



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

FES ZARAGOZA



ATENCION ODONTOLOGICA DE PACIENTES CON  
SECUELAS DE POLIOMIELITIS. PRESENTACION DE  
UN CASO CLINICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

NORMA LETICIA NAPOLES IBARRA

DIRECTOR SERGIO ENRIQUE DE LA VEGA ARMENTA  
ASESOR: JOSE ANTONIO SILVA VIDAL

MEXICO, DISTRITO FEDERAL

NOVIEMBRE 2005

0249765





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.

## *Dedicatorias*

*A Dios:*

*Por darme la oportunidad de  
demostrar que se puede cuando  
se quiere.*

*A mi esposo:*

*Con todo mi amor, por ser el motor  
de mi vida, por alentarme a seguir superándome  
y ser el apoyo para el logro de esta meta.*

*A mis padres:*

*Por se la piedra angular de mi vida,  
por que sin ellos no hubiera logrado ser quien soy.  
Y por darme la herencia más valiosa que existe.*

*Al C.D Sergio de la Vega:*

*Por su amistad y apoyo para el logro  
de esta meta.*

*A mis amigos:*

*Por su valiosa, incondicional e interminable amistad,  
Que siempre nos ha unido, por sus consejos muchas gracias*

*A ti Anita:*

*Por ser el ángel que ha mandado Dios  
Para cuidar de nosotros cada día y recuerda que  
Nuestros triunfos y alegrías son tuyos también.*

# ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
MARCO TEÓRICO .....	6
*POLIOMIELITIS .....	6
*DIABETES MELLITUS .....	12
*PLACA MICROBIANA .....	18
*CÁLCULO DENTAL .....	21
*CARIES DENTAL .....	22
*GINGIVITIS .....	25
OBJETIVOS .....	27
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS .....	28
RECURSOS .....	29
CASO CLINICO .....	30
*FOTOGRAFIAS .....	35
CONCLUSIONES .....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
ANEXO .....	48

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, describe el caso clínico de una paciente de 40 años de edad con secuelas de poliomielitis en miembros superiores e inferiores.

La paciente acude a consulta odontológica por una limpieza dental, la madre de la paciente refiere descuido de su higiene bucal desde hace varios años.

La paciente ingresa a la clínica particular Oriental, donde yo laboro, después de haber acudido a consultorios odontológicos y haberle negado la atención por su problema de secuelas de poliomielitis.

La importancia de éste trabajo radica en la atención odontológica de pacientes con secuelas de poliomielitis y la rehabilitación de la cavidad bucal.

Se decidió la atención de la paciente en la clínica debido a que las secuelas de polio no representan algún impedimento en la atención odontológica integral.

La importancia de este caso clínico, reside en que la paciente por su limitado movimiento de los miembros superiores, depende de terceras personas para su higiene general y específicamente para el aseo bucal.

Cuando la paciente es ingresada al consultorio dental de la clínica Oriental, se hace la exploración de la cavidad bucal, encontrando principalmente gingivitis generalizada y periodontitis localizada, así como halitosis, movilidad dental, caries, restos radiculares, así mismo se observa clínicamente secuelas de poliomielitis, y se encuentra comprometida sistémica mente.

La madre de la paciente refiere que hace tiempo la inscribió a terapias para lograr la movilidad de las manos, y pueda por lo menos vestirse y bañarse por si misma con solo un poco de ayuda al levantarse.

Actualmente la paciente realiza el aseo bucal, sin ayuda de su mamá, aunque es deficiente en todos sus aspectos.

El presente trabajo, se realiza, a través de una historia clínica y con ayuda de los instrumentos básicos para la exploración bucal, la investigación y atención de la paciente se inicia en el mes de mayo del 2004, en la clínica Oriental (unidad medico quirúrgica), se decidió realizar el trabajo, por los avances que ha tenido la paciente, tanto en su problema de secuelas de polio como dentales, y así demostrar que todo paciente que acude al consultorio dental puede ser tratado sin problema alguno, y rehabilitado integral y satisfactoriamente.

En el presente trabajo se describe cada una de las enfermedades encontradas en nuestra paciente, y se presenta el caso clínico con fotografías mostrando el antes y el después del tratamiento.

## JUSTIFICACION

El trabajo se realiza para demostrar que las secuelas de poliomielitis que se encuentran en la paciente no son impedimento para una atención odontológica integral.

El problema sistémico que presenta la paciente afecta a la cavidad bucal en cuanto a la presencia de enfermedades bucodentales que son consecuencia de una mala higiene dental, sin embargo, si se logra en la paciente un cambio en los hábitos higiénicos, se puede lograr una rehabilitación satisfactoria de la cavidad bucal, y que las secuelas de polio paralítica que tiene nuestra paciente no impiden cumplir el objetivo que nos hemos fijado.

Las secuelas de polio paralítica se encuentran únicamente en extremidades inferiores, puesto que en los brazos ha logrado restablecer los movimientos motrices, aunque son limitados por la debilidad muscular existente<sup>1</sup>, de forma que ayude a su higiene general y bucal. Los movimientos motores limitados en las extremidades superiores son los que imposibilitan una adecuada higiene bucal y general.

La decisión de brindar la atención odontológica a la paciente, es porque por lo general todos estos casos son remitidos a instituciones, por la creencia de que al contar con una discapacidad necesita un trato diferente, o medicamentos especiales, siendo que únicamente debe de llevar un control de los medicamentos que toma y de esa forma evitar lo que es muy frecuente, que se les niegue la atención odontológica.<sup>1</sup>

Son pocos los casos que se atienden en consulta privada, es por eso que la discapacidad con la que cuenta la paciente, en particular, no es impedimento para su atención y por lo tanto no es necesario remitirla a ninguna institución, la atención se le puede brindar en el consultorio sin más problema.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que se ha observado que los pacientes con capacidades diferentes presentan algún tipo de enfermedad dental haremos la siguiente pregunta:

¿Las secuelas de poliomielitis son condicionantes para lograr una atención odontológica integral y adecuada para la paciente y así mismo son condicionantes para el desarrollo de enfermedades bucodentales como la gingivitis y la periodontitis?

## MARCO TEÓRICO

### POLIOMIELITIS

La poliomiелitis es una infección viral aguda que afecta a los niños y es provocada por el polio virus. 2

Se presenta en condiciones naturales únicamente en los seres humanos y produce una gran variedad de manifestaciones clínicas. 3

#### **Manifestaciones:**

El comienzo de la enfermedad es a menudo notable, con síntomas difusos tales como faringitis, fiebre, vómitos, cefalea y rigidez de nuca. 4

Se manifiesta en diferentes formas; la fundamental y selectiva condiciona lesión de los cuerpos anteriores de la médula y se evidencia por un síndrome de neurona motora inferior. (Parálisis atónica, arreflexia de tipo proximal sin alteraciones de la sensibilidad, que deja secuelas residuales permanentes de los segmentos afectados, los cuales se caracterizan por retracciones tendinosas y atrofia).

Dicho síndrome puede causar invalidez perdurable y aún muerte, esta forma paralítica se presenta en la proporción de uno o dos a 100 con respecto a otras formas. (Asintomática, abortiva y no paralítica).

#### **Etiología:**

Existen varios virus causales de la poliomiелitis; los más importantes son los tipos I, II y III que corresponden a las cepas brunhilde, lashing y león.

Estas cepas presentan grandes diferencias entre sí. Los poliovirus pertenecen al grupo de los picornavirus, son de 28 milimicras, aproximadamente; contienen en su núcleo proteínas 20 a 25% de ARN, resultan resistentes a antisépticos, antibióticos y pH ácido. Esta última característica los diferencia de los rinovirus.

Los poliovirus comprenden múltiples tipos antigénicos, hasta la fecha las epidemias más grandes las ha provocado el virus tipo I. En fecha reciente se han descrito casos de poliomiелitis en los que se han visto otros virus, como Coxsackie cepa A7, Magdebur, algunos de los ECHO tipo II. 2

Los enterovirus incluyen los polio virus, el virus Coxsackie y el virus ECHO, y son responsables de un amplio espectro de manifestaciones clínicas, tanto en la madre como en los recién nacidos.

Los enterovirus son un género de una gran familia de picornavirus, llamados así por su pequeño tamaño (pico) y núcleo genoma de ácido ribonucleico (ARN). Las personas son el reservorio natural de los enterovirus, los cuales principalmente moran en el tracto alimentario. Incluyen poliovirus, virus Coxsackie y virus ECHO.

5



### **Fuente de infección y modo de transmisión:**

Los virus de la poliomielitis se alojan en la faringe de los pacientes durante cinco días antes del principio de la parálisis, y durante los días señalados, el virus se elimina por secreciones rinofaríngeas, y el contagio de los sujetos susceptibles tiene lugar por contacto directo. La vía de entrada del virus es bucal.

Las manos de los que tienen contacto, y son contaminados con secreciones rinofaríngeas de los enfermos, sirven de vehículo de transmisión. Cuando un niño recibe la vacuna de virus vivos, también disemina estos por las heces y con la misma profusión que cuando ocurre la infección natural.

La transmisión se efectúa de persona a persona, de modo principal por las heces fecales y también por las secreciones nasofaríngeas; ocasionalmente se han señalado los alimentos contaminados como vehículo de transmisión. Los virus llegan al huésped por vía oral, se establecen en la orofaringe y luego pasan al intestino donde se replican; de ahí pueden seguir la vía sanguínea, con lo cual generan viremia, quizá sea suficiente para iniciar la diseminación y localización del virus en el sistema nervioso. 2

El aparato intestinal es la principal fuente de la que el virus es diseminado, por tanto, la ruta de infección es fecal-bucal, es la misma que para la salmonelosis. La poliomielitis es altamente transmisible tanto como el sarampión o la varicela.

### **Epidemiología:**

El hombre es el principal reservorio de los poliovirus, la enfermedad es endémica y universal, pero sus brotes epidémicos aparecen en los meses de julio a septiembre, en las zonas templadas, aunque puede aparecer desde abril, o en diciembre. En áreas con bajos niveles de sanidad, la mayoría de los individuos desarrollan anticuerpos neutralizantes en la primera infancia, mientras que en otras localidades las cifras máximas de inmunidad no se alcanzan hasta los 15 años de edad o después. 3

Los brotes epidémicos de poliomielitis en las colectividades pueden dominarse actualmente mediante la inmunización general con vacuna antipoliomielítica oral monovalente. 5

### **Morbilidad:**

El número de casos paralíticos, en el continente americano ha descendido en forma notoria en el último decenio. En México, la tasa de frecuencia de poliomielitis fue de 0.02 por 100 000 habitantes, muy por debajo de lo estipulado como indicador de control por la organización mundial de la salud para este padecimiento.

**Mortalidad:**

La mortalidad también ha disminuido en los últimos años. En México se registraron 320 defunciones en 1971 y 3 en 1988, esto revela la situación actual de la poliomielitis en México. 2

**Patología:**

Los poliovirus penetran en el cuerpo por la vía bucal y se multiplican a continuación en los tejidos amigdalofaríngeos y en la pared intestinal, y se multiplica en el tubo digestivo y en sus ganglios linfáticos correspondientes y en otras formaciones reticuloendoteliales, la viremia de corta duración va seguida de la aparición de anticuerpos humorales específicos de tipo. Los anticuerpos se originan también en el tubo alimentario.5

Existe hiperplasia de tejido linfoide del intestino delgado con necrosis folicular cuando el virus penetra por vía digestiva. Las lesiones más importantes radican en el cerebro y la médula; las lesiones sobresalientes se encuentran en la sustancia gris de la médula espinal. 2

**Inmunidad:**

Un ataque confiere inmunidad, sin embargo, otras cepas de virus que no hayan sido las que causaron el primer cuadro clínico quizás ocasionen nuevas lesiones neurológicas. Todos los individuos mayores de seis meses son susceptibles. La infección natural acontece casi siempre durante la primera infancia; no obstante solo un pequeño porcentaje de sujetos tiene manifestaciones ostensibles de la enfermedad.

La edad tiene un papel importante en la gravedad de las lesiones neurológicas. En los adultos jóvenes, los cuadros clínicos en general resultan más graves que en los niños menores de nueve años. Otras causas predisponentes que pueden favorecer la gravedad de la evolución del padecimiento son desequilibrios endocrinos como embarazo, vacunación con DPT o antitetánica, fatiga física y traumatismo. 2

**Características clínicas:**

El periodo de incubación es variable entre 3 y 35 días, un 80 por ciento de los casos ocurren de 6 a 20 días después del contacto con el virus.3

El dolor y la debilidad muscular con pérdida de los reflejos tendinosos progresan a una brusca parálisis flácida. La localización y el grado de incapacidad muscular se relacionan directamente con la localización y el grado de degeneración neuronal.4

Las regiones en que se producen lesiones poliomiélicas son las siguientes: 1.- médula espinal especialmente en las células de las astas anteriores. 2.- tronco cerebral: núcleos vestibulares, núcleos de los nervios craneales. 3.- cerebelo: solamente en los núcleos del techo y en el vermis. 4: cerebro medio, principalmente en la materia gris. 5.-Tálamo e hipotálamo. 6.-corteza cerebral. 5

La mayoría de las personas infectadas padecerán una enfermedad inaparente que solo puede ser mostrada por exámenes serológicos retrospectivos o mediante el estudio de los contactos en el curso de una nueva epidemia.<sup>6</sup>

Al poco tiempo de la amigdalectomía, los pacientes expuestos a la enfermedad, desarrollan una grave forma de parálisis; en vista de éste peligro, la amigdalectomía no debe de ser realizada cuando existe poliomiелitis epidémica.<sup>7</sup>

Existen pruebas de que el proceso acaso no sea completo en todas las neuronas motoras afectadas, en cuyo caso la célula puede recuperar su función normal, por lo tanto para el desarrollo de una poliomiелitis paralítica se necesita una secuencia de ciclos de desarrollo, es por eso el largo período de incubación.<sup>8</sup>

El curso de la infección varía de unos casos a otros. Se consideran los siguientes periodos en su evolución: 1) de incubación; 2) prodrómico, y después de los anteriores, es posible que ocurra alguna de las cuatro formas siguientes: infección asintomática, poliomiелitis abortiva, poliomiелitis sin parálisis o poliomiелitis paralítica.<sup>2</sup>

Infección inaparente: la mayor cantidad de infecciones con el virus de la poliomiелitis ocurre en esta forma. No hay síntomas, pero el virus está presente en la faringe y en el intestino y probablemente también en la corriente sanguínea. Generalmente se desarrollan anticuerpos neutralizantes tipo- específicos.

Enfermedad menor o abortiva: el curso completo de la poliomiелitis puede consistir en una enfermedad inespecífica, sin pruebas clínicas o de laboratorio de invasión al sistema nervioso central. Esto se conoce como poliomiелitis abortiva. Tres síndromes han sido observadas 1) manifestación respiratoria alta, acompañada de fiebre de varios grados, malestar faringeo. 2) malestar gastrointestinal, con náusea, vómito, diarrea o estreñimiento y malestar abdominal; 3) enfermedad gripal, con fiebre y síntomas que recuerdan a la influenza.<sup>3</sup>

Poliomiелitis no paralítica: Los síntomas subjetivos son los mismos que en la forma abortiva, pero la cefalalgia, las náuseas y los vómitos son más intensos y existe rigidez y dolor sordo de los músculos posteriores del cuello, del tronco y los miembros. Para el diagnóstico de la poliomiелitis no paralítica en la segunda fase es necesaria la comprobación de la rigidez de la nuca y de la espalda, los síntomas de la poliomiелitis no paralítica desaparecen en un curso de 3 a 5 días, pero la irritación meníngea puede persistir hasta dos semanas.<sup>5</sup>

### Poliomielitis paralítica:

Las parálisis aparecen del primero al séptimo día del inicio de la fiebre, principalmente en el curso de los primeros cuatro días, o sea, entre el primero y el cuarto después del segundo ascenso de la temperatura, cuando hay curva en forma de lomo de dromedario.

Las parálisis son flácidas, y varían desde debilidad muscular hasta parálisis completas; afectan más los músculos de los muslos y los brazos que a los de los antebrazos y piernas. Sin embargo, es frecuente que estén afectados todos los músculos correspondientes al miembro que resulta atacado, de modo principal los segmentos proximales.

Los músculos que más a menudo se afectan son los miembros inferiores. En miembros superiores se afecta el deltoides; en abdomen, los oblicuos, con abombamiento de uno a ambos lados.

Las parálisis pueden localizarse en cualquier grupo muscular o músculos aislados, afectan los segmentos proximales de los miembros, al contrario de lo que en general ocurre en las polineuritis.

Las formas clínicas de poliomyelitis con parálisis se han clasificado en 1) espinales; 2) bulbares 3) bulbo espinal y 4) ataque a pares craneales. 2

Parálisis espinal: los segmentos cervical y lumbar de la médula espinal son los que se afectan frecuentemente, de lo cual resulta una parálisis parcial asimétrica de la s extremidades. Esta puede ser trivial y estar confinada a un grupo muscular, la afección unilateral de los flexores dorsales de los pies, de cuádriceps o del deltoides son hallazgos frecuentes y la parálisis es del tipo de neurona baja.

En algunos casos la parálisis espinal es más extensa. Puede estar afectada más de una extremidad y varios grupos musculares en cada miembro. La parálisis puede extenderse al tronco y es preciso tomar la capacidad del paciente para realizar todos los movimientos de las extremidades, al comprimir los músculos abdominales, al mover los intercostales y para levantarse por sí mismo de la cama.

Parálisis bulbar: Esta forma puede ser observada con una frecuencia no usual en algunas epidemias y puede asociarse a una amigdalectomía reciente. La dificultad para deglutir es signo cardinal y el paciente es incapaz de expulsar el moco o la saliva de la garganta. El paciente se resiste a respirar profundamente para evitar la aspiración de secreciones hasta el pulmón, estos síntomas aparecen por afectación faríngea y puede haber una mayor extensión, que se manifiesta con hipotonía de los flexores del cuello, parálisis facial, parálisis de los oculares externos y en ocasiones una verdadera parálisis faríngea.

Parálisis bulbar y espinal: la parálisis respiratoria bulbar produce un trastorno más inmediato que la afectación espinal, pero la combinación de las dos formas es obviamente crítica. 6

Ataque a pares craneales: se caracteriza por irritabilidad, desorientación, entorpecimiento mental y temblores algo extensos, no explicables por defecto de ventilación, esta forma solo puede reconocerse si va acompañada o seguida de una parálisis periférica o craneal. 5

### **Tratamiento:**

Los principios esenciales del tratamiento consisten en la eliminación del temor, reducir al mínimo las deformidades esqueléticas, prevenir y tratar las restantes complicaciones, y preparar al niño y a la familia respecto a la larga duración del tratamiento que tal vez será necesario y al grado definitivo de incapacidad que posiblemente se producirá.

Los pacientes con formas no paralíticas y paralítica leve pueden tratarse en su domicilio. Los antibióticos no tienen acción sobre el virus de la poliomielitis y se cree que también son ineficaces las inyecciones de inmunoglobulina humana si se administran después del comienzo de la enfermedad.

En la mayoría de los pacientes con la forma paralítica es necesaria la hospitalización. Conviene que el enfermo se encuentre en una atmósfera quieta y tranquila. Se mantendrá la posición más conveniente para evitar excesivas deformaciones esqueléticas mediante los dispositivos adecuados. Se obtendrá una posición natural, con los pies en ángulo recto, las rodillas ligeramente flexionadas y las caderas y el raquis en extensión el fisioterapeuta cuidará de la movilización activa y pasiva en cuanto pase el dolor. 5

### **Prevención:**

Inmunidad. Los recién nacidos cuyas madres tienen en el suero anticuerpos de los tres tipos de poliovirus son pasivamente inmunes. El creciente empleo de vacunas antipoliomielíticas disminuye la cantidad de poliovirus naturales en la población en general. 5

La única variación significativa en la respuesta inmunológica debido a la edad se encuentra en los primeros seis meses de vida. En algunos antígenos activados o virus vivos atenuados, la presencia de altos niveles de anticuerpos maternos durante los primeros meses de vida del niño impide la respuesta inmunológica inicial. Tal impedimento puede superarse por completo mediante la administración de una dosis secundaria o refuerzo.

La vacuna antipoliomielítica se aplica desde los 2 primeros meses de vida hasta los 4 a 6 años de edad. 9

## DIABETES MELLITUS

Esta es una enfermedad endocrina, caracterizada por hiperglucemia debida a deficiencia o disminución de la eficacia de la insulina, lo cual se traduce en metabolismo deficiente de carbohidratos, grasas y proteínas.

La causa directa de la diabetes es una alteración de los islotes de langerhans del páncreas, la dieta alta en carbohidratos y la herencia también son factores del desarrollo de esta enfermedad, así como el estrés emocional.

### **Clasificación:**

Se reconocen principalmente dos categorías de la diabetes, la tipo I y II  
La diabetes consiste en dos tipos clínicos principales:

Se conoce el tipo I (insulinodependiente)

La diabetes tipo I se caracteriza por síntomas de iniciación súbita, insulinopenia, propensión a la cetosis y dependencia de insulina inyectada para conservar la vida. Estos pacientes tienden a ser delgados y menores de 40 años de edad y es común en ellos las complicaciones crónicas de la enfermedad.

La diabetes tipo II (no insulinodependiente)

La diabetes tipo II. Los pacientes suelen ser obesos y mayores de 40 años y son menos propensos a experimentar las complicaciones crónicas de la enfermedad.

La diabetes secundaria:

Ocurre como resultado de un proceso patológico identificable o son secundarios al tratamiento de algún otro trastorno, ejemplo. Diabetes pancreática, diabetes gestacional, diabetes yatrógena etc.

### **Etiología:**

La etiología de la diabetes de ambos tipos es que interactúan la herencia y el ambiente para determinar quienes de los que poseen la predisposición genética desarrollarán en realidad el síndrome clínico y la época de su inicio.

La diabetes sacarina es, en realidad un grupo heterogéneo de enfermedades en las cuales desempeñan funciones etiológicas y patógenas la susceptibilidad genética, factores ambientales y mecanismos inmunitarios.

### **Patología química:**

Cualquiera que sea la etiología, en todos los casos de diabetes hay hiperglucemia por deficiencia de insulina, aumentan la gluconeogénesis y la lipólisis como reacciones compensadoras bajo la influencia de hormonas.

En consecuencia, la hiperglucemia característica de la diabetes surge por dos fuentes principales; la disminución del índice de eliminación de la glucosa en la sangre por los tejidos periféricos y aumento de la liberación de glucosa por hígado a la circulación.

El deterioro de la utilización de carbohidratos origina sensación de fatiga y dos mecanismos compensadores principales como intento para proporcionar un sustrato metabólico alternativo, ambos conducen a la pérdida de tejido corporal, es decir desgaste, que puede ocurrir a pesar de una ingestión normal o incluso mayor, de alimento y es adicional a cualquier baja de peso que resulta de la pérdida de líquido corporal.

La característica clínica de la deshidratación y la cetoacidosis que se observan en cada paciente dependerán de factores como la rapidez de desarrollo del trastorno, el grado al cual el enfermo aumenta la ingestión de líquido y la cuantía de la deficiencia de insulina presente. <sup>10</sup>

### **Fisiopatología:**

El defecto básico de la diabetes mellitus es la disminución en la acción de la insulina o la insensibilidad de los tejidos a la insulina.

La hiperglucemia es resultado de disminución de la captación tisular de glucosa y de aumento de la gluconeogénesis hepática, una vez que la concentración plasmática de glucosa pasa del umbral renal sobreviene la glucosuria.

La diuresis osmótica inducida por la glucosa da por resultado poliuria y polidipsia subsecuente. La pérdida urinaria notable sin ingestión compensatoria de líquido produce deshidratación e hiperosmolaridad.

La proteólisis aumenta con la movilización de aminoácidos, ocasiona aumento del catabolismo proteínico y aparece polifagia.

La lipólisis aumenta y lleva a la liberación de ácidos grasos libres que son metabolizados por el hígado a cetonas con desarrollo de acidosis.

Los pacientes con diabetes están propensos a desarrollar infecciones, especialmente bacterianas, en los diabéticos todos los mecanismos involucrados en la destrucción de bacterias por leucocitosis polimorfonucleares, quimiotaxis fagocitosis y destrucción son anormales. <sup>11</sup>



Se conocen tres fases:

- I. Fase metabólica (se corrige en minutos horas)  
Hipoinsulinemia (absoluta, relativa)  
Hiperglucemia (aumento de niveles ácidos grasos libres, aumento de aminoácidos de cadena ramificada)
- II. Fase fisiológica (se corrige en días)  
Aumento de la glucosilación de proteínas  
Aumento de la permeabilidad vascular  
Aumento de la filtración glomerular y fracción de filtración  
Anomalías de leucocitos, plaquetas y eritrocitos  
Retraso de la velocidad de conducción de nervios
- III. Fase anatómica (irreversible o lentamente reversible)  
Riñón: acumulación de material proteínaceo en mesangio; alteraciones de la membrana basal vascular.

Retina: aumento de la permeabilidad vascular, cierre capilar, crecimiento de nuevos vasos, etc.

Sistema nervioso: pérdida segmentaria de mielina y pérdida de neuronas capilares en otros sitios: engrosamiento de la membrana basal.

### **Manifestaciones clínicas:**

El paciente con formas de diabetes más leve puede ser asintomático, las manifestaciones clínicas más frecuentes de la diabetes mellitus en los pacientes sintomáticos son las tres "polis", poliuria, polidipsia y polifagia, con marcada pérdida de peso. Las características clínicas de la deshidratación y la cetoacidosis que se observan en cada paciente dependerán de factores como la rapidez de desarrollo del trastorno, el grado al cual el enfermo aumenta la ingestión de líquido y la cuantía de la deficiencia de insulina presente. Otras manifestaciones clínicas son prurito vulvar o blanditis, impotencia, retinopatía diabética, etc. 12

### **Diagnóstico de la diabetes sacarina:**

En pacientes que presentan los síntomas clásicos, el diagnóstico se establece con frecuencia más allá de cualquier duda razonable cuando determinan la obtención de la historia clínica y el examen físico, puede confirmarse al encontrar glucosuria intensa, se requerirá de pruebas de tolerancia a la glucosa. 10



Las pruebas de tolerancia a la glucosa se han empleado por mucho tiempo para evaluar pacientes en quienes se sospechan anomalías del metabolismo de los carbohidratos, esto es particularmente cierto para la diabetes sacarina. 13

Pruebas de orina. Glucosuria. Con fines de selección individual se dispone de métodos dip-stick sensibles inespecíficos para la glucosa, el clínicx consiste en una cinta de papel impregnada con una preparación enzimática que se torna violeta cuando se sumerge en la orina que contiene glucosa. 10

### **Tramiento:**

Las metas en el manejo de la diabetes son:

Corrección de las anomalías metabólicas subyacentes para remediar los síntomas diabéticos

Logro y mantenimiento del peso corporal ideal

Prevención o retardo de las complicaciones por lo común asociadas con la enfermedad (trastornos visuales, renales, nerviosos)

Contener la aterosclerosis elevada inespecífica, a la cual el diabético es muy susceptible.

Llevar una buena dieta

Y el control de los medicamentos específicos (hipoglucemiantes orales, y/o insulina) 11

### **Medicamentos hipoglucemiantes orales:**

Son compuestos que pueden disminuir la glucemia y se administran por vía bucal en el tratamiento crónico de los pacientes con diabetes sacarina tipo II.

Hay dos tipos de compuestos: las sulfonilureas que incluyen tolbutamida, cloropropamida, aceto naxamida, tolazamida y clorhidrato de fenformin biguanida. 14

Datos de importancia:

Todos los agentes hipoglucemiantes bucales se metabolizan en el hígado y a continuación se excretan hacia la orina.

La cloropropamida tiene mayor duración de acción y la frecuencia más elevada de efectos colaterales, particularmente hipoglucemia.

Rara vez existe tiromegalia e hipotiroidismo en diabéticos que están tomando sulfonilureas, el mecanismo se debe a la inhibición de la unión del yodo orgánico. Los efectos de los hipoglucemiantes bucales dependen de la absorción gastrointestinal, unión a las proteínas plásticas metabolismo hepático, excreción renal y respuesta tisular. 12

## **Manifestaciones bucales:**

### **Aliento cetónico:**

Particularmente en pacientes tipo I, cuando en sangre, los cetoácidos del metabolismo lipídico se elevan de manera importante

Con descompensaciones moderadas o graves, con cifras superiores a 160mg de glucosa sobre 100 ml. de sangre es común este signo.

### **Alteraciones reparativas y regenerativas:**

Cambios frecuentes en las mucosas bucales y tejidos periodontales, se puede observar una cicatrización retardada con defectos remanentes y susceptibilidad a infecciones agregadas.

### **Atrofia mucosa: síntomas**

Dolor ardor y cambios gustativos, las posibles alteraciones en la velocidad de duplicación celular, pueden afectar gravemente la renovación del epitelio y tejido de soporte subepitelial, cimientando de las mucosas, las volverá más sensibles a la agresión física, a laceraciones sensitivas y al daño químico microbiano. 15

### **Enfermedad periodontal magnificada:**

La enfermedad periodontal es el trastorno bucal más constante en las personas con diabetes mellitus no controlada; dichos enfermos muestran mayor resorción de hueso alveolar y cambios inflamatorios gingivales, que pueden semejar a las manifestaciones clínicas de la periodontitis juvenil.

## **Tratamiento:**

El objetivo es llevar la glucemia a los valores más normales posibles, a fin de reducir las complicaciones probables de hiperglucemia y cetoacidosis.

El tratamiento dental del diabético bien controlado requiere de lo siguiente:

Recomendar al paciente que haga una comida normal antes de la cita, para prevenir la hipoglucemia.

Si se prevé que el tratamiento dental producirá tensión emocional, consultar con el médico del enfermo en cuanto al ajuste de la dosificación de insulina o hipoglucemiantes.

Considerar el uso de antibióticos profilácticos para la intervención quirúrgica, el tratamiento endodóntico y periodontal, para reducir el peligro de infección.

Se debe tener a mano una fuente de glucosa para corregir la hipoglucemia incipiente. 16

### **Manejo odontológico:**

Asegurarse de que el paciente está recibiendo el mejor control médico para su caso en particular.

Dar citas matutinas, el paciente tendrá más capacidad adaptativa, física y emocional, para aceptar las visitas al consultorio dental.

Promover un ambiente de tranquilidad y seguridad para evitar sobrecarga emocional y física.

El uso de tranquilizantes de tipo diazepanico está indicado en pacientes que requieren ayuda complementaria.

Hacer manipulaciones dentales y quirúrgicas hasta asegurarse de que el estado pulpar y periodontal de los pacientes sea óptimo. 15

Los procedimientos de higiene del paciente deben tener un nivel de alta eficacia.

Mantener con estándares de alta calidad la salud dental y periodontal de los diabéticos.

Se debe prever una buena hemostasia, para evitar hemorragias

Cuando sea necesario la intervención quirúrgica dental es aconsejable la protección con antibióticos

Asegurarse de dar instrucciones para que el balance medicamento - ingesta alimenticia no sea alterado. 17

### **Los valores normales de glucosa en sangre son:**

70 – 110 mg/dl

## PLACA MICROBIANA

Los depósitos dentales han sido clasificados y definidos de la siguiente manera:

**Película adquirida:** La película adquirida es una membrana homogénea, que cubre la mayor parte de la superficie dentaria, formando con frecuencia, la placa dental y el sarro.

**Materia alba:** La materia alba es un depósito formado por macroorganismos agregados, laxamente adheridos a la superficie dental, placa y encía, los residuos alimentarios pueden permanecer en forma transitoria sobre la superficie de los dientes o entre los mismos, especialmente después de comer.

**Placa microbiana:** Es una entidad estructural específica, que resulta de la colonización y crecimiento de microorganismos sobre la superficie dental, tejidos blandos, restauraciones y aparatos bucales. Es una comunidad de microorganismos vivos y organizada, formada habitualmente por numerosas especies y cepas incluidas dentro de una matriz extracelular formada por productos del metabolismo bacteriano, saliva y dieta. 18

La placa bacteriana es un agregado constituido por un variado número de microorganismos y diferentes tipos de categorías bacterianas y productos salivales en la superficie del diente.

En la fase inicial de su formación, microorganismos aerobios se adhieren a la película adquirida del diente, constituida tal vez por una glucoproteína, poco después cambia la composición de la placa dentobacteriana, tornándose anaerobia, este hecho aunado con incremento en la acumulación bacteriana, interacción nutritiva entre los componentes y la formación de polisacáridos, intra y extracelulares determinan las características de la placa.

Como ya se dijo, la superficie del diente y la placa bacteriana quedan mediadas por una película salival conocida como película adquirida, esta se forma en unos cuantos segundos después de eliminarla por cualquier abrasión, y por las proteínas y algunos minerales que contiene podría constituir, por lo menos en condiciones ideales una primera protección para el diente, a través de varios mecanismos.

La película adquirida y sus efectos se deben ver como una respuesta protectora del medio interno frente a las agresiones ecológicas, sean éstas de naturaleza química o biológica.

La formación de la placa dentobacteriana es inevitable, sobretodo cuando se produce "estancamiento" que facilita la localización, acumulación y adherencia de las bacterias en la superficie dental, el estancamiento se puede deber a escasa masticación, dieta demasiado blanda con insuficiente fibra dentaria, malas oclusiones dentales o falta de aseo y cepillado de los dientes, la placa puede variar y su estructura depende en parte del estancamiento, es más gruesa cerca del área de contacto y del borde gingival.

Se pueden distinguir dos capas. Una profunda con elevado contenido bacteriano, otra superficial, que es la matriz.

Las bacterias son más numerosas en mayor profundidad de la placa y se agrupan en micro colonias ordenadas en empalizadas, lo que parece favorable para los gérmenes pues permite una mayor difusión, por capilaridad, de los nutrimentos requeridos.

En la placa profunda las condiciones no son muy favorables para el crecimiento bacteriano, de modo que en ella se encuentra un buen número de formas atípicas y de bacterias muertas que han perdido su citoplasma.

En la porción mas externa de la placa se forma la matriz, algunos de sus componentes provienen del huésped y otros de las bacterias y de la alimentación predominan las proteínas salivales y los polisacáridos bacterianos.

Por último, sobre la placa dental se deposita la materia alba, constituida por bacterias, restos alimentarios y células descamadas; esto es lo primero que puede y debe eliminarse por el cepillado y enjuague.

Hay que reconocer que en la placa dentobacteriana hay tres componentes.

1 Microorganismos cariogénicos. *Streptococo mutans* entre otros. La cavidad del recién nacido es estéril y a las pocas horas del nacimiento empieza la colonización bacteriana, principalmente por *Streptococo salivarius* y *Cándida albicans*.

2 Microorganismos productores de enfermedad periodontal *a. viscosus* y *b. melaninogenicus* entre los principales.

3 Factores coadyuvantes y supresivos: los lipopolisacáridos y dextranos. 19

## **Control de placa bacteriana**

Métodos para el control de placa dentobacteriana:

La placa dentobacteriana constituye un factor causal muy importante de las enfermedades dentales más fuertes, caries y parodontopatías.

Para el control y eliminación de la placa dentobacteriana, es fundamental utilizar los siguientes métodos:

1 Cepillado de dientes, encía y lengua.

El cepillado debe realizarse durante 5 minutos como mínimo, hay que procurar cepillar todas las caras de los dientes, por dentro y por fuera, así como la técnica de cepillado debe ser de barrido desde la encía hasta incisal u oclusal, el cepillo debe estar colocado en un ángulo de 45° con respecto de la encía y de ahí se realiza el barrido.

2 El uso de medios auxiliares, como son, hilo dental, cepillos interdentes, palillos, irrigadores bucales.

3 Pasta dental o dentífricos.

Estas deben de contener fluor, para la prevención de la caries.

4 Clorhexidina: enjuagatorio de 30 a 60 segundos después de la limpieza dental, una vez al día durante cuatro semanas. 15

## CALCULO DENTAL

### **Definición:**

Es una masa adherente calcificada o en calcificación, que se forma sobre los dientes naturales y prótesis dentales, se debe a que la placa dentobacteriana no es retraída y con el paso del tiempo y los componentes de la saliva se calcifican formando así el cálculo dental, la cual si no es retirada forma la enfermedad periodontal.

**Tipos:** según su relación con el margen gingival se clasifica como sigue.

### **Calculo supragingival.**

Se refiere al cálculo que se encuentra adherido fuertemente en la corona clínica del diente por encima del margen gingival y visible en cavidad bucal de consistencia dura y se desprende con facilidad, es de color amarilla, pero puede oscurecerse con la edad, se puede presentar en un solo diente o en un grupo de dientes.

### **Calculo subgingival:**

Como su nombre lo indica es aquel que se encuentra por debajo de la cresta de la encía marginal, se forma en las superficies radiculares y se extiende hasta el interior de las bolsas periodontales y que no es visible durante el examen bucal. Es denso, duro, pardo oscuro o verde negruzco. Se compone esencialmente de placa mineralizada. 20

### **Factores predisponentes:**

Deficiente higiene oral  
Acumulo excesivo de placa bacteriana

### **Tratamiento:**

Remoción del calculo dental a través de medios mecánicos, como son profilaxis, o raspado y alisado radicular en caso de encontrarse en la raíz dental y en bolsas periodontales. La eliminación completa de estos depósitos depende de la persistencia y buena visibilidad, si no es eliminado el cálculo supra y subgingival puede provocar enfermedades que lesionen los tejidos de soporte del diente como gingivitis y periodontitis. 21

# CARIES DENTAL

## DEFINICIÓN:

Es una enfermedad de origen bacteriano de los tejidos dentales duros y ocurre en determinados puntos dentales y de la dentición.<sup>15</sup>

Es de tipo multifactorial en la que se distingue especificidad bacteriana y nutricional. La formación de una lesión cariosa es el resultado final de una compleja serie de fenómenos bioquímicos y microbianos dinámicamente entrelazados, que por fermentación de carbohidratos de la dieta producen ácidos que desmineralizan en forma local y progresiva el esmalte de un diente susceptible.<sup>19</sup>

Estos sitios son por orden de frecuencia del ataque, las depresiones y los surcos, especialmente aquellos que se hallan en las superficies oclusales de los dientes, las superficies proximales en contacto; y las superficies labial vestibular y lingual de la dentición adyacente en la encía; estos sitios protegidos controla la acción limpiadora de la saliva, lengua y musculatura de la boca, son las regiones donde se detiene la comida y donde se acumulan rápidamente las bacterias, proteínas salivales y otros restos de la boca.<sup>15</sup>

Los depósitos sueltos o finalmente adheridos de bacterias y proteínas salivales que se hallan en regiones no alcanzadas por la auto limpieza son conocidos como placa dental, sin cuya presencia no puede ocurrir el proceso cariogénico.<sup>15</sup>

Por lo general, se necesita un periodo de meses o incluso años, para el desarrollo de una lesión cariosa, la caries dental es un proceso dinámico caracterizado por periodos alternados de desmineralización y remineralización el desarrollo de una lesión cariosa tiene lugar en dos etapas diferentes la etapa más temprana corresponde a la lesión incipiente, a esta etapa le sigue la lesión manifiesta o franca. Por lo general este tipo de caries se presenta después de haber ingerido sacarosa con demasiada frecuencia.

### **Bacterias cariógenas:**

En el desarrollo de la caries tienen especial interés dos géneros bacterianos:

- 1) Los estreptococos mutans.
- 2) Los lactobacilos.

**Streptococcus mutans:** se caracterizan por fermentar el manitol y el sorbitol, así como producir glucanos extracelulares a partir de la sacarosa, es común que los estreptococos mutans se presenten en cantidades relativamente grandes en la placa dental que tiene lugar sobre las lesiones en desarrollo de la superficie lisa.



**Lactobacilos:** Son ácidosgenos (productores de ácido) y acidúricos (tolerantes al ácido)

Su presencia en la saliva de personas con caries no tratada y la disminución subsecuente de la cantidad por el tratamiento de la caries hizo pensar que se trataba de una participación causal de estos microorganismos. Se ha demostrado que los lactobacilos específicamente los *L. casei*, colonizan las lesiones de mancha blanca antes de la cavitación y que existe correlación entre los lactobacilos y el desarrollo de las lesiones. 22

#### **Factores de riesgo:**

La dieta. Los factores dietéticos requieren ser actualizados, ya que los microorganismos bucales utilizan los hidratos de carbono de la dieta, especialmente la sacarosa para obtener energía y sintetizar polisacáridos complejos.

La cantidad de azúcar en un alimento o una dieta es solo un factor muy importante en el origen de la caries dental, sobre el potencial cariogéno de los alimentos se debe interpretar con cautela y solo después que se compruebe una correlación positiva entre ph y cariogenicidad.

#### **Tipos de caries:**

##### Caries aguda:

La caries aguda constituye un proceso rápido que implica un gran número de dientes, las lesiones agudas son de color más claro que las otras lesiones que son de café tenue o gris y su consistencia caseosa dificulta su excavación, con frecuencia se observan exposiciones pulpares.

##### Caries crónica:

Estas lesiones suelen ser de larga duración. Afecta el número menor de dientes y son de tamaño menor que las agudas, la dentina descalcificada suele ser de color café oscuro y la consistencia suele ser como de cuero, las lesiones suelen requerir recubrimientos profilácticos y bases protectoras.

##### Caries primaria: (Inicial)

Es aquella en la que la lesión constituye el ataque inicial sobre la superficie dental.

##### Caries secundaria:

(Recurrente) Este tipo de caries suele observarse alrededor de los márgenes de las restauraciones.

##### Caries de primer grado:

Afecta solo el esmalte

##### Caries de segundo grado:

Afecta esmalte y dentina

#### Caries de tercer grado:

Afecta esmalte dentina, pulpa y furca

#### Caries de cuarto grado:

Afecta a la raíz 15

#### **Prevención de la caries:**

La prevención de la caries se basa en la reducción del número de microorganismo cariogénos, el aumento de la resistencia del diente a la caries y la modificación de los malos hábitos en la alimentación.

El método básico para reducir los microorganismos en y alrededor del diente es la eliminación sistémica de la placa bacteriana por el cepillado.

El incremento de la resistencia del diente se puede lograr por el uso adecuado de fluoruros y selladores plásticos de las superficies masticatorias de los dientes.

#### **Las medidas preventivas para la caries son:**

##### Aseo de los dientes:

Es importante señalar que en edad pediátrica, después de la erupción del primer diente, hay que comenzar a realizar el aseo sistemático en el bebé y que constituya una obligación en los padres hasta que el niño pueda hacerlo por sí solo, después de los dos años de edad, los dentífricos con fluoruro se deben usar colocando cantidades pequeñas en el cepillo; hay que recordar que es el cepillado y no la pasta lo que limpia los dientes.

##### Flúor

Los principales mecanismos de acción del flúor en la prevención de la caries son:

- 1) Remineralización del esmalte.
- 2) Aumento de la resistencia del esmalte, sobretodo en las superficies lisas.
- 3) Alteración del metabolismo y la reproducción de los microorganismos cariogénos.

##### Selladores de fosetas y fisuras:

Los selladores de fosetas y fisuras cubren un buen aspecto importante en un programa integral de prevención de caries y junto con el agua fluorada son las medidas preventivas mas económicas en reducción de caries. 11

##### Modificación de la dieta y los malos hábitos de alimentación

Los alimentos se deben consumir de preferencia en su forma natural y una parte de ellos, crudos, evitando su excesivo refinamiento. Se deben emplear al mínimo alimentos viscosos o adherentes, difíciles de ser eliminados de la cavidad bucal y con alto contenido en carbohidratos. 2

# GINGIVITIS

## **Definición:**

La gingivitis es la inflamación de la encía.

Inflamación en la enfermedad gingival: La gingivitis, es la forma más frecuente de enfermedad gingival. En todas sus formas está presente la inflamación, porque la placa bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival.

No todos los casos de gingivitis son lo mismo por que muestran cambios inflamatorios, y con frecuencia es necesario diferenciar entre inflamación y otros procesos patológicos que están presentes en la enfermedad gingival.

La participación de la inflamación en casos particulares varía de la siguiente manera:

La inflamación puede ser el primer y único cambio patológico. Este es el tipo de enfermedad gingival más prevalente.

La inflamación puede ser un aspecto secundario agregado a la enfermedad gingival por causas sistémicas.

La inflamación puede ser un factor precipitante que causa cambios clínicos en pacientes con condiciones sistémicas, que por sí mismas, no producen enfermedad gingival detectable a nivel clínico, la gingivitis del embarazo puede ser un ejemplo.

## **Tipos de gingivitis:**

El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple que provoca la placa bacteriana al adherirse a la superficie del diente, este tipo de gingivitis, denominada marginal o simple, permanece estacionaria por periodos indefinidos o avanza hacia la destrucción de las estructuras de soporte del diente (periodontitis).

Además otras enfermedades pueden afectar la encía y no estar necesariamente relacionadas con los problemas periodontales usuales. Como por ejemplo:

Gingivitis ulceronecrosante aguda

Gingivostomatitis hepática aguda y otras enfermedades virales.

Gingivitis alérgica, causada por varias alergias.

Gingivitis de la pubertad provocada por cambios hormonales

Gingivitis o tumor del embarazo también por cambios hormonales

En general, la reacción gingival a una variedad de agentes patológicos incluye un aumento de volumen que se denomina agrandamiento.

**Curso y duración de la gingivitis:**

La gingivitis aguda: es una lesión dolorosa que se presenta de improviso y es de corta duración

La gingivitis subaguda: Es una fase menos grave que la lesión aguda.

La gingivitis recurrente: Se presenta después de que se eliminó por medio de tratamiento o desaparecer de manera espontánea y vuelve a presentarse.

La gingivitis crónica: Aparece con lentitud, es de larga duración y es indolora a menos que se complique con exacerbaciones a aguda.

**Distribución:**

La gingivitis localizada está limitada a la encía en relación a un diente único o a grupos dentales.

La gingivitis generalizada afecta a toda la boca.

La gingivitis marginal afecta al margen gingival pero puede incluir una porción de encía insertada contigua.

La gingivitis papilar afecta a la papila interdental y con frecuencia se extiende hacia la porción adyacente la margen gingival.

La gingivitis difusa afecta al margen gingival, la encía insertada y la paila interdental.

**Características clínicas:**

Cambio de color, tamaño (inflamación), forma, consistencia, textura de la superficie, posición facilidad y gravedad de la hemorragia y dolor.

**Tratamiento:**

Cepillado de dientes, encía y lengua.

El cepillado debe realizarse durante 5 minutos como mínimo, hay que procurar cepillar todas las caras de los dientes, la técnica de cepillado debe ser de barrido desde la encía, hasta incisal u oclusal, el cepillo debe estar colocado en un ángulo de 45° con respecto de la encía y de ahí se realiza el barrido. Dando así un masaje a la encía estimulando la irrigación sanguínea para disminuir la inflamación.

El uso de medios auxiliares, como son hilo dental, cepillos interdenciales, enjuagues bucales.

Pasta dental o dentífricos.

Algunas pastas dentales contienen clorhexidina o triclosan, los cuales ayudan a eliminar la gingivitis.

Colutorios:

Enjuague bucal con clorhexidina al 0.2 % durante 30 a 60 segundos después del cepillado. 24

## OBJETIVOS

### General:

Establecer la importancia de una adecuada atención odontológica a personas discapacitadas, en nuestro caso por secuelas de poliomielitis y así brindar una atención integral y de primera calidad, así mismo establecer la importancia de la higiene bucal para la conservación e integridad de los órganos dentarios y prevenir enfermedades bucodentales, con la finalidad de cambiar los hábitos higiénicos de la paciente.

### Específicos:

Rehabilitar integralmente la cavidad bucal del paciente.

Disminuir el estrés mediante la utilización de técnicas de relajación, como la música terapia, imaginación terapia y respiraciones profundas.

Realizar tratamientos odontológicos específicos y preventivos que permitan la rehabilitación bucal de la paciente

Establecer una atención multidisciplinaria en la paciente con la finalidad de que obtenga una rehabilitación integral

Determinar la técnica de cepillado específica para la prevención de futuras enfermedades bucales.

# DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y METODOS

## Tipo de estudio

Descriptivo, modalidad caso clínico (n=1)

## Técnica.

Paciente femenino de 40 años de edad acude a consulta odontológica por motivo de una limpieza dental.

Ingresa al consultorio de la clínica oriental después de haber visitado varios consultorios y haberle negado la atención por sus secuelas de poliomielitis.

Se realiza historial clínico, refiere secuelas de poliomielitis paralítica desde los tres años de edad, y confirma tener diabetes mellitus.

Para el manejo odontológico, se le pide a la madre de la paciente los últimos estudios que se le realizaron a la paciente de química sanguínea con la finalidad de observar sus niveles de glucosa en sangre, así mismo se le pide a la paciente que realice los movimientos de cepillado y aseo en general para observar sus limitantes motrices de los brazos.

La técnica para la obtención de los datos es a través de una historia clínica con información indirecta, mediante la exploración bucal, levantamiento del índice CPOD, IHOS y toma de fotografías. Esto lo realiza el cirujano dentista capacitado.

## **RECURSOS:**

### **Humanos.**

Director de tesis.

Asesor de tesis.

Pasante

### **Físicos.**

Consultorio dental de la clínica oriental (unidad médico quirúrgica).

Biblioteca de la FES-Zaragoza

Café Internet

### **Materiales.**

Computadora

Historia clínica

Cámara fotográfica o escáner

Impresora

Literatura

Copias fotostáticas

### **Recursos económicos**

Costo de la impresión

Transporte

Fotocopiado

Disquete

Costo del café Internet

Engargolado

## CASO CLINICO

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

**Nombre:** M. I. C. P.

**Edad:** 40 años      **sexo:** Femenino      **Edo. Civil:** Soltera

**Domicilio actual:** Ote 245 # 564 Col. Agrícola oriental

**Delegación:** Iztacalco

**Fecha de nacimiento:** 21 febrero 1964

**Ocupación:** Hogar      **escolaridad:** 2º. Año de primaria

**Alergias:** Ninguna

**Enfermedad sistémica diagnosticada:** Diabetes Mellitus tipo II

**Grupo sanguíneo:** no sabe

### Datos del informante:

**Nombre:** M. T. P. L.

**Parentesco:** Madre

**MOTIVO DE LA CONSULTA:** La paciente acude al consultorio dental de la Clínica Oriental, para una limpieza dental.

### I. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Padre diabético y muerto por infarto, tías paternas presentan obesidad, madre con varices, la paciente presenta diabetes mellitus desde hace 20 años, y secuelas de poliomielitis desde los 3 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Tipo de vivienda rentada, con pisos, muros y techo de concreto, cuenta con todos los servicios, un total de 6 habitaciones, y un total de 6 personas.

### Hábitos higiénicos:

Frecuencia de baño por semana	2 veces:
Frecuencia de cambio de ropa por semana	diario
Frecuencia de lavado de manos por día	6 veces
Frecuencia de lavado de dientes por día	1 ves al día
Cada cuando cambia su cepillo dental	2 a 3 veces al año

### Hábitos dietéticos:

Refiere ingerir pollo 3 veces por semana, leche diario, agua diario, frutas y verduras diario, pan, tortillas, cereal y sopas diario, crema, mantequilla, leguminosas 1 vez por mes, no toma refresco, té, o atole, niega ingerir carne de puerco, res, huevo, y pescado.

### Hábitos orales:

De pequeña presentó succión digital, actualmente, muerde objetos.

### Inmunizaciones recibidas:

No completo su esquema de vacunación:

Poliomielitis	no
Triple	no
Hepatitis A	no
Hepatitis B	no
Sarampión	no
Tétanos	no
Varicela	sí

### Antecedentes gineco-obtetricos:

Presentó la menarca los 7 años, periodos irregulares y sangrados abundantes, niega vida sexual activa, niega embarazos y niega abortos, aún no presenta la menopausia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Presentó varicela al año de edad, tosferina a los 3 años, poliomielitis a los 3 años 8 meses, bronquitis a los 35 años.

Niega alcoholismo y drogadicción.

Niega alergias a medicamentos y anestésicos, no ha sido hospitalizada, ni ha sido transfundida ni donadora de sangre, así como no ha sufrido ningún tipo de traumatismo en los últimos cinco años.

### IV. PADECIMIENTO ACTUAL:

Paciente femenino de 40 años de edad presenta secuelas de poliomielitis en miembros superiores e inferiores, así como diabetes mellitus tipo II, así mismo gingivitis y periodontitis generalizada, también presenta restos radiculares de los órganos dentarios 24, 25 y 27.

### V. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Al interrogatorio por aparatos y sistemas:

Refiere cefaleas, acufenos, fosfenos, sangrados menstruales prolongados, halitosis, poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, disminución de la agudeza visual, resequedad de piel y pelo uñas quebradizas, intolerancia el calor, insomnio, depresión, alteraciones menstruales, convulsiones a los 3 años y duró 3 años hospitalizada, adelgazamiento de las piernas y verrugas en el área del cuello positivo.

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS COTIDIANAMENTE:** Glibenclamida

**FRECUENCIA DE USO:** 3 veces al día

**MOTIVO:** Diabetes Mellitus tipo II

### VI. EXPLORACION FÍSICA

#### SIGNOS VITALES:

Pulso: 88 x min.: T/A 125/ 83 mm/Hg.

Frec. Respiratoria: 27 x min. Temperatura: 36.5 °C

#### SOMATOMETRIA

Peso: 47 Kg. Talla: 1.47 m.

## **EXPLORACION DE CABEZA Y CUELLO**

Tipo de cráneo es dolicocefalo con perfil convexo, tez blanca, nevos y verrugas en el área del cuello.

No presenta dolor, disfunción y/o atrofia en los músculos de cabeza y cuello.

## **EXPLORACION INTRAORAL:**

Presenta inflamación, enrojecimiento así como recesión gingival en la encía marginal, papilar y adherida.

A la exploración dentaria, encontramos una malformación de la corona clínica del diente 46, movilidad dental de los órganos dentarios 11, 12, 31, 32, 41 y 42

Mal posición dentaria del 11, 12, 31, 41, 42, 43, 32, 33, 34, 35, 44 y 45

Glándulas salivales sin alteración alguna, saliva de consistencia normal, oclusión de angle tipo II, sobremordida vertical de 7 mm. Y sobremordida horizontal de 5mm, mordida cruzada posterior, desviación de la línea media, y diastemas.

Caries de primer grado en los órganos dentarios 11, 21 y 26, restos radiculares de los dientes 24 y 25 fractura coronaria de más del 50 porciento del diente 27 por caries de tercer grado.

## **VII. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

Exámenes de gabinete

Radiográficos:

Periapical: Se observa zona radio opaca de los restos radiculares, de órganos dentarios 24 y 25 así como disminución de las crestas alveolares de los dientes 23, 24, 25, 26 y 27. Zona radio lucida por ensanchamiento de el ligamento periodontal, se observa cálculo dental.

Rx (2) presenta fractura coronaria del diente 27 por caries de tercer grado, disminución de las crestas alveolares, cálculo dental en raíces de dientes 26, 27, y 28.

Exámenes de laboratorio:

Glucosa:

105 mg/dl

## **VIII. DIAGNOSTICO INTEGRAL:**

Paciente femenino de 40 años de edad, con diabetes mellitus de tipo II desde hace 19 años, presenta secuelas de poliomieltis en miembros superiores e inferiores, así mismo niega alergias a cualquier medicamento o alimento, no ha presentado la menopausia.

## **IX. DIAGNOSTICO BUCAL:**

Paciente con cráneo dolicocefalo, perfil convexo. Sin alteración en la Articulación Temporo Mandibular, niega dolor en los músculos masticadores tanto a la palpación como a la función, labios, mucosa, frenillos, lengua, paladar y piso de boca normales en color forma y consistencia.

Encontramos caries de primer grado, en los órganos dentarios 11,21 y 26, restos radiculares de los dientes 24, 25, fractura coronaria de más de 50% del diente 27 provocada por caries de tercer grado, obturados los órganos dentarios 16,14, 28,36,46 y 47,

Se observa cálculo dental en más de 1/3 de la raíz, gingivitis y periodontitis generalizada, movilidad dental en los órganos dentarios 11,21,31,32,41,42.

## **X. TRATAMIENTOS REALIZADOS**

La paciente acudió por primera vez al consultorio dental el día 13 de mayo del 2004 a tratamiento dental, y se dio de alta en el mes de enero del 2005.

Durante dicho periodo se le realizaron a la paciente los siguientes tratamientos:

Retiro del cálculo dental mediante una limpieza dental, y disminución de la inflamación mediante colutorios, y el control de placa bacteriana, la cual consistió en la selección, aplicación e instrucción de la técnica de cepillado dental adecuado.

Posteriormente se le realizó el raspado y alisado radicular de ambas arcadas, para retirar el cálculo infragingival que abarcaba más de 1/3 de la raíz principalmente en la zona de incisivos inferiores y en molares de ambas arcadas, este procedimiento requirió de 4 a 6 sesiones puesto que se realizaban por cuadrantes.

Se explicó y practicó en el consultorio la técnica de cepillado más adecuada a sus posibilidades de movimiento, la cual realizaba sin ayuda de su mamá, el realizar la técnica de cepillado le sirvió también como una terapia para la rehabilitación del movimiento en sus brazos y manos.

Se realizaron la exodoncias de los restos radiculares de los dientes 24, 25,27, se logró la disminución de la movilidad de los dientes 31, 32,41 y 42; los dientes 11 y 12 no respondieron al tratamiento y también tuvieron que ser extraídos.

Posteriormente, se tomaron modelos de estudio para la elaboración de una prótesis parcial removible superior y la colocación de esta.

Se sugirió a la paciente acudir a consulta ginecológica, para el tratamiento de las alteraciones menstruales que presenta.

## Fotografías tomadas antes de iniciar el tratamiento

Foto 1.

Observamos, calculo dental, gingivitis y periodontitis generalizada.



Foto 2 y 3.

Se observa caries del central, exposición de raíz del canino, por lesión periodontal inflamación de la encía.



Foto 3. Se observan los restos radiculares de los dientes 24, y 25.



Foto 4. Se observa, la inflamación de la encía, la mal posición dental debido a la movilidad dental.



Foto 5.

Se observa claramente el sarro supra e infra gingival y la inflamación de la encía



Foto 6.

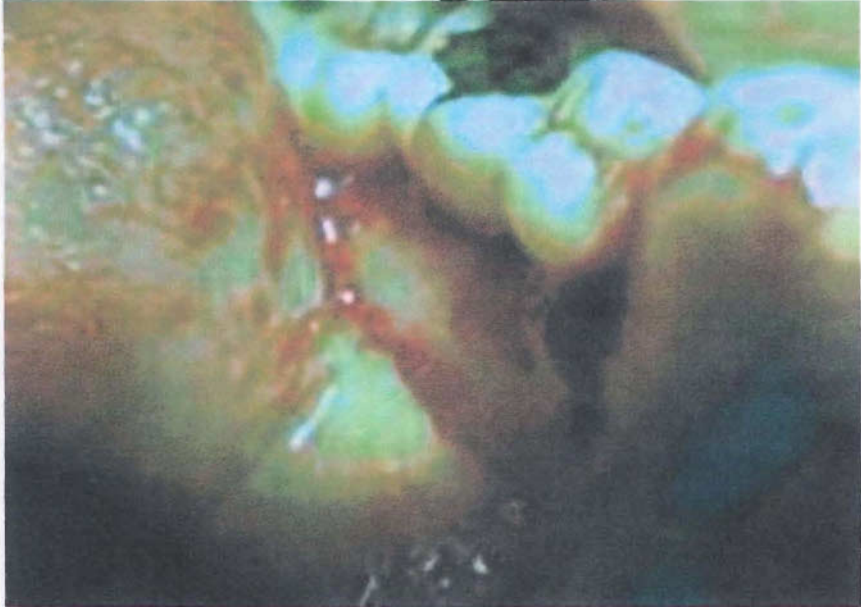
Observamos cálculo dental, gingivitis y bolsas periodontales en órganos dentales inferiores. Así como exposición radicular.





Foto 7.

Se observa sangrado y supuración de las bolsas periodontales





## Fotografías tomadas al término del tratamiento

Foto 8

Ella es nuestra paciente.

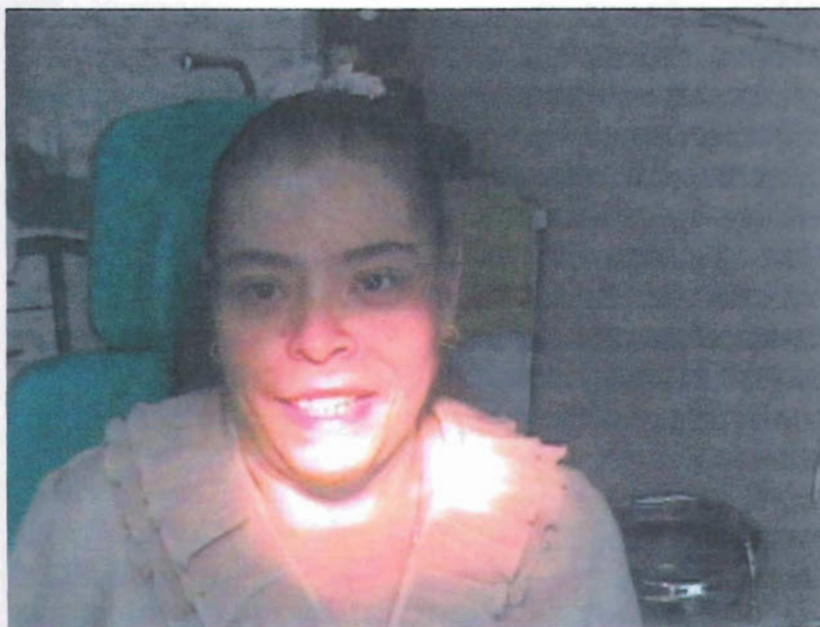


Foto 9

Se realizaron las extracciones de los dientes 11 y 21, nótese la cicatrización y la disminución de la gingivitis.



**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**Foto 10**

**Se realizaron las extracciones de los restos radiculares de los dientes, 24,25, y 27**



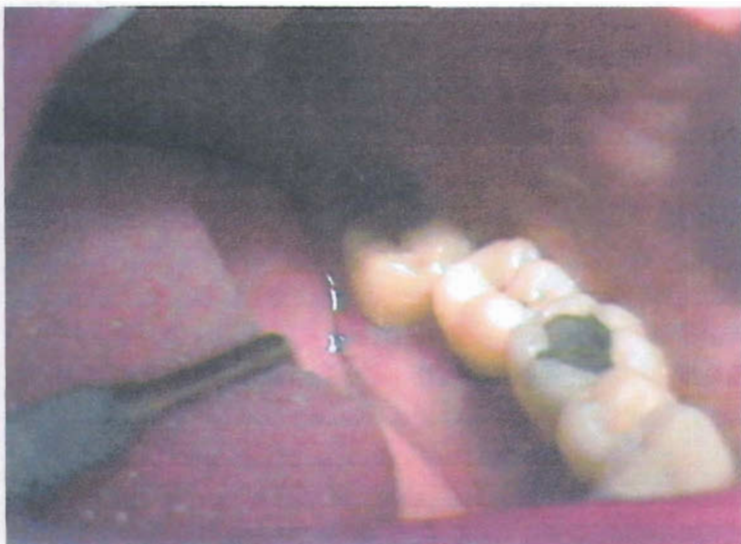
**Foto 11**

**Se observa, la eliminación del cálculo dental, la eliminación de las bolsas periodontales y de la gingivitis, nótese, el color rosado de la encía**



**Foto 12**

**Se observa la eliminación del sangrado y de las bolsas periodontales así como de la gingivitis.**



**Foto 13**

**Se observa, la eliminación de caries, nuevas restauraciones y la eliminación de gingivitis.**





**Las siguientes fotografías muestran la colocación de una prótesis parcial removable.**

**Foto 14**

**Se muestra la prótesis removible por su cara oclusal izquierda.**



**Foto 15**

**Se muestra el frente de la prótesis**



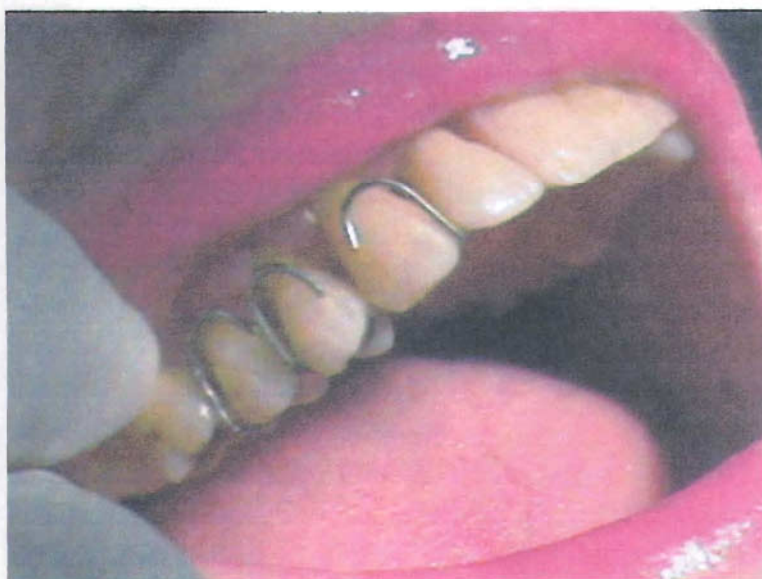
**Foto 16**

**Se muestra la cara oclusal derecha de la prótesis parcial removible**



**Foto17**

**Se muestra la cara lateral derecha de la prótesis mostrando las retenciones**



**Foto 18**

Se muestra la cara lateral izquierda de la placa mostrando los pónticos.



**Foto 19**

Observamos nuestra paciente saliendo del consultorio dental, observamos claramente la ayuda que necesita de su mamá.



## CONCLUSIONES

La atención odontológica a nuestra paciente con secuelas de poliomielitis fue satisfactoria puesto que se logró lo siguiente:

La paciente realiza satisfactoriamente los siguientes tratamientos:

\*Cepillado dental 3 veces al día

\*La utilización de enjuagues bucales después del cepillado que antes no realizaba.

\*Se logró el cepillado bucal por sí misma con una buena técnica de cepillado, ya que antes era deficiente y la realizaba con ayuda.

\*Se logró la rehabilitación de la cavidad bucal y el control de la placa bacteriana, mediante la técnica de cepillado indicada y la colocación de una prótesis removible.

La atención brindada a nuestra paciente demuestra que, a los pacientes con capacidades diferentes no es necesario remitirlos a una institución pública para darles una atención bucal integral y de calidad, sino que puede recibir atención a nivel particular, de acuerdo a sus posibilidades tanto físicas y económicas.

El manejo odontológico se logra, teniendo buena comunicación con el paciente, que el paciente tenga confianza al cirujano dentista a través de:

\*Citas cortas y matutinas

\*Manejo de la ansiedad

\*Estricto control de medicamentos

\*Control del avance del tratamiento

\*Animar al paciente mostrándole los avances obtenidos

\*Instrucción del manejo de la técnica de cepillado recomendada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) [www.latinsalud.com/articulos/0078.esp](http://www.latinsalud.com/articulos/0078.esp)
- 2) Valenzuela R.H. Manual de pediatría 11ª. Ed. ED. Interamericana \* Mac Graw- Hill .México. 1995. 427 a 430
- 3) Harrison. Medicina Interna Tomo 1. 5ª. Ed. ED. Ediciones Científicas México 1982. 1176 a 1183.
- 4) Golman H.M. Patología oral de Thoma 2ª. Ed. ED. Salvat Editores S.A. México 1973. 1194.
- 5) Nelson W.E. Tratado de pediatría Tomo 1 8ª. Ed. ED. Salvat Editores S.A. México 1996. 506 y 507 962 a 970.
- 6) Forfar J.O Tratado de pediatría Tomo II 3ª. Ed. ED. Salvat Editores S.A. 1986. 1410 a 1414.
- 7) Kessel I. Fundamentos de pediatría 1ª. Ed. ED. Ediciones Troyan S.A. 1979. 176 y 177.
- 8) Florey L. Patología general 4ª. Ed. ED. Salvat Editores España 1972. 773
- 9) Smith D.W. Marchal. R. E. Pediatría Clínica 1ª. Ed. ED. Interamericana 1974. 44 a 47.
- 10) Macleod J. Principios y práctica de la medicina. Davison. 1ª. Ed. ED. El M Manual Moderno S.A. de C.V. 1991. 506 a 525.
- 11) Harrison. Medicina Interna Tomo 1. 5ª. Ed. ED. Ediciones Científicas México 1982. 657 a 667.
- 12) Wyngaarden- Smit L. H. Cecil Tratado de Medicina Interna. Tomo I 1ª. Ed. ED. Interamericana, 1985 1100 a 1107.
- 13) Cecootti E.L. Clinica Estomatológica 2ª. Ed. ED. Panamericana, 1993. 97 y 101.
- 14) Malcoma A. L., Verón J.B, Greenberg. M.S. Medicina bucal de Burket 9ª. Ed. ED. Mac Graw- Hill \* Interamericana 1996. 273 a 275.



- 15) [www.odontología.com.mx](http://www.odontología.com.mx)
- 16) Pinkam J.R. Odontología pediátrica 2ª. Ed. ED. Interamericana\* Mac Graw-Hill. México. 1995. 76.
- 17) Levente Z.- Bodak- Gyoval. Medicina bucal 5ª. Ed. ED Limusa, México 1987. 151 y 152.
- 18) Shulguer S. Enfermedad periodontal 4ª. Ed. ED. Compañía Editorial continental S.A. México 1981. 160 a 171
- 19) Fin S.B. odontología Pediátrica 4ª. Ed. ED. Nueva Editorial interamericana; México 1991. 664 a 667.
- 20) Genco R.J. Golman H.M. Periodoncia 11ª. Ed. ED. Interamericana\* Mac Graw- Hill. México 1993. 142 a 151 y 371 a 374.
- 21) Woodall I. Daphne B. Young N. Yankell S. Tratado de higiene Dental. Tomo I 3ª Ed. ED. Salvat México 1991. 247 a 249 y 272 a 278.
- 22) Harris. N.O. García F. Odontología Preventiva Primaria 5ª. Ed. ED. El Manual Moderno México 2001. 44, 33, 34, 36, 52, 53,54.
- 23) Davis J.M. Thompson M.L. Paiondoncia atlas. 2ª. Ed. ED. Panamericana 1984. 151 a 513.
- 24) Carranza F. Periodontologia Clínica de Glickman 7ª. Ed. ED. Interamericana \* Mac Graw- Hill México. 1993. 112, 113, 118 a 133.

# **ANEXO**

# CLINICA ORIENTAL

## UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA

### EXPEDIENTE CLINICO

#### DATOS DEL PACIENTE:

**Nombre:** María Isabel Cobarruvias Pérez

**Domicilio actual:** Ote 245 # 564 col. Agrícola Oriental

**c.p.15800 Delegación:** iztacalco

**Teléfono:** 51 15 60 95

**Lugar y fecha de nacimiento:** 21 febrero 1964

**Edad:** 40 años    **sexo:** femenino    **Edo. Civil:** soltera

**Ocupación:** hogar    **Escolaridad:** 2 año de primaria

**Grupo sanguíneo:**

**Alergias:** ninguna

**Enfermedad sistémica diagnosticada:**    si   x    no

**Especifique:** diabetes miellitus tipo II

**Datos del informante:**

**Nombre:** María Teresa Pérez López

**Parentesco:** madre



Techo: lamina concreto x

Cuenta con electricidad:

Si x no

Baño: si x no Dentro de casa si x no

Regadera: si x no Drenaje: si x no

No. de habitaciones: 6 No. de personas x habitación: 2 x habitación

### Hábitos higiénicos:

Frecuencia de baño por semana	2 veces:
Frecuencia de cambio de ropa por semana	diario
Frecuencia de lavado de manos por día	6 veces
Frecuencia de lavado de dientes por día	3 veces al día
Cada cuando cambia su cepillo dental	3 meses

### Hábitos dietéticos:

Indique frecuencia por semana y cuantas veces al día

Pollo	5
Cerdo	no
Res	1 vez por mes
Pescado	no
Embutidos	1 vez
Vísceras	no
Huevo	no
Leche	7
Crema, mantequilla	no
Verduras	7
Frutas	7
Leguminosa	cada 7 días
Agua	diario
Refrescos	no
Café	con leche
Té	no
Atole	a veces
Pan	diario
Tortillas	diario
Pastas	diario
Cereal	no
Chiclosos	no
Chicle	no
Frituras	no
Otros	no

**De acuerdo al tipo de alimentación indique el tipo de riesgo que presenta el paciente:**

Cardiovascular  
Colesterol y triglicéridos  
Desnutrición  
Obesidad        x

Factor de riesgo para caries  
Factor de riesgo para enfermedad periodontal

**Hábitos orales:**

Brimcomania	onicofagia	succión digital	x
Hábito de lengua	Morder objetos	Ninguno	x

**Hábitos generales:**

Practica algún deporte: no  
Especifique: ninguno  
Frecuencia: ninguno

**Inmunizaciones recibidas:**

Polio: no  
Triple (difteria, tétanos, tosferina): no  
Hepatitis A: no  
Hepatitis B: no        varicela    sí  
Sarampión no        Tétanos    no

### **Antecedentes gineco-obtetricos:**

Menstruación:

Edad en que presento la menarca	7 años
Presenta periodos irregulares	si
Presenta sangrados abundantes	si

Vida sexual activa	no
No. De parejas sexuales	no
Utiliza algún método de protección	no
Utiliza algún método anticonceptivo	no
No. de embarazos que ha tenido	ninguno
No. de embarazos a término	ninguno
No. de abortos	ninguno
Edad ala que presento la menopausia	no la ha presentado
Fecha de última regla	no recuerda

Grupo y tipo sanguíneo: no sabe

### **III. Antecedentes personales patológicos**

Especifique las enfermedades padecidas y la edad a la que la presento, control medico complicaciones y secuelas

Varicela	x 1ño
Rubéola	x
Sarampión	x
Escarlatina	
Parotiditis	
Tosferina	x 3 años
Poliomielitis	x 3 años 8m
Hepatitis tipo a, b, c	
Faringoamigdalitis	
Adenoiditis	
Bronquitis	x 35 años
Enfermedades de transmisión sexual	
Gastroenteritis	
Tifoidea	
Parasitosis	
Tuberculosis	
Mononucleosis	
Candidiasis	
Fiebre reumática	
Artritis	
Anemia	
Hipertensión	

Asma  
Otras

**Adicciones a drogas:**

Tabaquismo	no		
Alcoholismo	no		
Otras	no		
Alergias a medicamentos	si	no	x
Alergias a alimentos	si	no	x
Otro tipo de alergias	si	no	x
Ha recibido anestesia dental	si	x	no
Ha presentado algún problema	si		no
Ha sido hospitalizado en los últimos Cinco años	si		no
Ha sido intervenido quirúrgicamente	si		no
Tuvo alguna complicación	si		no
Ha sido transfundido	si		no
Ha sido donador de sangre			
Ha sufrido traumatismos en lo Últimos cinco años	si		no

**IV. padecimiento actual:** Paciente femenino de 40 años de edad presenta secuelas de poliomielitis en miembros superiores e inferiores, así como diabetes mellitus tipo II, así mismo gingivitis y periodontitis generalizada, también presenta restos radiculares de los órganos dentarios 24, 25 y 27.

**V. interrogatorio por aparatos y sistemas**

Señale con una x si es positivo y describa frecuencia y tiempo de evolución

**Cardiovascular**

Cefalea si  
Acufenos fosfenos  
Taquicardia  
Mareos  
Dolor pericardial, relacionados con esfuerzos  
Dolor opresivo en epigastrio  
Adinamia  
Varices

**Hematopoyetico**

Cefalea si  
Palidez si  
Hematomas  
Epistaxis no  
Petequias  
Sangrados prolongados si



**Respiratorio**

Obstrucción nasal

Rinorea

Halitosis

si

Disneas

Epistaxis

Tos

Expectoraciones

Cianosis

Respiración bucal

Ronquido

Odinofagia

Silbancias

**Digestivo**

Halitosis

si

Xerostomia

Disfagia

Odinofagia

Regurgitaciones

Nauseas

Vómito

Vació o dolor epigastrio

Anorexia

Bulimia

Flatulencias

Borborigmos

Estreñimiento

si

Diarrea

Hipocolia – acolia

si

Cólicos

Hipo

**Endocrino**

Poliuria

si

Polifagia

si

Polidipsia

si

Perdida de peso

si

Disminución de la agudeza visual

si

Aumento de peso

Intolerancia al calor

si

Falta de concentración

Resequedad de piel y cabello

si

Uñas quebradizas

si

Temblor lingual- digital

Somnolencia

si

Insomnio

si

Ansiedad

Alteraciones menstruales si  
Bocio

### **Nervioso**

Migraña  
Neuralgia  
Convulsiones a los 3 años y duro 3 años bajo hospitalización  
Temblor  
Parestesias  
Alteraciones de sueño si  
Alteraciones motoras si  
Alteraciones de visión si  
Alteraciones auditivas no  
Alteraciones olfativas no  
Alteraciones gustativas no

### **Estado emocional**

Depresión si  
Ansiedad  
Euforia  
Agresividad  
Alteraciones en la conducta

### **Urinario**

Incontinencia urinaria  
Dolor en zona renal  
Poliuria si  
Anuria  
Coluria si  
Pujo vesical  
Alteraciones de color normal  
Edema renal

### **Reproductor femenino**

Dismenorrea  
Flujo  
Metrorragia  
Amenorrea  
Prurito vulvar

### **Músculo esquelético**

Artralgia  
Artritis  
Mialgia  
Calambres  
Deformaciones piernas adelgazamiento  
Tendinitis

### **Piel y faneras**

Prurito

Eritemas

Pápulas

Verrugas

Vesículas

si

### **Medicamentos utilizados cotidianamente:**

Glibenclamida

**Frecuencia de uso:** 3 veces al día

**Motivo:** diabetes mellitus tipo II

## **VI. Exploración física**

### **Signos vitales**

Pulso: 88 x min.: t/a 125/ 83 mm/Hg.

Frec. Respiratoria: x min. temperatura: 36.5 °c

### **Somatometría**

Peso: 47 Kg.

Talla: 1.47 m.

### **Exploración de cabeza y cuello**

Cara: mesocéfalo: braquicéfalo: dolicocefalo: x

Perfil: recto: cóncavo: convexo: x

Piel: normal color: blanca

Alteraciones en el color: ninguna

Pálida: cianótica: eritematosa: maculas: nevos: x

## Exploración de músculos

Señale los hallazgos de acuerdo a su tipo y localización

### Maseteros:                    derecho                    izquierdo

Simétricos		si
Dolor funcional		
Dolor a la palpación		no
Espásticos		
Hipertónicos		no
Hipotónicos		
Atróficos		no
Hipertrofiaos		
Parestesias		

### Temporales:                    derecho                    izquierdo

Simétricos		si
Dolor funcional		
Dolor a la palpación		no
Espásticos		no
Hipertónicos		
Hipotónicos		no
Atróficos		
Hipertroficos		
Parestesias		no

### Pterigoideos internos                    derecho                    izquierdo

Simétricos		si
Dolor funcional		
Dolor a la palpación		no
Espásticos		
Hipertónicos		
Hipotónicos		no
Atróficos		
Hipertroficos		no
Parestesias		

**Pterigoideos externos      derecho      izquierdo**

Simétricos		si
Dolor funcional		
Dolor a la palpación		no
Espásticos		
Hipertónicos		no
Hipotónicos		
Atróficos		no
Hipertrofos		
Parestesias		no

**Estrernocleidomastoideo      derecho      izquierdo**

Simétricos		si
Dolor funcional		
Dolor a la palpación		no
Espástico		
Hipertónicos		no
Hipotónicos		
Atróficos		no
Hipertrofos		
Parestesias		no

**Exploración intraoral**

Describe las características y alteraciones encontradas, color, volumen, forma consistencia, lesiones patológicas.

Labios	normal
Mucosa yugal	normal
Frenillos	normal
Encía marginal	reseccion gingival
Encía papilar	inflamación y enrojecimiento
Encía adherida	inflamación y enrojecimiento
Paladar duro	normal
Paladar blando	normal
Orofaringe	normal
Úvula	normal
Amígdalas	normal
Lengua	normal
Piso de boca	normal

## Exploración dentaria

Alteración	características	localización
Color		
Forma	malformación cara oclusal	46
Numero		
Estructura		
Erupción		
posición	malposición dental	11,21,31,41,42,43,32,33,34,35,44,45
Movilidad	si	21
Otros		

## Glándulas salivales: consistencia volumen dolor

Parótidas no hay alteración

Submandibular

Sublingual

Otras

## características de la saliva

Tipo color: Normal consistencia: Normal

Mucosa

Serosa x

Oclusión

Mencione de relación de angle en molares

Tipo I Tipo II Tipo III

Derecha x

Izquierda x

Mencione relación de caninos angle

Tipo I Tipo II Tipo III

Derecha x

Izquierda x

División subdivisión

Armonía de los maxilares                      si   x                      no

Sobremordida vertical 7 mm                      sobremordida horizontal 5 mm

Indique el índice epidemiológico de maloclusiones

0 ninguna                      (     )

1 leve anomalías discretas, con alineación dentaria irregular                      (     )

2 moderada severa apiñamiento o espaciamiento mayor de 4mm, mordida abierta, sobremordida horizontal y/o vertical exagerada                      (   x   )

Mordida cruzada anterior                      (     )

Mordida cruzada posterior                      (   x   )

Desviación de la línea media                      (   x   )

Desviación de la línea media maxilar                      si                      no

Desviación de la línea media mandibular                      si                      no

Diastemas                      si   x                      no                      ubicación

## VII. auxiliares de diagnostico

Modelos de estudio

Exámenes de laboratorio:

BH

Qs                      glucosa 105 mg/dl

Tp

Tpt

Tipo sanguíneo

EGO

Urocultivo

Coproparasitoscópico

Prueba de elisa

VDRL

Biopsia

Otros

Exámenes de gabinete

Radiográficos:

Periapical (   x   )                      interpretación se observan restos radiculares de órganos dentarios de los dientes 24 y 25 así como también resorción ósea de las crestas alveolares de los dientes 23, 24, 25, 26 y 27. No hay ensanchamiento del ligamento periodontal se observan restos de cálculo dental.

Rx (2) presenta fractura coronaria del diente 27 por caries, resorción ósea, restos de cálculo dental en raíces de dientes 26, 27, y 28.

## **VIII. Diagnostico integral**

Paciente femenino de 40 años de edad, con diabetes mellitus de tipo II desde hace 19 años, presenta secuelas de poliomielitis en miembros superiores e inferiores, no presenta todas sus inmunizaciones, así mismo niega alergias a cualquier medicamento o alimento, tabaquismo y alcoholismo negativos, presento su menarca a los 7 años de edad, con periodos irregulares, niega embarazos y abortos, no ha presentado la menopausia.

### **Antecedentes hereditarios y familiares:**

Padre diabético y muerto por infarto, la paciente presento la diabetes en 1985, tías paternas con obesidad, y la paciente presenta susceptibilidad a caries, la madre presenta varices.

### **Antecedentes personales no patológicos:**

Tipo de vivienda donde habita la paciente es rentada con piso y techo de concreto y muros de tabique. Cuenta con electricidad baño, regadera y drenaje dentro de la casa, cuenta con 6 habitaciones y el no. de personas por habitación es de 2, tiene ventilación adecuada.

Los hábitos higiénicos son de baño 2 veces por semana, cambio de ropa diario, lavado de dientes 3 veces al día.

Hábitos dietéticos la paciente come, leche, pan, tortilla, pastas, frutas y verduras diario, pollo, cada tercer día, res pescados leguminosas, puerco, huevo, negados. No practica ningún deporte.

### **A la exploración de cabeza y cuello**

Su tipo de cráneo es dolicocefalo con un perfil convexo.

A la exploración de la articulación temporo mandibular niega dolor a la palpación y a la función de ambos lados, presenta lunares en mejillas y verrugas en cuello, no se palparon ganglios, a la exploración de músculos no presenta dolor, a la palpación ni a la función así mismo no hay alteraciones patológicas.

### **A la exploración intraoral**

La paciente presenta labios, mucosa, piso de boca, frenillos y lengua, paladar, normales en color forma y consistencia.

A la exploración dentaria encontramos caries de primer grado, en los órganos dentarios 11, 21, y 26. Restos radiculares de los dientes 24 y 25, fractura coronaria del 27 por caries de 3°, se encuentran obturados los órganos dentarios 16, 14, 28, 36, 46 y 47.

Asimismo encontramos calculo dental abarcando más de 1/3 de la raíz, en la mayoría de los dientes se encuentra por vestibular y por lingual, encontramos resección gingival en más de 1/3 de la raíz así como gingivitis y periodontitis generalizada, se encontró movilidad dental en los dientes 11, 12, 31, 41, 42 y 32.

Tratamientos realizados: se realizó la extracción de los restos radiculares de los dientes 11, 21 así como del 24, 25 y 27.



Se realizo control de placa bacteriana, raspado y alisado radicular, toma de modelos para prótesis removible.

Resultados:

Se logro el control de placa bacteriana y la disminución de la movilidad dental de los órganos dentarios 41, 31, 32 y 42.

Se disminuyó la inflamación de la encía insertada así como disminución de las bolsas periodontales.

De igual forma se logro que la paciente cambiara sus hábitos higiénicos y pusiera más interés en su aseo bucal.

El tratamiento se realizo de acuerdo a las posibilidades económicas del la paciente, por lo mismo el tratamiento se retraso tanto tiempo puesto que la paciente no asistía a consulta odontológica con la frecuencia debida.