



*Dirigi y recibí
de la Srta. Nava
el 2-8-81*

EL PACIENTE ANTE LA
ENFERMEDAD PARODONTAL

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

MARIA TERESA NAVA MERCADO

1981



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

Finalidad
Componentes

PRUEBAS DE LABORATORIO

Finalidad
Indicaciones

CAPITULO II

EL PACIENTE CARDIOPATA

A). - Angina de Pecho

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental.

-

B). - Infarto de Miocardio

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental.

C). - Insuficiencia Cardíaca Congestiva

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental.

D). - Hipertensión.

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental.

E). - Fiebre Reumatica

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental.

F). - Cirugía a corazón abierto

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental.

CAPITULO III

EL PACIENTE CON UNA ALTERACION ENDOCRINA

A). - Diabetes Mellitus

- 1 - Cuidado general de la salud dental
- 2 - Manifestaciones bucales
 - Efectos sobre los tejidos parodontales
 - Efectos de la diabetes sobre la caries dental y la odontología.
- 3 - Efectos de las alteraciones bucales sobre la diabetes
- 4 - Plan del tratamiento odontológico en un paciente diabético.
- 5 - Diagnóstico diferencial del Shock Insulínico y del coma diabético.

B). - Hipertiroidismo

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento dental.

C). - Embarazo.

- Conducta durante el embarazo
- Historia clínica
- Efectos trasplacentarios de las drogas
- Efectos del embarazo sobre los dientes y tejido de sostén
- Radiografías
- Anestesia
- Conclusiones.

CAPITULO IV

A). - Anemia

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento dental
- Clasificación:
 - a). - Carenciales.
 - Hipercrómicas
 - Ferropénicas
 - Megaloblásticas
 - b). - Anemia Post-hemorrágicas aguda y crónica

B). - Trastornos de la Coagulación.

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento dental.

C). - Trombocitopenia

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento Dental

D). - Enfermedades de los Globulos Blancos.

- Agranulocitosis
- Leucemia:
 - Definición
 - Diagnóstico
 - Tratamiento Dental.

CAPITULO V

MANIFIESTACIONES ORALES PROVOCADAS POR ENFERMEDADES GENERALES.

1. - Ulceras Orales.

- Clasificación
- Etiología
- Neoplasias

- 2. - Enfermedades Infecciosas
 - Sífilis
 - Tuberculosis
 - Candidiasis (moniliasis)
- 3. - Ulceras por Traumas.
 - Irritaciones crónicas
 - Hábitos Orales.
- 4. - Ulceras Aftosas
- 5. - Avitaminosis
 - Deficiencia de Vitamina A
 - Deficiencia de Vitamina B
 - Tiamina Vitamina B₁
 - Niacina
 - Riboflavina Vitamina B₂
 - Deficiencia de vitamina C
 - Deficiencia de Vitamina D
- 6. - Discrasias Sanguíneas
- 7. - Anemias
- 8. - Trastornos Hemorrágicos
- 9. - Trastornos Metabólicos
- 10. - Trastornos Endocrinos
 - Gigantismo
 - Acromegalia
 - Hiperparatiroidismo
 - Enfermedad de Addison
 - Hipertiroidismo
 - Hipotiroidismo
 - Cretinismo
 - Mixedema.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es frecuente que la odontología esté poco relacionada con la medicina general, por lo que en este trabajo analizo a groso modo algunas patologías generales frecuentes y relacionadas con nuestra especialidad.

Considero importante que el dentista sea capaz de identificar a los pacientes con una afección general, porque el tratamiento puede constituir un problema, si no se toman las precauciones necesarias, para evitar alterar su bienestar, además de que ciertos tipos de tratamiento dental, como quirúrgicos o periodontales, no tendrán éxito mientras no se trate o compense la enfermedad general.

Para lograr esto el odontólogo debe elaborar una historia clínica precisa con el fin de determinar los síntomas del paciente, y realizar una exploración completa tanto extra como intraoral del mismo. Debe tener un conocimiento suficiente de los signos y síntomas de las enfermedades médicas corrientes para interpretar y valorizar correctamente los síntomas y hallazgos clínicos.

Si estos síntomas y hallazgos clínicos sugieren la existencia de una enfermedad general y los indicios son muy sospechosos, debe remitirse el paciente a un médico inmediatamente, para diagnosticar y tratar la enfermedad general.

Por el contrario si éstos hallazgos clínicos son ambiguos se buscarán nuevos datos mediante las pruebas de laboratorio. No es preciso que el dentista haga un diagnóstico definitivo con estas pruebas, sino que las -

debe utilizar como información adicional para decidir si debe o no enviar al paciente al médico para su diagnóstico y tratamiento definitivo.

Cuando exista la sospecha de alguna enfermedad general importante no debe iniciarse ningún tratamiento dental hasta que el trastorno haya sido descartado por el médico, o hasta que éste lo haya confirmado y ordenado el tratamiento médico pertinente.

CAPITULO 1

HISTORIA CLINICA

- Finalidad
- Componentes

PRUEBAS DE LABORATORIO

- Finalidad
- Indicaciones

HISTORIA CLINICA

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA.

La historia clínica se considera un elemento indispensable en la -- práctica odontológica. Hay cuatro razones principales por las cuales el -- dentista toma dicha historia:

1. - Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
2. - Para saber si la presencia de alguna enfermedad general o la -- toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento puede -- torpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
3. - Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamien-- to especial.
4. - Para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en -- el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

EL CUESTIONARIO CLINICO.

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia-clínica. Algunos prefieren registrar la información en una hoja de papel --- blanco, mientras que otros optan por servirse de impresos con una pauta -- que guía el interrogatorio.

Debido al bajo nivel de comprensión o a las actitudes poco corrien-- tes que ocasionalmente se encuentran en algunos pacientes, son de esperar respuestas contradictorias y confusas. El dentista debe hacer con paciencia

las preguntas necesarias hasta que se aclaren los problemas.

En la parte en la que se refiere a el estado general del paciente se deben hacer las siguientes preguntas:

1. - ¿Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

Si la contestación es afirmativa, se ha de preguntar al paciente cuál es su problema.

Cuando es negativa se procede a preguntar si ha observado alguna alteración de su salud general el año pasado.

2. - ¿Cuándo fué su último reconocimiento físico?

3. - ¿Está en tratamiento médico?

a) en caso afirmativo. ¿Que enfermedad padece?

4. - ¿Ha padecido usted alguna enfermedad grave? ¿le han operado?

En caso afirmativo, ¿Cuál fué la enfermedad?; ¿De que lo operaron?

5. - ¿Ha sido usted hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los cinco años últimos?

a) en caso afirmativo, ¿cuál fué el problema?

6. - Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?

a). - Fiebre Reumática o cardiopatía reumática.

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

b). - Lesiones cardíacas congénitas.

Estos también necesitan la protección descrita anteriormente, el tratamiento suele ser necesarias precauciones especiales.

c). - Enfermedades cardiovasculares. (Trastornos cardiacos, ataque cardíaco. Insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, - tensión arterial elevada arterioesclerosis, apoplejía).

1. - ¿Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?

Este dolor a menudo indica una angina de pecho, se produce cuando la musculatura cardíaca no recibe la cantidad necesaria de oxígeno porque ha disminuido la irrigación. Este síntoma indica alteraciones arterioscleróticas de los vasos coronarios que disminuyen su diámetro o impiden el paso de la sangre en la cantidad requerida por el ejercicio.

2. - ¿Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?

Este síntoma indica una enfermedad valvular del corazón que dificulta el flujo hemático eficaz a través del corazón.

La disnea puede indicar también alguna enfermedad respiratoria crónica.

3. - ¿Se le hinchan los tobillos?

Este hallazgo con frecuencia es síntoma de insuficiencia cardíaca congestiva, que se produce cuando se prolonga la incapacidad del corazón para mantener la irrigación adecuada de los tejidos.

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

La ortopnea es otro signo de insuficiencia cardíaca, especialmente del ventrículo izquierdo.

Estos pacientes requieren un enjuiciamiento y cuidados especiales por parte del dentista.

El tratamiento electivo no debe iniciarse hasta después de consultar con el médico que asiste al paciente.

Si los problemas orales del paciente requieren un tratamiento inmediato, puede aplicarse con cautela si se halla libre de síntomas y no está tomando medicación.

El paciente libre de síntomas, pero sometido a tratamiento medicamentoso por sus problemas cardiovasculares, requiere mayor atención.

Cuando un paciente ha tenido un ataque cardíaco anterior, el medicamento que toma será probablemente un anticoagulante.

En este paciente pueden realizarse los tratamientos urgentes, excepto la extracción de piezas dentarias, que deberán retrasarse hasta que se determine el estado del mecanismo de la coagulación.

Si el paciente revela que la medicación prescrita comprende nitroglicerina, digital o un diurético, conviene telefonar a su médico para que informe acerca del estado del paciente en lo que a su corazón se refiere.

Generalmente la intervención del odontólogo va precedida de una --- premedicación del paciente con un sedante con el fin de reducir al mínimo la excitación y la reacción frente a las maniobras.

Si el paciente sufre de ordinario signos y síntomas, o si no es posible determinar la medicación que toma, no debe iniciarse ningún tratamiento

to dental activo. La urgencia dental se atenderá con analgésicos y narcóticos hasta que sea posible efectuar la consulta con el médico.

c). - Alergia.

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

g). - Desvanecimientos o ataques.

Es importante saber si el paciente padece epilepsia. Puede evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento prestando al paciente excelsa atención especial o dándole un sedante. Asimismo, una historia de epilepsia puede ayudar a aclarar los hallazgos orales, como una hipertrofia gingival producida por tratamiento con Dillantin, o las heridas o cicatrices linguales.

Si el paciente explica que ha tenido desmayos durante el tratamiento dental anterior, durante la administración de anestesia, el dentista puede modificar su método habitual, si ha tenido ausencias o pérdidas de conciencia no aclarada debe remitirse a un médico que lo explore y averigüe - si padece alguna lesión o trastorno del sistema nervioso central.

h). - Diabetes.

En este renglón se hacen las preguntas específicas de:

- ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día?
- ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?
- ¿Nota amenudo sensación de sequedad en la boca?

Una respuesta afirmativa es muy sospechosa de diabetes Mellitus.

to dental activo. La urgencia dental se atenderá con analgésicos y narcóticos hasta que sea posible efectuar la consulta con el médico.

c). - Alergia.

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

g). - Desvanecimientos o ataques.

Es importante saber si el paciente padece epilepsia. Puede evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento prestando al paciente exci- tabl. una atención especial o dándole un sedante. Asimismo, una historia - de epilepsia puede ayudar a aclarar los hallazgos orales, como una hiper- trofia gingival producida por tratamiento con Dillantin, o las heridas o cica- trices linguales.

Si el paciente explica que ha tenido desmayos durante el tratamien- to dental anterior, durante la administración de anestesia, el dentista pue- de modificar su método habitual, si ha tenido ausencias o pérdidas de con- ciencia no aclarada debe remitirse a un médico que lo explore y averigüe - si padece alguna lesión o trastorno del sistema nervioso central.

h). - Diabetes.

En este renglón se hacen las preguntas específicas de:

- ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día?
- ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?
- ¿Nota amenudo sensación de sequedad en la boca?

Una respuesta afirmativa es muy sospechosa de diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus compensada no constituye una contraindicación del -- tratamiento dental corriente, requiere una modificación de los cuidados -- que se le prestan. Tal vez haya que darle un sedante para evitar la elevación de la glucemia asociada a menudo con la nerviosidad o la aprensión -- exagerada.

Estará sobre aviso ante la aparición súbita de un coma diabético o de un choque insulínico en pacientes con una diabetes conocida.

En los pacientes con diabetes no controlada, solamente se efectuará el tratamiento urgente, reduciéndolo a un mínimo y evitando el tratamiento electivo. Es aconsejable la consulta con el médico. El odontólogo -- tiene una excelente oportunidad para identificar y orientar a los pacientes con diabetes mellitus no diagnosticada.

i). - Hepatitis, Ictericia o Enfermedad Hepática.

En los pacientes que han tenido alguna enfermedad hepática es imperativa una precaución especial cuando se esterilizan los instrumentos -- que se han utilizado.

En presencia de lesiones hepáticas graves, la producción de protrombina puede ser insuficiente para mantener los niveles hemáticos normales. En consecuencia, el dentista puede prever fenómenos hemorrágicos anormales.

j). - Artritis.

La importancia de la osteoartritis en el campo de la odontología se limita a la posible afección de la articulación temporomandibular, en donde puede haber dolor articular y limitación de la movilidad. Algunos pa--

cientes con artritis toman cantidades elevadas de aspirina.

k). - Reumatismo Inflamatorio (Tumefacción dolorosa de las articulaciones).

Hay que investigar si las articulaciones dolorosas están en relación con la fiebre reumática o la corea de Sydenham. Ambas enfermedades producen lesiones en las válvulas cardíacas.

l). - Ulceras gástricas.

El paciente con una dieta restringida por la úlcera del estómago puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo.

La Probanthine de uso corriente en el tratamiento de la úlcera, produce a menudo sequedad de la boca.

No hay que prescribir esteroides ya que impiden la reparación del tejido conjuntivo.

m). - Trastornos Renales.

No pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos en los pacientes con nefritis agudo o activo. Si es urgente la extracción dentaria, se realizará sólo después de administrar antibióticos.

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

n). - Tuberculosis.

El dentista tiene que ponerse una mascarilla y tomar otras precauciones para evitar el contagio cuando trata un paciente con tuberculosis diagnosticada.

o). - ¿Tiene usted tos persistente? ¿Ha expectorado sangre alguna vez?

Una respuesta positiva puede indicar tuberculosis, carcinoma pulmonar u otras enfermedades pulmonares crónicas. Debe remitirse al paciente a un médico antes de iniciar cualquier tratamiento dental, excepto la atención urgente.

p). - Hipotensión.

q). - Enfermedades Venereas.

Se refiere principalmente a la sífilis, hay que practicar una prueba serológica de la sífilis cuando se obtiene una respuesta positiva, para descartar la enfermedad activa.

r). - Otras Enfermedades.

7. - ¿Ha tenido usted hemorragia anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos?

Es importante saber si el paciente tiene tendencia a las hemorragias. Cuando exista una duda razonable debe remitirse a un médico o a un laboratorio clínico donde puedan determinar el tiempo de coagulación, el tiempo de protrombina y de tromboplastina, la prueba del torniquete y el recuento de plaquetas.

a). - Se produce equimosis fácilmente.

b). - Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea?

8. - Padece algún trastorno de la sangre? ¿por ejemplo, anemia?

Si el examen clínico inclina a pensar en una anemia, hay que solicitar detalles al médico o pedir los análisis pertinentes al laboratorio.

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

Todo paciente con antecedentes de neoplasia oral debe ser examinado con especial cuidado para descubrir cualquier signo de recidiva.

10. - Toma usted algún medicamento.

11. - ¿Toma alguno de los preparados siguientes?

a). - Antibióticos o sulfamidas: Hay que investigar el motivo de la medicación.

b). - Anticoagulantes: Indica que el paciente ha sufrido un ataque cardíaco o una enfermedad vascular periférica. El tratamiento dental electivo se ha de retrasar tres meses mínimo, a partir del ataque. Estos pacientes, requieren un estudio especial si precisa una intervención quirúrgica.

c). - Medicamentos para la presión sanguínea elevada.

d). - Cortisona: Como la reacción inflamatoria puede estar suprimida y esconder los signos y síntomas corrientes que revelarían al dentista la presencia de una infección grave hay que tener información adicional. — También los esteroides pueden tener deprimida la función de la corteza suprarrenal y disminuida la resistencia orgánica general frente al stress.

e). - Tranquilizantes: Los pacientes que toman tranquilizantes mayores como la fenotiazinas, suelen desmayarse fácilmente y les cuesta algo más recuperarse.

f). - Aspirina: Los pacientes que toman de manera regular aspirinas pueden presentar alteraciones hemorrágicas.

g). - ¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a?

- Anestésicos locales

- Penicilina u otros antibióticos
- Sulfamidas
- Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio
- Aspirinas
- Yodo
- Otras sustancias.

h). - Padece alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido -
mencionado?.

HISTORIA CLINICA DENTAL

1. - Tiene usted dolor en la boca?
2. - ¿Le sangran las encías?
3. - ¿Cuándo visito al dentista la última vez?
4. - ¿Que tratamiento le dio?
5. - ¿Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de algún tra-
tamiento dental anterior?

Por último, cuando se trata de mujeres se preguntará:

- a). - ¿Está embarazada?
- b). - ¿Sufre trastornos relacionados con el período menstrual?.

PRUEBAS DE LABORATORIO

FINALIDAD.

Las pruebas de laboratorio permiten al dentista la detección de en-

fermedades generales en los pacientes sospechosos.

Nunca deben realizarse en sustitución de una historia clínica completa y de una exploración clínica metódica. A veces es necesario la información procedente de las tres fuentes, historia clínica, exploración y pruebas de laboratorio, para poder identificar a un paciente general grave.

Si el dentista solamente sospecha la presencia de una enfermedad general, debe solicitar los análisis pertinentes para confirmarla o descartarla. En caso de que los resultados sean positivos, esto permite al dentista una mejor elección del especialista al cual lo va a remitir.

Las pruebas son también importantes cuando se va a tratar pacientes con problemas orales, (así como para establecer un diagnóstico diferencial).

INDICACIONES.

En pacientes cuya historia clínica revele pérdida de peso, irritabilidad, disnea, sequedad de la piel, ictericia, palidez, poliuria, polidipsia, polifagia, prurito, lengua dolorosa o sequedad bucal, para descubrir una posible anemia ferropénica, una leucemia, una diabetes mellitus, una anemia aplásica o una agranulocitosis.

Cuando la historia clínica sugiere algún trastorno hemorrágico, los datos que orientan sobre la necesidad de aclarar son: hospitalizaciones ó las transfusiones por hemorragias, una enfermedad hepática reciente, un tratamiento prolongado con aspirinas, hemorragias excesivas en extracciones o en heridas pequeñas, la aparición de equimosis con facilidad, la he-

morragia gingival espontánea sin causa local aparente, o los episodios recientes de epistaxis.

En los hallazgos clínicos como son la atrofia generalizada de las pa pilas linguales (anemia), -la ictericia, palidez, uñas en vidrio de reloj --- (anemia), -los abscesos periodontales múltiples, la enfermedad periodon- tal rápidamente progresiva (sugiere una diabetes mellitus o una discrasia- sanguínea), la hiperplasia gingival, las úlceras orales, las petequias, las- equimosis y las hemartrosis (discracias sanguíneas).

**PRUEBAS DE LABORATORIO USADAS EN EL DIAGNOSTICO DE
LAS ENFERMEDADES GENERALES**

PROBLEMAS CLINICOS	PRUEBAS	MARGEN DE VARIACION
PRUEBAS HEMATICAS		
Problemas Hemorrágicos	Tiempo de protrombi- na.	10-14 seg. (hecho con control)
	Tiempo de Tromboplas- tina parcial	35-45 seg (hecho- con control)
	Recuento de plaquetas.	150 000-300 000/ mm cub.
	Prueba del torniquete.	Pocas petequias o- ninguna.
	Concentración de fibrí- nógeno	100-200 mg/100 - ml.
	Retracción del coagulo.	Completa en veinti cuatro horas.
Enfermedad de los Eritro- citos: Anemia	Hemoglobina	Varón: 14-16 g/100 ml Hembra: 12-16 g/100 ml
	Hematócrito	Varón: 40-54 % Hembra: 37-47 %
	Recuento de reticulitos	Inferior a 1 % del re- cuento de eritrocitos.
	Extensión hemática pa- ra estudiar la morfolo- gía de los GR.	

**PRUEBAS DE LABORATORIO USADAS EN EL DIAGNOSTICO DE
LAS ENFERMEDADES GENERALES**

PROBLEMAS CLINICOS	PRUEBAS	MARGEN DE VARIACION
PRUEBAS HEMATICAS		
Enfermedades de los leucocitos: Leucemia Neutropenia Mononucleosis Infecciosa etc.	Recuento de Leucocitos	5000- 10 000/mm cub.
	Fórmula leucocitaria:	
	Neutrófilos	54-62 %
	Eosinófilos	1-3 %
	Basófilos	0-1 %
	Linfocitos	25-33 %
	Monocitos	0-9 %
	Extensión hemática para la morfología de los GR	
Diabetes Mellitus	Prueba de la glucemia -- a las dos horas de la comida Prueba de la tolerancia - de la glucosa.	80-120 mg/100 ml
ANALISIS DE ORINA		
Diabetes o Enfermedad Renal	Glucosa	Negativa o indicios
	Proteína	Negativa o indicios
	pH	6, 8-7, 2
	Acetona	Negativa
	Sangre	Negativa

CAPITULO II

EL PACIENTE CARDIOPATA

Angina de Pecho:	Definición Diagnóstico Tratamiento Dental
Infarto de Miocardio:	Definición Diagnóstico Tratamiento Dental
Insuficiencia Cardíaca Congestiva:	Definición Diagnóstico Tratamiento Dental.
Hipertensión:	Definición Diagnóstico Tratamiento Dental.
Fiebre Reumática:	Definición Diagnóstico Tratamiento Dental.
Cirugía a Corazón Abierto:	Definición Diagnóstico Tratamiento.

EL PACIENTE CARDIOPATA

ANGINA DE PECHO.

DEFINICION:

Es una de las enfermedades cardíacas más corrientes en el hombre.

El término Angina se refiere a un tipo de dolor paroxístico, firme, que produce sensación de ahogo.

Se caracteriza por: Ataques paroxísticos de dolor torácico con sensación de sofocación y muerte inminente.

Suele estar relacionada con una cardiopatía isquemante y el dolor resulta de una aportación insuficiente de oxígeno al miocardio.

DIAGNOSTICO:

Los pacientes que sufren angina de pecho acusan dolor en el tórax que suele aparecer tras los esfuerzos o las emociones y que cede pronto con el reposo. Es típica la localización del dolor detrás del esternón y su propagación frecuente al brazo izquierdo.

A veces el dolor se refiere a la cabeza y al cuello.

Este tipo de pacientes deben ser remitidos al médico para su estudio clínico.

Los pacientes que están en tratamiento se les ha advertido que deben evitar los ejercicios físicos demasiado intensos y las situaciones de tensión emocional o excitación demasiado fuertes. En general se les ha in-

dicado que tomen una tableta sublingual de nitroglicerina tan pronto noten el menor síntoma en el pecho.

TRATAMIENTO DENTAL.

Las consultas han de ser breves y de preferencia en las mañanas.

A menudo hay que prescribirles barbitúricos como premedicación para reducir la ansiedad y la tensión, (media hora antes de la consulta).

Se suspenderá inmediatamente la consulta si el paciente se queja de dolor en el pecho.

Los pacientes en tratamiento muchas veces llevan sus tabletas de nitroglicerina, al iniciarse el dolor se la colocan debajo de la lengua, dichas tabletas suelen producir un alivio inmediato del dolor torácico, sin embargo si el dolor no disminuye puede tratarse de un infarto de miocardio. En este caso es aconsejable llamar al médico[†] e incluso en el caso de que haya cedido el dolor con la nitroglicerina. (del paciente)+

INFARTO DEL MIOCARDIO.

DEFINICION:

Es la interrupción súbita de la irrigación sanguínea de una porción del miocardio, dando lugar a la muerte o la necrosis de la fibra muscular.

La gravedad de éste depende de la extensión y de la localización del infarto.

DIAGNOSTICO.

Ataque súbito de dolor constrictivo en la línea media, acompañado de sensación de muerte inminente; -puede sucumbir al shock o producir -

un paro cardíaco.

A diferencia del anginoso el dolor no se alivia con la nitroglicerina. Cuando ocurre debe llamarse de inmediato al médico y llamar una ambulancia. Hasta su llegada se administrará oxígeno al paciente y se mantendrá caliente, si hay paro cardíaco debe darse masaje cardíaco a tórax cerrado y respiración boca a boca.

(El médico confirma el paro mediante electrocardiograma y pruebas de laboratorio que consiste en la determinación de ciertas enzimas del suero).

El paciente puede morir inmediatamente; no obstante si sobrevive, durante 24 horas tiene buenas posibilidades de curación, el período de hospitalización suele ser de tres semanas.

En estos pacientes, no debe hacerse ningún tratamiento dental electivo hasta transcurrido seis meses después del infarto.

TRATAMIENTO DENTAL.

Transcurrido seis meses o más puede llevarse a cabo el tratamiento dental, no obstante, se recomienda una consulta previa con el médico que atiende al paciente.

- Las consultas se harán en la mañana y han de ser de breve duración:

A menudo se recomienda la premedicación con barbitúricos.

No se utilizarán los anestésicos que contengan adrenalina en concentraciones superiores a uno por cien. (0,01 mg/cc.)

- Se evitarán las inyecciones repetidas de anestésicos locales que contengan adrenalina.

Si el paciente nota síntomas de angina de pecho debe suspenderse el tratamiento.

Si el tratamiento es quirúrgico, debe tenerse en cuenta que es probable que el paciente este tomando anticoagulantes, y sea necesario modificar su dosificación, lo cual corre a cargo del médico.

Es evidente que hay que tratar los problemas urgentes, sin embargo el tratamiento ha de ser lo más conservador posible.

Es indispensable una estrecha relación con el personal médico encargado de atender al paciente, y cualquier tratamiento dental debe iniciarse después de consultar al médico.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA .

Aparece cuando durante un periodo de tiempo prolongado el rendimiento cardíaco es inferior al que exige el organismo.

La disminución de la acción cardíaca puede provocar una disminución en la irrigación sanguínea en diversos tejidos (insuficiencia cardíaca izquierda o anterior); u originar congestión en diversos órganos por desahue venoso insuficiente (insuficiencia derecha o posterior.)

Puede presentarse como complicación de varias enfermedades: anemia tirotoxicosis, fiebre reumática, cardiopatías reumáticas, cardiopatía congénita, infarto de miocardio, enfermedad ósea de Paget, enfermedades pulmonares y otras.

DIAGNOSTICO.

La disnea es el síntoma clínico principal. En los primeros estadios la disnea solo se presenta durante los esfuerzos, no obstante la insuficiencia puede ser tan grave que exista durante el reposo.

Cuando aumenta la congestión, suele aparecer la ortopnea o una disnea paroxística nocturna, en la cual la crisis de ahogo se presenta súbitamente sin causa aparente, durante el sueño.

Otro síntoma es la tos producida por el acúmulo de líquido en los pulmones en cantidad suficiente para estimular el reflejo tuzígeno bronquial.

La función renal en estos pacientes suele alterarse produciendo una retención de sal y de agua. La retención de sodio aumenta el trabajo cardíaco porque aumenta el volumen total de sangre.

La retención de líquido provoca edema. El edema facial es raro y cuando aparece suele estar en relación con algún otro trastorno como puede ser alteraciones renales primarias. Sin embargo es frecuente la distensión de las venas yugulares. La insuficiencia puede llevar a la anoxia cerebral que se manifiesta por irritabilidad, pérdida de la atención, inquietud, e incluso coma.

TRATAMIENTO DENTAL.

No deben practicarse tratamientos dentales corrientes, ni siquiera urgentes, hasta después de consultar al médico. Cuando un paciente como éste requiere un tratamiento urgente, éste ha de ser lo más conservador posible.

HIPERTENSION.

Hay dos formas: La esencial y la Secundaria. Alrededor del 85-90% de los pacientes pertenecen a la primera cuya etiología es desconocida.

La hipotensión esencial puede seguir una evolución rápida maligna. - La hipotensión secundaria generalmente está asociada a otros trastornos - del sistema nervioso central, con enfermedades de glándulas suprarrenales, con enfermedades renales primarias, o con la toxemia del embarazo.

Los signos y síntomas hipertensivos constituyen la parte principal - del cuadro clínico. Al dentista le interesa mucho conocer que tipo de hipertensión padece el paciente, porque la enfermedad primaria que ha dado origen a la hipertensión secundaria puede repercutir notablemente en el tratamiento dental.

Los pacientes con larga historia de hipertensión esencial o secundaria sufren alteraciones secundarias en su sistema cardiovascular, que muchas veces causan complicaciones o incluso la muerte.

Un fenómeno corriente es el accidente cerebrovascular (ataque cerebral, apoplejía) también pueden sufrir una angina de pecho o infartos de miocardio.

Aproximadamente el 25% de muertes en el paciente hipertensos obedece a la hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo y a la insuficiencia cardíaca.

DIAGNOSTICO.

Como se dijo la forma benigna de la hipertensión esencial puede ma-

nifestarse con muy pocos síntomas, e incluso no presentarse durante mucho tiempo, luego aparecen los síntomas que consisten en fatiga, nerviosidad, vértigos, debilidad, así como insomnio, palpitaciones cardíaca o cefaleas, las cefaleas tiene una localización típica en la región occipital y durante las mañanas cuando el paciente se despierta.

Son síntomas frecuentes también la inquietud, la habilidad emocional, la taquicardia y el enrojecimiento súbito de la cara.

El paciente con la forma maligna o acelerada sufre los siguientes síntomas: cefaleas intensas, trastornos visuales, náuseas, convulsiones, y a veces incluso coma.

Por lo general se hace diagnóstico de hipertensión cuando la presión sistólica es superior a 150 y la diastólica superior a 100.

El dentista debe estar preparado para tomar la tensión arterial en cualquier paciente cuya historia clínica haga sospechar la existencia de una hipertensión.

TRATAMIENTO DENTAL.

Si la presión es alta, debe aconsejar al paciente que consulte su médico antes de comenzar el tratamiento dental. El paciente hipertenso puede presentar un mayor riesgo operatorio, pudiendo ocasionar una hemorragia tras una intervención de cirugía menor, o bien un accidente cerebrovascular o un infarto del miocardio.

Incluso en pacientes hipertensos que siguen prescripción médica -- presentan mayor preocupación para el dentista, los fármacos hipotensores de uso corriente en la actualidad, producen muchos efectos colaterales, -

entre ellos la predisposición a la hipotensión ortostática y mayor sensibilidad a la acción de los barbitúricos.

Las consultas dentales en estos pacientes han de ser cortas y exentas de ansiedad. Se aconseja la premedicación con barbitúricos, pero se tomará en cuenta los posibles efectos colaterales de los medicamentos que toma el hipertenso.

FIEBRE REUMÁTICA.

Todavía no está aclarada la etiología de la fiebre reumática, pero al parecer, está relacionada con una hipersensibilización indirecta sufrida tras una infección por estreptococos. Puede afectar a todo el tejido conjuntivo, por lo general se afecta el tejido conjuntivo del corazón de las articulaciones y de la piel.

DIAGNOSTICO.

Puede tener un comienzo insidioso o agudo. Generalmente hay antecedentes de infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores, que preceden a los síntomas en una a cuatro semanas. La forma más corriente de fiebre reumática se caracteriza por la aparición súbita de fiebre y dolor articular. La artritis tiene a veces carácter migratorio, con mucha frecuencia enferman las grandes articulaciones, pero no hay ninguna zona que sea inmune. También se observan otros síntomas como anorexia, pérdida de peso, de presión y fatiga. Puede producirse una inflamación del miocardio, pericardio o endocardio. En los pacientes que la lesión del corazón es notable, suele producirse precozmente una insuficiencia cardíaca congestiva.

tiva. Una complicación frecuente de la fiebre reumática es la lesión de las válvulas cardíacas, especialmente la mitral.

TRATAMIENTO DENTAL.

Hay que identificar a los pacientes que han padecido fiebre reumática por protegerlos con antibióticos de la bacteremia, que se producen a consecuencia de algunas intervenciones dentales como el escariado de una raíz (raspado gingival), las extracciones, las operaciones de endodoncia, las intervenciones quirúrgicas en los tejidos blandos y el sondaje periodontal.

La penicilina es el mejor fármaco para la antibiótica profiláctica.

La administración será por vía oral de 500 000 u. cuatro veces al día, durante tres días, comenzando el día de la intervención y continuando dos días más. Una hora antes de la intervención debe administrarse una dosis extra. Los pacientes alérgicos a la penicilina deberán sustituirla por eritromicina.

CIRUGIA A CORAZON ABIERTO.

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

DIAGNOSTICO.

Estos pacientes han de identificarse por su historia clínica. Antes-

de comenzar cualquier tratamiento hay que ponerse en contacto con su médico.

**PROFILAXIS DE LAS INTERVENCIONES DENTALES EN LOS
PACIENTES CON PROTESIS VALVULARES CAR-
DIACAS.**

-
1. - Penicilina Procaínica: 600 000 U. por vía intramuscular c/6 hrs. - el día anterior a la intervención, el mismo día y los tres a cinco días siguientes.
 2. - Estreptomicina: 0.5 g. por vía intramuscular cada doce horas, el día anterior a la intervención, el mismo día y los tres a cinco días siguientes.
 3. - Penicilina en solución acuosa: 1 000 000 de U. por vía intramuscular una hora antes de la intervención.
 4. - Meticilina: 4 g. por vía intramuscular o endovenosa c/6 hrs. el día de la intervención y los tres o cinco días siguientes.
 5. - Tabletas de antibiótico de amplio espectro dos días antes de la intervención.
-

CAPITULO III

EL PACIENTE CON UNA ALTERACION ENDOCRINA.

Diabetes Mellitus:

1. - Cuidado general de la salud dental
2. - Manifestaciones bucales.
 - Efectos sobre los tejidos parodontales
 - Efectos de la diabetes sobre la caries dental y la odontalgia.
3. - Efecto de las alteraciones bucales sobre la diabetes.
4. - Plan del tratamiento odontológico en un paciente diabético.
5. - Diagnóstico diferencial del shock insulínico y del coma diabético.

Hipertiroidismo:

- Definición
- Diagnóstico
- Tratamiento dental.

Embarazo:

- Conducta durante el embarazo
- Historia clínica
- Efectos trasplacentarios de las drogas.
 - a. - Antibióticos.
 - b. - Fluoruros
 - c. - Gases anestésicos.
- Efectos del embarazo sobre los dientes y tejidos de sostén.
- Radiografías.
- Anestesia
- Conclusiones.

EL PACIENTE CON UNA ALTERACION ENDOCRINA.

EL PACIENTE DIABETICO.

En la atención del diabético el Cirujano Dentista puede cumplir o -- funciones:

1). - Diagnóstico.

El odontólogo tiene la oportunidad de colaborar en el diagnóstico -- precóz de la diabetes, contribuyendo así de manera importante a la aten-- ción correcta y oportuna del paciente, controlando la evolución del padeci-- miento, y evitando posibles complicaciones.

No siempre es fácil identificar la diabetes en sus inicios, pero al-- realizar la historia clínica en el consultorio dental podremos encontrar da-- tos como:

Antecedentes de familiares que padecen o padecieron ésta enferme-- dad, obesidad, mujeres que han tenido hijos con peso superior de 5-- kilos y algunos otros síntomas que nos hacen sospechar que el pacien-- te padece diabetes.

2).- Terapéutica de las lesiones bucales.

Es de importancia fundamental para el dentista tener un conocimien-- to detallado de la diabetes, y de sus relaciones con las enfermedades de la-- cavidad oral, para lograr una buena terapéutica satisfactoria de dichas en-- fermedades de la boca, sin que aparezcan complicaciones molestas, y en -- ocasiones graves, pues en el diabético donde se requiere ajustar a cada ca-- so el tratamiento estomatológico.

3). - Informativa.

Se informa al diabético que las infecciones dentales tienen un efecto nocivo sobre su enfermedad. se recomienda una verificación del estado de los dientes, y cavidad bucal en general cada 3 meses y si el paciente lleva una prótesis completa, cada 6 meses.

El diabético debe saber también que tiene la responsabilidad de preservar sus estructuras dentales, y que la propia enfermedad ejerce un efecto deletéreo sobre los órganos bucales, si no se vigila escrupulosamente el curso de la diabetes.

Cuidado General de la salud dental.

Es indispensable que el paciente diabético realice una atención odontológica regular y frecuente, debido a la propensión que tiene a la infección debe indicarsele como mantener en el mejor estado posible de higiene su boca, si aparecen infecciones bucales, el dentista deberá avisar de inmediato al médico tratante, pues se requiere simultáneamente una terapéutica local odontológica y una modificación por el médico de la dosis de insulina.

El médico no siempre puede controlar con éxito el trastorno metabólico si no existe una buena salud bucal, y el tratamiento de las lesiones bucales tampoco resulta satisfactorio si no se corrige simultáneamente la alteración metabólica.

No es raro que las necesidades de insulina disminuyan después de eliminar las infecciones bucales tampoco resulta satisfactorio si no se corrige simultáneamente la alteración metabólica.

MANIFESTACIONES BUCALES.

1). - Efecto sobre los tejidos parodontales.

En casi 75 por 100 de todos los diabéticos adultos no controlados -- existe alguna variedad de trastorno periodontal. La importancia de las manifestaciones clínicas depende de los hábitos generales de higiene de los pacientes, de la duración de la diabetes, quizá de su gravedad y de los factores predisponentes locales.

Se puede decir que la diabetes no inicia directamente ningún cambio patológico en el parodonto, las enfermedades típicas del parodonto son iniciadas por insultos locales a dichos tejidos, y las lesiones que resultan de éstos irritantes locales pueden ser modificados y generalmente acentuados por enfermedades sistémicas que alteran el metabolismo de todos los tejidos, disminuyendo su resistencia y su capacidad de reparación, como lo es en el caso de la diabetes.

Los cambios de encía y mucosa bucal en la diabetes no controlada -- es probable que obedezcan a una deficiencia de complejo B.

Manifestaciones clínicas de la enfermedad parodontal en pacientes -- con diabetes no controlada.

1. - Encía frágil.
2. - Inflamación gingival de intensidad poco común.
3. - Pérdida del puntilleo de la encía
4. - Sangrado gingival.
5. - Color violáceo en la encía

- 6 - Formación de bolsas paradontales profundas.
7. - Producción rápida de cálculos.
8. - Los tejidos se vuelven edematosos, a veces algo hipertroficados.
9. - Supuración dolorosa generalizada de las encías marginales y de las papilas interdientarias.
10. - Son comunes los abscesos radiculares recurrentes paradontales.
11. - Dientes sensibles a la percusión
12. - En poco tiempo hay pérdida de tejido óseo de sostén (lámina dura), y se presenta movilidad de diversos grados de los órganos dentarios.
13. - Atrofia alveolar.
14. - Engrosamiento de ligamento paradontal.
15. - Los vasos y epitelios están ligeramente esclerosados, hay disminución del calibre de los vasos, lo que predispone a infecciones; los mecanismos de defensa están disminuidos.
16. - Necrosis de los tejidos paradontales.

En la diabetes controlada no existen lesiones gingivales o paradontales características.

Manifestaciones clínicas de la diabetes Mellitus en la lengua.

1. - El paciente presenta sensación de resequeidad y ardor.
2. - Hay hipertrofia e hiperemia de las papilas fungiformes.
3. - Los músculos se encuentran flácidos.
4. - Es común encontrar los bordes de la lengua lisos y gruesos, y en ocasiones con indentaciones marcadas.

5. - Además puede presentar glositis esclerosante y glositis superficial.

HISTOLOGIA DE LA MUCOSA ORAL EN EL DIABETICO.

La mucosa presenta hiperkantosis, inflamación vacuolización de los núcleos de la capa basal, reacción fibroblástica con infiltración linfocitaria, y pequeñas zonas de necrosis, los vasos se encuentran obliterados -- por degeneración hialina.

- 2). - Efectos de la diabetes sobre las caries dentales y odontología.

CARIES DENTAL.

Se ha observado caries dentales en las superficies bucales en su -- tercio gingival de la mayoría de los dientes.

Las lesiones cariosas son el resultado de una alteración del metabolismo del calcio por el aumento de acidosis. La disminución del volumen de saliva en un diabético no controlado podría intervenir también en la mayor frecuencia de caries, pues la xerostomía favorece la acumulación y re tención de alimentos formando la placa bacteriana, cálculos salivales dentarios proliferación de microorganismos patógenos, y caries. Algunos autores dicen que la saliva del diabético posee más sustancias fermentables, con lo cual el medio se vuelve adecuado para la producción de ácido, y por consiguiente para la producción de caries.

ODONTALGIA.

La odontalgia no explicada puede hacer pensar en una diabetes no -

diagnosticada. El cuadro obedece a una arteritis diabética típica a veces con necrosis de la pulpa dental. El diente se oscurece y el dolor es cada vez mayor. el estudio histológico de la pulpa demuestra los signos clásicos de la arteritis diabética.

PLANEACION DEL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DE UN PACIENTE DIABETICO.

Para realizar el tratamiento odontológico un diabético se requiere de una completa comprensión de la naturaleza de la enfermedad por parte del dentista, con una buena premedicación antes de la intervención.

Para las intervenciones odontológicas se prefiere proceder durante la fase de descanso de la curva de glucosa sanguínea. De preferencia las exodoncias bajo anestesia local se realizarán de 90 minutos a 3 horas después del desayuno, y de la administración de insulina. Tomando las precauciones del caso se pueden hacer exodoncias sin complicaciones especiales, pero de cualquier manera no deben extirparse muchas piezas de una misma sesión, el peligro de producir choque aumenta con el número de órganos dentarios.

No deben utilizarse antisépticos potentes para tratar las lesiones de mucosa bucal; se evitará la aplicación local de antisépticos que contengan yodo, fenol, o ácido salicílico.

El anestésico será de aplicación local, por ejemplo lidocaina con una cantidad mínima de vasoconstrictor, si se requiere un vaso constrictor se usará uno distinto de la adrenalina, en la concentración menor posible.

Se aconseja un sedante preoperatorio adecuado tanto para la anestesia local como para la general.

Los diabéticos con infección bucal importante que deban someterse a cirugía, incluyendo raspado subgingival, deben recibir una antibioticoterapia profiláctica, también si existe tendencia a la alveolitis, los antibióticos se administran un día antes de la intervención, el día de ésta, y al día siguiente. Esta antibioticoterapia se aplicará tanto al diabético controlado como al no controlado.

También mediante la administración preoperatoria de vitamina C y de complejo B, se podrán disminuir las infecciones secundarias, y la cicatrización será mejor.

El tratamiento de cirugía dental en los pacientes diabéticos exige tomar en cuenta lo siguiente:

- 1). - Las medidas destinadas a que no aumente la glucosa sanguínea.
- 2). - La elección del anestésico.
- 3). - Los pasos necesarios para evitar complicaciones posoperatorias.

En el diabético no controlado está contraindicadas las maniobras quirúrgicas bucales, incluyendo raspado subgingival, salvo en casos de urgencia, pero con una consulta obligada al médico tratante.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SHOCK INSULINICO Y DEL
COMA DIABETICO.**

SINTOMAS	(Comienzo generalmente lento, pero puede ser brusco) temblor Debilidad Nauseas Cefalea Confusión Ilusiones Desorientación Coma	(El comienzo puede ser brusco o insidioso) Debilidad Cansancio Malestar general Sed exagerada Cefalea sorda Coma
SIGNOS	Palidez Taquicardia Sudoración profusa	Aliento con olor a acetona. Taquicardia, pulso, débil, Hambre de aire (hiperventilación) Sequedad de piel y mucosas. Enrojecimiento o palidez
TRATAMIENTO	Torrón de Azúcar Zumo de naranja Glucosa intravenosa	Insulina, si el dentista tiene la seguridad de que se trata de un coma diabético, si no, dar glucosa y observar si el paciente responde

HIPERTIROIDISMO.

El hipertiroidismo es un estado en que la glándula tiroidea funciona con demasiada actividad. Predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas jóvenes y maduras.

DIAGNOSTICO.

Los pacientes suelen ser nerviosos e impresionables. Tienen tendencia a la pérdida de peso, la disnea y a la sensación de debilidad y duermennal, pueden presentar exoftalmos y toleran mal el calor, tienen el pelo fino y liso, perspiración excesiva en la cara y las manos.

El tratamiento del hipertiroidismo es con tiuracilo aunque algunas veces está indicada la tiroidectomía.

TRATAMIENTO DENTAL.

Como estos pacientes presentan una irritabilidad superior a la normal es aconsejable usar sedantes. Tales pacientes son hipersensibles a la acción de la adrenalina, la cual se usará con cautela y moderación.

Están contraindicados los tratamientos orales quirúrgicos pues se han dado casos de muerte.

CONDUCTA DURANTE EL EMBARAZO.

El clásico problema de "que hacer con las pacientes grávidas" constituyó durante mucho tiempo un enigma poco menos que insoluble en los consultorios odontológicos.

Siempre que se nos presenta una paciente embarazada las principales interrogantes que se plantean son las siguientes: ¿Puede tratarse la mujer-grávida como a una paciente normal? o, ¿Existe el peligro de dañar a la madre o al feto?.

Estos problemas no solo interesan a la paciente sino también a sus-

familiares y al dentista. No hay duda de que la paciente debe atender su dentadura, pero hay varias opiniones en cuanto a la intensidad del tratamiento y el momento de practicarlo. Muchas de las precauciones exageradas en -- torno a esto se deben a las historias circundantes sobre el aborto y partos prematuros consecutivos a una terapéutica odontológica. Si bien la mayoría de estos temores son infundados, la experiencia recomienda una conducta prudente en el manejo de estas pacientes. Para ello es indispensable tener un conocimiento básico sobre la Fisiología del embarazo, lo cual ayudará a disipar problemas comunes en estas personas, como el temor y la ansiedad, que a menudo transmiten al profesional.

En líneas generales la grávida puede ser tratada como cualquier -- otra mujer adulta que concurre al consultorio. Hoy en día se les permite a éstas pacientes jugar tenis, golf, etc. actividades no menos riesgosas que un tratamiento odontológico. Autores modernos están de acuerdo en que el embarazo en una mujer sana no constituye una contraindicación para los -- procedimientos odontológicos corrientes.

Es muy común en el hombre culpar a alguien cuando suceden hechos desagradables y por ésta actitud errónea no se va a impedir suministrar la atención adecuada, aliviar el dolor o eliminar una infección bucal.

El comienzo del embarazo produce muchos cambios fisiológicos que hacen de la mujer grávida un problema especial. Así por ejemplo es común que la respuesta al stress se encuentre exagerada, en consecuencia, será fundamental lograr una relajación óptima antes de iniciar el tratamiento.

Por lo tanto la interrogante debe ser ¿Cómo se le puede tratar sin --

causado un stress físico o emocional?

STRESS

Como ya hemos dicho, el stress juega un papel muy importante en este tipo de casos, por lo que es preciso mencionarlo de una manera especial.

Los cambios en el equilibrio hormonal y el crecimiento progresivo del volumen minuto cardíaco, de la volemia y del consumo de oxígeno, cambios del funcionamiento hepático, de la capacidad vital de la filtración glomerular y del flujo plasmático renal. Cualquiera de estas modificaciones puede ser parcialmente responsable de una reacción inesperada. Por ejemplo, la importancia de los focos sépticos dentarios como causa de pielitis en la mujer grávida ha sido señalada en muchas ocasiones. La resistencia a la infección puede hallarse disminuida, y las alteraciones de la función renal si se asocian a un foco séptico dentario, pueden generar una infección piógena en las vías urinarias.

A veces también se encuentra hipertensión, que puede deberse a muchos factores incluyendo la declinación en la función renal y la retención de sodio y agua. El stress, sumado a otros factores potenciadores, puede acentuar aún más los trastornos. En el embarazo no es raro encontrar alteraciones de las mucosas, especialmente en las de la cavidad bucal; estas modificaciones de las mucosas resultarían de una pérdida de integridad del conectivo subyacente, secundarias al desequilibrio hormonal o bioquímico. Cuando estos tejidos son afectados por infecciones o por traumatismos me-

Como los respuestas patológicas pueden producir diversas perturbaciones entre ellas el granuloma del embarazo. Así, la mujer embarazada puede compararse a un individuo alérgico sensibilizado, cuya respuesta es -- desproporcionada en relación con el estímulo.

Son muchas las personas que consideran erróneamente que los diversos procedimientos quirúrgicos, incluyendo la extracción dentaria, pueden provocar lesiones serias en el organismo fetal. Debe tenerse en cuenta que cualquier correlación entre un tratamiento en la madre y la morbilidad fetal no se basa necesariamente en una relación de causa y efecto. En otras palabras, nunca se ha demostrado que una extracción o el arreglo de un diente haya sido la causa directa de un nacimiento prematuro o de un -- a bordo. En este sentido también debe recordarse que el stress físico o emocional producido por un dolor de muelas o una infección dentaria puede ser más perjudicial que un tratamiento correctamente realizado.

La respuesta al stress determina la liberación de grandes cantidades de cortisona y sus derivados en la corriente sanguínea. Así por ejemplo se sabe que muchas embarazadas con antecedentes de artritis mejoran en sus síntomas durante la gestación. Este hecho se debe, aparentemente, a la hipersecreción de corticosteroides y a su efecto antiinflamatorio. Durante el stress, por tanto, la necesidad de grandes cantidades de cortisona puede provocar desequilibrio hormonal capaz de privar al feto de los metabolitos necesarios.

Finalmente, al considerar cualquier posible causa que podría desencadenar un parto prematuro por stress debe tenerse en cuenta la oxitocina,

hormona hipofisaria que estimula la contracción uterina en la mujer a término. No se dispone de evidencias, a favor o en contra, que demuestren — que el stress puede activar su secreción.

HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE GRAVIDA.

Cuando el odontólogo planea un tratamiento, además de la historia — clínica de rutina debe averiguar una serie de datos acerca del curso del em-barazo. Son importantes los antecedentes de abortos habituales y la apari-
ción de manchas y calambres en los últimos dos meses de la gestación, así como cualquier otra complicación del embarazo en curso.

Si hay tales síntomas se aconseja la consulta con el obstetra.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO.

VOMITOS INCOERCIBLES: Los vómitos incoercibles representan un grado más avanzado de los vómitos matutinos, cuadro que es común duran-
te el primer trimestre del embarazo.

Factores importantes en su origen son el déficit de carbohidratos y la deshidratación, que llevan a la cetosis. Las demandas crecientes del fe-
to tienden a disminuir el nivel hepático de glucógeno, de manera que, des-
pués del ayuno nocturno, las reservas de carbohidratos se reducen aún más y se produce una cetosis leve que conduce a las náuseas y el vómito, carac-
terísticos de los trastornos matutinos.

Por otra parte, la aversión que la embarazada experimenta por cier-
tas comidas impide que se repongan los carbohidratos consumidos fenómeno-

que puede agravar la cetosis y el malestar matinal y originar finalmente -- los vómitos incoercibles. Debe tenerse en cuenta además, la frecuente participación de componentes neuróticos en la génesis de este importante trastorno de la gestación. Corregir esta situación implica aumentar el consumo de carbohidratos, lo cual debe recomendarse a tales pacientes antes de iniciar el tratamiento odontológico.

SINDROME DE HIPOTENSION SUPINA. - La posición del cuerpo es importante en los pacientes que se encuentran en el último trimestre del -- embarazo. El síndrome que se manifiesta por caída tensional brusca se puede corregir cambiando la posición de la paciente. De acuerdo con la explicación de este extraño fenómeno, se ha puesto que en la posición acostada o semirreclinada el útero puede comprimir los grandes vasos y obstaculizar el retorno venoso al corazón. La vena cava inferior es la principalmente afectada, y el trastorno puede corregirse fácilmente colocando a la paciente en decúbito lateral o en posición sentada, para aliviar la presión que el útero ejerce sobre los vasos. De este modo, se permite el retorno sanguíneo desde las extremidades inferiores.

FACTORES PRENATALES.

La organogénesis se inicia en la tercera semana del embarazo y desde allí en adelante decimos que el fruto de la concepción es un embrión. La organogénesis tarda nueve a diez semanas en completarse. Realizado este proceso el resto de la vida intrauterina corresponde a la maduración y crecimiento, y entonces el fruto de la concepción se denomina feto.

El lapso comprendido entre la cuarta y la sexta semana es el más sensible a las influencias ambientales y tóxicas. En general el embrión humano es muy susceptible a las malformaciones congénitas en las etapas de la primitiva diferenciación celular (aproximadamente desde el décimo hasta el quincuagésimo día de la concepción).

Sin embargo, las drogas que ocasionan malformaciones a veces -- matan al feto en cualquier momento del embarazo.

MALFORMACIONES CONGENITAS. EFECTOS TRASPLACENTARIOS DE LAS DROGAS.

Desde hace tiempo, se sabe que las drogas que se administran a la mujer embarazada con fines terapéuticos pueden pasar de la circulación materna a la circulación fetal, y que son muy pocas las que no lo hacen. Los tejidos de la placenta poseen una gran actividad metabólica, al extremo de que resulta difícil creer cómo se pudo sostener el concepto de una presumta "barrera placentaria" entre las circulaciones materna y fetal. Originalmente se concebía a la placenta como una barrera que se oponía al paso de sustancias tóxicas de la circulación materna a la fetal, pero ahora se sabe que las drogas muy solubles en las grasas atraviesan con mucha facilidad la barrera placentaria.

Se ha informado que algunos tranquilizantes y sedantes, entre ellos el Thorazine, el Stelazine, y el Doridén, provocaron abortos o malformaciones en animales nerviosos, al igual que el propiltiuracilo. Además, --- otros hallazgos indican que la Reserpina, la Cortisona, la vitamina K, algu

nas sulfamidas y ciertos estimulantes nerviosos, así como las tetraciclinas, que son relativamente inocuos para la mujer embarazada pueden ser perjudiciales para el feto.

En la actualidad, se sabe que ciertas drogas entrañan un franco peligro en el embarazo y en el período neonatal, y se sospecha de muchas otras.

Se ha demostrado que las tetraciclinas pueden decolorar el esmalte dentario si se las administra durante el período de calcificación fetal. La calcificación de los dientes de leche comienza alrededor del cuarto o quinto mes de gestación, mientras que las coronas de los dientes anteriores están prácticamente formadas hacia el fin del noveno mes.

Parece razonable suponer que la administración de tetraciclinas antes del tercer mes, no produce alteraciones dentarias; esto puede ocurrir, en cambio, si se las da después de los meses cuarto o quinto. Luego del nacimiento y hasta el segundo año de vida, los dientes afectados por el depósito prenatal del antibiótico aparecen amarillos, en contraste con la blancura de las piezas normales; tal coloración es más intensa en las superficies de oclusión y en el tercio cervical del diente. A la edad de cuatro ó cinco años los dos tercios incisales de la corona se presentan de color gris ceniciento, con una pigmentación que varía entre amarillo oscuro y castaño a nivel del tercio cervical. En los dientes muy afectados puede haber, además, importantes alteraciones morfológicas.

Para tratar algunas manifestaciones tóxicas del embarazo, como la retención de agua o la hipertensión, se emplean las diacidas o los diuréticos. Se comunicaron siete casos de trombocitopenia en lactantes cuyas madres -

habían sido tratadas con una de las tiazidas durante el embarazo. El diazepam (Valium), aunque muchos médicos lo prescriben, también halló generalizada adopción en odontología durante los últimos años. El valium atraviesa la placenta y aparece en el plasma fetal más o menos en las mismas concentraciones que en el plasma materno. Sin embargo, no se comprobaron efectos nocivos sobre el niño ni tampoco efectos colaterales de importancia en la madre.

El meprobamato (Miltown), droga que se emplea comunmente en -- odontología, administrado durante uno o más trimestres del embarazo a -- cerca de 800 mujeres por algún síntoma de ansiedad, permitió establecer -- que si no se observaron efectos deletéreos sobre el embarazo ni el feto, si es capaz de afectar el desarrollo fetal en animales de laboratorio. Algunas drogas anticonvulsiantes, entre ellas los barbitúricos, al ser administradas a la madre durante el embarazo, disminuyen los niveles de los factores de coagulación dependiente de la vitamina K en los lactantes, en los primeros días del período neonatal. Entre estas drogas están incluidos el fenobarbital, y el amobarbital. No se debe interpretar, empero, que estas comprobaciones sugieran una contraindicación en el empleo de algunos barbitúricos para disipar la tensión durante el embarazo, sino que se aplican al empleo crónico de estas drogas como anticonvulsivos.

Las grandes cantidades de salicilatos administradas por períodos -- prolongados también provocan alteraciones de la coagulación.

Las pequeñas cantidades no suelen ser nocivas. Sin embargo, la vitamina K (que puede prescribirse para las encías sangrantes) y las fenotia

zinas pueden producir ictericia en el recién nacido.

ANTIBIÓTICOS.

Cualquier enfermedad materna que ocasione hipertermia puede conducir al aborto espontáneo o al parto prematuro. Por lo tanto, se deduce -- que en la paciente embarazada es conveniente mantener una buena salud dental y eliminar los focos infecciosos activos o en potencia. Aunque la infección bacteriana transplacentaria es rara, puede suceder en algunas complicaciones colaterales de estados, tales como las deficiencias metabólicas o en dócrinas de la madre.

Si a esas deficiencias se agrega una infección dental, ésta puede repercutir sobre el feto al inflamarse la placenta, a lo cual se consideró como una de las causas de premadurez.

Los antibióticos son agentes terapéuticos necesarios que se deben emplear en la mujer, embarazada o no, que presenta una infección. Sin embargo, ciertos antibióticos están francamente contraindicados en el embarazo, según recientes investigaciones. La gravedad de su influencia es directamente proporcional a la dosis y es menos común con la oxitetraciclina -- que con sus análogos.

Algunos tocólogos sostienen que las tetraciclinas están contraindicadas, por la tendencia a producir vaginitis moniliasica y trastornos renales en la mujer embarazada.

Dada la amplia gama de antibióticos disponibles en la actualidad y -- teniendo en cuenta la bacteriología de las infecciones dentales, sería raro-

que una tetraciclina fuese la droga de elección durante el embarazo y la infancia.

La griseofulvina, valiosa droga antimicótica, se demostró que ocasiona una vía de lesión celular en ratones al ser administrada por boca durante un tiempo prolongado, y, también se observaron trastornos del metabolismo de las porfirinas.

La cloromicetina está decididamente contraindicada durante el embarazo porque deprime la médula ósea y conduce a la anemia aplásica.

La aplicación generalizada de cefalosporinas conocida por su nombre comercial, Kerflin, no produce toxicidad aguda ni crónica para la madre o el feto.

La estreptomicina y la dihidroestreptomicina se emplean raras veces en la actualidad. Existe la posibilidad teórica de que si se utilizan estas drogas en el embarazo, se lesione el oído interno del feto, así como ha sucedido en el oído medio y el interno del paciente.

Las sulfamidas y la novobiocina están rotundamente contraindicadas, mientras que, según se demostró, las penicilinas y las eritromicinas son--relativamente inocuas para la madre y el feto, y es probable que sean las -drogas antibacterianas más seguras.

La lincomicina (Lincocin) está hallando generalizada aplicación en -medicina y odontología. Como es una droga relativamente nueva, en realidad no se han establecido bien sus efectos en el embarazo. No convendría seleccionar esta droga como de elección, hasta tanto se obtengan mas datos al -respecto.

La idea de que la placenta es una barrera que se opone al paso de las drogas desde la madre hacia el feto ha sido refutada sin lugar a dudas; más bien, la placenta es un tamiz. Casi todo lo que la madre ingiere suele llegar al feto en cuestión de minutos. Ni siquiera las sustancias de alto peso molecular dejan de pasar al feto, salvo con un retardo de algunos minutos.

El odontólogo que no esté familiarizado con los posibles efectos colaterales de las drogas en el embarazo, debería leer el folleto que acompaña a cada droga que va a administrar a su paciente embarazada.

FLUORUROS.

Se ha demostrado que la placenta actúa como una barrera parcial para el flúor, lo cual protege al feto de los posibles efectos de una sobredosificación. Los estudios han demostrado que la concentración fluoruros en el feto es la misma, sea que provengan exclusivamente del agua, o bien del agua y tabletas de flúor administradas como complemento. No se deben dar fluoruros durante el embarazo porque la madre no los necesita y porque es mejor administrarlos al lactante.

GASES ANESTESICOS.

Como tampoco podemos demostrar que la anestesia sea inocua, considero prudente posponer hasta el segundo o tercer trimestre los procedimientos electivos que requieran anestesia general. Cualquier complicación de la anestesia general -náuseas, vómitos, aspiración o paro cardíaco- puede acarrear la pérdida del feto.

Todos estos estudios indican sin lugar a dudas, que el profesional debe estar atento a los posibles efectos colaterales de las drogas, considerando cuidadosamente las indicaciones y contraindicaciones de cada caso en particular. Los problemas en las mujeres embarazadas son aún más complejos que en la no embarazada, en la cual no solo deben considerarse los riesgos de la madre sino también los del feto.

"En suma, en los tres primeros meses del embarazo hay que evitar la medicación innecesarias y la agresión ambiental electiva, como el tratamiento odontológico".

MEDICACION EN LA PACIENTE EMBARAZADA.

Hay que evitar estrictamente cualquier medicación innecesaria en la paciente embarazada. Al parecer, el feto es incapaz de metabolizar y detoxificar ciertas drogas que se consideran inocuas y eficaces en la madre.

MEDICACION HACIA EL FINAL DEL EMBARAZO.

Hay un peligro muy específico que no siempre tenemos en cuenta cuando tratamos a una mujer en la etapa final del embarazo. Se trata del peligro de abrumar a un feto con una droga que, si el parto ocurre en cuestión de 48 horas, no podrá ser metabolizada adecuadamente por el recién nacido que inicia una vida independiente.

Este riesgo puede ser grave y a veces fatal.

La administración a la madre de grandes dosis de Synkavit o de análogos hidrosolubles de vitamina K tiende a producir ictericia grave en el

reción nactto, en especial si es prematuro. Las sulfamidas plantean un -- problema acmejante. Entre otras drogas poligrosas figuran el cloranfeni-- col, las tetraciclínas, los anticoagulantes y los diuréticos del grupo de las diacidas.

Es importante tener presente que todas las drogas que se adminis-- tren a la madre al principio o al final del embarazo pueden entrañar un grave riesgo para el feto.

EFECTO DEL EMBARAZO SOBRE LOS DIENTES Y TEJIDOS DE SOSTEN

CARIES DENTARIA. - Las demandas del embarazo pueden producir una descalcificación del hueso alveolar, secundaria a la remoción generalizada del calcio de la matriz ósea; esto se debe al aumento de los requeri-- mientos fetales y a los cambios temporarios en el sistema endócrino, incluyendo las glándulas tiroides y paratiroides.

En el embarazo, la pérdida de sales de calcio por los conductos nu-- tricios aumenta la incidencia de caries del esmalte. Sin embargo, el hecho de que no se comprobaran alteraciones en la dentina hace que sean inacep-- tables las bases de dicha teoría, aún cuando se ha demostrado que ocurre - un intercambio iónico (ejm. fluoruros).

Parece razonable atribuir un papel más importante a otras alteraciones del medio local, ya que cualquier cambio en la alimentación y en la hi-- giene dentaria puede modificar facilmente la flora bucal. En este sentido -- debe considerarse, por ejemplo la frecuencia con que se producen vómitos-- ácidos de jugo gástrico. Según Ziskin y Hotellin, las mujeres grávidas no -

demonstraron mayor susceptibilidad a la caries que las no grávidas.

TRASTORNOS PERIODONTALES.

La gingivitis es un trastorno relativamente frecuente en el embarazo, especialmente en pacientes que descuidan la higiene dentaria. Esta actitud - descuidada se debería, según algunos autores, al estado de abandono provocado por el malestar y los vómitos frecuentes al comienzo del embarazo.

El aspecto de este estado es característico. La encía aparece hipertrofica y sangra al tacto. La gingivitis característica suele obedecer a una alteración endócrina (altos niveles de estrógeno) acentuada por un desequilibrio dietético.

En el embarazo, la gingivitis podría considerarse como una reacción en la cual las hormonas influyeron sobre el tejido local y su sistema microvascular, reduciendo el umbral para la lesión del tejido inducida por diversos agentes. A nivel local son factores importantes, el cepillado incorrecto, las piezas rotas, los empastes salientes y los depósitos de partículas alimentarias. Para suprimir la lesión local es suficiente, eliminar estos factores locales e instituir un régimen dietético adecuado.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO.

- a). - Hemorragia gingival
- b). - Encía rojo-frambuesa en torno de uno o varios dientes.
- c). - Hipertrofia difusa de la encía. Es probable que esto se deba a una pérdida del soporte óseo, que el organismo intenta compensar mediante la proliferación de un tejido blando.

d). - Hipertrófia localizada. En algunos casos se ve una protuberancia rojiza, muy vascularizada, que se conoce como "tumor del embarazo". Tal hipertrófia es exagerada alrededor de uno o dos dientes y produce importantes fenómenos de desplazamiento, alargamiento, separación, movilidad y pérdida del soporte óseo. Thomas informó sobre la transformación --maligna de un "tumor del embarazo". El crecimiento de las neoplasias incipientes puede ser acelerado por estimulación hormonal. Estas protuberancias anormales son habitualmente benignas, pero debe realizarse una biopsia para descartar la malignidad.

En un estudio hecho por Loe, todas las mujeres embarazadas presentaron signos de inflamación gingival. La prevalencia y la gravedad se redujeron significativamente después del parto.

La incidencia y la intensidad fueron en aumento desde el segundo mes de la gestación y alcanzaron el máximo al octavo mes.

En el último mes del embarazo se observó una franca remisión.

El hecho de que el tratamiento local y la higiene bucal hayan disminuido la inflamación gingival sugiere que la etiología de la gingivitis del embarazo es similar a la de la gingivitis marginal. Se cree que los tumores - del embarazo pueden recidivar si se los extirpa antes del término de la gravidez, y que entran en regresión espontánea después del parto. Algunos autores por eso sugieren el tratamiento expectante. Sin embargo, si no se los extirpa pueden alcanzar un tamaño considerable, alterar la estabilidad de - otro diente y perturbar la oclusión normal; por otra parte, el hecho de ser sumamente vascularizados hace que sangren fácilmente durante la masticación.

Estos tumores son pediculados, fáciles de extirpar y deben ser extraídos totalmente. La electrocirugía es eficaz y la hemorragia posquirúrgica se controla sin inconvenientes mediante un capuchón periodontal. Cuando la cicatrización ha terminado, y para evitar complicaciones y recidivas, es necesario mejorar la higiene de la paciente, eliminar la irritación local y aplicar masajes en la zona operada. Además, se le debe advertir de una recidiva.

RADIOGRAFIAS DURANTE EL EMBARAZO.

El abuso de los rayos X pueden provocar alteraciones múltiples en los tejidos, incluyendo modificaciones genéticas múltiples en los tejidos -- incluyendo modificaciones genéticas y perturbaciones fatales.

El público conoce cada vez más los peligros de las radiaciones. -- Muchas pacientes están atemorizados y quieren saber si es peligroso sacarse una radiografía dentaria, o bien cuántas radiografías pueden sacarse sin que haya peligro. El dentista debe conocer las respuestas adecuadas, que no son simples porque aún no se conoce todo acerca de los efectos biológicos y genéticos de las radiaciones.

Se considera que las radiaciones ionizantes son perjudiciales para la evolución de nuestra especie. Si bien el empleo creciente de los procedimientos radiológicos se justifica como medio para salvaguardar la salud, es evidente que el uso selectivo de esta fuente de energía debe basarse en una evaluación correcta de la necesidad de su empleo.

Para la interrogante de ¿cuántas radiografías pueden sacarse sin -

peligro?, hay una respuesta simple. Las radiografías son esenciales para emitir un diagnóstico correcto. En consecuencia, la cantidad de radiografías indispensables para llegar a un buen diagnóstico debe considerarse como segura, siempre que el odontólogo haya hecho todo lo posible para reducir al mínimo la exposición de los rayos.

Recuérdese que las radiaciones no son inocuas y que se caracterizan por un efecto acumulativo: sin embargo, la relación entre el posible daño y los beneficios obtenidos no deja duda sobre la conveniencia de recurrir a -- estos procedimientos. Tal criterio se aplica a la mujer embarazada y al niño: si la radiografía está indicada, se la debe hacer.

Este hecho crea una gran responsabilidad al dentista, quien debe --- considerar en primer lugar si el estudio radiológico es esencial y utilizar - además diafragmas, películas rápidas, filtros, delantales protectores y - cualquier otra medida que disminuya la exposición a las radiaciones.

Warheit considera que el examen radiográfico de las mujeres embarazadas debe limitarse en el primer trimestre a los dientes afectados y que hay que postergar el examen completo hasta la duodécima semana ó más.

EFFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS X.

Quando se saca una radiografía dentaria, las radiaciones primarias penetran en la piel a través de una zona de pocos centímetros de diámetro, y a la vez originan radiaciones secundarias al pasar por los diversos tejidos: estas últimas actúan sobre las células que se hayan tanto dentro como fuera de la zona de pasaje inicial, generando efectos nocivos que pueden im

pedirse recurriendo a colimadores y filtros adecuados.

Debe recordarse que los diversos tejidos del organismo presentan una resistencia variable a las radiaciones. Las más afectadas son, en general, las células inmaduras y aquellas que se hallan en vías de reproducción activa.

También es importante saber que las células son más sensibles en ciertos períodos de división mitótica, y que cuando mayor sea su metabolismo menor es la resistencia a las radiaciones. La radiosensibilidad de un tejido es directamente proporcional a su capacidad reproductora e inversamente proporcional al grado de diferenciación.

Aunque una pequeña cantidad de radiación primaria en la cara ofrece riesgos relativamente escasos, la radiación secundaria y el escape de rayos en un aparato mal aislado pueden afectar las gónadas. Por esta razón la exposición debe reducirse al mínimo indispensable.

El feto está relativamente cerca de la fuente de rayos y su posición lo hace muy vulnerable a la irradiación completa del organismo materno. Puede conseguirse una buena protección con un delantal de plomo.

El riesgo de la radiación para la mujer embarazada sana y el feto se puede reducir al mínimo con 70 Kvp, cronómetros electrónicos, delantales o escudos de plomo, un colimador para limitar el haz a 6.87 cm. y un filtro.

ANESTESIA.

Para evitar un stress innecesario en la paciente embarazada, casi-

todos los procedimientos dentarios requieren algún tipo de anestesia. Si la paciente es tranquila por naturaleza se prefiere la anestesia local sin drogas adicionales. Cuando se recurre a la anestesia local, los vasoconstrictores comunes (como la adrenalina) pueden darse sin temor en las concentraciones habituales. Se han acumulado considerables datos para documentar el paso rápido y completo de los anestésicos locales (mepivacaína, lidocaína, propitocaína bupivacaína, procaína, etc.) a través de la placenta. Esto sucede a los pocos minutos de administrar una dosis pequeña (50 mg) de lidocaína en lugares remotos como el espacio epidural. Así, hasta las cantidades insignificantes de anestésico local que se emplean para los bloqueos odontológicos llegan al feto con rapidez y en cantidades perceptibles. Estas cantidades, empero, pueden ser significativas en el primer trimestre, en que elevan la proporción de fetos no viables (es decir, fetos no normales o perdidos) por sus posibles efectos teratogénos. La hipertensión hace aconsejable consultar con un médico, aunque los vasoconstrictores pueden usarse en cantidades mínimas porque los beneficios de su empleo superan con creces a los inconvenientes que puedan producir.

En una paciente ansiosa o atemorizada pueden agregarse sedantes o narcóticos a la anestesia local, sin olvidar que estos fármacos atraviesan la barrera placentaria. Mientras el embarazo sea normal cualquier dosis que no produzca una depresión importante en la madre debería ser segura para el feto.

La anestesia general no está contraindicada y deberá utilizarse cuando las circunstancias lo hagan necesario. Sin embargo, este procedimiento-

presenta ciertos riesgos que pueden ser peligrosos para el feto y la paciente.

La premedicación se utiliza corrientemente tanto en anestesia general como en las locales. Para ello puede emplearse la mayoría de los narcóticos e hipnóticos sedantes, sea por vía bucal o intravenosa. En general se aconseja dar dosis algo menores que las dosis promedio. La vía intravenosa permite una administración más precisa, ya que es posible comenzar con una cantidad pequeña, evaluar la respuesta y de acuerdo con ésta agregar dosis adicionales.

Esto no siempre es posible por vía bucal, porque es difícil predecir la respuesta a una dosis determinada o graduarla (en el tiempo) con tanta facilidad. Este hecho, sin embargo, no contraíndica recurrir a una premedicación por vía bucal.

Los tranquilizantes se utilizan con cierta frecuencia como premedicación. A veces se usan solo para aliviar la ansiedad o para potenciar la acción de narcóticos o hipnóticos sedantes. Su empleo no entraña riesgos cuando se los da como premedicación y no se le suministra en forma repetida.

CONCLUSIONES.

1. - Los auxiliares del diagnóstico, como los rayos X, son elementos -- esenciales y deben usarse como en cualquier otro paciente siempre- que se reduzca a un mínimo la exposición a las radiaciones.
2. - Debe evitarse el stress. El stress producido por un tratamiento es- a menudo menor que el que ocasiona una afección no tratada.
3. - Las estadísticas indican que aún hay puntos oscuros con respecto - a la cirugía y la anestesia en la mujer embarazada.
4. - Se recomienda, en lo posible, realizar los tratamientos no urgentes durante el segundo trimestre, y no en el primero o el tercero.
5. - Las complicaciones son menos frecuentes durante el segundo trimestre.
6. - Se conoce una serie de drogas que pueden ser perjudiciales para el- feto, particularmente en los primeros 3 meses de la gestación. Por- tanto, antes de cualquier tratamiento para aliviar la ansiedad debe- procederse a una cuidadosa evaluación de la paciente.
7. - Las tetraciclinas están absolutamente contraindicadas en este perfodo.
8. - Como en otros pacientes, la mejor actitud ante la mujer embaraza- da es la odontología preventiva.

CAPITULO IV

E1. PACIENTE CON DISCRACIA SANGUINEA

**ANEMIA: DEFINICION
DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO DENTAL
CLASIFICACION**

1. - Anemias Carenciales:

- Hipocrómicas
- Ferropénicas
- Megaloblásticas

- Anemia Post-hemorrágica Aguda y Crónica

**TRASTORNOS DE LA COAGULACION: DEFINICION
DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO
DENTAL**

**TROMBOCITOPENIA: DEFINICION
DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO DENTAL**

ENFERMEDADES DE LOS GLOBULOS BLANCOS

- AGRANULOCITOSIS
- LEUCEMIA : DEFINICION
DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO DENTAL.

EL PACIENTE CON DISCRASIAS SANGUINEAS

ANEMIA

Se define la anemia como la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno por parte de la sangre, esto es debido frecuentemente a la disminución del número de glóbulos rojos circundantes.

Son varios los procesos patológicos que originan una anemia, sin embargo no se considera una enfermedad específica.

Para aceptar que hay anemia es conveniente contar con tres determinaciones:

1. - La hemoglobina en g por 100 cm³ de la sangre, por ser el dato más importante desde el punto de vista fisiopatológico.
2. - El número de eritrocitos por mm³ como dato complementario del anterior.
3. - Volumen globular porcentual o hematocrito.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- a). - Palidez
- b). - Síntomas cardiovasculares y respiratorias.
- c). - Dismas, que puede ser de grandes o medianos esfuerzos.
- d). - Manifestaciones generales como astenia, fatigabilidad, debilidad etc.
- e). - Taquicardia (palpitaciones ligadas a esfuerzos).
- f). - Hipotensión arterial tanto sistólica como diastólica.
- g). - Soplos (el más frecuente es el sistólico apaxiano y el pulmonar.)

b). - Trastornos endócrinos (amenorrea en la mujer, pérdida del libido en el hombre),

ANEMIA POST/— HEMORRAGICA AGUDA.

Etiología. - Por ruptura de vórices esofágicas, úlceras gástricas o duodenales, metrorragia, post-abortos, hemoptitis (tuberculosis), ruptura de embarazos ectópicos, etc.

SINTOMATOLOGIA

Si la pérdida es brusca y superior al 50% de la cantidad de sangre conduce al colapso y a la muerte, palidez impresionante blanco grisácea de la piel y mucosas, faciales alargadas por ansiedad, disnea, pulso rápido, soplo sistólico en el ápex, hipotensión arterial, sudor frío, incontinencia de heces y orina complican el cuadro; los bostezos y somnolencia frecuentes en todo anémico grave son alarmantes.

Según su cuantía pueden distinguirse las hemorragias benignas (pérdida del oxígeno al 10% de la volemia) y mortales inmediatas (más del 60% de la volemia).

Si hay una cifra de hematíes inferior a 3 millones o una cifra de hemoglobina inferior al 50% es casi seguro que se ha perdido más de un litro de sangre.

TERAPEUTICA.

Ante todo cohibir la hemorragia con taponamientos y si fuera preci-

no intervenir quirúrgicamente sobre el órgano sangrante. La volemia se corrige con transfusiones sanguíneas.

ANEMIA POST-HEMORRAGICA CRONICA

DEFINICION.

Proceso anémico casi siempre ocasionado por hemorragias ocultas.

ETIOLOGIA.

Pérdida ocultas procedentes de hernias diafragmáticas, ulceraciones (gastrointestinales), gastroentéricas, neoplásicas del tubo digestivo, gastritis erosivas, úlceras medicamentosas (aspirina y otros salicílicos), menstruación, hemoptitis, pólipos, etc.

SINTOMAS

- Palidez,
- Uñas quebradizas,
- Cabello sin brillo y frágil
- Astenia,
- Falta de libido e impotencia,
- Disnea de esfuerzo y desmayos,

TRATAMIENTO.

Eliminar el foco hemorrágico, reposo y administración de sales ferrosas, además de una buena dieta. 300 mgrs. 3 veces al día de sulfato o -

gluconato ferroso.

ANEMIAS CARENCIALES

CLASIFICACION.

1. - Hipocrómicas: con carencia de hierro
2. - Ferropénicas: sin carencia de hierro pero mala utilización del mismo.
3. - Megaloblásticas: que son las carenciales de B₁₂ o ácido fólico.

ANEMIAS HIPOCROMICAS FERROPENICAS.

Los principales factores que ocasionan este tipo de anemias son:

- a). - Dietas pobres en este metal.
- b). - Dificultad en la reabsorción entérica del hierro alimentario; bien sea por falta de ácidos y fermentos favorecedores del tránsito gástrico acelerado. -
 - pérdida excesiva de hierro hacia el exterior (hemorragias crónicas, menorragias.)

SINTOMAS.

- Astenia, irritabilidad, cabello y uñas quebradizas, anorexia acufenos hipotimias, visión borrosa.

TRATAMIENTO .

- A base de hierro, se iniciará por vía oral, de 200 a 300 mg. hasta -

alcanzar los valores normales de hemoglobina y eritrocitos. Se recomienda proseguir la ferrotterapia algún tiempo más.

ANEMIAS HIPOCROMICAS MEGALOBLASTICAS

En este tipo de anemias la formación de glóbulos rojos resulta perturbada por falta de uno o varios principios maduradores de los hematíes - (vitamina B¹², ácido fólico).

ETIOLOGIA.

- . - Dieta defectuosa
- . - Atrofia glandular del estómago y anemia perniciosa genuina.
- . - Gastrectomía
- . - Lesiones ciliares diversas
- . - Acidez excesiva
- . - Lesiones duodenoyeyunales.
- . - Déficit relativo por aumento de consumo.
- . - Disminución de la absorción y/o utilización por diversos fármacos.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Glositis, diarrea o constipación, las manifestaciones neurálgicas se caracterizan por el síndrome de degeneración combinada sub-aguda de la mé dula espinal, que es típica de la deficiencia de vitamina B-12-

TRATAMIENTO.

Vitamina B-12 y el ácido fólico, asociado a la corrección de la causa

responsable de la carencia específica.

TRATAMIENTO DENTAL DEL PACIENTE ANEMICO

Un paciente dental en el cual se sospecha la existencia de una anemia debe ser remitido al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento.

A excepción de las urgencias, deben retrasarse todos los tratamientos dentales hasta aclarar la etiología de la anemia y ordenar el tratamiento pertinente.

TRASTORNOS DE LA COAGULACION.

En el proceso de la coagulación se han descrito tres fases independientes:

1. - Formación de la tromboplastina,
2. - Formación de la trombina a partir de la protrombina
3. - Formación de un coágulo de fibrina a partir del fibrinógeno.

Para la formación adecuada del producto de la primera fase (fase I) la tromboplastina, son necesarios los factores hemofílicos; para que se inicie la fase II es necesaria la formación de tromboplastina, y para el comienzo de la fase III se requiere la formación de la trombina.

Las deficiencias en los factores hemofílicos reflejan muy a menudo un defecto congénito, el déficit congénito de fibrinógeno rara vez se presenta. No obstante las causas más frecuentes de los trastornos hemorrágicos son las enfermedades hepáticas o la administración de medicamentos anticoagulantes, tales como la heparina y el Dicumarol, usados en el tratamiento

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

DIAGNOSTICO.

Los pacientes con esta alteración presentan los siguientes síntomas:

- petequias, equimosis, hemartrosis (fibrosis y anquilosis de las articulaciones producida por la hemorragia y la organización del coágulo por tejido fibroso), hemorragia gingival espontánea y epistaxis.

Los pacientes con una historia de aparición fácil de equimosis, hematuria, melena (sangre en las deposiciones), hemorragias prolongadas tras pequeños cortes o tras la extracción de dientes, hospitalización por hemorragias, transfusiones múltiples, hepatopatía reciente o tratamiento prolongado con aspirina deben ser examinados a fondo para detectar un posible problema de coagulación.

PRUEBAS DE LABORATORIO EN LAS HEMORRAGIAS

TRASTORNO	PRUEBAS
Trastornos de la coagulación	
Fase I	Tiempo de tromboplastina parcial.
Fase II	Tiempo de protrombina
Fase III	Concentración del fibrinógeno.

La identificación del factor específico defectuoso tiene que hacerla -

un hematólogo.

TRATAMIENTO DENTAL.

Los tratamientos quirúrgicos en este tipo de pacientes con alteraciones de la coagulación, congénitas o adquiridas, son peligrosas.

Incluso en los pacientes tratados resultan de difícil manejo y por lo tanto se requiere la colaboración de un hematólogo.

TROMBOCITOPENIA

Consiste en la disminución del número de plaquetas circulantes y puede ser idiopática (causa desconocida), secundaria a una enfermedad como las metástasis cancerosas óseas, o ser consecuencia de reacciones alérgicas o de los efectos tóxicos de agentes químicos sobre la médula ósea.

Las plaquetas son indispensables en la primera fase de la coagulación. Actúan como tapones mecánicos en los capilares lesionados. Si su número desciende por debajo de $100\ 000/\text{mm}^3$ puede originarse un trastorno hemorrágico graves.

DIAGNOSTICO.

Petequias, equimosis, epistaxis y la hemorragia gingival espontánea son signos corrientes.

El enfermo puede tener antecedentes de trastornos hemorrágicos similares a las que presentan los pacientes con alteraciones en la coagulación.

PRUEBAS DE LABORATORIO EN LA TROMBOCITOPENIA

TRASTORNO	PRUEBAS
Trombocitopenia	Prueba del torniquete, recuento de plaquetas, retracción del coágulo.
Pérdida de la integridad vascular (déficit de vitamina C).	Prueba del torniquete

TRATAMIENTO DENTAL.

No se efectuarán intervenciones quirúrgicas hasta consultar con un medico y haber logrado una cifra prácticamente normal de plaqueta.

ENFERMEDADES DE LOS GLOBULOS BLANCOS

Las principales enfermedades que afectan a los glóbulos blancos son La agranulocitosis y la leucemia.

Agranulocitos: Es una afección en la cual hay un notable descenso del número de granulocitos circulantes (principalmente neutrófilos) en la sangre periférica lo cual origina una disminución en la resistencia a la infección.

Leucemia: Enfermedad maligna de los leucocitos, que da lugar a la producción excesiva de dichas células.

Según el tipo de leucocitos dominantes hay 3 tipos:

1. - Mielóide

2. - Linfóide

3. - Monocítica.

Puede adoptar la forma aguda o crónica, pero la terminación siempre es letal.

La leucemia suele asociarse a la anemia y trombocitopenia a consecuencia de la sustitución de la médula ósea por células leucémicas.

DIAGNOSTICO.

Los signos son los siguientes: úlceras orales, las petequias, equimosis, hiperplasia gingival generalizada, enfermedad periodontal rápidamente progresiva, osteólisis, hiperplasia de los ganglios linfáticos dientes flojos.

Los pacientes leucémicos pueden presentar fiebra, debilidad, dolores corporales, pérdida de peso, boca seca y dolor en las encías.

Las pruebas de laboratorio son: El recuento leucocitario total, La extensión hemática para estudiar la morfología celular y la extensión de médula ósea.

TRATAMIENTO DENTAL

En los pacientes en los que se sospecha alguna agranulocitosis o leucemia no debe realizarse ningún tratamiento dental electivo.

Una vez diagnosticado y tratado, pueden ejecutarse los procedimientos corrientes de asistencia dental.

El dentista debe mantenerse en contacto con el médico en lo que se refiere al estado de salud del paciente, pues la leucemia normal tiene reca-

idas súbitas.

En las fases terminales de la leucemia, el paciente suele sufrir mucho a causa de dolores orales. El dentista, mediante los cuidados orales - conservadores, como la eliminación de cálculo con un cavitrón, puede hacer mucho para disminuir las molestias.

CAPITULO V

MANIFESTACIONES ORALES PROVOCADAS POR ENFERMEDADES GENERALES.

- 1. - ULCERAS ORALES**
- 2. - EMFERMEDADES INFECCIOSAS**
- 3. - ULCERAS POR TRAUMAS**
- 4. - ULCERAS AFTOSAS**
- 5. - AVITAMINOSIS**
- 6. - DISCRACIAS SANGUINEAS**
- 7. - ANEMIAS**
- 8. - TRASTORNOS HEMORRAGICOS**
- 9. - TRASTORNOS METABOLICOS**
- 10.- TRASTORNOS ENDOCRINOS**

MANIFESTACIONES ORALES PROVOCADOS POR ENFERMEDADES GENERALES.

Además de la historia clínica y de las pruebas de laboratorio, el examen clínico oral puede proporcionar informaciones útiles que conduzcan al diagnóstico de una enfermedad general. Como la enfermedad general suele manifestarse en forma de lesiones de los tejidos blandos de la boca, es importante que el dentista efectúe una inspección cuidadosa de tales tejidos durante la exploración clínica de rutina de todos los pacientes.

Es muy frecuente encontrar lesiones de aspecto similar que pueden obedecer a procesos locales o generales, como es el caso de las úlceras y petequias que pueden ser consecuencia de un trauma local o bien manifestación de una enfermedad general como es la leucemia.

Por lo tanto siempre que el dentista descubra una lesión oral, no debe descartar la posibilidad de que representa un peligro en potencia.

Si la lesión obedece a una causa local puede ser tratada por el dentista, mientras que si ésta está relacionada con una enfermedad local o general de carácter grave debe ser remitido al dentista especializado o a un médico para su tratamiento. Además puede tratarse de una enfermedad que si no es diagnosticada pudiera originar complicaciones graves como hemorragias o infecciones durante el tratamiento dental corriente.

ULCERAS ORALES:

Las úlceras orales se clasifican en:

- Locales

- Generales

LOCALES: Cuando la enfermedad se halla limitada a la cavidad oral-

GENERALES: Cuando las úlceras están asociadas con estados patológicos o síntomas en otras partes del organismo.

Una úlcera oral imputable a una irritación crónica que no produce otros trastornos patológicos se considera local. Una lesión sífilítica se considera local cuando es la única manifestación de la enfermedad.

Si va acompañada de otros síntomas o manifestaciones patológicas se clasifica como general.

La mayor parte de úlceras orales de etiología local serán tratadas por el dentista, con la excepción del carcinoma y de la sífilis.

En muchos casos en pacientes con úlceras asociadas a una enfermedad general deberán remitirse al médico para su tratamiento. Puede exceptuarse los casos de estomatitis gingival herpética primaria, líquen plano y eritema multiforme.

El diagnóstico se ha de basar en la información recogida tanto por observación clínica como por la historia y las pruebas de laboratorio.

ETIOLOGIA DE LAS ULCERAS ORALES

LOCAL	GENERAL
Neoplasias	NEOPLASIAS GENERALIZADAS
Carcinoma	Linfomas
Tumores de las glándulas salivales	Mieloma múltiple
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	METASTATICAS
Tuberculosis	Sarcoma
Sífilis	Carcinoma
Infecciones fúngicas	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
IRRITACIONES CRONICAS	Estomatitis gingival Herpética

Dientes mellados
 Dentaduras artificiales irregulares
HABITOS ORALES
 Mordedura de la mejilla
 Mordedura de la lengua
 Ulcera AFTOSAS
HERPES LABIAL RECURRENTE

Tuberculosis
 Sífilis
 Infecciones fúngicas
ENFERMEDADES HEMATICAS
 Leucemia
 Anemia aplásica
 Neutropenia
 Agranulocitosis
ENFERMEDADES DE LA PIEL
 Líquen plano
 Eritema multiforme

ULCERAS AISLADAS.

Hay que observar cuando se examina un paciente, si las lesiones son únicas o múltiples, La lesión aislada suele tener origen local, mientras que las lesiones múltiples suelen estar asociadas con una enfermedad general.

En los casos de úlceras aisladas, es muy importante observar si la lesión presenta los bordes salientes e indurados, este dato, es uno de los signos de peligro de carcinoma.

NEOPLASIAS.

Cuando se descubre una lesión aislada con bordes indurados y elevados, sin que exista un factor causal evidente, el dentista debe considerar la lesión como un carcinoma oral hasta que se demuestre lo contrario por biopsia. El exámen biopsico se realizará lo antes posible.

Si se descubre una fuente local de irritación se suprime el agente, se prepara una extensión citológica y se vuelve a examinar al paciente después de una semana. Está contraindicada la aplicación tópica de medicamentos. Si transcurre la semana sin que haya sanado la lesión, ó cuando el exá

men histológico sugiere la existencia de un cáncer, debe citarse inmediata-
al paciente y practicar una biopsia de la lesión.

En toda úlcera con una masa subyacente de tejido blando es obligato-
ria la biopsia. Por ejemplo, los pequeños neoplasmas de las glándulas sali-
vales producen con frecuencia tumefacciones en la boca que a veces se ulce-
ran por traumas secundarios. Los pacientes con neoplasias deben ser remi-
tidos con un cirujano oral para la extracción quirúrgica del mal.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Una úlcera aislada con bordes indurados y elevados pueden indicar -
también una tuberculosis, sífilis o una infección por hongos.

SIFILIS.

La sífilis, enfermedad venérea por espiroquetas (*treponema palli-
dum*), pueden ser adquiridas o congénita. La sífilis adquirida tiene tres pe-
ríodos: primario, secundario y terciario.

Sífilis Primaria.

Se presenta por lo general después del contacto sexual con una perso-
na infectada. Las lesiones bucales se presentan (chancro) aproximadamen-
te tres semanas después de la infección y comienza como una mácula que po-
co a poco se convierte en pápula y por último en úlcera. Los labios consitu-
yen la localización extragengital más común de la sífilis primaria. El labio -
superior es afectado más a menudo que el inferior, y las lesiones se sitúan
generalmente en el tercio medio del mismo. El chancro desaparece espontá-

neamente, en cuatro o seis semanas. Los cortes microscópicos muestran una infiltración densa de células plasmáticas, linfocitos, macrófagos y edema.

Sífilis secundaria.

Comienza cinco o seis semanas después de la desaparición del chancro. Esta etapa empieza con dolores de garganta, malestar, fiebre, escalofríos y lo más importante una erupción cutánea macular.

Las lesiones bucales consisten en : erosiones múltiples de color grisáceo en la mucosa: Estas placas pueden presentarse en cualquier punto de la mucosa bucal, pero la lengua, los labios y las amígdalas representan los sitios afectados con mayor frecuencia.

Son sumamente infecciosas y los cortes microscópicos de una placa mucosa revelan ulceraciones, un infiltrado de células plasmáticas y linfocitos, además de endarteritis. En contados casos se presentan excreciones semejantes a verrugas en la mucosa bucal.

Sífilis Terciaria.

Se manifiesta algunos años después. Las lesiones bucales de la sífilis terciaria son de dos tipos.

1. - Los gomas (foco circunscrito de 2 a 10 cms. de tamaño que consiste en una inflamación y necrosis gomosa que ocupa un órgano o tejido), que aparecen en el paladar y lo perforan.

2. - La inflamación crónica de la lengua (glositis sífilítica) asociada con arteritis (inflamación de la pared arterial). En los casos graves se observa fibrosis y fisuración de la lengua (lengua escrotal).

La glositis sífilítica se asocia a menudo con leucoplasia y en esos pacientes la incidencia del carcinoma de células escamosas es elevada.

Sífilis congénita.

Se adquiere en el útero. Puede presentar cualquiera de las manifestaciones de las formas secundaria y terciaria de la adquirida.

Las lesiones bucales consisten en dientes de Hutchinson, molares de Pfluger y moriformes, gomas, glositis, placas mucosas fisuras y cicatriza ción de las comisuras de la boca.

TUBERCULOSIS.

Son extremadamente raras las lesiones bucales, cuando las hay consisten en úlceras persistentes o masas granulomatosas. Los cortes microscópicos revela una úlcera, y en el tejido conectivo subyacente es posible observar la presencia de nódulos circunscritos de células epiteloides y gigante.

CANDIDIASIS. - (MONILIASIS)

Infección por el hongo Candida (monilia) Albicans, y por lo general afecta las túnicas mucosas de la boca, tracto gastrointestinal y vagina. Las lesiones de la mucosa bucal se llama muguet. Las lesiones se presentan en la infancia o la vejez.

Clinicamente se observa en cualquier lugar de la mucosa bucal, con el aspecto de placas blancas o blancogrisáceas que en ocasiones semejan leche cuajada. A diferencia de otras muchas lesiones blancas el muguet puede

horrarse cuando se lo frota, dejando superficies expuestas, dolorosas y san graves.

El hongo de la Cándida se halla presente en todas las bocas; sin embargo, se vuelve patógeno en aquellas personas en quienes la resistencia tisular está disminuido (diabetes o leucemia) o en quienes el balance de la flora bucal está alterado de tal manera que favorezca su desarrollo (uso pro longado de antibióticos).

TRAUMAS, IRRITACIONES CRONICAS, HABITOS ORALES.

La mayoría de las úlceras aisladas no son induradas y suelen ser se cundarias a un trauma. Cuando se descarta la posibilidad de una enfermedad infecciosa grave o maligna es importante aclarar su posible relación con fu entes locales de irritación crónica como suele ser bordes afilados, los gan chos de la prótesis, las bandas ortodóncas o los depósitos de cálculos.

La historia del paciente también puede poner de manifiesto hábitos o rales, como morderse la mejilla o la lengua, que pudieran ser la causa de la irritación. Muchas veces, el aspecto de la lesión o su localización en la mucosa del labio o bucal, frente al plano oclusal, hacen pensar en una etiología por mordedura.

ULCERAS AFTOSAS.

Las úlceras aftosas suelen ser recidivantes, dolorosas, y curan en s iete a catorce días sin dejar cicatriz. En muchos pacientes se desarrollan estas lesiones tras la administración de agentes anestésicos locales en --

yección, la aplicación de un dique de goma o los movimientos del eyector de saliva, o en combinación con una enfermedad general.

Estas úlceras se observan por lo general en las regiones de la boca en donde existen glándulas mucosas.

La enfermedad se caracteriza por sucesivos episodios de ulceraciones superficiales, ovaladas o redondas, en la tónica mucosa interna del labio, mejilla, lengua, piso de la boca, paladar y encías. Las lesiones tienen de 2 mm a 20 mm de diámetro y son dolorosas.

Comienzan como zonas blancas pequeñas o pápulas rojas y elevadas en la mucosa, que aumentan de tamaño y experimentan luego necrosis central con formación de úlceras.

Se presenta más en las mujeres que en los hombres, tiene tendencia familiar, su máxima prevalencia es en los meses de invierno y primavera.

Existe una correlación definida entre un stress físico y emocional y la aparición de las úlceras. Curan espontáneamente en una o dos semanas. La recidivas son más frecuentes en los casos de lesión herpética.

DEFICIENCIA DE VITAMINA A.

La vitamina A es esencial para el mantenimiento de la función y estructura de epitelios especializados, para la producción de pigmentos fotosensibles utilizados por los conos y bastoncillos del ojo y para el crecimiento normal del esqueleto.

LESIONES BUCALES. - No son comunes, pero puede presentarse cuando

do la deficiencia es muy grande:

- Disminución del flujo salival
- Zonas hiperqueratósicas en la mucosa bucal.

DEFICIENCIA DE VITAMINA B

DEFICIENCIA DE TIAMINA (VITAMINA B₁).

La tiamina es importante para el metabolismo de los hidratos de carbono y se la encuentra en cereales, aueces, levadura, etc.

Su falta produce el beriberi.

MANIFESTACIONES BUCALES. -

- Edema de la lengua
- Pérdida de papilas
- Dolor.

DEFICIENCIA DE NIACINA

La niacina es importante para la oxidación intracelular, su falta provoca la pelagra.

Lesiones Bucales. -

- tumefacción
- Enrojecimiento de la mucosa
- Ulceración de las mucosa

DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA (VITAMINA C, VITAMINA B₂).

Las lesiones bucales que se presentan cuando hay deficiencia son ba-

ticamente en la lengua.

- Lengua roja e inflamada
- Pérdida de las papilas filiformes.
- Puede mostrar ulceración:
- Hay cianosis

Labios:

- Fisurados
- Grietas dolorosas
- Descamación.

Estas alteraciones son particularmente acentuadas en las comisuras de la boca (queilitis angular).

La deficiencia de vitamina B habitualmente consiste en una deficiencia múltiple de todo el complejo B, por consiguiente, las alteraciones bucales relacionadas con la falta de esta vitamina pueden resumirse como sigue:

1. - Enrojecimiento, ulceración y erosiones de la mucosa bucal, especialmente la lengua.

2. - Lengua roja, pero puede tener el color de la fucsina (magenta)

3. - Pérdida de papilas linguales.

4. - Tumefacción de la lengua y escotaduras en sus borde laterales

5. - Formación de costras, fisuras y erosiones en los labios y comisuras bucales.

6. - Los cortes microscópicos no son específicos, pero muestran edema e infiltración con linfocitos y plasmocitos.

DEFICIENCIA DE VITAMINA C.

La vitamina C es una sustancia esencial para la producción el mantenimiento de la sustancia fundamental de todos los tejidos conectivos. Si la deficiencia es grande, se produce el escorbuto.

LESIONES BUCALES.

- Petequias y equimosis en la mucosa
- Hiperemia
- Edema
- Agrandamiento de las encías con tendencia a sangrar.
- Aflojamiento leve o marcado de los dientes.
- Pérdida de piezas dentarias.
- Fusoespiroquetosis secundaria o Infección de Vincent.
- Fracaso en la curación de heridas.

DEFICIENCIA DE VITAMINA D.

Se cree que la vitamina D contribuye a la absorción de calcio y fósforo a través de la mucosa intestinal, que produce la calcificación del hueso y el cartilago, y que es antagonista de la parathormona.

La deficiencia de vitamina D produce raquitismo, y osteomalacia en adulto.

Ambas enfermedades se caracterizan por una mala calcificación del cartilago y el hueso. En la osteomalacia no se observan manifestaciones bucales, en los niños con raquitismo pueden presentarse trastornos graves en relación con los dientes y maxilar, por ejemplo, retardo de la erupción de los dientes, retardo del desarrollo mandibular, y maloclusión de clase II.

DISCRACIAS SANGUINEAS.

Las manifestaciones bucales están presentes en todas las formas severas de discrasias sanguíneas. Estas alteraciones son más evidentes en los tejidos blandos de la boca y consisten en agrandamientos, ulceraciones y hemorragia.

LEUCEMIA.

Aguda: - Las lesiones bucales consisten en agrandamiento, hemorragia y necrosis de la encía, pérdida de sangre y exudado en derredor de los dientes. La mucosa bucal puede mostrar equimosis y necrosis. Las extracciones dentarias provocan hemorragias profusas. En las formas agudas de leucemia, la sangre periférica revela un marcado incremento en la cantidad de la célula respectiva.

Crónica: - Las manifestaciones bucales suelen estar presentes y consisten en hiperplasia de la encía.

AGRANULOCITOSIS.

Las lesiones consisten en ulceración gangrenosa de las encías, amígdalas, paladar blando, labios, faringe y mucosa bucal.

Las úlceras poseen una membrana amarilla o gris, pero carecen de halo rojo. La falta del mismo obedece a la ausencia de la respuesta inflamatoria.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS GLOBULOS ROJOS.

POLICITEMIA PRIMARIA Y SECUNDARIA.

Tanto en la forma primaria como en la secundaria, la mucosa bucal puede presentar un color frambuesa o púrpura acentuado, y puede producir hemorragia gingival espontánea.

ANEMIAS.

ANEMIA POR FALTA DE HIERRO.

- Atrofia de las papilas linguales, y zonas lisas en la lengua
- Dolor en la lengua y mucosa bucal;
- Disfagia
- Sensación como la que puede producir un bolo alimenticio obliterando la garganta.

- Leucoplasia del esófago.

A todo el complejo de síntomas se le llama Síndrome de Plummer-Vinson.

ANEMIA PERNICIOSA

Los signos y síntomas se presentan en la lengua (glositis de Hunter).

- Se observan llagas, acompañadas de sensación de ardor.
- Atrofia de las papilas
- Debido a la inflamación, la lengua se presenta satinada y roja como carne cruda.

- Puede ocurrir ulceraciones.

ANEMIA POR TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

Las alteraciones bucales son semejante a las de la anemia perniciososa y consisten:

- Glositis
- Atrofia de las papilas
- Ulceración y dolor (glosodinia)

ANEMIAS CAUSADAS POR OBLITERACION DE LA MEDULA ROJA.

Las anemias producidas por supresión de la médula ósea roja (aplásticas) son graves y rápidamente fatales. La cavidad bucal muestra:

- Hemorragias
- Ulceraciones
- Necrosis

ANEMIAS HEMOLITICAS.

Las lesiones bucales en este tipo de anemia consisten en:

- Protusión de los dientes anterosuperiores
- Las radiografías de los maxilares revelan osteoporosis, - que se acompaña de una particular bastedad de algunas trabéculas.
- En su forma grave la enfermedad suele ser fatal.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS.

En todas estas enfermedades o insuficiencias, el cuadro bucal general es el de hemorragias espontáneas, en derredor de los dientes, petequias

y/o equimosis, y hemorragias profundas y prolongadas incluso después de la menor intervención quirúrgica en la boca.

TRASTORNOS METABOLICOS

DIABETES.

Las manifestaciones bucales de la diabetes no controlada son graves y consisten en:

- Destrucción acentuada del tejido óseo que sirve de sostén a los dientes que conduce a lesiones similares a la periodontosis,
- Un complejo de periodontitis,
- Aflojamiento y pérdida de piezas dentarias,
- Gingivitis y dolor de encías.
- Xerostomía
- Pulpitis en la cual los dientes afectados pueden estar libres de caries (el dolor se atribuye a una arteritis).
- Ulceraciones de la mucosa bucal.
- Aliento con olor a acetona
- Disminución de la resistencia tisular que condiciona el marcado retardo en la curación de los tejidos bucales.

AMILOIDOSIS.

En todos los tipos de amiloidosis (secundaria, primaria, tumoral y amiloidosis del mieloma múltiple), las lesiones se presentan en la lengua y encías (ambas agrandadas y lisas.

Los cortes microscópicos ponen de manifiesto masas de sustancias homogéneas rodeadas de células gigantes de cuerpo extraño.

TRASTORNOS ENDOCRINOS.

GIGANTISMO. - Las manifestaciones bucales de esta enfermedad son:

- Agrandamiento de los maxilares.
- Aumento acentuado de la dimensión vertical
- Erupción temprana de los dientes.
- Agrandamiento de la lengua
- Hipercementosis
- Macrodoncia en aquellos pacientes en los cuales el tumor surge a muy temprana edad.

ACROMEGALIA.

En estos pacientes se desarrollan huesos gruesos, manos grandes y un cráneo voluminoso. Las lesiones bucales consisten en:

- Agrandamiento de la mandíbula y del maxilar.
- Diastemas
- Periodontitis,
- Gingivitis
- Hipercementosis
- Osteoporosis

HIPERPARATIROIDISMO.

PRIMARIO: - Denominada también osteítis fibrosa quística generalizada

o enfermedad de Recklghausen.

Las lesiones bucales revisten gran importancia para el dentista porque habitualmente están presentes y porque, en algunos casos en varios meses a todos los demás síntomas. Consisten:

- Pérdida difusa de hueso de los maxilares,
- Aflojamiento de los dientes
- Pérdida de la cortical ósea
- Lesiones radiolúcidas centrales en la mandíbula o el maxilar.

ENFERMEDAD DE ADDISON.

Producida por la insuficiencia crónica de la corteza suprarrenal.

Lesiones bucales:

- Pigmentación que varía del amarillo al pardo en la mucosa.
- Las zonas más afectadas son los labios, la mucosa bucal y la lengua.

HIPERTIROIDISMO.

Es el resultado de hiperactividad tiroidea, con la consiguiente secreció exagerada de hormona, principalmente la tiroxina, sin relación con las necesidades del organismo.

Las manifestaciones bucales no son muy notables, si el trastorno comienza en los primeros años de la vida, la erupción prematura de los dien -

tos y la pérdida de la dentición temporaria constituyen hallazgos comunes.

HIPOTIROIDISMO.

Es el trastorno resultante de una deficiencia en la secreción de hormona tiroidea. Si la deficiencia se inicia en la niñez se desarrolla cretinismo. Si comienza en la edad adulta, resulta el mixedema.

CRETINISMO. - Las manifestaciones bucales consisten en el retardo de la erupción dentaria, retardo en la caída de los dientes temporarios y mala oclusión, agrandamiento y protusión de la lengua, babeo por falta de control y labios grandes.

MIXEDEMA. - En esta enfermedad las manifestaciones bucales consisten en labios gruesos y agrandamiento de la lengua.

CONCLUSIONES

En la práctica de la odontología moderna, el cirujano dentista no debe limitarse al conocimiento de la patología oral, y su tratamiento, ya que siendo ésta una rama de la medicina es de gran importancia conocer de modo general las distintas enfermedades sistémicas que atacan el organismo con el fin de brindar una mayor ayuda y servicio a nuestros pacientes, además de prever alguna complicación durante la práctica del tratamiento dental.

En este trabajo hago mención de diversos aspectos que por considerarse poco frecuentes o por la complejidad para su diagnóstico no son tomados en consideración durante nuestra cotidiana labor profesional, y que por la importancia que tiene para un buen diagnóstico y tratamiento dental, así como para evitar contratiempos durante el mismo, no deben pasarse por alto.

La patología de la cavidad bucal puede estar relacionada con otros padecimientos de orden médico general, una puede ser resultado de la otra o viceversa, o bien constituir un signo o síntoma de una entidad nosológica perfectamente definida, por lo que al realizar un estudio oral o máxilo-facial debemos tenerlo en consideración.

El aparato bucal, es el inicio de una función de extraordinaria importancia para la salud del individuo; por lo que si éste funciona anormalmente por malos hábitos o por la existencia de patología, habrá indudablemente repercusiones serias en otros órganos.

La realización de este trabajo me ha hecho ver la importancia y la obligación que debe tener el cirujano dentista de adentrarse a los conocimien

tos en lo que se refiere a la medicina general, para detectar el origen de ciertas manifestaciones que no siempre son el resultado de ataques a la cavidad bucal, ya sea por agentes químicos biológicos, o mecánicos, sino que su presencia se debe a problemas internos provocados por el desequilibrio químico-biológico del organismo: sin estos conocimientos indispensables, no es posible elaborar una historia clínica completa; la cual es de gran importancia pues de ella depende el acierto de nuestro diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. - LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
EN LA PRACTICA GENERAL
Alvin L. Morris
Harry M. Bohannon
Editorial Labor S. A.
2a. Edición.
2. - PATOLOGIA ORAL
Thoma
Salvat Editores S. A.
Barcelona 1975
3. - MEDICINA BUCAL
Burket, L. W.
Editorial Interamericana
México 1973.
4. - PATOLOGIA BUCAL
S. N. Bhaskar.
Editorial " El Ateneo " Buenos Aires
2a. Edición
5. - EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
Frank M. Mc Carthy
Editorial " El Ateneo " Buenos Aires
2a. Edición.