. Es importante mencionar que el examen de anestesia se debe realizar como último recurso para la sensibilidad dentaria, ya que después de aplicar la anestesia, no se podrán realizar otros exámenes como el de temperatura, percusión, perforación, etc.

IV. TRANSILUMINACION.

Es el examen en el cual se transmite un haz de luz a través de la zona examinada. El examen es eficaz, especialmente para detectar caries en diente anteriores.

V. ASPIRACION.

Este examen se realiza en tejidos blandos, especialmente cuando hay inflamación; se realiza con una aguja y jeringa, con la cual se aspira el contenido. De este modo se puede realizar examen de sensibilidad al antibiótico del material aspirado.

VI. EXPLORACION.

Además de la exploración dentaria, también se hace la exploración en tejidos blandos, mediante una sonda parodontal.

VII. MODELOS DE ESTUDIO.

En este sistema se copia la morfología de los dientes (enclía y paladar) con ayuda de un material de impresión del cual se obtiene unos modelos de yeso. Este sistema nos permite varios usos:

- 1) Guardar un registro exacto de la morfología de los dientes.
- 2) Estudiar la morfología dental en diferentes angulaciones.

- 3) Checar la relación bimaxilar en diferentes ángulos, especialmente por lingual, cuando los dientes están en oclusión, ya que este no se puede llevar a cabo clínicamente.

- 4) Registrar y examinar la relación bimaxilar.

- 5) Estudiar en los modelos, los cambios morfológicos probables, como resultado de algún tratamiento.

VIII. RADIOGRAFIAS.

Es uno de los auxiliares más usados en odontología. La mayoría de las patologías en odontología ocurren en el tejido duro. El tejido del diente y hueso alveolar son radiopacos, que en la mayoría de las ocasiones, al presentarse una patología, se puede descubrir radiográficamente mediante una zona radiolúcida.

El uso más común de las radiografía son:

- 1) Radiografía de aleta mordible, para detectar caries interproximal y el nivel del hueso alveolar.

- 2) Radiografías periapicales, para detectar patologías alrededor del ápice.

- 3) Radiografías oclusales y extraorales, usadas para detectar patologías más amplias en hueso y detectar dientes incluidos.

Las radiografías se pueden auxiliar con penetración de un material de contraste, por ejemplo: penetración de una punta de gutapercha a una fístula, para detectar su dirección; el uso de una sonda en una bolsa paradontal, para la detección del defecto, ya sea supraóseo o infróseo; penetración de un líquido de contraste a las glándulas salivales para observar su contorno.

3.3.2. EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO.

A) BIOPSIA.

Muchas veces se requiere el estudio histológico del tejido de una lesión bucal para llegar a un diagnóstico definitivo; los tejidos obtenidos con fines diagnósticos se llaman biopsias. En la cavidad bucal, se emplean las biopsias para

confirmar un diagnóstico de lesión maligna frente a una lesión clínicamente sospechosa, o como ayuda diagnóstica para el estudio de lesiones no neoplásicas, como nódulos y papilomas mucosos, líquen plano erosivo, eritema multiforme, lupus eritematoso, pénfigo y gingivitis descamativa. Puesto que en ocasiones las paredes de un quiste dental pueden dar origen a un carcinoma, se ha recomendado mandar al laboratorio de histopatología todos los tejidos de lesiones periapicales.

Los tipos de biopsia son:

- a) Incisional.
- b) Excisional.
- c) Perforación.
- d) Aspiración.
- e) Exploración.

El cirujano bucal posee el equipo y la experiencia necesarios para realizar una biopsia; pero el dentista general que se dedica a la atención exodóntica también puede realizar biopsias simples de la mayor parte de lesiones bucales.

Es fácil sacar tejido para un diagnóstico si se observan algunas reglas generales:

1. La muestra siempre debe ir acompañada de los siguientes datos: fecha de la biopsia, nombre, edad y sexo del paciente, zona de donde proviene la biopsia y descripción breve del aspecto clínico de la lesión, con síntomas acompañantes y posible diagnóstico clínico.
2. Deben evitarse los antisépticos superficiales que contienen yodo, pues podrían teñir de manera permanente ciertas células. Debe anotarse el anestésico empleado, y debe indicarse si el tejido fue obtenido con el bisturí (práctica aconsejada) o con el electrocauterio. Cuando se sospechan lesiones malignas, ciertos cirujanos eligen el electrocauterio, en particular cuando es imposible quitar la totalidad de la masa sospechosa.
3. La biopsia debe incluir no sólo parte de la lesión, sino también algo de tejido clínicamente normal. Las lesiones pequeñas deben extirparse por completo al tomar la biopsia (biopsia de excisión, comparada con la de incisión con la cual solo se extirpa una parte de la lesión). En cualquier caso es preciso recolectar una cantidad suficiente de tejido.

4. El fragmento de la biopsia que va a emplearse para el estudio histopatológico debe colocarse de inmediato en un buen fijador - generalmente formol al 10%- y debe mandarse al laboratorio.

b) EXAMEN CITOLOGICO.

Esta técnica se ha aplicado a varias enfermedades bucales, pero es útil sobre todo en el estudio de posibles lesiones malignas, en particular cuando éstas se presentan como lesiones ulceradas o rojizas sin queratina.

Nunca deberá adoptarse la citología bucal para el diagnóstico de una lesión bucal por el simple hecho de que sea más fácil de realizar que la biopsia. Se puede considerar indicado el examen citológico en las siguientes lesiones de mucosa bucal atendida en odontología:

1. Estudio rápido de laboratorio de una lesión bucal que, por su aspecto clínico, puede resultar maligna. Se requiere aproximadamente una semana en la mayor parte de los casos para estudiar y reportar una biopsia.

2. Estudios de laboratorio de una lesión bucal que, por su aspecto clínico, parece premaligna, cuando el dentista no obtiene la autorización de tomar una biopsia.

3. En pacientes con lesiones premalignas múltiples. A veces no es posible tomar biopsias de todas las lesiones, o quitar por completo las lesiones muy grandes, y la citología puede constituir un complemento muy útil de la biopsia.

4. Para el estudio seriado de laboratorio de una zona de mucosa previamente sometida a excisión o irradiación para combatir un tumor maligno. Es raro que puedan tomarse biopsias sucesivas, y la citología representa un mejor método que la simple observación clínica, en especial si los tratamientos previos han producido cicatrices u otros cambios tisulares.

El examen citológico se realiza mediante una presión firme con la cucharilla o espátula de madera o de acero para estar seguro de recoger un buen número de células; además, la muestra debe fijarse de inmediato; con este objeto, es indispensable un fijador en aerosol. Se manda al laboratorio con un reporte similar como el de la biopsia.

RESULTADOS.

La clasificación patrón empleada en los reportes de citología bucal, es la siguiente: Clase I, células normales; Clase II, algunas células atípicas sin datos de malignidad; Clase III, cambios poco precisos de la imagen nuclear; no hay pruebas definitivas de malignidad, pero es evidente la presencia de células aberrantes; Clase IV, posible malignidad; Clase V, cambios malignos evidentes. Un reporte que corresponda a las Clases III, IV y V debe ir seguido siempre de biopsia de la lesión.

c) EXAMEN BACTERIOLOGICO.

Puesto que la cavidad bucal posee una gran flora microbiana, y como la mayor parte de fenómenos infecciosos de la boca corresponden a infecciones endógenas mixtas originadas por esta flora, las técnicas de aislamiento bacteriano tienen poco valor para el diagnóstico de las enfermedades de la boca.

Sin embargo, e ciertas situaciones específicas, están indicadas estas técnicas:

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR

1. En el caso de lesiones supuradas alrededor de la cavidad bucal, la identificación de los microorganismos existentes en el pus obtenido por aspiración de estas lesiones nos puede dar información sobre la naturaleza del fenómeno infeccioso. La mayor parte de dichas lesiones se tratan por drenaje quirúrgico unido al empleo sistémico de alguno de los antibióticos activos. Sólo es posible interpretar los resultados de los cultivos bacterianos obtenidos del pus cuando la lesión no muestra ninguna unión demostrable con la cavidad bucal.

La lista completa de cepas aisladas de la cavidad bucal es larga, y muchas de ella sólo se pueden identificar o aislar recurriendo a métodos especiales de cultivo. Los microorganismos relacionados con algunas infecciones bucales comunes, como la gingivitis necrosante aguda, no se encuentran con las técnicas ordinarias de cultivo.

Las muestras que deban someterse a cultivo bacteriano han de recogerse de manera aséptica, para que los microorganismos obtenidos con la torunda sean representativos de la lesión que se estudie.

d) EXAMEN DE SANGRE.

En la mayoría de los estudios de sangre que manda el odontólogo, su objetivo es detectar aquellos pacientes cuya manifestación en cavidad bucal tiene relación sistémica.

3.4. REGISTRO DE INFORMACION.

El proceso de diagnóstico es una consecuencia de la recopilación de información (anamnesis, observaciones y exploración física), el reporte sobre estas observaciones y exploración física, el reporte sobre estas observaciones nos lleva a la comunicación, de los que nos pueda proporcionar la transmisión de las observaciones de un médico, para aquellos que puedan usar la información; por lo que la descripción debe ser exacta y detallada de la observación. Aunque el proceso de diagnóstico tiene un orden, a veces la información se obtiene de una manera poco ordenada por el paciente; esta información debe ser ordenada por el médico. La hoja de registro, no sólo es guardar y transmitir la información, sino también organizar y ordenar la materia según las reglas establecidas. El registro se realiza de una manera escrita o mediante gráficas, así como los auxiliares que tiene el odontólogo -como radiografías y modelos de estudio.

ORDEN DE LOS REGISTROS. Se realizará paso por paso la recopilación de información, diagnóstico, plan de tratamiento y seguimiento del tratamiento, en el siguiente orden: a) registro de la anamnesis, b) registro del examen físico, c) registro de los exámenes auxiliares, d) registro del diagnóstico y plan de tratamiento, e) registro de los tratamientos que han sido evaluados. Los primeros tres incisos, se consideran para registrar las observaciones, el cuarto inciso, es el registro de la interpretación de las observaciones y el último inciso es el registro del protocolo y control.

OBJETIVOS DEL REGISTRO. Los registros tienen varios objetivos:

a) Recopilar, organizar y archivar toda la información referente al paciente.

Esta información se usa como base para tomar las decisiones sobre el paciente, considerando los éxitos y fallas para considerar ciertas decisiones con otros pacientes. El registro nos ayuda para tener un control sobre el paciente, para entender los procedimientos dinámicos que ocurren después de un tiempo determinado y la posibilidad de recibir información sobre la naturaleza de los tratamientos previos recibidos por el paciente, después de cierto tiempo.

b) Identificación de cambios en la situación clínica del consultorio. Se refiere al uso de nuevo material, al sistema llevado a cabo, instrumentos, fallas

ORDEN DE LOS REGISTROS. Se realizará paso por paso la recopilación de información, diagnóstico, plan de tratamiento y seguimiento del tratamiento, en el siguiente orden: a) registro de la anamnesis, b) registro del examen físico, c) registro de los exámenes auxiliares, d) registro del diagnóstico y plan de tratamiento, e) registro de los tratamientos que han sido evaluados. Los primeros tres incisos, se consideran para registrar las observaciones, el cuarto inciso, es el registro de la interpretación de las observaciones y el último inciso es el registro del protocolo y control.

OBJETIVOS DEL REGISTRO. Los registros tienen varios objetivos:

- a) Recopilar, organizar y archivar toda la información referente al paciente. Esta información se usa como base para tomar las decisiones sobre el paciente, considerando los éxitos y fallas para considerar ciertas decisiones con otros pacientes. El registro nos ayuda para tener un control sobre el paciente, para entender los procedimientos dinámicos que ocurren después de un tiempo determinado y la posibilidad de recibir información sobre la naturaleza de los tratamientos previos recibidos por el paciente, después de cierto tiempo.
- b) Identificación de cambios en la situación clínica del consultorio. Se refiere al uso de nuevo material, al sistema llevado a cabo, instrumentos, fallas

de algún tratamiento, así como los éxitos. Generalmente recordamos los éxitos y olvidamos las fallas, solamente cuando el registro es exacto y objetivo nos ayudará a corregir esta tendencia.

- c) Para el análisis de datos estadísticos de determinada situación en el consultorio o clínica. Uno de los objetivos de registro es entender la relación entre el tiempo y los recursos que se invierten en el tratamiento y tipo de tratamiento. Esto nos ayuda a mejorar las técnicas y recursos de administración del consultorio, así como la planeación de ingresos para el tratamiento.

REGISTRO DE DIENTE Y PARODONTO.

Para el registro de datos dentales y de parodonto, se han desarrollado varias técnicas, básicamente el registro de gráficas, diagrama de los dientes, donde se hacen las anotaciones de algún padecimiento (caries, bruxismo, abrasiones, cambio de relación entre dientes, etc.), así como de tratamientos efectuados (amalgamas, coronas, resinas, etc.).

Formulación de los dientes. Nos sirve para señalar un diente específico a fines de descripción, hallazgo o tratamiento. Para esta descripción, hay dos

sistemas: 1) El sistema de cuadrantes y 2) El sistema decimal. El segundo sistema, ha sido más aceptado a nivel internacional.

SISTEMA DE CUADRANTES

DERECHA	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	IZQUIERDA
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	

Sistema utilizado para dientes permanentes

Para dientes deciduos, bajo este mismo sistema, se usan letras.

DERECHA	E D C B A		A B C D E	IZQUIERDA
	E D C B A		A B C D E	

SISTEMA DECIMAL

En este sistema, a cada cuadrante se le da un número; empezando en el cuadrante superior derecho, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj.

DERECHA	18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28	IZQUIERDA
	48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38	

Sistema utilizado para dientes permanentes.

DERECHA	58	57	56	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	66	67	68	IZQUIERDA
	88	87	86	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75	76	77	78	

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO DE DOLOR EN ODONTOLOGIA.

4.1. SISTEMA O TECNICA DE EVALUACION.

El dolor es la reacción más común por el cual el paciente acude al odontólogo. El primer objetivo del odontólogo en estos casos, es quitar el dolor, para esto, se puede hacer de tres formas:

- 1) Central. Con aplicación de fármacos, como los analgésico.
- 2) Regional. Con anestesia en la zona adolorada en una forma local.
- 3) Tratamiento específico. Con el diagnóstico de la causa del dolor y su tratamiento.

Las dos primeras formas son sintomáticas; en este capítulo hablaremos sobre el tercer punto, de la manera de como localizar ellugar del dolor, su razón y tratamiento.

El dolor es una sensación subjetiva, de ahí la importancia que tiene la anamnesis en el origen del dolor; este punto nos dará la importancia de la interpretación que el paciente da a sus sensaciones.

ORIGEN DEL DOLOR FACIAL Y EN BOCA.

Puede tener varios orígenes, los más considerados son: dientes, parodonto, mucosa bucal; así mismo, los músculos masticatorios, senos maxilares, ATM y glándulas salivales pueden ser parte del origen del dolor.

El dolor es generalmente una consecuencia de un daño al tejido, ya sea por estado de infección, inflamación, trauma, espasmo vascular o muscular y presión sobre el tejido nervioso.

El recibir la información sobre el dolor, está ligado con la forma de comunicación con el paciente, por lo que el dolor puede ser definido en varias formas.

- a) *Intensidad.* El paciente puede definir si el dolor es fuerte o ligero; una de las maneras para entenderlo es preguntando si ha tomado algún analgésico o medicamento y tipo de medicamento, para disminuir o quitar

el dolor. La intensidad del dolor tiene un valor diagnóstico muy importante.

- b) **Tipo.** Este es una de las características difíciles de definir por la interpretación que le da el paciente.
- c) **Localización.** La localización del dolor es sumamente importante, generalmente indica al médico el órgano afectado; a veces el paciente ubica el dolor en una manera exacta y puede señalar sobre el lugar del dolor, pero a veces el dolor es difuso y el paciente sólo señala la zona.

Para poder localizar las sensaciones y el dolor en una forma específica, se pueden definir los siguientes tipos de sensaciones (percepción):

- a) **Exteroceptivo.** Es una sensación bien localizada.
- b) **Propioceptivo.** Es una sensación más difusa, puede causar sensación de dolor con estiramiento o presión en músculos, ligamentos y articulaciones; la sensación de dolor es a veces irradiada. El dolor de origen parodontal se puede localizar fácilmente con percusión sobre el diente afectado.

- c) **Interoceptivo.** Sensación difícilmente localizada; dolor descrito como profundo, que en muchos de los casos se habla de dolor somático, que puede ser irradiado. En caso de afección pulpar, la respuesta al frío nos ayudará con la localización.
- d) **Frecuencia.** El dolor puede ser descrito como persistente o en intervalos; puede venir en frecuencias largas, cortas o bajas. Lo que tiene valor diagnóstico son los cambios con el tiempo, la duración del dolor o la frecuencia. El aumento en el tiempo, la intensidad y la frecuencia puede implicar generalmente agravamiento del proceso patológico. La frecuencia del dolor se puede también definir como la relación entre intensidad y tiempo.
- e) **Condiciones que aumentan el dolor.** Esta información para el diagnóstico del dolor, se puede manifestar bajo ciertas condiciones como líquidos fríos, masticación, apertura de la boca, cambio de posición, etc. Hasta aquí, la información sobre el dolor era de una fuente anamnésica, una descripción libre del paciente o respuestas a preguntas sobre la sensación al dolor.
- f) **Imitación del dolor.** Con el uso de aquellas condiciones que aumentan el dolor, se puede tratar de localizar el diente afectado mediante el

examen al frío; si el paciente manifiesta dolor a la masticación, se puede realizar la percusión en los diente en donde se sospecha que se presenta el dolor, con el fin de imitar el dolor durante la masticación.

- g) **Uso de anestesia local.** La disminución del dolor con anestesia local, nos indica muchas veces sobre el origen del dolor; este examen es de gran importancia, especialmente en casos de dolor referido. En estos casos, al colocar la anestesia, el dolor cesa en la zona referida, mientras que en la zona de referencia generalmente no cesa el dolor.

EXAMEN DEL PACIENTE COMO MEDIO DE DIAGNOSTICO DEL DOLOR.

Aunque el dolor es una sensación subjetiva, se usa el examen para diagnosticar el dolor, para ello se pretende buscar: a) Signos objetivos de desviación de la normalidad, b) localización de la zona, mediante la cual provocando un estímulo se puede llevar a cabo una sensación de dolor y mediante anestesia eliminarlos, c) Tipo de estímulo que causa dolor. Los signos objetivos que pueden identificar y señalar la patología que acompaña al dolor son: caries, dientes fracturados, mala restauración, inflamación, enrojecimiento de tejidos,

movilidad dentaria, dificultad para abrir la boca, alteración en la secreción de las glándulas salivales.

TRATAMIENTO Y CONTROL.

Un instrumento fundamental en el diagnóstico del dolor, es el tratamiento y control. Hay que tomar en cuenta que el diagnóstico es práctico cuando se tiene como fin el tratamiento y sobre todo el pronóstico. El tratamiento que causó la disminución del dolor, indica generalmente un diagnóstico correcto; pero hay que tener cuidado en la interpretación, si el dolor desapareció por el tratamiento o por otra razón. Por ejemplo, a veces tratamos de una manera conservadora a la pulpa con una pulpitis irreversible, donde el dolor desaparece, pero no por la curación de la pulpa, sino por la necrosis pulpar. El entender estas limitaciones, nos llevará a realizar otros exámenes.

4.2. DOLOR DE ORIGEN EN CAVIDAD BUCAL.

La mayoría de los pacientes atendidos por el odontólogo, con dolor, tienen su origen en cavidad bucal y generalmente es dental, por un proceso patológico pulpar; a veces, el origen del dolor puede estar relacionado directamente con el parodonto o mucosa de la cavidad bucal.

4.2.1. DOLOR DE ORIGEN DENTARIO O PULPAR.

El dolor de origen dentario o pulpar presenta varias características similares, en ambos, el dolor es intenso y difuso; así mismo, las condiciones que aumentan el dolor son parecidas, especialmente por cambios de temperatura, por lo que muchas veces es difícil distinguir entre dolor de origen pulpar y dolor de origen dentinario; además, en la mayoría de los casos cuando hay irritación de la dentina (caries, bruxismo, abrasión, etc.), también habrá cambios en la capa de los odotoblastos o subodontoblastos en la pulpa. La intensidad del dolor es una de las diferencias útiles para diagnosticar entre dolor dentinario y dolor pulpar, generalmente el dolor pulpar es más intenso. Se cree también que el dolor pulpar es espontáneo, es decir, que no hay irritación específica que cause el dolor y el dolor dentinario se manifiesta solamente después de una irritación o un estímulo específico, como son los cambios de temperatura, comida, lo dulce, etc.

4.2.2. DOLOR DE ORIGEN DENTINARIO.

A. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta dolor intenso, de poca duración, que aparece después de tomar líquidos fríos o calientes, con lo dulce o al momento de cepillarse. Muchas veces es difícil para el paciente localizar el origen exacto del dolor y solamente indica el lado afectado.

EXAMEN. Con la ayuda de un espejo dental y un explorador, es necesario identificar caries, amalgama fracturada y zonas de dentina expuesta (generalmente en la zona del cuello del diente); se debe revisar con el explorador todas las zonas sospechosas y tratar de originar un estímulo de dolor con la penetración del instrumento. El examen al frío y calor también es un método eficaz para poder localizar el diente específico causante del dolor. Una radiografía interproximal es un útil instrumento de diagnóstico para detectar caries interproximal.

B. MANIFESTACION DE PACIENTE.

En algunas ocasiones, el paciente manifiesta un dolor repentino, intenso o agudo al momento de la masticación, dolor que desaparece al interrumpir este acto.

EXAMEN. Con ayuda de un espejo dental y un explorador, se debe buscar de una manera más específica, alguna amalgama fracturada, que puede ser detectada con la penetración del explorador, originando dolor parecido al manifestado por el paciente; generalmente el diente es más sensible al estímulo del frío.

Una radiografía en estos casos, es de poca utilidad, incluso en los casos de una fractura de dentina que pasa generalmente en dirección mesiodistal; la percusión sobre las diferentes cúspides del diente afectado, puede causar dolor, en una de éstas, según el grado de afección; si hay zonas de bruxismo en áreas oclusales (más frecuente en molares), al usar el explorador, puede causar dolor, sin embargo, este se manifiesta en mayor grado, al ingerir alimentos ácidos.

C. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta dolor intenso durante la masticación, sin desaparecer, al momento de suspender el estímulo. Este tipo de dolor, generalmente está localizado.

EXAMEN. Es necesario buscar un diente con caries interproximal o empacamiento de alimento en interproximal.

* En resumen, el dolor de origen dentinario está caracterizado por dolor intenso, difuso, aparece mediante un estímulo, ya sea por cambios térmicos (frío, caliente), presión osmótica (dulce y a veces salado), cambios de pH (ácido que irrita a la dentina expuesta) o el tacto (en casos de dentina expuesta); en estos casos, el dolor desaparece inmediatamente al suspender el estímulo. Las principales causas del dolor son: caries, dentina expuesta por erosión o abrasión, amalgamas fracturadas o defectuosas y diente fracturado con exposición de dentina.

Nota: Aunque el dolor de origen dentinario está descrito básicamente por irritación y por estímulo y de corta duración, algunas veces se puede ver caries y cuellos dentarios expuestos, cuya manifestación de dolor es difuso, no localizado y de larga duración, que no tiene relación con ningún tipo de irritación y estímulos definidos; en estos casos, generalmente habrá aumento del dolor por los irritantes anteriormente mencionados.

MECANISMO DE DOLOR EN DENTINA.

La dentina no está inervada directamente, por lo que se pregunta como es que pasa el estímulo, la única sensación que se reporta después de irritar la dentina es sensación de dolor. Esta sensación ocurre por cambios de temperatura, abajo de 26° (frío) y arriba de 48°C (calor). En la zona de unión de esmalte dentina,

se puede causar dolor, contacto y corte (en el momento de perforar, así como aumento de la presión osmótica con solución azucarada). La conexión entre el aumento de presión osmótica y dolor que se manifiesta por una solución azucarada, se verifica mediante la comparación de diferentes concentraciones de la curva estándar de cloruro de calcio en presiones osmóticas paralelas. Debido a que la dentina y la dermis presentan reacciones similares, se intentó producir un estímulo de dolor a la dentina con la aplicación de materiales como histamina, acetil colina y triptamina, que son causantes de dolor en la dermis; se observó que estos materiales no causaron dolor en la dentina; así mismo, como el uso de anestésico local que bloquea el impulso de dolor en la dermis, este no bloquea el estímulo de dolor en la dentina. Este último ejemplo tiene importancia clínica, debido a que no se puede gotear xilocaína sobre la dentina para realizar un corte.

Cabe señalar que la lista de materiales mencionados, causan dolor cuando se aplican directamente sobre la pulpa, así como se bloquea el impulso del dolor en la zona pulpar, cuando goteamos xilocaína.

4.2.3. DOLOR DE ORIGEN PULPAR.

MANIFESTACION DEL PACIENTE. El dolor es generalmente fuerte, de larga duración, sin relación a un estímulo externo, aumenta generalmente por un estímulo como el frío, calor, masticación, al acostarse, etc. La localización a veces es exacta al diente específico, pero generalmente el dolor es difuso no bien localizado e irradiado; la irradiación, a veces es localizado en los dientes antagonistas del maxilar opuesto, en la zona de las mejillas, ojos y oído, pero siempre en el mismo lado y no hay irradiación al otro lado de la cara, muchas veces, es la característica típica de un enfermo que no durmió toda la noche por el dolor. Los elementos importantes para el diagnóstico del dolor de origen pulpar son: manifestación del paciente, intensidad del dolor, falta de localización exacta y aumento del dolor ante un estímulo; además tiene gran importancia el hecho de que el dolor aumenta al acostarse; el problema que se enfrenta el diagnóstico es doble; la localización y naturaleza del proceso, es decir, cual es el diente afectado y si se puede someter a un tratamiento conservador, como protección de la pulpa, extirpación de la pulpa o llegar hasta la extracción del diente.

LOCALIZACION DEL DIENTE.

Para poder localizar el diente afectado es necesario ayudarse de la vista, examen de percusión, temperatura, radiografías y a veces del examen de perforación y anestesia local.

- a) **VISTA.** Se busca caries profunda, diente con alguna coloración, restauraciones amplias, amalgamas fracturadas, zonas de enrojecimiento e inflamación periapicales.
- b) **PERCUSION.** Se realiza la percusión sobre todos los dientes de la zona afectada; del 40% al 90% de todos los dientes que tienen pulpa infectada, van a responder en dolor a la percusión.
- c) **PALPACION.** Se palpa para detectar sensibilidad sobre la zona vestibular periapical y se verifica la movilidad dentaria.
- d) **TEMPERATURA.** Se realiza este examen sobre todos los dientes de la zona afectada; es importante el hecho de que un diente afectado responde al examen con dolor intenso y especialmente si el dolor persiste después de retirar el estímulo y no desaparece inmediatamente.
- e) **RADIOGRAFIAS.** Son de gran importancia las radiografías de aleta, ya que ayudan a localizar caries profundas y restauraciones profundas en interproximal, especialmente aquellas restauraciones que no tienen base.
- f) **EXAMEN DE PERFORACION.** Se realiza sólo en casos de dientes sospechosos que están cubiertos por corona.

- g) **ANESTESIA.** Nos ayuda especialmente en casos donde el dolor es irradiado. El diente afectado se localizará generalmente con los síntomas y con los auxiliares de diagnóstico antes mencionados.

NATURALEZA DEL PROCESO.

Después de haber localizado el diente afectado, se debe decidir el tipo de tratamiento que se va a realizar, protección de la pulpa extirpación de la misma. Históricamente, se dividió el proceso patológico de la pulpa en varias clases: inflamación, degeneración y necrosis con su clasificación de signos y síntomas, cada una a tipo de estado histopatológico. Estas clasificaciones presentan dos formas de errores: Primero, la presunción de cada órgano (pulpa) se encuentra en el mismo estado histopatológico y segundo, la nomenclatura asignada en forma equivocada al designar pulpitis, ya que clínicamente no es igual a las características histopatológicas. Sin embargo, clínicamente, se deben considerar los signos y síntomas para determinar si el daño es reversible o irreversible.

Los signos y síntomas que nos pueden indicar si el daño es irreversible son:

- a) Dolor fuerte. Es importante considerar la intensidad del dolor para el pronóstico, además de su frecuencia.

- b) Comunicación Pulpar.

- c) Sensibilidad prolongada a la aplicación de un estímulo.

- d) Sensibilidad a la percusión.

- e) Caries profunda.

- f) Restauraciones profundas.

CASO CLINICO.

Paciente de 22 años - estudiante.

** Manifestación principal: Dolor intenso en la zona mandibular izquierda, no dormí toda la noche.*

** Datos de la anamnesis:*

1. Dolor en la zona mencionada, evolución desde hace un año, de poca intensidad.

2. Dolor que ha ido en aumento bajo ciertos estímulos, comer y líquidos, especialmente al frío.

3. En la última noche, el dolor fue más intenso.

4. Dolor irradiado, a la zona del oído.

5. En la mañana tomó dipirona, calmando un poco el dolor.

** Examen físico:*

6. Caries en 25, 27, 36 y 37.

7. Órgano dentario 36, sensible a la percusión vertical.

8. Órgano dentario 36, sensible al frío, dolor intenso que desaparece después de 30 seg.

9. Órgano dentario 36, sensible al calor, dolor que desaparece inmediatamente.

10. Dientes adyacentes del mismo maxilar, así como los antagonista, no presentan la misma sensibilidad al frío.

** Proceso de diagnóstico:*

El carácter de la manifestación de dolor intenso e irradiado, corrobora el origen pulpar; la exploración física se complicó al observar cuatro órganos dentarios con caries del mismo lado, pero la sensibilidad a la percusión sobre el órgano dentario 36 fue el enfoque del problema, ya que fue el único diente que respondió al frío con dolor intenso y prolongado. En cuanto al pronóstico, las características de los signos y síntomas manifestados, lo llevó a un tratamiento no conservador.

4.3. DOLOR DE ORIGEN PARODONTAL.

Este dolor está ligado generalmente a una inflamación aguda o traumatismo e irritación del ligamento parodontal, es fácil su localización, cuando se realiza la

percusión sobre el diente con el parodonto afectado, causando dolor intenso. Además, si se incluye los traumas agudos que están limitados solamente en la encía (bacteriano o víral), será en estos casos la vista, un examen principal, para detectar el origen del dolor, como son: enrojecimiento ó ulceraciones.

4.3.1. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor fuerte que aumenta al cerrar la boca o durante la masticación, sobre la zona afectada, el paciente generalmente siente que el diente afectado está alto y sensible al tacto, a veces hay inflamación en la zona de la cara. En la anamnesis se manifiesta dolor previo, intenso, de manera diferente, aumentando ante el estímulo al frío que posteriormente desapareció, actualmente el dolor aumenta al hacer presión sobre el diente.

EXAMEN.

Es necesario localizar dientes con caries y restauraciones, así como zonas con enrojecimiento e inflamación, especialmente en zona vestibular.

El examen de percusión es la mas indicada, rápida y eficaz en estos casos, llevándolo a cabo sobre los dientes de la zona afectada. Al tener la zona

localizada, se debe verificar la sensibilidad mediante la palpación, percusión y movilidad, y con la ayuda de una sonda parodontal, así como la vitalidad de la pulpa mediante los exámenes ya mencionados.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

Dolor que aumenta al cerrar la boca o a la masticación, especialmente por un diente sensible a la presión o al tacto, punto clave para llegar a un diagnóstico de origen parodontal.

Cuando se localiza el diente afectado, aparece la pregunta sobre la naturaleza del proceso; para ello se consideran dos procesos: a) Un absceso periapical agudo, b) Un absceso parodontal agudo: Para separar estos dos fenómenos, se verifican mediante dos pruebas: con la palpación para localizar una zona profunda (periapical) ó una zona marginal (parodontal); posteriormente se harán los exámenes de vitalidad y profundidad de alguna bolsa parodontal.

En caso de un absceso periapical, el diente no reacciona muchas veces a un estímulo pulpar; una reacción pulpar, presencia de inflamación, enrojecimiento y dolor a la palpación, nos indicará la presencia de un absceso de origen parodontal y en la mayoría de los casos se puede encontrar una bolsa profunda. Una radiografía es un instrumento de diagnóstico útil en estos casos, pudiéndose

detectar radiolucidez periapical que nos indica la posibilidad de una afección periapical. En casos de un absceso paradontal, que no presenta signos de una enfermedad paradontal generalizada, vale la pena buscar algún objeto extraño que penetró al periodonto.

4.3.2. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Algunas veces el dolor es de menor intensidad, bien localizado, que aumenta, especialmente después de comer y especialmente con alimentos fibrosos; el dolor desaparece lentamente; en algunas ocasiones hay sensibilidad al frío.

EXAMEN.

Es necesario distinguir las zonas de caries interproximal, papilas inflamadas, enrojecidas, sensibles y que sangran fácilmente; algunas veces se puede encontrar restos de alimento en estas zonas y en el examen de percusión se observa que los dos dientes adyacentes a la papila inflamada, están sensibles.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El dolor aumenta durante la masticación y disminuye paulatinamente, generalmente es por consecuencia de la ingesta de alimentos fibrosos, lo que nos llevaría a la posibilidad de empacamiento de alimento. Esta suposición se verifica mediante la localización de una papila inflamada y la sensibilidad a la percusión de los dientes adyacentes.

4.3.3. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor que aparece durante la masticación y está localizado en un diente específico, el dolor desaparece al quitar el estímulo; se presenta más frecuentemente en zona de premolares superiores.

EXAMEN.

Hay que localizar dientes con restauraciones grandes; hacer el examen de la restauración mediante un explorador, realizar la percusión. Si este examen falla, se le pide al paciente que muerda sobre un aplicador (abatelenguas) en cada diente individualmente.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

Si la sospecha de este caso, se trata de un diente fracturado y si se habla de premolares superiores, generalmente tienen restauraciones amplias o incrustaciones tipo MOD. La fractura en estos casos generalmente es en dirección mesiodistal y lo podemos corroborar con una radiografía; la línea de la fractura es profunda y llega a la zona de la encía y al ligamento parodontal; estos casos es muy parecido a la fractura en dentina, a diferencia que después de una endodoncia, no hay dolor ante un estímulo; a veces esta situación puede llegar a un absceso parodontal agudo.

4.3.4. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor intenso que se enfoca en la zona de los molares y es similar a una pulpitis aguda, pero la diferencia está en que no hay aumento de dolor por cambios de temperatura.

EXAMEN.

Al examen no se observan zonas inflamadas o enrojecidas en zona vestibular o en encía; algunas veces se localiza un diente sensible a la percusión y a veces no, o algún diente sensible a un estímulo. Al no encontrar un diente sensible a la percusión y a veces no, o algún diente sensible a un estímulo. Al no encontrar un diente específico, se hace el examen con un explorador pudiendo penetrar en uno de los molares a la zona de bifurcación o trifurcación con fuerte sensibilidad, que algunas veces después de realizar el examen con el explorador, el paciente siente alivio general del dolor.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

En estos casos, el dolor intenso que no se puede localizar a través del examen a cambios térmicos, a la percusión, a la vitalidad pulpar y no tiene signos de un absceso periapical o parodontal, se puede pensar de un absceso entre las raíces. En caso de un molar inferior, una radiografía de altea mordible nos podrá ayudar, pudiéndose encontrar radiolucidez en la zona de bifurcación. En caso de molares superiores, se realiza el examen de exploración, con un explorador curvo, la penetración será en la zona distal, entre a raíz disto-bucal y la raíz palatina. El alivio que se siente después de la penetración del instrumento, es por drenaje en la zona.

CONCLUSIONES.

Un dolor de origen parodontal, generalmente aumenta con la masticación, palpación o percusión; no hay aumento de dolor a los cambios de temperatura. Al contrario del dolor de origen dentinario o pulpar que son esporádicos, que desaparecen y son difusos, el dolor de origen parodontal es bien localizado. En estos casos, el examen a la percusión o palpación es muy eficaz.

Se puede agregar un signo ligado al trauma o una presión excesiva sobre los dientes. Es necesario distinguir si hay carga excesiva sobre el parodonto en un sólo diente como resultado de una restauración alta y mal ajustada o un trauma accidental (morder algún objeto duro) y entre carga excesiva sobre varios dientes por bruxismo. En el primer caso, el que está limitado a un sólo diente, generalmente se encuentra sensible a la percusión y algunas veces hay sensibilidad al frío, por oclusión en la irrigación sanguínea a la pulpa. En caso de alguna restauración alta, recientemente colocada, se pueden ver los signos recientes de desgaste sobre la restauración, por lo que es importante eliminar esto puntos prematuros de contacto.

En el segundo caso, cuando la historia del dolor o sensibilidad dur

del bruxismo, aparece este tipo de sensibilidad, hay que realizar otro tipo de exámenes para verificar la sensibilidad.

4.4. DOLOR DE ORIGEN DE LA ENCIA, MUCOSA Y LENGUA.

El dolor generalmente es intenso, agudo y localizado por el paciente; aparece por irritación mecánica o química y al examen, se puede ver cambios en el tejido como ulceraciones.

FACTORES COMUNES.

Traumatismo mecánico, infección por bacterias o virus, quemadura con instrumento caliente o un material químico, o cambios de ulceraciones cuya etiología es desconocida, aunque los factores inmunológicos o psicológicos son una posibilidad.

4.4.1. DOLOR DE ORIGEN DE LA ENCIA, MUCOSA Y LENGUA.

A. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente se queja de un dolor como si fuese un pellizco en la zona de la encía, a veces lo describe como presión en la zona de los cuellos de los dientes; se incrementa el dolor al cepillarse los dientes o comer alimentos duros y se acompaña de sangrado en la encía; manifiesta un sabor metálico, a veces malestar general y temperatura; el dolor es persistente e intenso.

EXAMEN.

En el contorno de la encía hay ulceraciones y una pseudomembrana, fácilmente sangrantes y dolorosas al tacto; existe halitosis, nódulos linfáticos submandibulares sensibles a la palpación.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El dolor en la zona de la encía, acompañado con sangrado, ulceración con pseudomembrana y halitosis, nos indica la posibilidad de una Gingivitis Ulcerativa Necrosante Aguda (GUNA).

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor localizado en la zona posterior, a veces aumenta al cerrar la boca, a la deglución y a veces hay dificultad para abrir la boca (trismus); el dolor es persistente e intenso.

EXAMEN.

Hay que concentrarnos en la zona del último molar; verificar si hay inflamación y enrojecimiento en la zona de los terceros molares que se encuentran en erupción; hay sensibilidad a la palpación, especialmente en el lado disto-lingual; a la exploración con una sonda entre la encía y el diente, encontramos una bolsa profunda que drena pus. Es importante examinar también faringe, nódulos linfáticos submandibulares, que son sensibles a la palpación.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El dolor está localizado en la parte posterior (zona de molares), que aumenta al deglutir y la presencia de trismus, nos lleva a la conclusión de una Pericoronitis. Cuando el trismus es consecuencia de infección en la zona del pterigoideo interno que causa espasmo del músculo, al examinar la zona hay enrojecimiento, inflamación, encía sensible y tercer molar parcialmente erupcionado, confirmando el diagnóstico.

C. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor y sensación de ardor en la encía; dolor que aumenta al cepillado y la encía sangra fácilmente.

EXAMEN.

La encía está inflamada, enrojecida, con ulceraciones en el contorno en forma de medio círculo.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El diagnóstico diferencial de gingivitis aguda de origen bacteriano (estreptococo) o de origen viral, se hará en base a las ulceraciones que aparecen como ataque viral, así como de la historia clínica del paciente; el fenómeno se acompaña a veces de temperatura generalizada. El ataque bacteriano agudo es más frecuente en niños, con nódulos linfáticos sensibles a la palpación.

4.4.2. DOLOR DE ORIGEN EN LA MUCOSA ORAL.

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor localizado en alguna zona de la mucosa oral, aumenta por irritación mecánica, alimentos picantes ó ácidos.

EXAMEN.

Zona con ulceraciones o erosión.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El diagnóstico diferencial de patologías en mucosa no se mencionarán, pero la forma de diagnóstico será igual a todas las patologías. Las patologías en mucosa se deben diagnosticar clínicamente mediante la vista; zonas erimatosas, diámetro, profundidad, consistencia; la zona donde aparece la patología y la posibilidad de ligar la patología a cualquier factor mecánico que lo originó mediante un examen o de la anamnesis.

Los exámenes auxiliares en el diagnóstico son los exámenes citológicos, bacteriológicos y biopsias.

4.4.3. DOLOR DE ORIGEN EN LENGUA.

El dolor cuyo origen está en la mucosa de la lengua, que está ligado a la presencia de ulceraciones, no es diferente a los síntomas de dolor cuyo origen está en otras mucosas de la cavidad bucal. Aquí se habla especialmente de una sensación de ardor o quemadura que ocurre también en toda la mucosa bucal, pero con más frecuencia en lengua.

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta sensación de ardor en la lengua, es crónica y a veces acompañada de resequead y malestar general de la cavidad bucal; es una sensación no bien localizada, el dolor aumenta con la comida y hay presencia de sabor metálico y amargo.

EXAMEN.

Hay que examinar clínicamente la mucosa en general, especialmente la lengua. Se debe verificar zonas de erosión y descamación de la lengua, así como las papilas, disminución en la cantidad o escasez total de las papilas piriformes; además se debe considerar el tamaño, forma y color.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

Es importante entender que aparte de las patologías comunes en mucosa bucal y lengua (aftas, ulceraciones traumáticas, etc.), la lengua tiene dos cualidades diferentes a la mucosa bucal: 1) está ligada a cambios sistemáticos, 2) el valor simbólico; por lo tanto, para diagnosticar una sensación de ardor en la lengua, se debe añadir después del examen clínico, la información de la anamnesis en una serie de estudios generales sistemáticos.

Las situaciones sistemáticas que se pueden considerar cuando hay cambios atróficos en la lengua son los diferentes tipos de lengua (por falta de vitamina E, por falta de hierro), estados de enfermedades autoinmunes como desnutrición; la ingesta de medicamentos de amplio espectro o esteroides causará desequilibrio bacteriológico con proliferación de monilia, que causa sensación de ardor en la lengua. El tabaquismo, alcoholismo o comida picante, también causará ardor en la lengua.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR

Los problemas psicológicos causarán hiperfunción de la lengua y se puede encontrar objetivamente marcas de irritación y escamación en los lados laterales de la lengua.

CONCLUSION.

Cuando se habla de dolor en tejidos blandos de la cavidad bucal, se deben considerar varias situaciones, intensidad del dolor, ardor, si es localizado o difuso, presencia de sangrado, temperatura, malestar general, nódulos linfáticos sensibles a la palpación, además de considerar problemas sistemáticos, hormonales, alergias, problemas hemáticos, resequedad en boca. En el examen se deben detectar zonas de ulceraciones o erosiones, enrojecimiento y rugosidades de las papilas linguales. La anamnesis es de gran importancia en todos los casos donde no se encuentran signos objetivos claros; como el preguntar si se está ingiriendo antibióticos, esteroides, tranquilizantes, barbitúricos o analgésico; también se deben considerar los problemas psicológicos para poder entender los tipos de sensaciones, cuando éstas no son claras o difusas.

CAPITULO V

DOLOR DE ORIGEN EN LA CARA.

Este capítulo tratará del dolor en la zona de la cara, cuyo origen no está relacionado a la cavidad bucal, al hacer un diagnóstico diferencial puede ser:

- a) Interpretado como dolor en la cavidad bucal.
- b) Interpretado como dolor cuyo origen está en la cavidad bucal y está irradiado en la zona de la cara.
- c) Dolor cuyo origen está en las estructuras adyacentes (glándulas salivales y músculos de la masticación).

Sin embargo, es importante que el odontólogo sea capaz de diagnosticar el tipo y origen del dolor en la zona de la cara, aún cuando a veces sea capaz de atenderlo o remitirlo al servicio adecuado.

5.1. SINUSITIS.

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta de un dolor difuso y prolongado en la zona del maxilar superior, generalmente la sensibilidad es en la zona de molares y premolares superiores; puede aumentar al acostarse, a la masticación y a veces a los cambios térmicos.

EXAMEN.

Al examen clínico, hay que buscar zonas enrojecidas o inflamación en zonas de la cara, en el maxilar superior; intraoralmente, en zona de premolares y molares; dichos dientes presentan sensibilidad a la percusión y a los cambios térmicos en una forma normal o disminuida.

La inclinación o movimientos bruscos de la cabeza, aumentará el dolor; en las radiografías periapicales no se encontrará ninguna patología, pero se puede ver el piso del seno maxilar cerca de las raíces; al examinar la faringe, se aprecia secreción de moco.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO.

El tipo de dolor, continuo, que incrementa a veces a la masticación, así como su localización, nos da las posibilidades de diagnóstico de SINUSITIS,

absceso periapical agudo o absceso parodontal; pero cuando más de un diente es sensible a la percusión, aumenta la sospecha de sinusitis, por la irritación del periodonto de varios de los dientes adyacentes al piso del seno maxilar. El diagnóstico de sinusitis se valora mediante la aplicación de frío sobre los dientes, para así descartar la posibilidad de un absceso o la presencia de bolsas parodontales.

La presión que causa dolor en la zona infraorbitaria, catarro, secreción mucosa en la faringe (goteo post-nasal) y dolor que aumenta con cambios de posición de la cabeza, nos indica que el diagnóstico es SINUSITIS maxilar aguda, por lo que se debe remitir al paciente al otorinolaringólogo.

5.2. DOLOR DE ORIGEN EN GLANDULAS SALIVALES.

A. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor submandibular o abajo del oído, que aumenta al inicio de la masticación; se acompaña con inflamación en dichos órganos; al terminar de comer, el dolor e inflamación desaparecen lentamente; generalmente hay malestar general.

EXAMEN.

Se hace el examen clínico de la zona sensible, para detectar inflamación o enrojecimiento mediante la palpación. Intraoralmente se revisan los conductos de las glándulas salivales para detectar algún tipo de inflamación o enrojecimiento. Mediante una ligera presión sobre la glándula, se trata de diagnosticar el tipo de secreción drenado, ya sea saliva, si el líquido drenado es transparente u opaco o si hay drenado de secreción purulenta.

Como examen auxiliar, se puede utilizar una radiografía de la zona (glándula) para detectar la presencia de algún cálculo/sialolito, o un cultivo (microbiano) del drenaje.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

Presencia de dolor intenso, inflamación de la zona al empezar a comer y disminución del dolor e inflamación después de comer, nos indica que el origen es en glándulas salivales; un cálculo en el conducto de la glándula, causará obstrucción del flujo libre de la saliva y muchas veces una infección retrógrada de la glándula. Cuando no hay infección aguda, no va a haber presencia de dolor entre las comidas; cuando la obstrucción es parcial, la saliva fluye lentamente y el

aumento de flujo a la hora de la comida, aumentará la presión dentro de la glándula, por lo que habrá inflamación y dolor.

En casos de infección retrógrada e inflamación aguda (sialolitis aguda), habrá dolor intenso, persistente, acompañado de sensibilidad de la glándula y a veces enrojecimiento de la zona, temperatura y malestar general; en estos casos, habrá generalmente drenaje de pus del conducto de la glándula salival.

B. MANIFESTACION DEL PACIENTE.

Dolor intenso, generalmente en la zona de la glándula parótida, acompañado muchas veces de temperatura y malestar general; a veces el dolor es unilateral y a veces bilateral; aumenta el dolor al abrir la boca.

EXAMEN.

Se puede apreciar inflamación en la zona de la parótida, uni o bilateral; la zona es muy sensible a la palpación, no se encuentra un sialolito en el conducto; la secreción salival es disminuida y espesa; no hay drenado de pus.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO.

El dolor e inflamación aumenta, sin estar relacionado con las comidas, hay malestar general del paciente; no se detecta obstrucción del conducto de la glándula. La sensibilidad bilateral nos hará pensar de una parotiditis; para confirmar el diagnóstico, es necesario realizar una historia clínica y verificar el contacto del paciente con alguien que tuvo parotiditis dos o tres semanas antes que se iniciaran los signos y síntomas.

CONCLUSIONES.

Los procesos dolorosos en las glándulas salivales, son generalmente como consecuencia de alguna obstrucción en el flujo salival y/o inflamación aguda de origen bacteriano o viral de las glándulas salivales. En el caso de aumento de dolor al comenzar a comer, acompañado de inflamación de la zona y la disminución paulatina de los síntomas después de comer, nos indica sobre un proceso de obstrucción.

5.3. DOLOR MIOFACIAL.

Una de las causas de dolor cuyo origen no se relaciona con la cavidad bucal, es de origen muscular (masticatorios).

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta dolor leve, prolongado, difuso, difícil de localizar para el paciente; la localización del dolor cambia de un paciente a otro; en algunas ocasiones, el dolor es referido a la zona de los dientes, a veces a la A.T.M. o en la cara; el dolor no está limitado a determinadas horas y no aumenta ante un estímulo; hay dolor al abrir la boca, a veces hay limitación en la apertura de la boca.

EXAMEN.

A la exploración física, hay que buscar zonas de inflamación, enrojecimiento y asimetría facial; al abrir la boca, hay que examinar si la apertura es simétrica y no limitada (mínimo 45mm) y la presencia de dolor a la apertura.

Es necesario realizar la palpación de músculos, articulación en movimiento, si hay presencia de chasquido articular. En el examen bucal, detectar caries, inflamación de las encías, ulceración en mucosa bucal y lengua o pericoronitis.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

La presencia de un dolor intenso, difuso, opaco, prolongado y que aumenta al abrir la boca, nos indicará la posibilidad de que el origen del dolor sea muscular (masticatorios). Son dos los problemas básicos para diagnosticar el dolor de origen muscular: primero, generalmente es referido; segundo, los factores que causan espasmo muscular son muchos, como problemas psicológicos, irritaciones en la cavidad bucal o patologías intracraneales.

Para esto, es necesario determinar la zona y naturaleza del proceso, antes de definir la etiología. Si se trata de un espasmo muscular, hay que realizar el examen de los músculos en dos formas:

1. Con presión o estiramiento que causarán irritación y percepción de los propioceptores, que en el caso de un espasmo muscular, se traducirá a dolor.
2. Mediante el examen de función muscular (abrir y cerrar la boca) y tratar de localizar alguna disfunción (limitación a la apertura y desviación al abrir y cerrar la boca).

5.3.1. CONCLUSIONES.

Se sintetizarán los pasos a seguir en la revisión de un paciente con dolor miofacial.

a) ANAMNESIS. En la manifestación principal, se debe referir la localización, como empezó el dolor, relación entre el tiempo de actividad, tipo de dolor, intensidad y calidad del dolor. Se deben considerar algún problema psicológico, costumbres, tensiones, cambios en rutinas cotidianas, medicamentos, etc.

b) EXAMEN. Se debe realizar el examen extraoral. Se debe observar asimetría facial, tonicidad muscular, apertura máxima de la boca (45-50 mm), desviaciones al abrir y cerrar la boca, inflamación o enrojecimiento en la zona de la articulación.

A la palpación, detectar sensibilidad, chasquido articular, palpación muscular bilateral (músculos masticatorios), así como su tonalidad.

Hacer la palpación en piel, de nódulos linfáticos, glándulas salivales y senos maxilares.

Intraoralmente, hacer el examen general de la cavidad bucal. Hacer el examen dental, para detectar caries, impactación de alimentos, sensibilidad a la percusión, abrasión, maloclusiones, dientes fracturados, restauraciones, etc.

- c) ESTUDIOS AUXILIARES. 1. Radiografías de aleta mordible, 2. Radiografías extraorales, lateral de cráneo para articulación temporomandibular, 3. Spray de cloruro de etilo sobre los músculos para detener el espasmo.

En caso de sospecha de una patología intracraneal, se debe remitir al paciente a un examen neurológico.

5.3.2. CONCLUSIONES.

El dolor miofacial, es un síndrome (serie de signos y síntomas), que se expresa como dolor profundo de origen muscular y ligamentoso, de carácter opaco y prolongado; la maloclusión en esta etiología no es parte importante sino secundario al espasmo muscular.

CAUSAS DEL DOLOR, SEGUN EL ORDEN DE FRECUENCIA.

- a) Factor psicológico.
- b) Dolor de origen dental, e intento de rodearlo con cambios en el movimiento mandibular, o espasmo muscular como reflejo al dolor.
- c) Maloclusiones.
- d) Patologías en A.T.M.

CARACTERISTICAS DEL DOLOR MUSCULAR.

- a) El paciente no puede localizarlo y generalmente el dolor está referido a la zona de la piel.
- b) Dolor constante, de carácter opaco y prolongado, aumenta en relación a un movimiento que causará tensión en el músculo afectado.
- c) Por el carácter crónico del dolor, se irrita el sistema nervioso central, con reflejo a zonas adyacentes, causando sensibilidad.
- d) Dolor acompañado generalmente a ansiedad y tensión psicológica.

5.4. NEURALGIAS.

Se divide en dos tipos:

1. **Neuralgia Típica**, que se define como zona de distribución a lo largo del nervio (por ejemplo, a lo largo del nervio facial-séptimo nervio craneal), este tipo de neuralgia es similar en todos los pacientes.
2. **Neuralgia Atípica**, cuando la distribución del dolor no es fija o definida y no está relacionada a una zona específica de la dermis; en este tipo, la intensidad y frecuencia del dolor cambia de un paciente a otro.

Hay que saber distinguir entre las neuralgias, cuando la sintomatología de dolor proximal no está acompañada con trastornos de sensaciones, entre la Neuritis, que es la inflamación del nervio, cuando el dolor y sensibilidad es persistente.

Los orígenes del dolor en las neuralgias atípicas son diferentes, cuando el origen es inflamación, vascularización o psicológico y muchas veces no está diagnosticado en una manera satisfactoria, por lo que se habla de un dolor facial atípico.

En la literatura médica, se han encontrado muchas veces, el dolor dental y especialmente la pulpitis bajo la definición de neuralgia secundaria o dolor facial atípico.

En la Neuralgia Típica, aunque la etiología es desconocida, la relación a un nervio especial es evidente y seccionar el nervio (cirugía) o interrumpir la conducción en otra manera (bloqueo con alcohol), va a interrumpir el dolor, situación que no se puede llevar a cabo si se trata de una neuralgia secundaria.

5.4.1. NEURALGIA TRIGEMINAL.

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta dolor proximal muy intenso, de poca duración, no hay dolor entre los ataques, la zona del dolor está relacionado a la distribución de una de las ramas del quinto par craneal; el dolor es unilateral y no pasa de la línea media, aparece por diferentes irritaciones en una zona definida; la irritación puede ser el tacto, palpación, frío, contorsión de la cara, etc. La zona que refiere el dolor no presenta cambios en la sensación; si el médico se presenta a la hora del

ataque, se puede observar contorsión típica de la cara; el paciente no acepta la exploración física, el mismo señala la zona, pero sin tocarla.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El carácter proximal e intensidad del dolor, que relaciona la distribución del nervio, con falta de sensación de dolor y liberación total del dolor entre los ataques, nos indicará la posibilidad de una neuralgia trigeminal. La contorsión de la cara surge de la distribución central de la irritación del ganglio del quinto nervio craneal al ganglio del séptimo nervio craneal (facial) e irritación motora de los músculos de la cara en el lado afectado. El tratamiento de estos pacientes, es bajo la responsabilidad del odontólogo.

ADVERTENCIA.

1. Dolor proximal intenso, con liberación absoluta del dolor entre los ataques, puede ser también dolor irradiado de pulpa infectada, especialmente en casos de pulpitis parcial; así que el odontólogo, antes de decidir el diagnóstico de neuralgia mayor, debe eliminar la posibilidad de una pulpitis.

2. Acabamos de describir neuralgia trigeminal, acompañada de síntomas atípicos, como sensación de ardor en la lengua, dolor espontáneo, sin irritación en dicha zona, así como irradiación a la nuca y cabeza; por lo tanto, estos fenómenos no pueden definir totalmente el diagnóstico de neuralgia mayor.

Puede ser que los signos atípicos son secundarios al dolor intenso y surgen como reflejo del espasmo muscular (masticatorios).

5.5. DOLOR FACIAL ATIPICO.

A parte de la irradiación del dolor a la zona de la cara por los dientes, senos maxilares y músculos, hay que tomar en cuenta el diagnóstico diferencial en base al dolor vascular. Ejemplo: Cephalgia Histáminica de Horton, que también se llama Dolor de cabeza de Cluster.

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente manifiesta dolor que se localiza en la zona del ojo e irradiado a los dientes superiores y a la A.T.M. El dolor es unilateral, intenso y aparece periódicamente de una manera constante, especialmente una hora después de

acostarse. El dolor lo hace despertar, y al levantarse disminuye un poco el dolor. El ataque es corto, aproximadamente de 15 min. a 2 hrs. ; se acompaña generalmente de lagrimeo del ojo y congestión de la nariz del lado afectado; aparece en una frecuencia de dos ataques a la semana y en una época específica del año.

EXAMEN.

Se aprecian vasos sanguíneos en la conjuntiva del ojo del lado del dolor, hay dilatación de la pupila. Se habla del Síndrome parcial de Horner, porque no hay daño en la capacidad de mover el lado afectado. Así mismo, se puede apreciar dilatación de los vasos sanguíneos de los temporales, no hay daño a la sensibilidad de la zona; a la hora del ataque se puede ver lágrimas y enrojecimiento de la cara.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

El característico periodo del dolor y el síndrome del ojo, nos indicará la posibilidad de Cefalea Histamínica; se supone que el mecanismo del dolor está relacionado con la liberación local de histamina y reacción vascular. Estos pacientes son atendidos por el neurólogo y alergólogo.

CONCLUSIONES.

El dolor en la zona de la cara es muy complicado de diagnosticar y puede brotar de diferentes orígenes. Muchas veces, el odontólogo será el primero en atender a estos pacientes con dolor facial, pero el diagnóstico y tratamiento son responsabilidad de las diferentes ramas de la medicina: Otorrinolaringólogo, Oftalmólogo, Neurólogo y Odontólogo. El odontólogo tiene doble responsabilidad en estos casos; uno, es diagnosticar cualquier dolor cuyo origen es en la cavidad bucal, glándulas salivales, músculos masticatorios, A.T.M.; y la otra, remitir a los pacientes a las diferentes especialidades de medicina, cuando sea necesario. Para poder diagnosticar, debe de conocer muy bien la anatomía de cabeza y cuello, los mecanismos del dolor y la relación psicológica que puede afectar cuando se habla de fenómenos del dolor.

CAPITULO VI

DOLOR DE ORIGEN PSICOLOGICO.

El dolor es una sensación que tiene un gran significado emocional y está relacionado con la ansiedad. El significado que tiene el dolor está relacionado con las bases culturales, experiencias vividas y reacción emocional e intelectual del paciente; pero como el dolor causa ansiedad y la ansiedad aumenta la intensidad disminuyendo el umbral del dolor, así pues, la ansiedad por sí sola puede causar una sensación verdadera de dolor.

El entender la relación estrecha que existe entre sensación de dolor, el significado emocional, es simbólico a veces, al tener dolor es de suma importancia en el diagnóstico por dos razones:

1. Porque al diagnosticar, se basa principalmente sobre la descripción del paciente y por su percepción subjetiva o anamnesis, el médico será capaz de llegar a un mejor diagnóstico, mediante la interpretación correcta a la reacción del paciente.

2. El entendimiento psicológico nos llevará a formar parte del cuadro de diagnóstico diferencial, cuando se justifica.

6.1. DOLOR PSICOGENICO.

MANIFESTACION DEL PACIENTE.

El paciente llega con dolor que generalmente es de carácter difuso y mal definido en base a su localización.

La intensidad generalmente no es muy fuerte, pero es prolongado, muchas veces de intensidad fija que no se desarrolla ni aumenta. La reacción del paciente generalmente está acompañada con preocupación y ansiedad.

EXAMEN.

Por el carácter no definido del dolor y la falta de sintoma típicos, como dolor a los cambios térmicos, masticación, etc., no se puede concentrar en un examen basado en suposiciones, por lo que hay que hacer una revisión de rutina.

PROCESO DE DIAGNOSTICO.

Por el carácter indefinido del dolor, que no tiene ninguna relación patológica, además falta de evidencias objetivas, se pensará de un dolor psicogénico (dolor psicogénico es un dolor verdadero para el paciente, pero que no causa ningún cambio patológico o funcional, ya que es de origen psicológico). La palabra viene de "psico"- espiritual, mente; "génesis"- formación.

A parte del diagnóstico, una manera de discernir por falta de signos objetivos, hay que agregar que existen signos positivos de dolor psicogénico. Entre ellos, la distribución del dolor que no persigue estructuras anatómicas, señalar el origen del dolor con movimiento circular sobre la cara alrededor de la boca.

Hay cambios en la localización del dolor de vez en cuando, por lo que se trata de un paciente sugestivo, que cambio de médico frecuentemente y relaciona la apariencia del dolor por un acontecimiento que despierta presión o ansiedad en la vida del paciente.

Es evidente, que el diagnosticar un dolor de origen psicológico, necesita de mucho cuidado y debe de realizarse después de consultar con especialistas; para ellos, necesitamos remitir al paciente a otros estudios, generalmente realizados por el neurólogo, otorrinolaringólogo o medicina interna.

Antes de decidir si el dolor es psicogénico, hay que tomar en cuenta las siguientes posibilidades:

1. Si los síntomas que el paciente presenta está relacionado con alguna patología específica.
2. Si puede haber la posibilidad de que alguna patología no haya sido detectada en determinado tiempo, desde que empezaron las manifestaciones del paciente.

El diagnóstico del dolor psicogénico, se debe realizar en más de una cita con el paciente, esto nos proporcionará:

- a) Control de varios tratamientos; uno de los más importantes es el efecto del placebo.
- b) Remitir al paciente a consulta y recibir información de parte de otros médicos.
- c) Conocer mejor el tipo de pacientes.
- d) Formar buenas relaciones con el paciente, que nos pueda proporcionar actitud de confianza, para poder después remitirlo a una ayuda psicológica.

CONCLUSIONES.

Hay que advertir que el diagnóstico de origen psicogénico tiene el peligro de querer resolver la falta de diagnóstico claro; aquí es el momento para insistir sobre la importancia del examen de "donde" y "que", antes de llegar al "porqué".

Por otra parte, el paciente trata, mediante su manifestación de dolor, formar una comunicación somática, donde el médico siente incomodidad, porque generalmente no sabe como atender la situación, sintiendo inseguridad.

6.1.2. PSICODINAMICA DEL DOLOR.

El dolor es una sensación subjetiva y sólo se puede medir según la reacción del paciente, por lo que se presentan diferentes definiciones al dolor psicogénico: Percepción del dolor y Reacción al dolor.

La Percepción del dolor , se presenta en el nivel fisiológico y está relacionado al umbral del dolor y no hay diferencia significativa entre una y otra persona.

La Reacción del dolor, que está a nivel emocional, es diferente en cada una de las personas, por lo que es importante saber su origen étnico, edad, experiencias pasadas, origen emocional, etc.

La Reacción al dolor, es prácticamente la sensación subjetiva, depende de la personalidad del paciente y de sus experiencias pasadas; el paciente que tuvo una experiencia de dolor, generalmente reacciona al dolor en forma más tranquila, ya que conoce la situación.

Teóricamente el dolor psicogénico, se presenta en pacientes con estructura mental diferente, por lo que se manifiestan diferentes objetivos:

- a) **El dolor como alucinación** - Se habla de un mecanismo de conversión o dolor histérico, cuando un órgano recibe una importancia, por lo que hay conversión de la situación por el temor a un síntoma de dolor físico corporal, sin que exista algún cambio fisiológico; este tipo de personas, están libres de preocupación acerca de su dolor y no tienen signos de ansiedad.

- b) **Equivalente depresivo** - Aquí el dolor tiene un objetivo de castigo, cuando la experiencia pasada del paciente le enseñó a liberarse de

culpabilidad mediante un castigo. La culpa se relaciona con culpas sexuales o agresivas que el paciente no puede aguantar.

- c) **La necesidad de dependencia** - La expresión de dolor es una forma de comunicarse, necesita ayuda y expresa una necesidad de relaciones de dependencia con el médico, esto es, tipo de paciente que llega con crisis por cambios en las condiciones de su vida, el paciente expresa la necesidad de atención, de comprensión con una expresión de depresión o desesperación.

6.2. DOLOR POSTOPERATORIO.

El dolor después de un tratamiento dental, puede ser de varios orígenes, todo depende del tejido que causó daño y el tipo de tratamiento que se realizó. El tema del dolor es muy semejante entre situaciones diferentes, cuando el paciente regresa después de un tratamiento dental que haya recibido un día antes con manifestación de dolor. Por lo tanto, bajo estas circunstancias, se clasifica el dolor según los diferentes tipos de tratamiento y no según la sintomatología del dolor.

6.2.1. DOLOR DESPUES DE REALIZAR UNA AMALGAMA.

El paciente regresa a veces por dolor al frío; si el dolor es pasajero, inmediatamente después del estímulo, se puede pensar de una irritación a la pulpa con la pieza de alta velocidad.

Generalmente, si hay una base protectora, sin haber comunicación pulpar, el dolor pasa después de unos días; en estos casos, siempre hay que revisar que la amalgama no esté alta entonces será generalmente sensibilidad a la masticación y percusión y se pueden ver signos de fuerte abrasión en la zona. En otros casos, hay manifestaciones de dolor que aumentan durante la masticación que desaparece posteriormente; se debe revisar empacamiento de alimentos por la falta de puntos de contacto, al igual si la restauración está alta.

En casos de que hay sensibilidad fuerte al frío y aumenta con el tiempo, especialmente cuando hay episodios del dolor espontáneo, se debe pensar en la posibilidad de una comunicación pulpar, por lo que se debe retirar la amalgama y colocar curación provisional (óxido de zinc y eugenol); si se llega a apreciar comunicación pulpar, se debe realizar recubrimiento pulpar directo con hidróxido de calcio.

6.2.2. DOLOR DESPUES DE UNA RESTAURACION DE PROTESIS

FIJA.

Hay dolor con lo frío como consecuencia a la irritación después del desgaste; generalmente, si el dolor no es espontáneo y no aumenta conforme pasa el tiempo, estas molestias pasarán en uno días; se debe revisar si la terminación de la restauración provisional no quedó corta.

Puede haber una irritación pulpar después de la cementación final, cuando el ácido del cemento de oxifosfato es irritante; también en esos casos el dolor pasará por sí solo. En todos estos casos, de sensibilidad al frío, especialmente si el paciente manifiesta dolor a la masticación o al ocluir, se debe revisar si hay puntos altos de contacto prematuro. El examen a través de un papel articular y encontrar zonas de abrasión, nos ayudará al diagnóstico.

6.2.3. DOLOR DESPUES DE UNA ENDODONCIA.

Si se realizó una pulpectomía y el paciente regresa con dolor, se debe considerar dos situaciones:

1. Sintomatología adecuada al dolor pulpar, entonces hay la posibilidad de no haberse realizado la extirpación total de la pulpa.
2. Sintomatología adecuada al dolor de origen periapical, la razón es una irritación e inflamación de la zona periapical por irritación mecánica del instrumento que pasó el ápice o penetración del material de obturación a la zona periapical, con reacción a las toxinas o infección.

6.2.4. DOLOR DESPUES DE LA INYECCION.

La causa de dolor después de la inyección puede ser por daño e irritación al periostio, hematoma local por daño de vasos sanguíneos, penetración de infección o en caso de anestesia regional mandibular, por daño al mismo nervio o muscular.

La causa de dolor después de la inyección de la anestesia regional mandibular, puede también tener un daño funcional (trimus), por irritación del músculo pterigoideo interno en el momento de la punción; en caso de un daño al nervio, habrá cambios en la sensibilidad (parestasia) que se expresa como

sensación de corriente eléctrica o dolor en la zona de la distribución del nervio y también disminución en la sensación al tacto.

6.2.5. DOLOR DESPUES DE EXTRACCION O CIRUGIA PARODONTAL

El dolor después de una acción quirúrgica es común , pero generalmente dura poco (dos o tres días) y generalmente de poca intensidad. Generalmente hay sensibilidad en la zona por irritación mecánica, térmica o química. El factor que impide la continuación del tratamiento, principalmente por infección o trauma de la zona, causará dolor más intenso y de mayor duración. En el caso de dolor intenso y prolongado después de una extracción, que inicia dos o tres días después, se llama alveolitis.

CONCLUSIONES.

El dolor que se presenta después de un tratamiento dental, está ligado a la medida del daño que se causó al tejido durante el tratamiento, o molestia funcional o infección que se desarrolló después de terminar el tratamiento. El diagnóstico se

hace en base al protocolo del tratamiento, relación entre el inicio del tratamiento y el inicio del dolor es evidente. Se debe tener cuidado en el diagnóstico diferencial, cuando a veces hay relación entre el tiempo y no de la razón. La regla dice que primero hay que verificar "en donde" y "qué" y posteriormente llegar al "porqué".

CAPITULO VII

BASES DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

7.1. INTRODUCCION AL PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento dental, nos hace posible dar un tratamiento adecuado al paciente mediante una evaluación previa de los tipos de tratamientos necesarios, orden y continuidad, tiempo que se necesita para cumplir el tratamiento y su costo; todo esto en base a la información proporcionada por el paciente, a través de la anamnesis, el examen detallado y minucioso, incluyendo su estado de salud general, su estado socioeconómico, sus demandas estéticas.

Los objetivos del tratamiento y consideraciones del pronóstico nos dará una guía, mientras el planteamiento, según los descubrimientos, los problemas especiales de cada paciente.

En cada planteamiento hay que considerar las alternativas, permitir flexibilidad que considera cambios así como en los tipos de tratamiento y su orden. Para eso es importante definir hasta donde se quiere llegar en el tratamiento y los

caminos alternativos para conseguir estos objetivos; así como es muy deseable incluir control en el plan de tratamiento, para permitir una evaluación según el plan original.

Generalmente el plan de tratamiento incluye los siguientes elementos:

- a) Centralización de información sobre el paciente y ordenarlo.
- b) Examinar la información e identificar los problemas principales.
- c) Revisar alternativas al tratamiento según los descubrimiento, objetivos del tratamiento y consideración del pronóstico.
- d) Determinar los pasos del tratamiento según el orden y duración.
- e) Cotización - presupuesto.
- f) Explicar y enseñar su plan de tratamiento.
- g) Realizar los pasos del tratamiento, mientras se reevalua un nuevo pronóstico en cada paso.

h) Control.

En casos más complicados, cuando el pronóstico es confuso, se puede presentar el plan de tratamiento por partes, cuando después de realizar cada paso se puede considerar de nuevo las alternativas del tratamiento; todo esto, en base al control de las reacciones a la curación y a las reacciones generales del paciente.

7.2. OBJETIVO DEL TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Los objetivos del tratamiento definen la situación objetiva, a donde queremos llegar con el tratamiento. Entender los objetivos y definirlos nos hace posible escoger diferentes medios de tratamiento y se acostumbra a pensar en criterios sobre las necesidades del paciente en lugar de las técnicas de tratamiento. Esto es sumamente importante porque al llegar a un objetivo, se puede mediante varios tipos de tratamiento y una vista global de los objetivos, hace posible tener consideraciones más flexibles de tratamientos alternativos.

Generalmente se puede definir al tratamiento dental en los siguientes objetivos:

A. ELIMINAR DOLOR E INCOMODIDAD.

El alivio del dolor y sufrimiento es de los objetivos principales del tratamiento médico. Para su realización debemos de saber las bases sistemáticas del paciente y especialmente las posibilidades de alergia, fiebre reumática, hipertensión, toma de medicamentos (especialmente anticoagulantes y conocer su reacción emocional. No hay duda que para cumplir con el objetivo de eliminar el dolor hay que diagnosticar el origen del dolor.

B. ELIMINAR SITUACIONES PATOLÓGICAS.

Uno de los objetivos del tratamiento dental, es eliminar situaciones patológicas con caries, infecciones e inflamaciones en tejidos blandos y procesos tumorales. En el orden del tratamiento, se eliminan las situaciones patológicas inmediatamente después de ceder el dolor.

Es evidente que aquellas situaciones que arriesgan la vida del paciente, como tumor maligno, se atenderá primero; de igual forma, se eliminará primero las mismas situaciones que pueden avanzar a una situación irreversible, como caries profunda que puede penetrar a la pulpa y causar pulpitis, o un absceso periodontal agudo que puede, dentro de poco tiempo, destruir el hueso alveolar.

C. REHABILITACION DE FUNCION Y ESTETICA.

Este objetivo abarca un rango muy amplio, empezando por restauración y función de un diente único dañado por caries y hasta restauraciones amplias del sistema masticatorio completo.

A veces es importante saber que hay que hacer y muchas veces es muy importante que no hay que hacer. La reflexión automática de una restauración de un diente ausente con un puente, no siempre es lo correcto, así como aquellas situaciones de oclusión que salen de lo normal no es necesario corregirlos.

D. TRATAMIENTO DE FACTORES QUE CAUSAN PATOLOGIAS.

El tratamiento no es solamente de rehabilitación o restauración, sino también de prevención. Para llegar a cumplir este objetivo, el médico debe tener mucha experiencia y saber diagnóstica, así como tener motivación para cumplir este objetivo.

Una de las consideraciones importantes cuando se realiza un tratamiento o cuando no se realiza, es la consideración de que si la decisión que sea tomada va a ser estable; por ejemplo, el no restaurar un diente ausente, en la mayoría de los

casos será pronóstico estable y no causará patología. Esta consideración es parte del pronóstico.

7.3. PRONOSTICO.

El pronóstico es una predicción y como tal, es una de las áreas más difíciles del proceso del plan de tratamiento, per aún así es sumamente importante. No hay duda de que el pronóstico exacto se puede recibir después de años de control, conforme la experiencia del medico es mayor y cuando es mayor el número de pacientes que ha tratado, así, su habilidad a pronosticar es mayor. El problema es que la consideración del pronóstico, para un paciente específico, se debe considerar sobre el futuro y no sobre el pasado. Aún así, con los datos del paciente y su pasado son datos claves para fijar un pronóstico, cuando se considera varias alternativas de tratamiento.

Se puede definir entonces que el pronóstico se basa sobre la evaluación de la situación que existe, como resultado de los datos etiológicos de la enfermedad y el beneficio del tratamiento según las posibilidades y en base a la situación funcional y libre de patologías.

Los datos por los que depende el pronóstico son:

A. MEDIDA, RITMO Y PROGRESO DE LA ENFERMEDAD.

Generalmente se puede decir que cuando la patología es más avanzada, las posibilidades de llegar a un estado funcional correcto son menores; pero esta regla tiene muchas variaciones, dependiendo del ritmo en que avanza la enfermedad.

Así por ejemplo, cuando hay reabsorción del hueso alveolar por enfermedad paradontal, el pronóstico es peor, que si hubiera menos hueso reabsorbido. Pero si el proceso ocurrió durante muchos años, será una situación con pronóstico más favorable, que una situación parecida que se desarrolló en poco tiempo.

B. FACTORES QUE CAUSARON LA SITUACION DE LA ENFERMEDAD.

1. **FACTORES LOCALES.** Cuando podemos identificar más factores locales que causaron el estado de la enfermedad, que están bajo nuestro control y que podemos eliminarlos, de esta manera se mejorará el pronóstico. Por ejemplo, una bolsa paradontal, que es resultado de empacamiento de alimento por falta de un punto de contacto, tiene mejor pronóstico que una bolsa similar cuando no podemos identificar un factor local exacto o preciso.

2. **COSTUMBRES**. El tipo de alimentación, fumar, cepillado de dientes, rechinamiento dental, son ejemplos de hábitos de gran importancia para el odontólogo. Se hubiera podido incluir como factores locales. Pero al contrario los factores anteriores, forman parte del control que está en manos del paciente. Aunque el odontólogo joven pretende cambiar los hábitos del paciente, la experiencia le enseñará que en la mayoría de los casos no es así; por lo que no hay que considerar estos hábitos dentro del pronóstico como un estado fijo, más que un estado que se pueda cambiar.

3. **ESTADO SISTEMICO**. El estado de salud general del paciente, influye sobre el pronóstico en dos áreas; a) influencia directa sobre el estado de salud bucal, b) limitaciones del tratamiento, por ejemplo, en un diabético, el pronóstico del tratamiento parodontal será pero que en un paciente sin enfermedad sistémica. Un paciente con problemas cardíacos, que no puede estar bajo estrés por mucho tiempo, nos pondrá limitaciones en el tratamiento así como en el pronóstico.

C. EDAD DEL PACIENTE.

Aunque sería paradójico una situación dada en un paciente de edad avanzada, tiene pronóstico mejor que un paciente en la misma situación más joven. Por ejemplo, en caso de una enfermedad parodontal, la posibilidad de

realizar un estado funcional normal en un paciente de edad avanzada es mejor que en un paciente joven. La lógica de esta situación es doble:

- a) El paciente joven, llegó a su estado de enfermedad avanzada en un período más corto.

- b) Si se está en un estado de enfermedad avanzada en un paciente joven, su defensa natural es básicamente baja y el pronóstico es que su reacción a futuro disminuya en sentido perjudicial.

D. COOPERACION Y MOTIVACION DEL PACIENTE.

El tratamiento es un proceso de interacción entre el odontólogo y e paciente, por lo que la cooperación del paciente es sumamente importante. El nivel de cooperación y su motivación al tratamiento se puede ver en varias formas. Primero, hay que considerar la experiencia pasada del paciente; el paciente que llega con un estado patológico extenso como destrucción múltiple por caries y sin tratamiento, para recibir un tratamiento de urgencia por dolor, no será la mayoría de los casos un paciente cooperador a lo largo del tiempo. Segundo, hay que considerar los deseos del paciente, según como los expresa; el paciente que dice que está dispuesto a recibir tratamiento y piensa que es necesario revisar sus dientes y decidir que es lo que necesita, está dispuesto a cooperar más, que un

paciente que llega sólo para obturación de una pieza (y generalmente señala con el dedo la pieza)

Se espera una buena cooperación de pacientes que llegan periódicamente a una revisión. Así puede detectar en los primeros momentos del tratamiento la cooperación por parte del paciente según su comportamiento como: puntualidad, importancia del tratamiento, estado emocional, puntualidad en sus pagos, etc.

La cooperación también está relacionada con los hábitos y la capacidad del paciente para mejorar sus hábitos; aunque en este caso, el problema es que al pasar varias semanas después del tratamiento, el paciente puede regresar a sus hábitos.

Es importante también considerar el estado emocional del paciente, sus temores al tratamiento, si tiene buena disposición para realizarse tratamientos quirúrgicos, hasta dónde llega su paciencia, etc. El paciente también expresa su actitud al tratamiento en otras maneras: la forma de expresarse de su anterior odontólogo (su razón por la cual dejó de asistir con él), su reacción al tratamiento que se le realizó.

F. NIVEL DE EXPERIENCIA DEL OPERADOR.

La experiencia y nivel del operador, serán sumamente importantes en el pronóstico y plan de tratamiento; cuando el nivel y experiencia del odontólogo son mayores, las posibilidades del pronóstico serán mejores.

CONCLUSION.

El pronóstico es un problema especialmente en situaciones intermedias, cuando en la mayoría de los casos extremos - fáciles y difíciles - el pronóstico es claro. A veces en las restauraciones complicadas, el pronóstico depende de un diente, cuando la patología parodontal o caries extensas, arriesgan la posibilidad de conservarlo; en todas las situaciones intermedias de este tipo, cuando el pronóstico no está claro, se puede usar un tratamiento de experimento; por ejemplo, se puede llegar a tratar un diente con endodoncia, que no es un éxito seguro, o eliminar caries de un diente con destrucción extensa. El uso de un tratamiento experimental, nos enseña cual es la posibilidad de cambiar los factores ambientales en la boca del paciente, que tienen importancia etiológica.

7.4. TECNICA DE PLAN DE TRATAMIENTO.

El contenido de un plan de tratamiento, obviamente se cambiará de paciente a paciente, pero los métodos de planificación serán fijos, cuando la rutina de revisión, recopilación de información, ordenamiento y los pasos aceptados de tratamiento ayudan a tomar decisiones y realizar correctamente el tratamiento. Esto nos asegura que no existan sorpresas desagradables.

Se describirán los pasos a seguir:

- a) Recopilación de información y archivarlo. (revisión).

- b) Recopilación de datos para la detección de problemas principales (paso de diagnóstico).

- c) Examen de los datos según los objetivos del tratamiento, tomando en cuenta el pronóstico y alternativas de tratamiento (paso del plan de tratamiento).

- d) Decisión del tratamiento a seguir, su ordenamiento, y duración. (plan de tratamiento).

- e) Presentación del plan de tratamiento.

f) Tratamiento, control y revaloración.

A. RECOPIACION DE INFORMACION Y ARCHIVARLOS.

En el primer paso, hay que definir el estado general del paciente. Se lleva a cabo mediante la anamnesis, examen físico, modelos de estudio, radiografías y exámenes auxiliares, según la necesidad.

Los datos detectados y los del examen físico, se deben escribir.

B. RECOPIACION DE DATOS PARA LA DETECCION DE PROBLEMAS PRINCIPALES.

En la gráfica dental debe anotarse los datos generales del paciente, examen físico y demás información a través de las radiografías y modelos de estudio. De esta forma se puede recopilar la mayoría de los cambios anatómicos; así mismo, hay que sumar el estado general del paciente, como: edad, sexo, estado de salud general, higiene, motivación, su actitud al tratamiento y su estado socioeconómico.

Por tanto los problemas del paciente se dividen en niveles; anatómicos, funcionales, emocionales y socioeconómicos.

C. EXAMEN DEL LOS DATOS SEGUN LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO, TOMANDO EN CUENTA EL PRONOSTICO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.

Este paso es el más complejo del proceso del plan de tratamiento. La definición de los problemas principales con la diferentes posibilidades de solución que necesitan dan respuesta a los objetivos del tratamiento dental.

La técnica aquí, es de examinar suposiciones, cuando las diferentes alternativas de tratamiento están tratando de cumplir los objetivos de este. En este paso se examinan de nuevo los datos según la alternativa del tratamiento y se verifican los puntos fundamentales en el plan de tratamiento.

D. DECISION DEL TRATAMIENTO A SEGUIR, SU ORDENAMIENTO, DURACION Y COSTO.

Después de considerar y confirmar las alternativas del tratamiento, hay que determinar los pasos a seguir de este.

Generalmente el orden del tratamiento es parecido al mismo de los objetivos del tratamiento: primero, hay que entender el dolor e incomodidad del paciente inflamación aguda y estados patológicos que pueden rápidamente llegar a ser más

graves, como caries profunda, que pueden causar en poco tiempo una pulpitis aguda. Está claro, que estados patológicos que pongan en peligro la vida del paciente, como tumores malignos, serán en prioridad al tratamiento.

En el segundo paso, hay que realizar limpieza de la boca: eliminación primario de sarro o cálculos de placa dentobacteriana, extracción de restos radiculares, eliminación de caries profunda. El siguiente paso, se realiza en tratamientos necesarios, generalmente según el segundo orden: endodoncia, parodoncia, amalgamas, prótesis fija, prótesis removible.

E. PRESENTACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento, se debe mostrar al paciente. Es preferible auxiliares con modelos de estudio y radiografías, para hacer más demostrativo las patologías presentes en el paciente y los diferentes tratamientos.

A la hora de presentar el plan de tratamiento, no hay que mencionar en detalle los diferentes pasos del tratamiento; por ejemplo: "Vas a necesitar cuatro amalgamas, una endodoncia, una corona con endoposte, una prótesis fija de tres unidades, extracción de restos radiculares en maxilar, extracción de terceros molares y una cirugía de la enclía del lado izquierdo del maxilar superior, para esto vamos a necesitar alrededor de 26 citas, por lo que vamos a tener cita cada

semana y durará por lo tanto, aproximadamente seis meses". El costo o presupuesto que sospecha, se va a dar generalmente para el tratamiento completo.

Cuando hay alternativas para el tratamiento, hay que presentárselas al paciente de una manera que pueda entender cuales son las limitaciones y ventajas de las otras posibilidades. No hay que presentar muchas alternativas al paciente (no más de dos), así como hay que tomar en cuenta su opinión. Generalmente, las alternativas que se presentarán ante el paciente, se necesita de decisiones: económicas o estéticas y menos sobre decisiones fisiológicas. El proceso de presentación del tratamiento, es sumamente importante en la relación y comunicación entre el odontólogo y paciente.

Si a la hora de la anamnesis, el odontólogo es pasivo y escucha, y el paciente comenta sus inquietudes, entonces en el caso de presentar el plan de tratamiento, hay que examinar las reacciones del paciente y estar conscientes o detectar los problemas que inquietan al paciente.

F. TRATAMIENTO, CONTROL Y REVALORACION.

A veces, durante los pasos del tratamiento, hay cambios que no se tenían previsto (a veces son resultado de un examen o diagnóstico no cuidadoso); cuando se descubren estos cambios, hay que considerarlos contra el plan de tratamiento general y a veces realizar cambios en todo el plan.

CONCLUSIONES

Generalmente, el odontólogo no trabaja sólo, ya que tiene relaciones profesionales con diversas persona, el primero es, el paciente mismo, así como también el asistente, secretaria y otros médicos de otras ramas.

A. INTERCONSULTA.

A parte de la relación odontólogo paciente, hay otro tipo de relación estrecha con los auxiliares o asistentes, técnico dental, otros colegas (médico general, ginecólogo, otorrinolaringólogo, neurólogo, psiquiatría, etc.) Aquí nos concentramos especialmente en interconsulta.

La intención de realizar una interconsulta, será después de haber agotado los recursos para la identificación del problema, mediante los medios de diagnóstico aceptables (anamnesis, examen físico y medios auxiliares). Remitir al paciente de un médico a otro para interconsulta o tratamiento, no se debe interpretar como un médico con falta de conocimiento o habilidad; muchas veces realizamos la interconsulta con un especialista en odontología, médico general, neurólogo, etc., cuando se piensa que el problema está en la rama específica de dicho médico.

El problema al que se enfrenta el odontólogo que remite a interconsulta, es doble: cuando y a quien. El paciente se remitirá cuando el problema identificado no está bajo la responsabilidad directa del odontólogo, como sinusitis o neuralgia, o cuando hay dificultad de identificar el origen de la patología, el dolor, o cuando el nivel de la complicación de la patología no está dentro de la experiencia del odontólogo. Se remite al paciente, es decir, cuando se ha hecho la definición de su problema hasta el punto en que se puede, con el uso de los medios de diagnóstico aceptables y a veces después de que se hace un tratamiento experimental. Hay que explicar al paciente que el problemas es experimental, para que no piense que lo remiten por fracaso.

Escoger con quién vamos a remitir, está relacionado directamente con la naturaleza del problema el cual presenta el paciente.

Dolor de origen en la cara, nos indica ejemplos de problemas que necesitamos remitir a diferentes especialistas. En suma, podemos decir que remitir será: un odontólogo que se especializó en una área (ortodoncia, parodoncia, endodoncia, cirugía), médico general y médicos especialistas: neurólogo, otorrinolaringólogo, ginecólogo, psiquiatra, etc.).

Otra fuente para consultar, es la literatura profesional. El proceso de consultar con la literatura es muy parecido con lo que se hace con otros médicos, es decir, la revisión del paciente tratando de identificar el problema y cuando se identificó, se decide consultar con la literatura adecuada relacionada con el tema. En el primer paso, se puede usar libros, de texto y conforme se acumula los conocimientos y práctica del médico, se consultará con artículos específicos del tema. Al final se puede hacer parte en los exámenes de laboratorio (interconsulta con biólogo y patólogo).

¿Cuál es la reacción del paciente al remitirlo a interconsulta? Si se le explica el motivo de la interconsulta, lo va a recibir en una mejor forma, ya que el paciente no lo interpretará mal o por falta de conocimientos del odontólogo, sino que el odontólogo es responsable y le interesa la salud del paciente. El hecho de remitir al paciente a interconsulta, se le da seguridad al paciente y confianza, siente que cuando sus problemas salen de la experiencia del odontólogo, tendrá un respaldo por parte del médico.

¿Cuál es la forma de remitirlo? Al paciente hay que remitirlo mediante una orden. A veces se remiten con algún médico específico, que es conocido del odontólogo y a veces dependiendo de la situación se hará a nivel hospitalario.

***ORDEN DE REMISION.**

Para su realización, en primer lugar se hace: nombre del paciente, un sumario del problema, cuando sea necesario conclusiones y tratamientos que se han hecho y se termina con la solicitud específica de la interconsulta como: "favor de aceptar al paciente a una consulta", ó favor de aceptar al paciente a un diagnóstico" y si es necesario, a un tratamiento. Es deseable incorporar radiografías, modelos de estudio y todo material y datos que se recopilaron en el tiempo de diagnóstico y tratamiento.

A veces el paciente se remite para aclarar un problema específico y después regresará una carta de respuesta del especialista y a veces acaba el tratamiento con el médico especialista. También en el último caso, es deseable pedir una respuesta.

A veces la interconsulta se hace a través del teléfono, por lo que se debe anotar en el expediente del paciente, los datos de la plática e identificar al médico que dió la interconsulta.

CONCLUSIONES.

La interconsulta es un proceso o manera de pedir la información a parte o de más, sobre el paciente, ya sea por medio de especialistas o bien, por medio de la literatura.

B. ETICA PROFESIONAL

La ética, es una teoría o virtud, es parte de la filosofía que determina un código de conducta en una relación entre una persona y otra. Es un sistema de moralidades y prácticamente se denomina por códigos de comportamiento social, que nos fuerza a actuar de una manera. La ética profesional define la relación el nivel profesional, no se contradice la ética profesional a la ética general de la sociedad, solamente se le agrega reglas o principios, costumbres y prevenciones en el lugar que no está bien definido por la ley.

La ética profesional define la forma de la conducta profesional y las responsabilidades profesionales en varios niveles: en el nivel social profesional, en relación con el paciente y en relación con colegas.

a) NIVEL SOCIAL-PROFESIONAL. La profesión del odontólogo, es servicio para la salud de la sociedad. La responsabilidad profesional que tiene el odontólogo no

está sólamete directamente con sus paciente, pero incluye también su responsabilidad a la salud general dentro del área de odontología. Debe preocuparse a promocionar un tratamiento preventivo, motivar y participar en promociones de propaganda al público y ser líder en esta área. Por eso tiene la responsabilidad, al expresarse públicamente en temas profesionales, de una manera veraz y clara. Se debe cuidar el honor de la profesión.

b) RESPONSABILIDADES PARA EL PACIENTE. La responsabilidad primaria, es proporcionar el mejor servicio que se pueda y ofrecer calidad que la profesión puede ofrecer en las condiciones y conocimiento que existe. Las buenas intensiones no pueden cambiar el profesionalismo, actualizarse y tener ambición para mejorar, son las responsabilidades morales del médico. No hay que ofrecer tratamiento, si no hay seguridad y no hay que realizar tratamiento, cuando se sabe que es mejor no atenderlo.

Es obligación del odontólogo consultar, cuando no hay la certeza de su capacidad de realizar algún tratamiento o diagnóstico. No hacer pensar al paciente que se es especialista cuando no lo es. Es parte de la ética conservar en secreto datos personales y médicos sobre el paciente.

c) RELACIONES CON COLEGAS. Las relaciones que se hacen entre colegas, para mantener así buenas relaciones y no causar daño al paciente.

En el momento de atender al paciente, o hay que dar la opinión sobre su tratamiento anterior, no hay que recibir a un paciente que esté a la mitad de un tratamiento con otro odontólogo, sólo si el otro odontólogo está de acuerdo. Si se remite a un paciente a un especialista, los resultados se mandan al odontólogo y no al paciente y únicamente se va a realizar lo que viene marcado en la orden y no así otros tratamientos.

Estas reglas profesionales no son rígidas y son adaptadas al tiempo y lugar básicamente, "no hagas a tu prójimo, lo que no quieres para tí mismo".

BIBLIOGRAFIA

Mc Elroy Molono

Diagnóstico y tratamiento odontológico

Editorial: Interamericana

México, 1976

Michael R. Bond

Dolor su naturaleza, análisis y tratamiento

Editorial: Inter-Médica

Argentina 1980

Jablonski

Diccionario ilustrado de odontología

Editorial: Panamericana

1992

Weiden E. Bell

Classification, Diagnosis, Management orofacial pains.

Year book, Medical Publishers, Inc.

Richard Bance

Manual de Clínica Endodóntica

Editorial Mundi

Primera Edición

Seltzer et Al

Diferencial diagnosis of pain condition

OralSurg. 1970

Bresner, Edward y Ferigno, Peter

Endodoncia práctica

Guía práctica, Manual Moderno

México, 1985

Monthein, Bennet, C. Richard

Anestesia y control en la práctica dental

Editorial Mundi, 1983

Buenos Aires, Argentina

Genco, Godman, Gohen

Periodoncia

Editorial: Interamericana

1993

Burket. L.W.
Oral Medicine diagnosis and treatment
1971
Chapter 36

A.C. Guyton
Fisiología Humana
Editorial Interamericana
México, 1990

Angel Lasala
Endodoncia
Editorial Salvat
México, 1988.