



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

124  
ZED

**PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA  
DETECCION OPORTUNA DE LESIONES  
MALIGNAS.**

**T E S I S A**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N :**

**GARCIA CARDENAS ALEJANDRO**

**PEREZ PINAL ELIZABETH**

**ASESOR:**

**C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA**

**MEXICO, D. F.**

**1995**

**FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**AGRADEZCO INFINITAMENTE, a la persona que me guió por este arduo pero bonito camino:**

**DIOS**

**A la U.N.A.M. y ala facultad de ODONTOLOGIA.**

**Aquellas grandes gentes que me impulsaron y creyeron en mi desde mis primeros años de estudiante, mis padres:**

**-JUAN GARCIA MORENO**

**-MA.DE LOS ANGELES CARDENAS.**

**Por el apoyo que me brindaron mis hermanos**

**-Beatriz García Cárdenas.**

**-Juan Carlos García Cárdenas.**

**-Rosa María García Cárdenas.**

**Mis sobrinos:**

**-Mariana Isabel y Juan Emilio.**

**Gente que me respaldo sin interés:**

**-Alma Rosa Cárdenas.**

**-Emma Parra.**

**-Daniel**

**-Loreto Moreno.**

**-Emilio Días.**

**Por ofrecerme el conocimiento y la orientación:**

**-C.D. Guadalupe Argueta Mora.**

**-C.D. Delfina Vega.**

**-C.D. Mario Rodríguez Dorantes.**

**-C.D. Luis Rosas Altamirano.**

**-C.D. Victor Manuel Barrios Estrada.**

**Por la compañía durante la carrera al grupo 14**

**pero en especial a los 4 alegres compadres:**

**JOSE LUIS, JAIR, HECTOR, ALEX. Y ADRI.**

**A mis compañeros de la clínica periférica**

**ARAGON: Angeles, Liz, Aurora, Beto,**

**Dinora, Flor, Manuel, Luz.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A TI DIOS**, por todo lo que me has dado.

**A MIS PADRES**, por su apoyo infinito  
especialmente a ti mamá por tus múltiples  
sacrificios sin los cuales no sería lo que  
lo que soy ahora..

**LOS QUIERO, SON LO MEJOR DE MI VIDA.**  
Gracias, mil.

**A MIS HERMANOS**, por su apoyo y comprensión.

**A MI QUERIDA UNIVERSIDAD Y  
A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA,**  
porque me dieron la oportunidad de ingresar  
a sus filas.

**A TODOS LOS PROFESORES**, que de una u otra forma  
influyeron en mi formación académica.

**A MIS AMIGAS**

Rosy, Aurora, Melany y Martha; por  
estar conmigo en todo momento.

**A TI ANGELES**

Por que sin ti, no seria realidad  
esta tesina; además de que siempre  
estuviste conmigo apoyándome y  
brindándome tu amistad.

Gracias por ser mi amiga. T.Q.

**AL DR. LUIS ROSAS ALTAMIRANO**

Por su amistad y su apoyo.

**A MIS AMIGOS** del glorioso grupo 14  
porque apesar de los pesares estuvieron conmigo.  
**GRACIAS.**

**A TODAS Y A CADA UNA DE LAS  
PERSONAS QUE ESTUVIERON  
CONMIGO DURANTE TODO  
ESTE TIEMPO POR SU APOYO Y  
COMPRESION.  
GRACIAS, MUCHAS GRACIAS.**

**ELIZABETH PEREZ PINAL.**

# **INDICE**

**INTRODUCCION**

**PROLOGO**

<b>CAPITULO I</b>	<b>FUNCIONES DEL CIRUJANO DENTISTA .....</b>	<b>3</b>
	<b>EN EL CONSULTORIO DENTAL.</b>	
	1.1 Historia Clínica.	4
	1.2 Examen físico y bucal	6
	1.3 Diferencia entre normal y anormal en un examen bucal..	7
	1.4 Tipos de diagnóstico	13
	1.5 Exámenes de apoyo para un diagnóstico	15
<b>CAPITULO II</b>	<b>LESIONES MAS FRECUENTES EN .....</b>	<b>17</b>
	<b>NUESTRO MEDIO.</b>	
	2.1 Carcinoma epidermoide	18
	2.1.1 En labio	18
	2.1.2 En lengua	19
	2.1.3 En piso de boca	20
	2.1.4 En mucosa bucal	20
	2.1.5 En encía	21
	2.1.6 En paladar	21
	2.2 Osteosarcoma mandibular	22

	2.3 Melanoma bucal	22
<b>CAPITULO III</b>	<b>INSTITUCIONES DE APOYO Y .....</b>	<b>24</b>
	<b>CANALIZACION DE LOS PACIENTES</b>	
	<b>DETECTADOS.</b>	
	3.1 Públicas	24
	3.1.1 Hospital General	24
	3.1.2 Hospital Juárez	25
	3.1.3 Instituto Nacional de Cancerología	25
	3.2 Descentralizados.	26
	3.2.1 Hospital de Oncología,	26
	Centro Médico Nacional	
	Siglo XXI, IMSS.	
	3.2.2 Hospital 20 de Noviembre,	27
	ISSSTE.	
	3.3 Privadas	27
	3.3.1 Hospital Angeles	27
	3.3.2 Hospital Médica Sur	27
	3.3.3 Hospital Ingles	28
<b>CAPITULO IV.</b>	<b>PAPEL DEL ODONTOLOGO EN LA .....</b>	<b>29</b>
	<b>LUCHA CONTRA EL CANCER.</b>	
<b>CAPITULO V.</b>	<b>PARTICIPACION DEL CIRUJANO DENTISTA .....</b>	<b>33</b>

**EN EL EQUIPO ONCOLOGICO Y EN LA  
REHABILITACION DEL PACIENTE.**

<b>CONCLUSIONES</b>	.....	<b>37</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	.....	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>		

## **INTRODUCCION**

A lo largo de nuestra formación como Cirujanos Dentistas, nos encontramos con limitaciones en la investigación documental, ya que no hay mucho escrito, respecto a las "FUNCIONES DEL CIRUJANO DENTISTA Y LA PARTICIPACION DE ESTE EN EL AREA ONCOLOGICA".

Por lo que surge la inquietud de realizar una investigación de campo y complementar ésta, con lo que sea escrito al respecto y sobre todo, que esté acorde a nuestra situación y realidad nacional.

Esto con el propósito, de disipar nuestras dudas, además de hacer pensar a nuestros compañeros en formación, pues es muy triste encontrar en los hospitales a pacientes en estadios 3 y 4 de su padecimiento, sabiendo que todos ellos en su momento se presentaron con más de tres o cuatro colegas y estos no supieron hacer un diagnóstico temprano y evitar así, males mayores en los pacientes.

Por lo que con gran entusiasmo y dedicación nos abocamos a desarrollar el presente trabajo, en donde retomamos temas vistos en las materias impartidas en las aulas, pero que no les dimos la importancia que tienen; como es el hecho de elaborar una historia clínica completa y bien hecha, así como el examen bucal, que es tan importante.

También se hace referencia de una manera general las lesiones más comunes, por las que se presentan los pacientes en el hospital de Cancerología, que es un hospital de concentración nacional.

Consideramos importante referirnos a las instituciones a donde se puede canalizar a los pacientes detectados para su estudio y tratamiento; así como su dirección, horario y requisitos para su atención.

## **PROLOGO**

Es preciso consignar dentro de este prólogo, la escasez de material bibliográfico que existe sobre el tema refiriéndonos específicamente al papel del odontólogo en la detección oportuna de lesiones malignas en nuestro país, por lo que consideramos importante complementar la investigación documental, en lugares específicos y con personas especialistas en el tema.

Por lo que la investigación documental se complemento con la investigación de campo, realizando entrevistas en diferentes instituciones y sobre todo, la mayor carga de la investigación se efectuó en el Instituto Nacional de Cancerología, ya que este es un hospital de concentración y la experiencia de los cirujanos dentistas entrevistados, que están en contacto directo con nuestro medio, por lo que su opinión es de gran valor y nos da una estimulación más acertada de lo que ocurre en nuestro país.

Los odontólogos entrevistados fueron C.D. Alejandro Benavides Ríos y el C.D. Samuel Guillén. ambos protesistas maxilofaciales, así como la C.D. Blanca Ivieta a quienes dejamos constancia de nuestros agradecimientos.

A fin de entrevistarlos previamente, elaboramos un instrumento de investigación (cédula de entrevista) anexo (1) en donde se consignaron las opiniones vertidas por estos profesionistas.

En el desarrollo del trabajo se consigna la investigación documental que consideramos importante, y que no debemos olvidar antes de dar nuestra impresión diagnóstica, así como también se consignan las opiniones vertidas por los especialistas, con las que se elaboraron las conclusiones y sugerencias, algunas serán las expresadas por los especialistas pero las más serán las que emitamos nosotros, en virtud de la laboración de este trabajo.

## **CAPITULO 1. FUNCIONES DEL CIRUJANO DENTISTA**

Dentro de la funciones del Cirujano Dentista tenemos las siguientes:

- Atender a su paciente en el momento de su llegada de una forma cordial, iniciar el interrogatorio para saber el motivo de su consulta, procurando favorecer un ambiente de confianza, ya que como es de todos sabido, para la mayoría de la gente es muy estresante asistir al servicio odontológico.

Habiendo logrado nuestro objetivo se puede dar inicio a la elaboración de la historia clínica para posteriormente llevar a cabo el examen físico haciendo hincapié en el examen bucal.

Para que con estos elementos estemos en la posibilidad de diagnosticar, si hay necesidad de exámenes de laboratorio y Rx para hacer un buen diagnóstico.

Hecho lo anterior procederemos a nuestra impresión diagnóstica, el plan de tratamiento y esbozar un pronóstico desde el punto de vista clínico, con la ética profesional no olvidando la responsabilidad que asumimos como Cirujanos Dentistas, haciéndole ver que es una impresión diagnóstica derivada de nuestra experiencia clínica, que en los casos necesarios serán corroborados por estudios de laboratorio, Rx y aún histopatológicos pues la clínica es la base para solicitarlos. Una vez hecha la anamnesis adecuada para llenar la historia clínica; hechas nuestras solicitudes de laboratorio y de gabinete procederemos a dar las citas, para interpretación, corroboración o de nuestra impresión diagnóstica y tratamiento; una vez más la ética profesional debe estar presente para hacernos conscientes hasta donde llegan nuestro conocimientos, habilidades y medios, pues de no estar acordes con la patología que el paciente presenta hay que derivarlo con otros colegas especializados o al medio institucional.

## **1.1 HISTORIA CLINICA**

Si tomamos en cuenta que el mundo ha cambiado al paso de los años y la tecnología ha avanzado, nos podemos percatar que anteriormente el Cirujano Dentista era más clínico, ya que su diagnóstico se basaba en una buena elaboración de historia clínica auxiliándose de una exploración física para así llegar a una impresión diagnóstica.

Actualmente nos encontramos muchos consultorios en los cuales elaboran una historias clínica muy general, misma que nos arroja datos importantes, ya que la historia clínica tiene propósitos esenciales como:

- Obtener datos para estar seguros de que el tratamiento elegido no influirá en el estado general del paciente.
- Determinar la posible presencia de alguna enfermedad.
- Detectar enfermedades que necesitan un tratamiento especial y de la cuales el paciente no se haya percatado.

Los datos que deben consignarse en la historia clínica, se obtienen siguiendo un esquema determinado para que esta información guarde el orden requerido para su rápida y completa interpretación.

El formato ideal para llevar a cabo una historia clínica es aquel lo suficientemente completo y conciso para utilizarse en el trabajo diario.

La Historia Clínica se compone de:

- 1.- Ficha de identificación que constará de: apellidos y nombre completo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, residencia actual, sexo, estado civil, profesión, ocupación y teléfono.
2. Antecedentes Heredofamiliares, aquí haremos hincapié en las enfermedades degenerativas que tienen gran importancia en nuestro quehacer profesional como diabetes, cáncer y otros.

3.- Antecedentes personales no patológicos, esto nos dará idea del medio ambiente y educación higiénica en la que se desenvuelve nuestro paciente, así como hábitos personales (fumar, beber y otros).

4.- Antecedentes personales patológicos, con esto sabremos signos, síntomas, síndromes o que enfermedades pueden influir en el estado actual del paciente.

Recabados los datos anteriores nos centraremos en cabeza y cuello.

5.- Exploración de cabeza y cuello

a) Ganglios linfáticos

b) Mentonianos

c) Submandibulares.

d) Cervicales

e) Subclaviculares, y si estos presentan: movilidad, si son dolorosos o si son fijos, si han aumentado de volumen y si hay supuración.

6.- Glándulas salivales

a) Parótida

b) Submandibular

c) Sublingual

d) Menores, y si en estas se observa: aumento de volumen, dolor, firmeza, flacidez, fluctuación, ulceración y si está fija o no a planos profundos.

Con esto tenemos una idea general para entrar de lleno a cavidad oral y más propiamente a las características clínicas de estructuras orales.

Sugerimos iniciar con un esquema que incluye maxilar, mandíbula y piezas dentarias, con un renglón en el que se mencione el padecimiento actual ( por lo que el paciente va a consulta) seguido de las características observadas por nosotros en el examen bucal, iniciando desde labios, mucosas yugales, lengua, piso de boca, paladar blando, paladar duro, orofarínge y carrillos.

Al final de la historia clínica anotaremos los resultados de gabinete y de laboratorio y es conveniente la descripción de las piezas dentales afectadas.: por caries, obturación,

prótesis, alteraciones del desarrollo, parodontopatías y alteraciones fisiopatológicas de la oclusión , así como nuestra impresión diagnóstica (diagnóstico de presunción).

Cabe hacer mención de que es importante señalar que cada especialidad, pueda manejar una historia clínica diferente, ya que los datos que se solicitan en cada caso, son específicos de dicha especialidad. Por lo que en los anexos están diferentes tipos de historia clínica. ( anexos 2,3,4 y 5).

## **1.2 EXAMEN FISICO Y BUCAL.**

Estos exámenes son elementales , ya que muchos Cirujanos Dentistas sólo se dedican a ver la boca y no a observarla, al igual que las demás estructuras mismas que van a ser determinantes para un diagnóstico, aún más para el tratamiento.

Este procedimiento sencillo sólo toma minutos y puede proporcionar información muy útil respecto de la salud general, para que sea efectiva, la exploración debe ser sistemática, planeada y ordenada.

Es necesario hacerla en cada consulta. Si se utiliza la misma secuencia en cada maniobra, es difícil que el explorador suprima de modo consciente algún área.

A continuación se presenta un método de exploración que se ofrece como base para establecer un orden y secuencia lógica; se utiliza en especial la inspección y palpación.

### **EXPLORACION EXTRABUCAL**

- 1.-Aspecto general del paciente
- 2.-Cara
- 3.- Ganglios linfáticos submentonianos y submaxilares
- 4.-Glándulas parótidas
- 5.- Articulación Temporomandibular
- 6.- Orejas

prótesis, alteraciones del desarrollo, parodontopatías y alteraciones fisiopatológicas de la oclusión , así como nuestra impresión diagnóstica (diagnóstico de presunción).

Cabe hacer mención de que es importante señalar que cada especialidad, pueda manejar una historia clínica diferente, ya que los datos que se solicitan en cada caso, son específicos de dicha especialidad. Por lo que en los anexos están diferentes tipos de historia clínica. ( anexos 2,3,4 y 5).

## **1.2 EXAMEN FISICO Y BUCAL.**

Estos exámenes son elementales , ya que muchos Cirujanos Dentistas sólo se dedican a ver la boca y no a observarla, al igual que las demás estructuras mismas que van a ser determinantes para un diagnóstico, aún más para el tratamiento.

Este procedimiento sencillo sólo toma minutos y puede proporcionar información muy útil respecto de la salud general, para que sea efectiva, la exploración debe ser sistemática, planeada y ordenada.

Es necesario hacerla en cada consulta. Si se utiliza la misma secuencia en cada maniobra, es difícil que el explorador suprima de modo consciente algún área.

A continuación se presenta un método de exploración que se ofrece como base para establecer un orden y secuencia lógica; se utiliza en especial la inspección y palpación.

## **EXPLORACION EXTRABUCAL.**

- 1.-Aspecto general del paciente
- 2.-Cara
- 3.- Ganglios linfáticos submentonianos y submaxilares
- 4.-Glándulas parótidas
- 5.- Articulación Temporomandibular
- 6.- Orejas

7.-Cuello y ganglio linfáticos cervicales

8.- Glándula Tiroides

## **EXPLORACION BUCAL**

1. Labios y comisuras labiales

2.Comisura labial y vestibular, encías, mucosa bucal y papilas de los conductos parotídeos

3.Paladar duro y encía palatina.

4. Paladar blando.

5.Area amigdalina y porción posterior de la faringe.

6.Lengua, dorso y bordes laterales.

7. Lengua, región ventral.

8.Piso de boca y encía lingual

9.Dientes ( ausentes, caries, obturaciones, prótesis fija o parcial removible y oclusión, entre otros).

Se debe pedir al paciente que retire sus anteojos, aretes y cualquier otro artículo removible, para observar y examinar mejor al paciente.

### **1.3 DIFERENCIA ENTRE NORMAL Y ANORMAL EN UN EXAMEN BUCAL.**

Es importante tener presente estos dos conceptos, lo que es normal y lo anormal para poder emitir una impresión diagnóstica, como normal entendemos: es el estado que va con el orden natural, regularidad orgánica que presenta un individuo, y anormal es : particularidad orgánica que presenta un individuo comparado con la mayoría de individuos de su especie.

Por lo que consideramos de suma importancia es función del Cirujano Dentista, ya que el saber diferenciar lo normal de lo anormal es primordial para la impresión diagnóstica,

esa diferencia la vamos a encontrar en la exploración del paciente, la cual debe iniciarse con una valoración inicial del mismo.

Al observar y palpar la cara, el examinador debe buscar simetría en la misma, cuando es asimétrica, puede haber edema por absceso dental, si se excluyen los traumatismos, la causa más frecuente de edema facial es el absceso dentoalveolar o periodontal. Las lesiones pigmentadas, como los lunares y manchas de edad, y las úlceras como las del cáncer de piel, se ven con facilidad y deben investigarse. Si existe eritema facial puede haber alergia.

Los ganglios linfáticos son concentraciones de tejido linfático y macrófagos. Son importantes en la obtención de proteínas de los espacios tisulares y de grasas del aparato gastrointestinal hacia la sangre; también tiene efectos en el aspecto inmunitario en las defensas del huésped. Reaccionan hacia la inflamación, infección y malignidad creciendo como parte de esa reacción. Los ganglios linfáticos pueden volver a su tamaño original o seguir creciendo cuando hay cicatrización o calcificación. Si existe un tumor maligno, permanecen aumentados y crecen con la neoplasia. En una infección como la gingivostomatitis herpética primaria, los ganglios del cuello se inflaman y son dolorosos; una vez que la infección cede, suele retornar a sus dimensiones normales y continuar asintomáticos. Sin embargo, los inflamatorios múltiples puede ocasionar que el ganglio linfático crezca de modo considerable desarrollando abundante tejido cicatrizal, de manera que sigue incrementando de tamaño incluso cuando ya no existe ningún estímulo. Por lo tanto, el significado de un ganglio palpable (linfadenopatía positiva) no siempre es obvio hasta que se acopla con otro dato físico. Cuando los ganglios son palpables, pueden ser o no dolorosos, móviles o fijos al tejido adyacente. Los tumores malignos pueden diseminarse hacia los ganglios linfáticos y crecer dentro de ellos, originando crecimiento permanente y fijación del ganglio.

Los ganglios linfáticos son estructuras ovaladas o con forma de frijol que se localizan a lo largo de los vasos linfáticos. Por lo general no son dolorosos, son blandos y no es posible palparlos a menos que estén aumentados de tamaño. Por consiguiente, el examinador

esa diferencia la vamos a encontrar en la exploración del paciente, la cual debe iniciarse con una valoración inicial del mismo.

Al observar y palpar la cara, el examinador debe buscar simetría en la misma, cuando es asimétrica, puede haber edema por absceso dental, si se excluyen los traumatismos, la causa más frecuente de edema facial es el absceso dentoalveolar o periodontal. Las lesiones pigmentadas, como los lunares y manchas de edad, y las úlceras como las del cáncer de piel, se ven con facilidad y deben investigarse. Si existe eritema facial puede haber alergia.

Los ganglios linfáticos son concentraciones de tejido linfático y macrófagos. Son importantes en la obtención de proteínas de los espacios tisulares y de grasas del aparato gastrointestinal hacia la sangre; también tiene efectos en el aspecto inmunitario en las defensas del huésped. Reaccionan hacia la inflamación, infección y malignidad creciendo como parte de esa reacción. Los ganglios linfáticos pueden volver a su tamaño original o seguir creciendo cuando hay cicatrización o calcificación. Si existe un tumor maligno, permanecen aumentados y crecen con la neoplasia. En una infección como la gingivostomatitis herpética primaria, los ganglios del cuello se inflaman y son dolorosos; una vez que la infección cede, suele retornar a sus dimensiones normales y continuar asintomáticos. Sin embargo, los inflamatorios múltiples puede ocasionar que el ganglio linfático crezca de modo considerable desarrollando abundante tejido cicatrizal, de manera que sigue incrementando de tamaño incluso cuando ya no existe ningún estímulo. Por lo tanto, el significado de un ganglio palpable (linfadenopatía positiva) no siempre es obvio hasta que se acopla con otro dato físico. Cuando los ganglios son palpables, pueden ser o no dolorosos, móviles o fijos al tejido adyacente. Los tumores malignos pueden diseminarse hacia los ganglios linfáticos y crecer dentro de ellos, originando crecimiento permanente y fijación del ganglio.

Los ganglios linfáticos son estructuras ovaladas o con forma de frijol que se localizan a lo largo de los vasos linfáticos. Por lo general no son dolorosos, son blandos y no es posible palparlos a menos que estén aumentados de tamaño. Por consiguiente, el examinador

debe buscarlos bajo la piel en las áreas anatómicas correspondientes. Se empieza en el área submentoniana y continua en sentido posterior hasta las regiones submandibular, parótidea, auricular y del cuello. Se recomienda la palpación bimanual; en la región submandibular esto puede hacerse tanto de manera intrabucal como extrabucal.

Las glándulas parótidas deben palparse en busca de edema. Si el paciente aprieta los dientes es más fácil percibir cualquier edema del área parótidea. A continuación, puede palparse la articulación temporomandibular delante del orificio auricular mientras que el paciente cierra y abre la mandíbula. Debe buscarse cualquier ruido extraño o antecedente de dolor. Después, se explora el área retroauricular, ya que muchas veces puede haber alguna tumoración o ulceración en ese sitio.

Posteriormente se investigan los ganglios cervicales. Hay que palpar a lo largo del músculo esternocleidomastoideo tanto de manera superficial como profunda para buscar estos ganglios. La linfadenopatía retroauricular y occipital positiva combinada con amígdalas palatinas edematosas y ulceradas sugiere mononucleosis infecciosa. La linfadenopatía supraclavicular puede significar que existe alguna enfermedad maligna del mediastino o de la glándula tiroides. La tiroides misma y anomalías, pueden palparse si se coloca la mano en la línea media del cuello cuando el paciente deglute, ya que la glándula se desplaza bajo la mano.

Al iniciar la exploración bucal, primero deben observarse los labios. La presencia de una cicatriz en la piel puede representar el cierre de un paladar hendido o algún accidente. Muchas veces se observan glándulas amarillas a través del borde rojo. A continuación, se pide al paciente que aproxime sus dientes ( esto relaja el músculo labial ) y los labios se toman con la mano para visualizar la superficie mucosa completa. El frenillo maxilar es una señal normal localizada en la base del labio superior; con frecuencia, existe una pequeña porción de tejido extra normal adherida al frenillo. De manera similar, el labio inferior debe relajarse hacia abajo y observarse; si se encuentra seco, se aprecian los pequeños orificios de los conductos inucosos y puede haber gotas de moco. Se visualiza el vestíbulo labial y bucal, primero de un lado y luego del otro, y las encías, después se

inspecciona el carrillo y se observa la mucosa, se buscan dos señales, una es la papila y el orificio de la glándula parótida (Conducto de Stenon) , suele observarse saliva transparente que fluye a través del orificio. Este flujo puede comprobarse apretando el área de la glándula parótida sobre el borde lateral posterior de la rama mandibular. La ausencia de flujo puede indicar boca seca (xerostomía) que puede ser secundaria a algún medicamento o radioterapia, entre otras causas. La presencia de secreción amarillenta y espesa significa que hay infección por lo general bacteriana, en glándula parótida.

La otra señal es anatómica, pero casi siempre está presente; es la raya blanca que corresponde a la línea de oclusión y se observa en la parte media del carrillo desde la parte posterior hasta la anterior de la boca.

Luego se inspecciona el paladar duro, ya sea de modo directo o con ayuda de un espejo, la porción anterior contiene los pliegues hísticos denominados rugosidades. En la parte posterior, el paladar tiene una coloración blanquecina por la superficie queratinizada. En sus regiones laterales existen varias glándulas salivales menores y un área muy vascularizada, por lo que su base es azulada. Los orificios de los conductos son de tamaño de una cabeza de alfiler y de color rosado; en los fumadores pueden ser de mayor dimensión y de color rojo. En ocasiones se observa una línea blanca en la parte media debido a que no existen glándulas y grasa en ese sitio, y el tejido conectivo se adhiere con firmeza al hueso en esta área. Con frecuencia puede haber exceso de hueso en esta región de paladar duro (torus).

Dirigiéndose en sentido posterior, la persona que explora debe inspeccionar todo el paladar blando. Esto abarca la visualización de la úvula. En esta región existen varios tejidos amigdalinos; los principales deben observarse con facilidad y están constituidos por congregaciones de tejido linfóide en distintas localizaciones anatómicas específicas. Las amígdalas bucales menores no pueden verse en todos, pero a veces aparecen al azar en otras áreas de la boca, siendo la más frecuente el piso. Las de mayor tamaño son las amígdalas palatinas, pueden ser muy grandes en los niños, pero en el adulto deben

localizarse detrás de los pliegues a menos que estén aumentadas de tamaño por reactividad o tumoración.

Las criptas amigdalinas son hendiduras que pueden llenarse de bacterias; un tapón bacteriano es la acumulación amarillenta de bacterias que llena una cripta y puede ocasionar cosquilleo en la garganta. Otra lesión amarillenta habitual es el pseudoquiste, cuando el epitelio localizado en la abertura de la cripta se fusiona, las células que revisten ésta y que normalmente se descaman, se adhieren y expanden formando una lesión amarillenta semejante a un quiste. Pueden haber pseudoquistes en cualquier tejido amigdalino bucal y casi siempre presenta regresión espontánea, así que no deben extirparse.

También en esta área pueden observarse las amígdalas accesorias, suelen localizarse cerca de la base de la úvula y son semejantes a un tumor como fibroma. No obstante, un dato de su naturaleza amígdala es que se reducen de tamaño después de ser reactivas, cuando las amígdalas palatinas han sido extirpadas mediante cirugía, puede haber bandas blancas de tejido cicatrizal e incluso fenestraciones en este tejido. Muchas veces existen nódulos "residuales" de tejido reactivo que crecen una vez extraídas las amígdalas palatinas.

Si se refleja la lengua hacia abajo y adelante con el espejo dental pidiendo al paciente que diga ¡ah!, y con buena luz, puede observarse el área de la amígdala uvular y las paredes de la faringe.

A veces en los casos de gripe existen estrías rojas en la mucosa de la zona.

A continuación se analiza la lengua. Se pide al paciente que la saque y con facilidad se estudia la superficie dorsal. Deben observarse varios aspectos anatómicos especiales. El "revestimiento" blanquecino, que en algunas enfermedades se encuentra acentuado, representa las papilas filiformes individuales de la lengua, éstas pueden teñirse de color café en los fumadores o en las personas que toman mucho té.

Entre estas papilas se localizan las fungiformes rosadas con forma de hongo, en algunos casos estas papilas crecen, en especial cuando no existen las filiformes. Las papilas circunvaladas no suelen observarse, cuando sucede lo contrario aparecen en forma de

grandes tumefacciones en la superficie posterior de la lengua. Debido a que son simétricas y bilaterales en forma de "v" con la punta hacia la faringe, pueden distinguirse de las tumefacciones patológicas, que suelen ser unilaterales.

La lengua se visualiza con facilidad y se controla sosteniéndola con gasa. De esta manera, el examinador puede mover la lengua hacia ambos lados para inspeccionar las caras laterales. Debe observarse el área de las amígdalas linguales laterales, localizada por delante del borde externo posterolateral. Presenta nódulos bilaterales con criptas verticales que pueden edematizarse y enrojecerse y enrojecerse, sobre todo en los fumadores, también puede desarrollar pseudoquistes. En pocos pueden observarse en la base de la lengua las amígdalas linguales verdaderas detrás de las papilas circunvaladas. Toda esta zona tiene una coloración azul debido a su vascularidad. A veces las amígdalas linguales aumentadas de tamaño simulan un tumor, así que deben distinguirse de éste.

Todas las estructuras normales de la lengua pueden confundirse con alguna patología. A continuación se pide al paciente que toque el paladar con la lengua, con esto, la superficie ventral de la lengua y el piso de la boca pueden visualizarse. Algunos pacientes no pueden tocar el techo de la boca por la manera en que el frenillo lingual se adhiere a la lengua. El examinador no sólo observa el frenillo lingual, sino también las grandes venas que corren lateralmente. Estas son más grandes en los pacientes que corren lateralmente. Estas son más grandes en los pacientes de mayor edad. De modo análogo a las várices de las piernas, se denominan várices linguales y son producidas por pérdida del tejido elástico de la vena, causando la distensión. Posteriormente se explora el piso de la boca. En la porción anterior, a ambos lados, aparecen los pliegues sublinguales o curúnculas, que son cilindros horizontales poco elevados que contienen los orificios de las glándulas linguales en su superficie. Tiene forma de "v" que apunta hacia los dientes anteriores, y termina con una inflamación, ligeramente mayor que contiene un orificio grande (conducto submandibular). Es fácil obtener saliva de estas aberturas presionando las glándulas submandibulares contra los bordes inferiores de la mandíbula. En ocasiones se forman cálculos en alguno de los conductos, lo que impide o detiene el flujo de saliva.

Cuando el borde alveolar es anodóntico y con reabsorción considerable, el piso de la boca puede aparecer edematoso.

Deben explorarse las porciones adheridas y no adheridas de la encía con un espejo o mediante visión directa. En algunos pacientes, en especial durante las primeras décadas de la vida, puede observarse una papila retrocuspídea en la encía adherida debajo del canino en su lado lingual, constituye un hallazgo normal, pero puede confundirse con alguna patología. Estas papilas pueden ser bilaterales, elevadas o nódulos pequeños, por lo general miden 0.5 mm y tienen base ancha (sésil) o bien pueden ser pediculadas. No hay tratamiento y pueden sufrir regresión con la edad. A continuación se observan los dientes. Se pide al paciente que los aproxime y se buscan signos de oclusión defectuosa. Con un explorador puede investigarse caries y otros defectos.

Mediante una exploración física sistemática como la mencionada (metódica y constante), puede observarse cualquier desviación de lo normal. Estas abarcan desde defectos sencillos e inoocuos hasta padecimientos graves y mortales. Lo más importante es descubrir estas alteraciones.

#### **1.4 TIPOS DE DIAGNOSTICO**

Como diagnostico entendemos, que es la determinación de una enfermedad por los síntomas, signos que presenta un paciente tomando en cuenta los exámenes de laboratorio y de gabinete de ser necesarios. Existen diferentes tipos de diagnostico:

##### **DIAGNOSTICO CLINICO**

Es la identificación de una enfermedad basada sólo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la patología por medio de su identidad sin acudir a datos o información de otro origen.

##### **DIAGNOSTICO RADIOLOGICO**

Los caracteres y criterios diagnósticos se obtienen de radiografías y no de fuentes clínicas. Este método, se usa sin recurrir a datos de otras fuentes.

### **DIAGNOSTICO A TRAVES DE LOS DATOS ANAMNESICOS**

Se establece un diagnóstico mediante la valoración de la historia familiar. La historia del estado médico pasado y presente del enfermo. Valoración de los datos de la enfermedad actual, por ejemplo el comienzo de la enfermedad, su duración y su evolución.

### **DIAGNOSTICO DE LA LABORATORIO**

No se pueden resolver únicamente por los datos clínicos, radiológicos o anamnesicos, sino que se resuelven sólo después de obtener ciertos resultados positivos y significativos de las pruebas de laboratorio pertinentes.

Para establecer un diagnóstico seguro, puede ser necesario completar el cuadro clínico con las observaciones radiológicas y los datos anamnesicos con los resultados de las pruebas de laboratorio.

### **DIAGNOSTICO TERAPEUTICO**

El diagnóstico se establece después de un periodo inicial de tratamiento. En otras palabras, hay algunas enfermedades cuya identidad es difícil de establecer basándose en su cuadro clínico, datos anamnesicos, técnicas de laboratorio, o ambos pero que se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico de esta forma la respuesta al tratamiento nos da la clave del diagnóstico.

### **DIAGNOSTICO INMEDIATO**

El término de diagnóstico inmediato se usa para referirse al procedimiento de identificación que se hace literalmente en el mismo sitio. Un diagnóstico inmediato se basa por lo general en sólo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas sin que las corroboren datos obtenidos de otras fuentes.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Es el método que por su misma naturaleza, proporciona el mayor grado de seguridad.

Es la acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes de establecer un diagnóstico definitivo. Para emplear esta técnica de diagnóstico con éxito, son de gran importancia tanto los conocimientos como la habilidad.

## **1.5 EXAMENES DE APOYO PARA UN DIAGNOSTICO**

Para realizar un correcto diagnóstico es necesario utilizar exámenes de apoyo a los cuales los vamos a dividir en 2 métodos y estos son:

### **METODOS DE LABORATORIO**

Estos son trabajos a base de sustancias o cultivos más comunes. Aquí lo mismo encontraremos a:

a) Biopsia. Obtención de una porción de tejido de una zona. La biopsia puede ser por excisión o incisión. La primera significa la extirpación quirúrgica de toda la lesión y de una porción de tejido normal circundante, es la manera como suelen extirparse las lesiones más pequeñas.

Por incisión es la extirpación de una pequeña porción de la zona dañada. El sitio donde ésta se extirpa se sutura o se deja para que cicatrice por segunda intención. La muestra se coloca en alguna solución fijadora, por lo general formol neutro al 10%, y se envía al laboratorio de diagnóstico.

b) Cultivos. Estos se hacen de la faringe ya sea nasal, bucal, rectal, vaginal y del oído, la finalidad es ver las características del área, ver el tipo de secreción, el tipo de células, cantidad de bacteria, se la puede complementar con un estudio farmacológico.

Los que más utilizamos son los que se hacen en sangre: en los cuales podemos observar las hormonas, toxinas y anticuerpos.

De este tipo los más comunes son:

1. Tiempo de sangrado
2. Tiempo de coagulación
3. Tiempo de protrombina y trombolastina
4. Biometria hemática
5. Química sanguínea
6. Hematocrito

## **METODOS DE GABINETE**

**Son los trabajos sobre las secuelas del organismo. Utilizamos diferentes métodos; ya sea Rx, ultrasonografía, electrocardiografía principalmente.**

**Entre las radiografías tenemos: periapicales, oclusales, ortopantomográficas, laterales de cráneo, anteroposteriores, posteroanteriores, Watters, carpales, etc...**

## **CAPITULO II. LESIONES MALIGNAS MAS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO**

Durante la investigación de este tema nos encontramos que las lesiones malignas pueden detectarse durante las primeras fases, en donde pueden tratarse y tener un pronóstico favorable por lo que debemos esforzarnos por hacer un diagnóstico precoz, de estas enfermedades y lograr evitar males mayores en los pacientes así como cambiar las estadísticas existentes.

La causa de estos padecimientos en su mayoría existentes se desconoce, sin embargo, se sabe que existen varios factores que aumentan su frecuencia.

Debemos tomar en cuenta que las lesiones malignas son indoloras durante los primeros estadios, así como en ocasiones el paciente no siente su presencia incluso cuando la lesión es grande. Los primeros cambios que deben buscarse son úlceras, turnefacciones, tumoración papilar y áreas blancas, lisas o rugosas, irregulares blancas y aterciopeladas rojas.

Los cambios retardados pueden ser úlceras duras, tumores, dolor , hemorragia, dificultades para la deglución, linfadenopatía,( metástasis), debilidad y pérdida de peso. No existe descripción específica. Se detecta mediante la exploración física minuciosa y sistémica teniendo en mente la posibilidad de malignidad. Cualquier úlcera o lesión rugosa rojiza que no sana sola, en dos semanas puede considerarse una lesión maligna mientras no se compruebe lo contrario. Sólo la plena conciencia de que cualquier lesión inexplicable puede ser maligna asegura la detección precoz.

Por eso es nuestra inquietud saber cual es la función que tiene el Cirujano Dentista en la detección oportuna de lesiones malignas y sobre todo, la realidad que prevalece en nuestro país.

En la investigación realizada nosotros nos abocamos principalmente al Hospital de Cancerología, por ser éste un centro de concentración nacional, en donde nos encontramos que los principales padecimientos son:

**Carcinoma Epidermoide**

**Carcinoma Epidermoide de la lengua**

**Carcinoma Epidermoide del piso de la boca**

**Carcinoma Epidermoide de la encía**

**Carcinoma Epidermoide del paladar**

**Osteosarcoma, principalmente en mandíbula**

**Melanoma Bucal**

A continuación describiremos brevemente algunos aspectos importantes de estas lesiones que debemos de tener presentes.

## **2.1 CARCINOMA EPIDERMOIDE**

De las lesiones malignas, 95% son de células escamosas o carcinoma epidermoide derivado del epitelio de la mucosa de esa región. Las áreas de riesgo elevado en orden de creciente son, el labio inferior, borde lateral de la lengua, piso de la boca, mucosa bucal, paladar, amígdalas y encías.

### **2.1.1 CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL LABIO**

Es una enfermedad que se presenta principalmente en los ancianos, y lesiona con más frecuencia el labio inferior que el superior.

Uno de los posibles factores etiológicos y de los más comunes es el tabaquismo. Se sugiere que puede tener alguna importancia al calor, la mala higiene y además traumatismo.

**Aspectos Clínicos.** La lesión generalmente empieza en le borde del bermellón

del labio hasta un lado de la línea media. Con frecuencia empieza con un área pequeña de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. Conforme se hace más grande la lesión se crea un defecto pequeño parecido a un cráter o se produce un crecimiento exofítico, proliferativo de tejido tumoral.

Por lo general, el carcinoma de labio es lento para producir metástasis. El carcinoma de labio ha sido tratado satisfactoriamente tanto con excisión quirúrgica como con radiación, de acuerdo a la presencia de metástasis.

### **2.1.2 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LA LENGUA**

Este comprende aproximadamente el 25 al 50% de todas las lesiones intrabucales malignas. Los factores que se ha pensado que contribuyen al desarrollo de lesiones malignas son deficiencia de higiene bucal, traumatismo crónico, alcoholismo y tabaquismo. El signo más común de esta lesión es una masa o úlcera no dolorosa, aunque en la mayoría de las veces la lesión finalmente se hace dolorosa, en especial cuando se infecta de manera secundaria. Puede empezar como una úlcera indurada en forma especial con bordes ligeramente indurados y proceder, ya sea a desarrollar una masa exofítica

fungosa o infiltrarse a capas más profundas de la lengua y producir fijación e induración. La lesión típica se desarrolla en el borde lateral de la lengua. En casos raros en el dorso de la lengua. Las lesiones en el borde lateral están distribuidas por igual entre la base de la lengua, el tercio anterior, y la porción media.

Las lesiones que están distribuidas cerca de la base de la lengua son particularmente engañosas, ya que pueden ser asintomáticas hasta que están bastante avanzadas. Incluso solo presentan manifestaciones, por ejemplo una garganta ulcerada y disfagia. El sitio específico del desarrollo de estos tumores tiene gran importancia porque las lesiones localizadas en la porción posterior de la lengua tiene un alto grado de malignidad, forman

metástasis más rápido y ofrecen un pronóstico bastante malo, en especial por su inaccesibilidad al tratamiento.

El tratamiento de esta afección es un problema difícil, incluso en la actualidad no se pueden hacer declaraciones específicas acerca de la eficacia en comparación con la radiación. Probablemente se encontrará que la combinación juiciosa de ambos procesos proporcionará un beneficio mayor para el paciente.

### **2.1.2 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PISO DE BOCA.**

Representa aproximadamente el 15% de todos los casos de lesiones malignas bucales.

El típico carcinoma en el piso de boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada en un lado de la línea media puede o no ser dolorosa. Por su posición, con mucha frecuencia ocurre extensión temprana dentro de la mucosa lingual de la mandíbula y dentro de la propia mandíbula así como dentro de la lengua. Esta lesión puede invadir a los tejidos más profundos e incluso extenderse dentro de las glándulas submaxilares y sublinguales.

El tratamiento de esta lesión es difícil y con demasiada frecuencia no tiene éxito.

### **2.1.4 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LA MUCOSA BUCAL**

El aspecto clínico de esta lesión presenta una variación considerable. Las lesiones se desarrollan con más frecuencia a lo largo o inferiores a la línea opuesta del plano de oclusión.

A menudo la lesión es ulcerativa y dolorosa, y son comunes la induración e infiltración de los tejidos más profundos. La frecuencia de las metástasis, es relativamente alta. Los sitios más comunes de las metástasis son los ganglios linfáticos submaxilares.

El tratamiento es un problema. Es probable que en casos tempranos se obtengan resultados satisfactorios ya sea por radiación o cirugía. El uso combinado de ambos

tratamientos también tienen sin duda alguna un lugar en la terapéutica de este tumor. El pronóstico de esta lesión depende de la presencia o ausencia de metástasis.

### **2.1.5 CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA ENCIA**

Este incluye un grupo importante de neoplasias de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas tempranas con las infecciones dentales comunes de la encía con frecuencia han retrasado el diagnóstico e incluso la han equivocado.

Esta lesión se manifiesta inicialmente como un área de ulceración, la cual puede ser una lesión puramente erosiva o mostrar un tipo de crecimiento exofítico, granular o verrugoso.

Muchas veces no tiene la apariencia clínica de una lesión maligna, y puede o no ser dolorosa. Estos se presentan con más frecuencia en áreas edéntulas.

La metástasis es una secuela común de esta lesión. En general el tratamiento es un problema quirúrgico. El pronóstico no es particularmente bueno.

### **2.1.6 CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL PALADAR**

Esta lesión se manifiesta como una lesión dolorosa, ulcerada, mal definida, en un lado de la línea media. No obstante a menudo cruza la línea media y se extiende lateralmente para incluir los pilares palatinos e incluso la úvula.

Para su tratamiento se ha usado tanto la cirugía como la radiación. Su pronóstico es muy bueno.

## **2.2 OSTEOSARCOMA**

El osteosarcoma se presenta principalmente en personas jóvenes. En este caso se presenta principalmente en mandíbula. Los síntomas más frecuentes son hinchazón del área afectada, que produce deformidad facial y dolor, seguido por la movilidad dental, parestesia, dolor, sangrado.

El osteosarcoma es primeramente una lesión formadora de hueso. Radiográficamente en algunos casos se pueden observar espigas irregulares o trabeculado de hueso nuevo que se irradia hacia el exterior de la periferia de la lesión y produce la llamada apariencia de rayo de sol del osteosarcoma, la cual es característica.

Una manifestación temprana muy importante fue el hallazgo de un espacio de ligamiento periodontal simétricamente ampliado que abarca uno o más dientes en la radiografía periapical. Esto aparece antes que cualquier otra manifestación radiográfica prominente acerca de la presencia de la lesión, y esto es de gran importancia diagnóstica, ya que no se observa ninguna otra manifestación.

Si se tiene la esperanza de curar al paciente el tratamiento del osteosarcoma debe ser radical.

El pronóstico depende considerablemente del estado del paciente y de la duración de la lesión.

## **2.3 MELANOMA BUCAL**

Es una lesión poco común pero que actualmente se presenta con gran frecuencia. El melanoma bucal muestra una predilección definitiva por el paladar y la encía maxilar.

La lesión aparece como un área fuertemente pigmentada, a veces ulcerada y hemorrágica, que tiende a aumentar progresivamente de tamaño. Por esta razón se ha sugerido que se debe observar de manera importante la aparición de pigmentación melanínica en la boca y su aumento de tamaño, así como la intensidad del color.

**El tratamiento del melanoma bucal ha sido, y es, la extirpación quirúrgica. La resección puede ir acompañada de radiación. Por desgracia los melanomas bucales tienen un pronóstico realmente malo.**

## **CAPITULO III. INSTITUCIONES DE APOYO Y CANALIZACION DE LOS PACIENTES DETECTADOS.**

Consideramos de suma importancia incluir el presente capítulo ya que es necesario, que los compañeros Cirujanos Dentistas sepan a donde se pueden canalizar a los pacientes que son detectados con alguna lesión maligna, para su estudio o tratamiento.

Incluimos en este, a Instituciones tanto del sector público, descentralizado y privado, así como los pormenores de cada una. Esperando que estos datos sirvan para poder orientar mejor a los pacientes.

### **3.1 PUBLICAS**

Es necesario conocer las instituciones a las cuales podamos remitir a los pacientes detectados.

#### **3.1.1 HOSPITAL GENERAL**

Domicilio: Dr. Balmis # 148 Col. Doctores

Tel: 578-05-05 y 588-01-00 Horario: las 24 hrs.

Requisitos: 1. No ser derechohabiente a ninguna Institución Descentralizada

2. Solicitar fichas de admisión y pagar la consulta.

Este hospital cuenta con todos servicios médicos.

### **3.1.2 HOSPITAL JUAREZ**

**Domicilio:** Av. Instituto Politécnico Nacional # 5170

**Tel:** 747-75-94 **Horario:** Las 24 hrs.

- Requisitos:**
1. No ser derechohabiente a ninguna institución Descentralizada
  2. Solicitar fichas de admisión en el horario indicado (7 hrs)
  3. Pagar la consulta.
  4. Posteriormente el paciente se somete a un estudio socioeconómico en el departamento de Trabajo Social, en este se determina la cuota que debe pagar el paciente por su consulta.

**Nota:**

En pacientes que requieren atención de problemas como los que nos aquejan (lesiones malignas), el hospital en la mayoría de los casos se encuentra saturado, por lo que estos pacientes son remitidos a otra institución como lo es el INC.

**Servicios que presta:** Este hospital cuenta con los servicios de Traumatología (Cirugía Maxilofacial), Oncología, Ginecología entre otros.

### **3.1.3 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**

**Domicilio:** Av. San Fernando #22, Tlalpan

**Tel:** 573-46-10 y 573-46-13 **Horario:** las 24 hrs.

- Requisitos:**
1. No ser derechohabiente a ninguna Institución Descentralizada
  2. Solicitar fichas de admisión en el horario indicado (7hrs)
  3. Pagar la consulta
  4. Posteriormente el paciente se somete a un examen físico y bucal y después se realiza un estudio socioeconómico en el departamento de Trabajo Social con el fin de determinar la cuota que el paciente va a

pagar por su tratamiento.

Nota:

En este hospital son remitidos los pacientes con problemas de lesiones malignas de toda índole.

Servicios que presta: este hospital se dedica solo a atender a pacientes con problemas de cáncer de todo tipo, aquí se les da atención médica, farmacológica, psicológica entre otras.

### **3.2 DESCENTRALIZADOS**

En este vamos a encontrar a:

#### **3.2.1 HOSPITAL DE ONCOLOGIA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.**

Domicilio: Av. Cuahutemoc # 330 Col. Doctores

Tel. 627-69-00 Horario: Consulta de 7 a 20:30 hrs.

Urgencias: Las 24 hrs.

Requisitos: 1. Ser derechohabientes.

2. En caso de no serlo, tiene la posibilidad de solicitar seguro  
Facultativo o voluntario,

3. En caso de una urgencia el Instituto tiene la obligación de atenderlo  
pero después se tiene que pagar el servicio prestado. Aquí  
también se realizan estudios socioeconómicos para establecer la forma de  
de pago para el tratamiento.

Servicio que presta: en este hospital sólo se atienden pacientes con problemas de lesiones malignas. Se les ofrece a los pacientes la atención médica adecuada, así como la atención psicológica que necesitan estos.

### **3.2.2 HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE**

Domicilio: Av. Coyoacán y Félix Cuevas Col. Del Valle

Tel: 575-70-22 Horario: Consulta de 7 a 19 hrs.

Urgencias: Las 24 hrs.

Requisitos: 1. Ser derechohabientes

Nota: No hay posibilidad de solicitar servicios, solo se atiende a las personas con derecho, y en algunas casos las urgencias.

Servicios que presta: Estos son: Traumatología, Medicina Familiar, Ginecología y otros.

### **3.3 PRIVADAS**

Aquí encontramos:

#### **3.3.1 HOSPITAL ANGELES**

Domicilio: Camino Sta. Teresa, Pedregal # 1055 Col. Heroes de Padierna

Tel: 652-30-11 Horario: Las 24 hrs.

Requisitos: 1. Solo cubrir la cuota de depósito que va de N\$ 5,000.00 a N\$6,000.00

Servicios que presta: Medicina General, Traumatología (Cirugía Maxilo Facial), Ginecología, Oncología, etc.

#### **3.3.2 HOSPITAL MEDICA SUR**

Domicilio: Fuente de Piedra # 150, Tlalpan

Tel: 600-60-11 Horario: Las 24 hrs.

Requisitos: 1. Solo cubrir el depósito de N\$ 5,000.00 y N\$20,000.00 para gastos o estudios que necesite el paciente.

**Servicios:** Medicina General, Oncología, Traumatología, Ginecología y endocrinología.

### **3.3.3 HOSPITAL INGLES**

**Domicilio:** Calle sur 136 Esq. Observatorio

**Tel:** 272-85-00 y 272-86-20 **Horario:** Las 24 hrs.

**Requisitos:** 1. Cubrir el depósito de N\$6,000.00

2. Pagar posteriormente los estudios y el tratamiento.

**Servicios:** Medicina General ,Oncología, Traumatología, Ginecología y todo tipo de Cirugía.

## **CAPITULO IV. PAPEL DEL ODONTOLOGO EN LA LUCHA CONTRA EL CANCER.**

El problema del cáncer bucal compete a la Odontología, debe desterrarse definitivamente la idea de que el odontólogo desempeña un papel útil pero secundario frente al cáncer bucal. Mientras tal idea subsista en la profesión médica, entre los mismos odontólogos y la población general, el diagnóstico temprano y con ello las posibilidades de éxito en cáncer bucal serán utopía.

El estudiante de Odontología o el dentista graduado quizá no tenga un interés primario por el cáncer, tampoco constituye esta una de sus primeras obligaciones. Pero en la actualidad el panorama se ensancha, creándose nuevas responsabilidades. Como la Medicina, La odontología es un compromiso ético, el que lleva a cabo estudios de Odontología o de Medicina acepta a priori la obligación de servir al prójimo.

Por sus funciones específicas, el dentista debe aceptar una nueva tarea y una mayor responsabilidad la obligación de salvar vidas humanas. Le guste o no, después del propio paciente, el dentista está enrolado en la primera línea de defensa contra el cáncer bucal. La defensa debe ser proporcionada al peligro.

Partiendo de esto, salta a la vista que es necesario que entre los planes de estudio de la Facultad de Odontología, incluyan un mínimo de conocimientos para la identificación de los cánceres bucales, pues está comprobado que estos acaban con el paciente aún más rápido que uno de los cánceres más fulminantes que existen: el cáncer del recto. esto da una gran oportunidad profesional en beneficio de nuestros pacientes, pero además se convierte en una gran responsabilidad, pues los enfermos ante lesiones sospechosas de la cavidad bucal consultan al odontólogo en primer término, debe cuantificarse la gran masa de población que concurre a estos profesionales casi periódicamente por problemas dentales comunes, caries, enfermedad periodontal, prótesis dental, etc.; y aquellos que en gran número pueden ser examinados para detección de lesiones bucales de cualquier tipo.

Esto indica que ningún profesional está en mejores ni parecidas condiciones de realizar el diagnóstico temprano de cáncer bucal que el odontólogo.

Si el odontólogo es consultado, por el público cada vez más, ya sea espontáneamente o como consecuencia de las campañas de educación sanitaria, si tiene, por la índole de su tarea habitual, la oportunidad de examinar anualmente miles de bocas, y si, por último, le corresponde integrar los equipos para detección de lesiones bucales de grupos con fines especiales ( escolares, empleados, obreros, reclutas, etc.), es evidente que debe ser capacitado para que su misión se cumpla con eficacia, pues también pueden dañar gradualmente, aunque no de manera intencional, por omisión, por falta de conocimientos y aunque actualmente no hay un énfasis específico en los programas, ni bibliografía amplia sobre este tema, si de manera empírica hay muchos odontólogos que han adquirido destreza y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de lesiones que nos ocupan, pudiendo el estudiante interesado hacer visitas de observación y de trabajo a los hospitales que se visitaron para la elaboración de este tema, los cuales están consignados al final de la bibliografía.

Pues nunca será mucho insistir en que un diagnóstico precoz y un tratamiento enérgico pueden salvar vidas.

No olvidaremos que los cánceres están incluidos por la Organización Mundial de la Salud junto con la diabetes y el reumatismo entre las enfermedades crónico-degenerativas.

Nuestro país, por diversas razones, como mayor difusión de la cultura médica, mayor acceso a centros hospitalarios y mejoramiento de técnica medicoquirúrgicas ha visto un incremento en su expectativa de vida, consignándose en el último informe presidencial una expectativa de vida de más de 70 años, con lo que la frecuencia de esta problemática aumenta porque el cáncer es una enfermedad del hombre maduro y del anciano, sin que por esto se deje de ver niños y jóvenes. Por cifras calculadas en los EE.UU., el cáncer bucal se ha vuelto 2.5 veces más frecuente que en 1900 desafortunadamente no encontramos estadísticas al respecto en nuestro país, en la bibliografía consultada, pero

todo hace suponer que las cifras son similares o mayores, en el mismo pues la expectativa de vida al nacer ha aumentado al doble si lo comparamos de principios de siglo a la fecha. Esta mayor incidencia crea una nueva responsabilidad en el odontólogo aunque nos podríamos preguntar: ¿Porqué habremos de involucrar a los odontólogos en el diagnóstico del cáncer? ¿Porqué no encargar esta tarea a quienes deben cumplir con ella a los médicos? . También aquí la respuesta es clara.

En la actualidad, 50% de todos los pacientes de cáncer bucal acuden primero al dentista. Esto significa en realidad, que el dentista tiene una mejor oportunidad de observar en caso de tumor maligno de la boca en un momento dado que su colega médico. De hecho, entre los pacientes con lesiones gingivales, la proporción de los que consultan al dentista antes que al médico es de 7 a 2. En ninguna otra región del cuerpo puede contar la profesión médica con tantos aliados, expresamente los dentistas, para ayudarle a resolver el problema del diagnóstico precoz de cáncer.

Esto ha dado como consecuencia una nueva obligación del dentista, en los últimos 30 años, cambió considerablemente el papel del dentista en los programas de control del cáncer bucal.

En 1935 los dentistas señalaron menos de 10% de los casos de cáncer bucal atendidos por el servicio de cabeza y cuello del hospital oncológico de Filadelfia. En 1950 esta proporción esta de 35 %. El estudio más reciente 1969 en la misma institución muestra que el dentista de hoy a mandado a consulta más de 50% de los casos.

Muchos pacientes con cáncer de la cavidad bucal solicitan el diagnóstico y la curación de sus males al dentista antes de ser finalmente mandados al médico para un diagnóstico y tratamiento completos. En un estudio sobre más de 500 pacientes, se vio que los enfermos con cáncer de la encía, de piso de boca y lengua consultaban al dentista en 40 a 50% de los casos o más.

Tratándose de una enfermedad de evolución rápida y devastadora, deben recordarse que el destino del paciente está en las manos del primer profesionista consultado. Las primeras semanas de la evolución de la enfermedad son críticas. Mediante una

intervención pronta, decidida, sin vacilaciones por parte del profesional, el paciente tiene las mejores probabilidades de salvarse. En cambio, el pánico, la indecisión, el miedo, la incomprensión, o la ignorancia del profesional será casi la muerte.

La primera condición para elaborar un diagnóstico es pensar en él, para eso el odontólogo debe estar profesionalmente capacitado para tener conciencia del problema, pues por todos es conocida la esquemática representación de los diversos factores humanos intervinientes en el proceso de la enfermedad como eslabones de una cadena cuya integridad permite aspirar al éxito:

1er ESLABON: Enfermo de cáncer bien informado.

2do ESLABON: Profesional con conciencia del cáncer.

3er ESLABON: Especialista de cáncer capaz.

Esta primera parte del tema ha sido elaborada por la investigación documental consultada, así como por las ideas propias que como estudiante de Odontología con práctica clínica hemos desarrollado durante nuestra preparación profesional, a continuación consignaremos la investigación de campo, obtenida por visitas de los nosocomios, usando un instrumento del cual se obtuvo información. Este instrumento es una "Cédula de entrevista" que se encuentra como anexo a este trabajo, trata de unificar las respuestas de los odontólogos entrevistados y vemos que su praxis coincide con la investigación documental desarrollada al principio.

## **CAPITULO V. PARTICIPACION DEL CIRUJANO DENTISTA EN EL EQUIPO ONCOLOGICO Y EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE.**

1.¿Cual es el papel del Cirujano Dentista en el equipo oncológico?

Es primordial, pues es generalmente el odontólogo, quien tiene el primer contacto con este tipo de pacientes, es más, muchos médicos generales nos remiten pacientes con lesiones orales y es donde la responsabilidad es mayor para hacer un diagnóstico correcto, que conduzca a un tratamiento oportuno y eficaz; desgraciadamente este papel se asume solamente entre los cirujanos dentistas que nos encontramos dentro de Cancerología o bien en los hospitales de concentración que tienen odontólogos en sus departamentos de Oncología, pues en general, el cirujano dentista que ejerce en su consultorio particular o aún en clínicas odontológicas, muchas veces ni siquiera piensan en el diagnóstico, con lo cual el padecimiento avanza, restando posibilidades de tratamiento oportuno a nuestro paciente, por otro lado, además de pensar en el cáncer como diagnóstico por sí mismo, el odontólogo debe tener en mente otro tipo de lesiones que son secundarios o otros cánceres como por ejemplo, la leucemia en la que hay que tener cuidado específico por los problemas que le ocasiona el paciente, pues el individuo se debe tratar como un todo, la boca no es un órgano aislado del cuerpo.

### **REHABILITACION**

2.¿Como contribuye el Cirujano Dentista en la rehabilitación del paciente oncológico?

Esta pregunta como casi todas las que están formulando tienen dos vertientes: una para el cirujano dentista en ejercicio privado o en instituciones no oncológicas y otra para los que trabajamos en este tipo de instituciones. Para los primeros su contribución debería de ser más participativa, sin embargo vemos que no es así, ni en el aspecto preventivo, el

terapéutico o de rehabilitación: por lo que hacen los segundos estos si están capacitados y de hecho lo hacen, el diagnóstico oportuno, toma de biopsias e intervienen en la rehabilitación a tal grado que el Protésista Maxilo Facial especializado en rehabilitación siempre se encuentra presente en las juntas previas en las que intervienen el Cirujano Maxilo Facial, Oncólogo, Anestesiólogo y el Patólogo, el cirujano dentista y el maxilo facial así como durante el acto quirúrgico, en donde se coloca una prótesis transitoria, mientras se hace la definitiva, lo que hace que los resultados sean mejores.

3.¿Cuales pueden ser las acciones del cirujano dentista en la lucha contra el cáncer?

- a) Prepararse para la defensa de la cavidad bucal, haciendo un diagnóstico oportuno.
- b) Corresponder con capacidad a la creciente responsabilidad para diagnóstico de lesiones faríngeas altas, recordando que la vida o la muerte de los pacientes con cáncer alto de faríngeo que acuden al dentista depende de un diagnóstico inmediato y sobre todo de la canalización o envío del paciente, hacia las instituciones o especialistas del campo.
- c) Que los odontólogos profesores y las instituciones piensen en la conveniencia de un mejor entrenamiento para todos los dentistas, tanto estudiantes como en ejercicio profesional.
- d) Es evidente que el dentista deberá solicitar cada vez que lo crea conveniente la ayuda del Otorrinolaringólogo o del cirujano de cabeza y cuello en todos los casos inciertos o ambiguos, deben rodarse y formar parte de él, de un verdadero equipo multidisciplinario y por último, así como es importante, saber que no hacer: el cirujano dentista no podrá de ninguna manera aplicar tratamiento de cáncer en la cavidad oral en general de la orofaríngea, pero deberá intentar un diagnóstico precoz, refiriendo de inmediato el paciente a quienes puedan atenderlo, ya sea con radioterapia, cirugía, quimioterapia o combinando para que los tratamientos rápidos garanticen las mejores

posibilidades de curación.

4. ¿Quiénes participan en el equipo interdisciplinario?

- Cirujano Dentista capacitado
- Cirujano Maxilo Facial
- Protesista Maxilo Facial
- Patólogo
- Anestesiólogo

5. ¿Que tipo de rehabilitación se puede brindar a un paciente con cáncer oral, específicamente el odontólogo?

Como ya se menciona antes la prótesis provisional, la definitiva, ejercicios de rehabilitación, adiestramiento en el uso de prótesis, así como hacerle ver a nuestro paciente la importancia de sus consultas periódicas a fin de detectar cualquier lesión nueva post-tratamiento.

6. ¿Que tipo de preparación tienen ustedes como odontólogos que están viendo en la práctica de las neoplasias orales?

Dos de nosotros tenemos la especialidad de Cirujano Maxilo Facial, sin embargo uno de nosotros quien es que detecta las lesiones, el primer contacto odontólogo-paciente es a través de su experiencia en institución como llega al diagnóstico, podemos decir que su preparación es de Cirujano Dentista y en lo que refiere a oncología es empírica.

7. ¿Que número de pacientes de cáncer oral son detectados al año?

El Instituto Nacional de Cancerología son como ocho a diez a la semana lo que nos haría pensar de unos 500 pacientes anuales, sin embargo este es un hospital de concentración nacional por lo que sus cifras son tan elevada, que se descono-

cen que haya estadísticas al respecto.

**8. En cuanto a estos pacientes ¿se detectaron oportunamente lesiones cancerosas?**

Es triste afirmar que la mayoría llegó a este hospital en estadios avanzados, sin embargo, también la mayoría consultó oportunamente al Cirujano Dentista el cual no hizo el diagnóstico oportuno y por ende tampoco la canalización adecuada.

**9. ¿Hay diferencia entre el pronóstico de vida para una lesión detectada oportunamente o bien con detección tardía?**

si en sus periodos tempranos es tratable o curable con cualquiera de las tres terapéuticas principales; quimioterapia, o cirugía o bien combinación de las tres, sin embargo cuando no está localizada su tratamiento se complica y el pronóstico se torna sombrío, es decir, hay menos esperanza de vida.

## **CONCLUSIONES**

1 El cáncer bucal (carcinoma epidermoide) representa casi el 90% de los cánceres de la boca, siendo más destructivo que cualquier cáncer grave, mata mas de prisa que el cáncer de mama y ciega vidas más pronto que el cáncer del recto.

2 El Cirujano Dentista es en gran porcentaje el profesionista al que acude el paciente con lesiones bucales y por ende en ser el primero que detecte el cáncer bucal.

3 No hay una preparación académica específica que ayude al Cirujano Dentista a detectar el cáncer bucal.

4 La mayor posibilidad para detectar los cánceres bucales se encuentra en:

-Preparación previa

-Pensar en el diagnóstico

5 En virtud de la mayor esperanza de vida del mexicano al nacer las enfermedades crónico- degenerativas aumenta, pues es mayor la cantidad de seres maduros y de la tercera edad sin embargo hay que tener presente que también se puede encontrar en las personas jóvenes.

6 En virtud de las conclusiones anteriores el papel del Cirujano Dentista y por tanto su responsabilidad profesional es mayor cada día en la detección de los cánceres bucales.

## **SUGERENCIAS**

1. Tanto a nivel personal como de planes de estudio, la actitud de los Cirujanos Dentistas en ejercicio profesional, los Cirujanos Dentistas profesores y los alumnos deben prepararse más a fin de poder detectar los cánceres bucales.

2. No solo es importante hacer el diagnóstico de cáncer bucal sugerimos que todo odontólogo en ejercicio profesional esté en relación con profesionistas en instituciones abocadas a esta problemática o en última instancia poseer un listado siempre actualizado de los últimos a fin, de una vez hecho el diagnóstico, saber a donde canalizar a su paciente.

3. Que la Facultad de Odontología revise planes de estudio a fin de incluir en las materias de Patología y Neoplasias las visitas de observación y estudio a los Hospitales de concentración para observar en el paciente las lesiones típicas precancerosas, pues de la observación se puede sacar más experiencia que unidos los conocimientos teóricos para facilitar dicha identificación.

4 Sugerimos que los estudiantes de Odontología así como los Odontólogos recién egresados hagan una visita de observación a los Hospitales de concentración de este tipo de enfermedades, pues estamos conscientes de lo que se sugiere en el número 3 lleva tiempo y reuniones de academia para llevarse a cabo.

## **ANEXO I**

### **CÉDULA DE ENTREVISTA**

1. ¿Cual es el papel del Cirujano Dentista en el equipo oncológico?
2. ¿Como contribuye el Cirujano Dentista en la Rehabilitación de un paciente oncológico?
3. ¿Cuales pueden ser las acciones de Cirujano Dentista en la lucha contra el cáncer?
4. ¿ Quienes son los que participan en el equipo interdisciplinario?
5. ¿Que tipo de rehabilitación se le puede brindar a un paciente con cáncer oral, específicamente el odontólogo?
6. ¿Que tipo de preparación tienen ustedes como odontólogos que están viendo en la práctica la problemática de las neoplasias orales?
7. ¿ Que número de pacientes con cáncer oral son atendidos al año?
8. ¿En cuantos de éstos pacientes se detectaron oportunamente lesiones cancerosas?
9. ¿Hay diferencia entre el pronóstico de vida para una lesión detectada oportunamente o bien una lesión tardía?

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

# FALLA DE ORIGEN EN SU TOTALIDAD

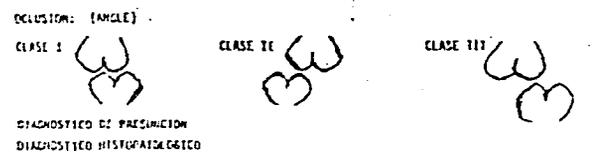
HISTORIA CLÍNICA

24. RADIOGRAFIAS: OCLUSALES \_\_\_\_\_ ALTA DE FONDA \_\_\_\_\_ PERIAPICAL \_\_\_\_\_ PANORAMICA \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

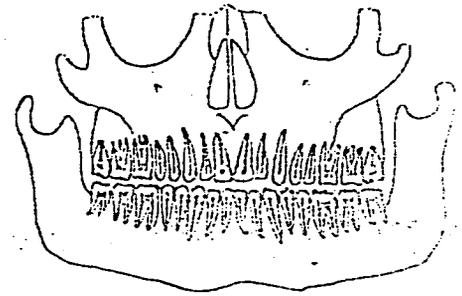
CARACTERÍSTICAS:	EMISIÓN	REDUCCIÓN-RADIÓGENA	RADIÓPAC.
25. DENTES PERMANENTES TEMPORALES			
26. FORTIFICADO O ESCLEROTICO			
27. UNICOCLAR			
28. MULTICLAR			
29. UNICA O SOLITARIA			
30. MULTICENTRICA			
31. RELACIONADA A: RAIZ CORONA			
32. AISLADA			

35. DIENTES:   
 Caries: N° \_\_\_\_\_ LLYC \_\_\_\_\_ MODERADA \_\_\_\_\_ SEVERA \_\_\_\_\_   
 Obturaciones: N° \_\_\_\_\_ FERTAS \_\_\_\_\_ AMALGAMAS \_\_\_\_\_ INCRUSTACIONES \_\_\_\_\_   
 Prótesis: PARCIAL REMOVIBLES \_\_\_\_\_ PARCIAL FIJA \_\_\_\_\_ PROSTODONCIA (DENTADURA TOTAL) \_\_\_\_\_

36. ALTERACIONES DEL DESARROLLO:
- |                   |                                    |
|-------------------|------------------------------------|
| MICRODONCIA       | AMELOGENESIS IMPERFECTA            |
| MEGADONCIA        | DENTINOGENESIS IMPERFECTA          |
| DIAGENESIS        | ANODONCIA                          |
| FUSION            | DIENTES SUPERNUMERARIAS            |
| CONFUSION         | DIENTE DE TURNER                   |
| CUSPIDE ESPOLMADA | DIENTE DE MUMFORDSON               |
| DEPL. IN DENT     | PERSISTENCIA DE DIENTES TEMPORALES |
| ADICCION          | CAMBIO DE COLOR DE LOS DIENTES     |
| ABRASION          | POLIPO PULPAR                      |
| INCLIN            | ABSCESO DENTIALVEOLAR:             |
|                   | CON FISTULA                        |
|                   | SIN FISTULA                        |



1. NOMBRE: \_\_\_\_\_
2. DIRECCION: \_\_\_\_\_
3. DENTACION: \_\_\_\_\_
4. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_
5. SEXO: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ E. EDAD: \_\_\_\_\_
7. Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. Antecedentes personales no patológicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Hábitos: \_\_\_\_\_
10. Bebe \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
 Cereales \_\_\_\_\_
11. Localización: \_\_\_\_\_





# FALLA DE ORIGEN EN SU TOTALIDAD

Paradocera

## HISTORIA CLINICA

INTERROGATORIO: DIRECTO ( ) INDIRECTO ( )

I. FICHA DE IDENTIFICACION:

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ REGISTRO No. \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) Nombre (a)

SEXO: MASCULINO ( ) FEMENINO ( ) ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año Edad

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
Localidad Municipio Entidad Federativa

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia Cód. Postal

TELEFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL TRABAJO y/o TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO PARTICULAR \_\_\_\_\_

DIRECCION y/o TELEFONO \_\_\_\_\_

DERECHOABIENTE DE ALGUNA INSTITUCION SI ( ) NO ( )

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE \_\_\_\_\_  
(Especifique el No. de Clínica)

No. DE AFILIACION: \_\_\_\_\_





C. Tamaño de Maxilar y Mandíbula

Mandíbula y Maxilar compatible \_\_\_\_\_

Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_

Mandíbula más larga que el maxilar \_\_\_\_\_

D. Altura de el Proceso residual

Maxilar: Normal \_\_\_\_\_ Pequeña \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_

Mandíbula: Normal \_\_\_\_\_ Pequeña \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_

E. Forma de el Proceso residual

Maxilar: "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ Afilada \_\_\_\_\_

Mandíbula: "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ Afilado \_\_\_\_\_

F. Forma de el Arco

Maxilar: Cuadrada \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoido \_\_\_\_\_

Mandíbula: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoido \_\_\_\_\_

G. Forma de el Paladar Duro

Plano \_\_\_\_\_ "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_

H. Inclinación en el Paladar Blando

Suave \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Aguda \_\_\_\_\_

I. Relación de los Procesos

Ortognática Normal \_\_\_\_\_ Retrognática \_\_\_\_\_ Prognática \_\_\_\_\_

J. Paralelismo de los Procesos

Ambos procesos son paralelos \_\_\_\_\_

Uno de los Procesos no es paralelo \_\_\_\_\_

Ambos Procesos son divergentes \_\_\_\_\_

K. Distancia Interarco

Adecuada \_\_\_\_\_ Excesiva \_\_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_\_

L. Retenciones Óseas

Maxilar: Ninguna \_\_\_\_\_ Ligera \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

Mandíbula: Ninguna \_\_\_\_\_ Ligera \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

M. Torus

Maxilar: Ninguna \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

Mandíbula: Ninguno \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

# FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLINICA DE PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Condición de higiene bucal \_\_\_\_\_ Incidencia de Caries \_\_\_\_\_

buena \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_ Baja \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_

Estudio Radiográfico

Región desdentada \_\_\_\_\_ Densidad ósea \_\_\_\_\_ Infección residual \_\_\_\_\_ Raíces \_\_\_\_\_

Dientes soportes \_\_\_\_\_ Resorción ósea \_\_\_\_\_ Ligera \_\_\_\_\_ Marcada \_\_\_\_\_

Paradencia normal \_\_\_\_\_ Inflamada \_\_\_\_\_ Causas \_\_\_\_\_

Estado de la región desdentada

Dientes de soporte

Mucosa firme \_\_\_\_\_ Resiliente \_\_\_\_\_ Movilidad 0 1 2 3

Causa de la pérdida de las piezas ausentes \_\_\_\_\_

Obtención de modelos de estudio \_\_\_\_\_

Plano de oclusión. Normal \_\_\_\_\_ Alterado \_\_\_\_\_ Alterado por \_\_\_\_\_

Debe restablecerse \_\_\_\_\_

Dimensión vertical. Normal \_\_\_\_\_ Debe modificarse \_\_\_\_\_

Oclusión central. Normal \_\_\_\_\_ Debe restablecerse \_\_\_\_\_

Alcance de articulación \_\_\_\_\_

Estayaciones en las piezas soportes \_\_\_\_\_

Descansos oclusales \_\_\_\_\_ Incrustaciones de oro \_\_\_\_\_

Cubiertas totales de oro \_\_\_\_\_ De oro con frente \_\_\_\_\_

Diseño de la restauración

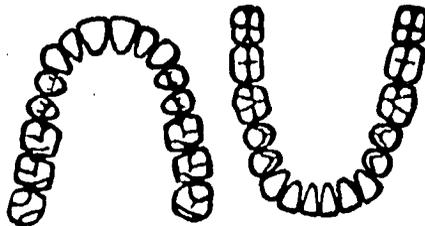
Legende en:

Azul - Dientes faltantes

Rojos - Armazón o esqueleto

Verde - Areas de las sillas

Amarillo - Dientes de soporte



Prostodoncia  
parcial  
removible

Materiales de acrílico \_\_\_\_\_ Con sillas metálicas \_\_\_\_\_ Removible combinado \_\_\_\_\_

Obtención de modelos de trabajo \_\_\_\_\_

Materiales y técnicas de Impresión \_\_\_\_\_

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
UNAM**

HISTORIA CLINICA  
DEPARTAMENTO DE OPERATORIA DENTAL

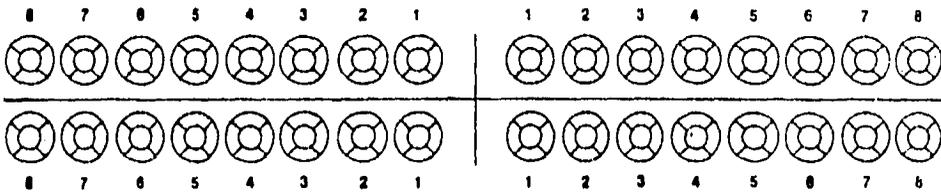
CLINICA No. \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_  
 ALUMNO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 PROFESOR \_\_\_\_\_ REFERENCIA \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR:**

CARIES \_\_\_\_\_ TRAUMATISMO \_\_\_\_\_  
 OBTURACION \_\_\_\_\_ ABRASION \_\_\_\_\_  
 EROSION \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLINICO**



**SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA Y OBJETIVA**

FRIO _____	CALOR _____	PERCUSION HORIZONTAL _____
DULCE _____	ACIDO _____	VERTICAL _____
PERSISTENTE _____		PALPACION PERIAPICAL _____
LOCALIZADO _____		ESTIMULO ELECTRICO _____
IRRADIADO _____		
PROVOCADO _____		
EXPONTANEO _____		

**EXAMEN RADIOGRAFICO**

TEJIDOS BLANDOS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TEJIDOS DUROS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
AUTORIZACION DEL PROFESOR

## **BIBLIOGRAFIA**

**-CHIGERNEZ - RIEUX**

**MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HIGIENE**

**EDITORIAL " LIMUSA, S.A. DE C.V. "**

**MEXICO, D.F. 1989.**

**- GIUNTA J.L.**

**PATOLOGIA BUCAL**

**EDITORIAL " INTERAMERICANA - McGRAW - HILL "**

**TERCERA EDICION**

**MEXICO, D.F. 1991**

**- KRUPP MARCUS A.**

**MANUAL DE DIAGNOSTICO CLINICO Y DE LABORATORIO**

**EDITORIAL " MANUAL. MODERNO, S.A. DE C.V. "**

**PRIMERA EDICION**

**MEXICO, D.F. 1986**

**- REGEZI JOSEPH A.**

**PATOLOGIA BUCAL**

**EDITORIAL " INTERAMERICANA, S.A. DE C.V. "**

**PRIMERA EDICION**

**MEXICO, D.F. 1991**

**- SHAFER WILLIAM G.**

**TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL**

**EDITORIAL " INTERAMERICANA, S.A. DE C.V. "**

**SEGUNDA EDICION**

**MEXICO, D.F. 1986**

**- TURNER**

**HIGIENE DEL INDIVIDUO Y DE LA COMUNIDAD**

**EDITORIAL " LA PRENSA MEDICA MEXICANA "**

**SEGUNDA EDICION**

**MEXICO, D.F. 1987.**