

24/85

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala - U.N.A.M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**DATOS PARA EL DIAGNOSTICO
CLINICO.**

María Eugenia Cerezo Alvarez Tostado

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	INTRODUCCION	1
I	GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNOSTICO	5
II	DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	13
III	DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	39
IV	DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	56
V	DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL RIÑON	66
VI	DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO, DEL PANCREAS Y DEL BAZO	72
VII	DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	77
VIII	MEDIOS AUXILIARES PARA EL DIAGNOSTICO	82
	CONCLUSIONES	92

El diagnóstico clínico se puede aseverar que no ha pasado de moda a pesar de los avances técnicos, electrónicos y cibernéticos de la era moderna, es más, en la actualidad existen monitores para el control a mediana y gran distancia de pacientes cardiacos, la medicina del espacio, empieza a radicar y expandirse en la tierra, sin embargo para el médico, el odontólogo y para todo profesionista de ejercicio particular y aún hospitalario la inspección clínica sigue siendo el pilar fundamental.

Los signos vitales con el avance de la oftalmología se han sofisticado, se han hecho más precisos y valiosos. Los signos de Babinsky se han enriquecido por medio del estudio hemodinámico y miofuncional cobrando un valor mayor que antaño.

La cianosis, descubierta en 1801 ha obligado a la ciencia médica a establecer una cromía para identificar con alto índice a precisión si es de origen pulmonar tanto por hipoventilación como por hiperventilación.

Oswal demostró que las afecciones cardiacas contienen su propia cromía cianótica azul rojizo, distinto al pulmonar azul grisáceo, estos colores van del hipercromático al más mínimo y es capaz de indicar varios signos, entre ellos podemos mencionar el trastorno arterial, el trastorno venoso metabólico anaerobio, insuficiencia congestiva, etc, con sólo observar la lengua y mucosa de la boca.

Podemos enumerar otros datos clínicos tales como la halitosis y la saburra (desgraciadamente no muy empleados en la actualidad), pues su conocimiento es más preciso y sumamente interesante para su estudio, lo mismo podemos mencionar en cada aparato y sistema.

Hace 45 años, mi padre, el Sr. Dr. Carlos Cerezo Landgrave, presentó como tesis para su exámen profesional de Cirujano Dentista el tema "DATOS PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO". El interés que persigo al haber escogido el mismo tema, es intentar actualizarlo ya que el objetivo principal de mi tesis es orientar a mis compañeros que inician la Carrera de Cirujano Dentista, hacia el camino que les permitirá llegar a ser unos buenos clínicos.

Se trata de una introducción a la técnica del Diagnóstico.

Hasta este momento, como estudiante de secundaria y preparatoria sólo he sido un "receptor".

El colegio y la Universidad se ocuparon de ofrecerme conocimientos y experiencia y de recompensar mis adquisiciones.

Ahora comienzo a dar pasos como "dador" pues practicar la Odontología significa servir. De aquí en adelante deberé efectuar mi propia evaluación; es el momento en que comienza una autoeducación que durará toda la vida. El éxito o el fracaso en las adaptaciones que logre en el primero o segundo año de práctica determinarán, en gran medida, la case de Odontólogo que llegaré a ser veinte o treinta años después de graduada.

Un sabio aforismo alemán dice: "Sólo se llega a ser médico actuando como tal". No se puede aprender el arte o la ciencia de la práctica médica con este o cualquier otro libro. El 10 no se consigue en la biblioteca, se aprende junto al enfermo.

Para desempeñarse en el lugar de la acción se requieren ciertas facultades básicas: hay que saber como hablar con el enfermo, que interrogamos, como tocarlo, que signos buscar. No es posible conocer a fondo estas técnicas en un años, ni en una vida de práctica; pero sí cabe aprender el método, que debe dominarse lo más rápidamente posible, ya que éste, junto con las Ciencias preclínicas

constituye la base sobre la cual se construirá la super estructura clínica.

Pensar en "DIAGNOSTICO CLINICO" como una disciplina aislada no sólo resulta anticuado sino peligroso. Es posible separar la confección de la historia y el diagnóstico físico, del estudio clínico o de la cirugía sin quebrar la lógica fundamental en que se basa la práctica de la odontología. El proceso diagnóstico es un todo continuo que comienza invariablemente con una serie de observaciones acertadas que pueden ser verbales, físicas o de laboratorio; por lo general la conjunción de las tres. Tratar de separarlas resultaría artificial, por que se hallan entremezcladas como la trama de un tejido. El clínico no termina su comunicación con el paciente cuando completa la historia, ni deja de observarlo después del examen físico. Las impresiones que recoge al lado del sillón continúan guiándolo indefinidamente, tanto en el diagnóstico como en el programa terapéutico.

En realidad, aún en estos tiempos en que disponemos de autoanalizadores, el anticuado "DIAGNOSTICO FISICO" sigue orientando el tratamiento. La práctica odontológica, para ser completa requiere más que nunca la observación del enfermo. Es entonces cuando aplicamos los hechos científicos aprendidos en el aula y los trasladamos a la acción, y cuando hallan su mejor expresión, en el ejercicio de la odontología, la sensibilidad y la comprensión.

Por definición, una parte significativa de la tarea del clínico está relacionada con el paciente como individuo, y con su vida. Es decir, el clínico no trata enfermedades, trata enfermos. El término enfermedad denota algo impersonal que describe un conjunto de fenómenos, relacionados entre sí, que pueden verse en las páginas de cualquier texto. El enfermo, en cambio, es el resultado de la interacción de una enfermedad y un determinado

individuo, y deja de ser algo impersonal.

Los fenómenos clínicos provocados por una enfermedad incluyen las sensaciones subjetivas llamadas "SINTOMAS" y los cambios objetivos, denominados "SIGNOS". En la práctica, los síntomas deben ser reconocidos dentro de un cúmulo de informaciones correctas e incorrectas, y los signos deben identificarse entre variables anatómicas y fisiológicas confusas, lo que constituye otro aspecto importante de la labor del clínico.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO. Es el conocimiento de la enfermedad, o sea el estado patológico y los diversos factores o condiciones propias que se determinan en el individuo.

El conocimiento o diagnóstico de las causas que producen los estados patológicos reciben el nombre de DIAGNOSTICO ETIOLOGICO.

El conocimiento de la manera de obrar de las causas que producen los estados patológicos se llaman DIAGNOSTICO PATOGENICO.

La localización de los estados patológicos en el organismo es muy diversa. El conocimiento de esta localización se llama DIAGNOSTICO ANATOMO- TOPOGRAFICO, formado a su vez de dos diagnósticos, el ANATOMICO que conoce el órgano que padece, y el TOPOGRAFICO que determina el sitio o región afectada.

El conocimiento de los trastornos habidos en los tejidos se denomina DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO.

El conocimiento de las perturbaciones sufridas en las diferentes funciones de un organismo constituye el DIAGNOSTICO FISIO-PATOLOGICO.

El conocimiento de las enfermedades por los diversos datos obtenidos y que implican el nombre clínico de ellas, constituye el DIAGNOSTICO NOSOLOGICO.

Todos los diversos diagnósticos antes mencionados vienen a cons-

tituir el DIAGNOSTICO INTEGRAL.

También se pueden considerar dos diagnósticos accesorios:

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO, que es el conocimiento de los estados psíquicos del enfermo, como son el estado intelectual, el estado de la conciencia, etc.

DIAGNOSTICO SOCIOLOGICO, es el conocimiento del estado social del enfermo y de las posibilidades de éste para poder satisfacer exigencias del tratamiento.

El diagnóstico se hace fundandose en el conocimiento de los diferentes síntomas y signos que caracterizan a las enfermedades y que nos hacen ver la diferencia que existe entre el estado normal o de salud y el estado anormal o de enfermedad.

Los síntomas son manifestaciones propias de la enfermedad, es decir, los datos especiales que aparecen en un individuo a medida que evoluciona aquella.

Se ha acostumbrado llamar signos a los datos que nos pueden guiar para llegar al conocimiento de la enfermedad.

Para mayor claridad podemos decir que todo síntoma es signo de enfermedad pero no todo signo es síntoma de la misma.

Para llegar al conocimiento de una enfermedad, es decir, cuando se trata de plantear el diagnóstico, nos valemos de la exploración clínica la que podemos dividir en interrogatorio e inspección:

INTERROGATORIO. Se le da este nombre en la clínica, a una serie ordenada o mejor dicho lógica, de preguntas, que se dirigen al enfermo o a sus familiares y que tienen por objeto ilustrar al

clínico sobre aquellos datos que no pueden aprender por la obser
vación personal del enfermo. Estos datos son los relativos a los
antecedentes hereditarios y personales, costumbre y género de vi-
da, principio y evolución de la enfermedad actual hasta el momen-
to en que se examina al enfermo. Síntomas subjetivos actuales,
medios empleados para combatir el padecimiento y resultado obte-
nido.

Generalmente el interrogatorio se dirige al enfermo, llamándose
en este caso directo; pero si el paciente es un niño o un adulto
que por sus condiciones no pueda responder (gran debilidad, esta-
do de coma, etc.), las preguntas se dirigen a los familiares ca-
lificándose entonces el interrogatorio de indirecto.

El interrogatorio se puede dividir de la siguiente manera:

- a) Enfermedad actual
- b) Estado orgánico actual del enfermo
- c) Recursos terapéuticos empleados y resul-
tado obtenido.
- d) Antecedentes personales y costumbres
- e) Antecedentes hereditarios

ENFERMEDAD ACTUAL

Se entiende por enfermedad actual, a la enfermedad que motiva la
consulta; es con el objeto de encontrar alivio de ella por lo que
el enfermo se pone en manos del médico; por lo tanto, se comen-
zará el interrogatorio investigando sus síntomas. La historia
clínica que es la relación completa del caso clínico observado,
se redacta por riguroso orden cronológico, comenzando por los an
tecedentes y terminando por la enfermedad actual.

ESTADO ORGANICO ACTUAL DEL ENFERMO

Se entiende por esto al conjunto de condiciones orgánicas que el enfermo ha tenido en los días próximos al examen y no exclusivamente las que tiene en el día preciso en que este se efectúa.

Se pregunta ordenadamente sobre las manifestaciones patológicas de los diferentes aparatos y tan luego como el enfermo manifieste haber tenido alguna, se investiga de ella en su principio, sus caracteres, su evolución y el tiempo en que se presentó.

Las manifestaciones que deben investigarse en el interrogatorio son:

SISTEMA DIGESTIVO: apetito, sed, deglución, erutos, agios, acedías, vómitos, caracteres y composición de las materias vomitadas, sensaciones anormales en el vientre (plenitud, peso, dolor), estreñimiento, diarrea, caracteres de las evacuaciones.

SISTEMA RESPIRATORIO: disnea, tos, expectoraciones, dolor en el torax, hipo.

SISTEMA APARATO CARDIO-VASCULAR: palpitaciones, dolor, vértigos, hemorragias, edemas.

SISTEMA RENAL: frecuencia de las micciones, cantidad de la orina y caracteres de la misma.

SISTEMA NERVIOSO: movilidad, sensibilidad, funciones psíquicas, sueño.

SINTOMAS GENERALES: calosfrío, fiebre, sudores, adinamia, enflaquecimiento.

RECURSOS TERAPEUTICOS EMPLEADOS Y RESULTADO OBTENIDO: De gran utilidad es ésta investigación, que muchas veces se desprecia, por

presuntuoso concepto de superioridad. El éxito obtenido con determinado medicamento puede dar muy valiosa orientación hacia el diagnóstico; el fracaso de un tratamiento será la indicación de recurrir a otros medios terapéuticos.

ANTECEDENTES PERSONALES Y COSTUMBRES. Por medio de esto comprendemos las enfermedades anteriores los lugares en que se ha habitado, el género de vida, profesión, costumbres y edad.

El conocimiento de las enfermedades anteriores es de suma importancia para establecer el diagnóstico y el tratamiento.

Otras veces al investigar los antecedentes se encuentra el principio de la enfermedad actual.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. Se comprenden en este grupo las enfermedades que han padecido los ascendientes del enfermo. La importancia de esta investigación estriba en que hay enfermedades que se transmiten por herencia, otra, aunque no se ha demostrado con evidencia su transmisión hereditaria, es un hecho de observación que se presentan con suma frecuencia en los miembros de una misma familia.

No es raro que las preguntas que el clínico dirige al enfermo den un resultado tan característico que aún sin examinar al enfermo pueda plantearse un diagnóstico más o menos exacto. Sin duda alguna es indispensable para el interrogatorio cierta experiencia. Por lo que, sólo el examen objetivo practicado a continuación, puede llevarnos a conocer datos suficientes para poder formular un diagnóstico exacto.

INSPECCION. Se da por nombre de inspección, a la exploración que se efectúa por medio de la vista.

Si la inspección se efectúa con sólo los ojos es llamada directa;

cuando el clínico utiliza algún instrumento, la inspección es llamada indirecta o instrumental.

Reglas para efectuarla; debe descubrirse la región o regiones, por examinar y su homóloga, si la hay, para hacer un estudio - comparativo; iluminar convenientemente, esto es, que la luz - esté uniformemente repartida, pues la desigual repartición de - la luz podría hacer creer que están deprimidas es la solar, especialmente cuando se trata de observar la coloración de la piel, sobre todo la ictericia, la que aún estando muy acentuada puede pasar inadvertida.

El enfermo debe colocarse en posición cómoda para que no se fatigue, sus músculos deben estar relajados, porque las contracciones musculares deforman la región.

DATOS QUE SE OBTIENEN. Por medio de la inspección se puede obtener datos relativos a, posición, forma, volumen, estado de la superficie, movimientos, etc.

PALPACION. Se da por nombre de palpación a la exploración por medio del sentido del tacto.

Si se realiza sin ayuda de ningún instrumento es llamada inmediata o directa; para palpar cuando se aprovecha algún instrumento se le llama mediata indirecta o instrumental.

Según se palpen los tejidos superficiales o los órganos profundos se califica a la palpación de superficial o profunda.

Si se realiza con toda la mano o gran parte de ella, se le llama manual; si únicamente con uno o dos dedos, se le califica de digital.

REGLAS PARA EFECTUARLA: la región por explorar debe estar al

descubierto, el enfermo adoptará una posición de acuerdo con la región que se va a explorar, las manos del explorador no estarán frías, se debe palpar con suavidad, si la región por examinar es grande, se palpa con toda la mano y aún con las dos, en el caso contrario tendrá que acudir a la palpación digital.

DATOS QUE SE OBTIENEN. La palpación nos suministra datos relativos a localización, posición, forma, volumen, estado de la superficie, movimientos, consistencia, dolor y temperatura.

PERCUSION. Es el procedimiento de exploración que consiste en dar golpes con el objeto de producir ruidos, despertar dolor o provocar movimientos.

La percusión se divide en directa o inmediata e indirecta o mediata. Se llama directa o inmediata cuando se percute sin interponer ningún objeto.

Cuando al hacer la percusión se interpone un objeto, se le llama mediata o indirecta. Hay varias maneras de efectuarla, según se empleen los dedos únicamente, o instrumentos especiales llamados plesímetro y martillo de percusión, los mangos de los espejos dentales etc.

REGLAS PARA EFECTUARLA. Debe descubrirse la región por explorar, el enfermo se colocará en la posición adecuada con relación a la zona que se va a explorar, los golpes deben ser secos y breves.

DATOS QUE SE OBTIENEN. Ruidos, las características de este son timbre intensidad y altura.

La intensidad es la mayor o menor fuerza con que se percibe un ruido. Según la intensidad se dividen en ruidos intensos y poco intensos. Al intenso se le llama claro y al poco intenso

se le llama obscuro. La altura es la mayor o menor agudeza del ruido.

Según la altura los ruidos se dividen en agudos o altos y bajos o profundos.

AUSCULTACION. Se le llama auscultación a la exploración que se efectúa por medio del oído.

En ciertos casos es por medio del oído como se recoge el primer dato aún antes de ver al enfermo (cuando se oye un acceso de tos) a esta auscultación se le llama a distancia, pero la más importantes es la auscultación que se practica poniéndose en contacto con el enfermo ya sea directamente con la oreja, o por medio de aparatos especiales, en el primer caso la auscultación es llamada directa o inmediata, en el segundo, se le denomina mediata indirecta o instrumental.

REGLAS PARA EFECTUARLA. El enfermo adoptará una posición de acuerdo con la región que se examine, como en todos los procedimientos de exploración la comodidad del explorador es requisito indispensable.

DATOS QUE SE OBTIENEN. Son variables según la región explorada. Considerando el asunto en general, se pueden dividir en ruidos espontáneos producidos por el funcionamiento de los órganos y ruidos provocados.

PERCUSION AUSCULTATORIA. Es un procedimiento mixto que consiste en escuchar como se trasmite a través de los órganos los ruidos producidos por la percusión, se practica con dos objetos; para conocer el estado físico de los órganos y para limitar sus áreas de proyección.

C A P I T U L O I I

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

MANIFESTACIONES INESPECIFICAS

HALIATOSIS: El mal aliento puede deberse a muchas causas entre las que se incluyen el aseo bucal inadecuado, enfermedades crónicas de senos o nariz, caries dentales, infecciones de las encías, amigdalitis, enfermedades generales, fiebre y toxemias, enfermedades pulmonares crónicas, trastornos a casi cualquier nivel del sistema digestivo y trastornos neuropsiquiátricos en los que sólo se presenta el mal aliento como dato subjetivo.

En ausencia de enfermedad, el mal aliento aparece por la producción de sustancias resultantes del metabolismo terminal por algunas bacterias de la flora bucal. Los factores que favorecen la producción del mal aliento son el estancamiento de salivas en zonas locales dentro de la cavidad bucal, un pH levemente alcalino y la pepauperación de carbohidratos disponibles.

PIROSIS (ardor del cardias): Es un dolor desagradable retroesternal, puede provenir de cualquier estímulo irritante del esófago distal, su relación más importante es con el reflujo del contenido gástrico-ácido péptico, u ocasionalmente de jugos alcalinos. La frecuencia de la pirosis durante el embarazo es muy alta.

NAUSEA Y VOMITO: Estos síntomas pueden ocurrir aislados o juntos y tienen su origen en una gran variedad de causas. El centro del vómito en el bulbo puede estar estimulado por impulsos

aferentes provenientes de las estructuras gastrointestinales y de otras vísceras, por lo tanto, su corrección depende del tratamiento de la causa subyacente, irritación, inflamación o trastornos mecánicos a cualquier nivel del sistema digestivo (desde faringe hasta recto); impulsos irritantes que parten de cualquier víscera enferma, por ejemplo colecistitis o la acción tóxica de medicamentos cardíacos como por ejemplo digital.

Entre las causas centrales (centro del vómito) se encuentran los eméticos centrales (emetina, apomorfin, morfina); Toxinas exógenas y endógenas, aumento de la presión intracraneal, la hipoxia cerebral debida a anemia cerebral o hemorragia y factores psicológicos.

La náusea intensa prolongada puede reflejar los padecimientos gastrointestinales graves o la enfermedad general; por ejemplo obstrucción del intestino delgado, uremia, insuficiencia cardíaca congestiva y pancreatitis.

Las complicaciones del vómito incluyen la aspiración en los pulmones del material vomitado, ruptura del esófago y desgarramiento de la mucosa gastroesofágica.

HIPO (sollozo): Habitualmente el hipo es un fenómeno transitorio y benigno. Puede ocurrir como una manifestación de muchas enfermedades. Es importante descartar causas específicas como neurosis, trastornos cardiorespiratorios y gastrointestinales, insuficiencia renal, enfermedades infecciosas y otras. Puede ser el único síntoma de la esofagitis péptica.

CONSTIPACION O ESTREÑIMIENTO: La frecuencia de la defecación y la consistencia de las heces varía enormemente en los individuos normales. La queja de constipación refleja a menudo las actitudes del paciente en relación con el patrón del número de defecaciones. Sólo se considerará que el paciente está constipado si

la defecación se retardara en forma inexplicable por varios días o si las heces son duras, secas y cuesta trabajo expulsarlas. Las causas específicas de la constipación incluyen las lesiones del cólon o recto, hipotiroidismo, hipercalcemia y neurosis. La constipación es una complicación frecuente de la inactividad física o del reposo en cama por tiempo prolongado.

HECES IMPACTADAS. El excremento endurecido o pastoso en el recto o en el cólon, interfiere con el paso normal de las heces; si el excremento impactado no se extrae, ya sea manualmente, por enemas o medidas quirúrgicas, puede provocar una obstrucción parcial o completa. Las heces impactadas pueden deberse a causas orgánicas (padecimientos anorectales dolorosos, tumores o enfermedades neurógenas del cólon) o causas funcionales (laxantes, por aumento de la masa, antiácidos). La exploración física puede revelar un abdomen distendido, tumores palpables en el abdomen y heces endurecidas en el recto.

FLATULENCIA: La cantidad de gas intestinal varía normalmente de un individuo a otro. El gas intestinal proviene de aire deglutido inevitablemente durante el beber o el comer, de gases de los alimentos de deficiencia de disacaridosa y de la acción de las bacterias del cólon. La flatulencia puede deberse a enfermedad funcional u orgánica del sistema digestivo.

DIARREA: Las causas de diarrea pueden clasificarse de la siguiente manera: trastornos psicógenos, infecciones intestinales envenenamientos por metales pesados, absorción defectuosa, padecimientos pancreáticos, enfermedades neurológicas, desnutrición, alergia alimentaria y de causa desconocida.

HEMORRAGIA MASIVA DE PARTE ALTA DEL SISTEMA DIGESTIVO: Es una emergencia frecuente, puede definirse como la pérdida de sangre en cantidad suficiente como para provocar choque hipovolémico.

La cantidad real de la pérdida sanguínea que se requiere para producir el choque hipovolémico varía de acuerdo con la conformación física, edad y condiciones generales del paciente, así como en la velocidad del sangrado.

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS

ENFERMEDADES DE LA BOCA

CARIES: La caries es una enfermedad del diente que termina por destruirlo.

Es indudable que la caries tiene su origen en factores locales y generales muy complejos, regidos por los mecanismos de la biología general.

Clinicamente es observada primero como una alteración del color de los tejidos duros del diente, con simultánea disminución de su resistencia, Aparece una mancha lechosa o pardusca que no ofrece rugosidades al explorador; más tarde se torna rugosa y producen pequeñas erosiones hasta que el desmoronamiento de los prismas adamantinos hacen que se forme la cavidad de caries propiamente dicha.

ZONAS DE CARIES

a) Zona de la Cavidad: El desmoronamiento mencionado de los prismas del esmalte y la lisis dentaria, hacen que lógicamente se forme una cavidad patológica donde se alojan residuos de la destrucción tisular y restos alimenticios. Esta zona es fácil de apreciar clínicamente cuando ha llegado a cierto grado de desarrollo.

b) Zona de Desorganización: Cuando comienza la sustancia orgánica se forman primero espacios y huecos irregulares de for-

ma alargada, que constituyen en su conjunto con los tejidos duros circundantes la llamada zona de desorganización. En esta zona es posible comprobar la invasión policrobiana.

c) Zona de Infección. Más profundamente, en la zona de invasión microbiana existen bacterias que se encargan de provocar la lisis de los tejidos mediante enzimas proteolíticas, que destruyen la trama orgánica de la dentina y facilitan el avance de los micro-organismos que pululan en la boca.

d) Zona de Descalcificación. Antes de la destrucción de la sustancia orgánica, ya los microorganismos acidófilos y acidógenos se han ocupado de descalcificar los tejidos duros mediante la acción de toxinas.

e) Zona de la Dentina Traslúcida. La pulpa dentaria, como medio de defensa produce una zona que consiste en la obliteración cálcica de los canalículos dentinarios.

La pulpa comienza a estar más cerca del exterior aumentando así la sensibilidad térmica y química, ésta irritación promueve en los odontoblastos la formación de una nueva capa dentaria, llamada dentina secundaria.

Con la formación de dentina secundaria la pulpa intenta mantener constante la distancia entre el plano de los odontoblastos y el exterior; pero cuando la caries es agresiva la pulpa misma puede ser atacada por los microorganismos hasta provocar su destrucción.

CANCER BUCAL. Los labios y la lengua son los sitios más frecuentemente involucrados. El carcinoma de células escamosas es el tipo más común, constituyendo más del 90% de los cánceres bucales.

El cáncer bucal es un padecimiento de gente de edad avanzada; más del 90% ocurre en personas con más de 45 años y la edad promedio está alrededor de los 60 años.

La proporción entre hombres y mujeres es de cerca de dos a uno. La causa del cáncer bucal es desconocida, existe un riesgo por el uso del tabaco y alcohol.

No hay signos o síntomas seguros en las fases tempranas del carcinoma bucal, aun cuando el dolor es la molestia inicial más frecuente.

Un cancer temprano puede aparecer como una pequeña mancha blanca, semejando un afta o úlcera traumática, una placa eritematosa o una pequeña inflamación.

La biopsia es el único método de diagnóstico definitivo para este carcinoma, sin embargo, practicarla inmediatamente a cualquier lesión mal definida o de apariencia inocua es poco práctico y no está indicado.

La citología exfoliativa es un medio simple, seguro y aceptable de diferenciación temprana entre lesiones benignas y malignas.

ABSCESO PERIAPICAL. Se asocia con un comienzo agudo, tumefacción, dolor, enrojecimiento de la piel suprayacente, elevación del diente

en el alveolo, extrema sensibilidad a la percusión y en casos graves ascenso de la temperatura. El diente afectado suele presentar una necrosis pulpar o una restauración, pero puede estar intacto. Según su localización y duración, el absceso puede estar en dirección intrabucal o extrabucal.

ABSCESO PERIODONTICO. Las bolsas periodónticas profundas se asocian con formación de abscesos llamados de "botón de camisa" o parulis; clínicamente parecen como un pequeño forúnculo circunscrito en la encía del diente afectado, no es muy doloroso, pero el paciente nota su existencia y puede relatar numerosos episodios sobre lesiones de esa índole, cada una acaba abriéndose y descargando pus.

INFECCION DE VINCENT. (Gingivitis úlcero-necrosante). Las características clínicas son llamativas, el paciente presenta fiebre, linfadenopatía cervical, malestar, encías inflamadas, rojas, dolorosas y sangrantes y necrosis de las papilas interdetales, las zonas ulceradas están cubiertas por una pseudomembrana, el tejido necrótico determina el aliento fétido del paciente.

PERIODONTITIS. Clínicamente la periodontitis se caracteriza por cambios en el color de la encía, pérdida de su contorno normal, edema, hiperplasia o recesión, formación de hendiduras, presencia de bolsas verdaderas que pueden exudar pus cuando se les comprime y la movilidad de los dientes.

Las radiografías muestran una pérdida ósea que se hace aparente por la reducción de la altura de los tabiques interdientales e interradiculares.

ULCERA AFTOSA. La enfermedad se caracteriza por sucesivos episodios de ulceraciones superficiales, ovaladas o redondas en la túnica 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.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA. Es causada por el virus del herpes simple. Los enfermos se quejan de cefalea, dolor y llagas en la boca, todo ello acompañado de irritabilidad, sialorrea y rechazo de la comida.

Las lesiones de la cavidad bucal a menudo están precedidas por un agrandamiento de los ganglios cervicales y elevación de la temperatura. En la boca, los síntomas consisten en el enrojecimiento de la mucosa seguido de la aparición de numerosas vesículas; éstas se abren dejando úlceras limpias, poco después sobreviene una infección secundaria y, como consecuencia, aparece un anillo rojo de inflamación alrededor de la úlcera. Las úlceras son dolorosas,

su curación se inicia a los tres días y de los siete a catorce las lesiones desaparecen sin dejar cicatriz.

CANDIDIASIS. Es una infección causada por el hongo *Candida albicans* y, por lo general, afecta las tunicas mucosas de la boca tragogastrointestinal y vagina.

La candidiasis es una infección superficial, clínicamente puede observarse como placas blancas o blanco grisáceas que en ocasiones semejan leche cuajada. Estas lesiones pueden borrarse cuando se les frota dejando superficies expuestas, dolorosas y sangrantes. De vez en cuando las placas cambian de localización y tamaño.

LEUCOPLASIA. Consiste habitualmente en lesiones elevadas o planas de la mucosa bucal que puede estar fisurada. Algunas lesiones, sin embargo, pueden estar representadas por una úlcera o una zona de eritema.

Este término se utiliza para todas las lesiones blancas de la mucosa oral.

SIALADENITIS. Significa inflamación de la glándulas salivales. Puede clasificarse en dos tipos: bacteriana y obstructiva. La sialadenitis bacteriana se presenta en niños o ancianos y produce un agrandamiento doloroso, agudo y recurrente de la glándula afectada. La piel suprayacente puede encontrarse roja.

La forma más común de sialadenitis se asocia con la formación de cálculo salivales o tapones mucosos. Por tanto, su causa suele ser obstructiva. En estos casos el conducto de la glándula también se halla inflamado.

GLOSODINIA. Existe dolor en la lengua o una sensación desagradable (prurito o ardor). Entre los numerosos factores predisponentes se encuentran deficiencias nutricionales, anemia, xerostomía, cancerofobia, envenenamiento por metales pesados y el síndrome postmenopáusico.

PIGMENTACION DE LA ENCIAS. La pigmentación anormal de las encías es, por lo común, un depósito de melanina racialmente determinado en el citoplasma epitelial. Es más frecuente en individuos que no son de raza blanca. El color varía de pardo a negro y puede disponerse en placas o en forma de un moteado difuso. Entre las causas no genéticas se incluyen los nevos epiteliales o dérmicos, bismuto, arsénicos, mercurio o plomo, medicamentos y fragmentos de amalgama durante las intervenciones que quedan en las encías. Pueden aparecer lesiones parecidas en la menopausia o en la enfermedad de Addison, en la poliposis intestinal, en la neurofibromatosis y en otros trastornos asociados con pigmentación generalizada.

ENFERMEDADES DEL ESOFAGO:

ACALASIA DEL ESOFAGO. Es un trastorno motor del esófago que se caracteriza por la pérdida de la peristalsis, disfagia, odinofagia ocasional y la dilatación. Es la resultante de la integración de estimulación parasimpática.

El esfínter inferior no se relaja en respuesta a la deglución, siendo ésta difícil y predisponiendo, así, al carcinoma esofágico.

BRIDAS ESOFAGICAS. Son estructuras membranosas que incluyen en su substancia sólo las capas mucosas u submucosas. Ocasionalmente son congénitas, pero con más frecuencia parecen constituir la secuela de una ulceración, infección local, hemorragia o traumatismo mecánico. Se considera que las exostosis de vértebras cervicales sean la causa más común. La deglución es difícil, acompañada de anemia por deficiencia de hierro, es placnomegalia y dedos de palillo de tambor, ocurre caso invariablemente en mujeres premenopáusicas, se denomina síndrome de Plummer-Vinson.

ANILLO ESOFAGICO BAJO. (Anillo de Schatzki). El dato de un anillo esofágico inferior estático, pero distensible, significa habitualmente la presencia de una hernia deslizante del hiato, la cual puede ser o no asintomática.

El anillo clásico mide 4mm o menos de espesor, está compuesto de un centro de tejido conjuntivo con muscular de la mucosa y está

cubierto en el lado de arriba por epitelio escamoso y en el lado de abajo por epitelio columnar. Hay fibrosis submucosa, pero generalmente hay ausencia de esofagitis.

QUISTES ESOFAGICOS. Estos resultan probablemente de yemas de intestino anterior primitivo o de ramas traqueobronquiales. Pueden ser asintomáticas, pero pueden provocar, también, disfagia, disnea, tos, sianosis o dolor torácico.

Los quistes se encuentran en la mitad inferior del esófago entre las capas musculares de la pared esofágica

El diagnóstico se hace demostrando una masa mediastinal en las radiografías o en la exploración quirúrgica. Puede ser necesaria su extirpación quirúrgica.

ESOFAGITIS POR REFLUJO. Esta también es llamada esofagitis péptica.

Bases para el diagnóstico. Dolor subesternal urente con calambres, intenso o con sensación de presión. Los síntomas agravan con la posición decúbito dorsal y se alivian por la posición erecta. Regurgitaciones nocturnas, tos, disnea, aspiración, pudiendo hallarse presentes cualquiera de éstos síntomas o todos.

La esofagitis por reflujo resulta de la regurgitación de contenido gástrico al interior del esófago, el trastorno funcional es debido a un esfínter esofágico bajo permanentemente o intermitentemente

incompetente, alteración de la frecuencia y duración del reflujo y la incapacidad del esófago para generar peristálticas secundarias.

ESOFAGO DE BARRETT. El esófago de Barrett constituye un trastorno en el cual el esófago está recubierto con epitelio columnar en tramos de longitud variable. Probablemente, representa la curación de una esofagitis mediante el reemplazo del epitelio escamoso normal con epitelio columnar. Los síntomas son pirosis o disfagia. Se requiere esofagoscopia y biopsia para establecer las características histológicas.

NEOPLASIAS BENIGNAS DEL ESOFAGO. Los tumores benignos del esófago son muy raros y, por lo general, son datos accidentales de necropsia o del radiólogo. Se localizan en la mitad inferior del esófago. La más común de las neoplasias benignas es el leiomioma, el cual proviene de una de las capas del músculo liso del esófago produciendo disfagia. Otros tumores benignos raros del esófago son los fibromas, lipomas, linfangiomas, hemangiomas y schwannomas. La extirpación quirúrgica es curativa.

CARCINOMA DEL ESOFAGO. Habitualmente proviene de epitelio escamoso. La inflamación inducida por estasis, como la que se observa en la acalacia o estenosis y la irritación crónica inducida por el uso excesivo del alcohol, parecen ser etiológicamente importantes en el desarrollo de esta neoplasia.

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL ESOFAGO. Los tumores malignos del esófago distal son, frecuentemente, adenocarcinomas, los cuales se originan en el estómago y se diseminan hacia el orificio faringoesofágico el esófago. El pronóstico de la neoplasia del esófago es malo.

Da síntomas como disfagia, la cual es progresiva y, finalmente, impide la deglución hasta de líquidos, constituye el síntoma primordial. El dolor torácico o en la espalda no relacionado con la ingestión de alimentos implica extensión local del tumor, mientras que la pérdida progresiva de peso en un lapso corto constituye un signo ominoso.

ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO:

GASTRITIS AGUDA SIMPLE. La gastritis aguda, que es probablemente el trastorno más común del estómago, se acompaña con frecuencia de una gastritis generalizada. Se presenta a cualquier edad y se debe a las siguientes causas: irritante químico, por ejemplo alcohol, salicilato. Infecciones bacterianas o sus toxinas, por ejemplo, intoxicación alimentaria estafilocócica, escarlatina, neumonía. Infecciones virales, por ejemplo, gastroenteritis viral, sarampión, hepatitis. influenza.

Siempre existe anorexia y puede ser éste el único síntoma presente, con frecuencia hay sensación de plenitud y presión epigástrica, náusea y vómito. La hemorragia es frecuente con irritantes

químicos. La diarrea, cólico, malestar, fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y calambres musculares son comunes con toxinas o infecciones.

La endoscopia gastrointestinal alta buscando hemorragia puede diferenciar la gastritis aguda simple de la gastritis erosiva, de úlcera péptica o una laceración de mucosa.

No debe administrarse alimentación por vía oral hasta que la sintomatología aguda del dolor u náusea haya cedido. Pueden utilizarse sedantes, tranquilizantes derivados de la fenotiacina y opiáceos. Los síntomas persisten por un periodo de uno a siete días.

ESOFAGITIS CORROSIVA Y GASTRITIS.

La ingestión de sustancias corrosivas es más común en los niños, pero puede ocurrir en los intentos de suicidio. Las sustancias que con más frecuencia se ingieren son los ácidos fuertes, los álcalis, etc. el esófago resulta muy dañado. Los cambios gástricos varían desde el edema superficial con hiperemia, hasta la necrosis profunda y el esfacelo o inclusive perforación.

Habitualmente se encuentran lesiones corrosivas en los labios, lengua y faringe, así como dolor y disfagia debidos a las lesiones esofágicas. Se presenta ardor epigástrico intenso y dolor de tipo calambre, náuseas, vómitos y diarrea. Frecuentemente,

el vómito está manchado de sangre, puede presentarse postración grave con manifestaciones sugestivas de choque, sed. La palpación del abdomen puede revelar dolor epigástrico o rigidez acentuada. Hay leucocitosis y proteinuria.

Cuando la fase aguda ha cedido, el paciente debe ser puesto a un régimen semejante al usado para tratar la úlcera péptica. La evolución habitual es hacia la recuperación, si no se ha presentado la perforación. Sin embargo, la estenosis pilórica puede aparecer como complicación, ya sea inmediata o tardía y requiere de aspiración gástrica, administración de líquidos parenterales y reparación quirúrgica.

El resultado final está determinado por la cantidad de sustancia corrosiva ingerida. Puede presentarse el problema de gastritis crónica.

SINDROME DE ZOLLINGER-ELLISON. (Gastrinoma). Bases para el diagnóstico. Úlcera péptica intensa, hipersecreción gástrica, elevación de la cifra gastrina en el suero. Este padecimiento no es raro, el dolor es de la variedad típica de la úlcera péptica, pero es más difícil de controlar mediante medios médicos. Puede ocurrir una diarrea como resultado de pH de intestino delgado proximal excesivamente bajo, con alteración de la grasa. Con frecuencia, ocurre hemorragia, perforación y obstrucción.

El tratamiento es la gastrectomía total, no obstante la cimetidí

na ha demostrado que inhibe notoriamente la secreción de ácido gástrico en enfermos con gastrinoma y las úlceras han curado. Probablemente este medicamento constituye el tratamiento de elección.

ULCERA GASTRICA. Bases para el diagnóstico. Malestar epigástrico en presencia de estómago vacío que se alivia con la ingestión de alimentos alcalinos o al vomitar.

Hipersensibilidad epigástrica y defensa muscular voluntaria, anemia, sangre oculta en heces y ácido gástrico. Nicho ulceroso demostrable radiológicamente o por gastroscopía.

Los síntomas pueden ser confusos y atípicos o pueden estar presentes. El malestar epigástrico típico se describe como ardoroso urente, tensivo o "punzadas de hambre". Las náuseas y vómito son molestias que se presentan frecuentemente. El paciente observa pérdida de peso y fatiga.

Habitualmente el único dato en la exploración es el dolor a la palpación en epigastrio.

El tratamiento de la úlcera gástrica debe ser intensivo, la cimetidina es tan efectiva como los antiácidos, si esto no constituye un tratamiento eficaz se recurrirá a la cirugía.

CARCINOMA DEL ESTOMAGO. Bases para el diagnóstico. Síntomas gas-

trointestinales altos con pérdida de peso en sujetos mayores de cuarenta años, masa abdominal palpable, anemia, sangre oculta en heces, citología positiva, anormalidades radiológicas y gastrocópicas.

El carcinoma gástrico es un tumor maligno frecuente del sistema digestivo, se presenta predominantemente en sujetos del sexo masculino mayores de 40 años. El retardo en el diagnóstico se debe a la ausencia de sintomatología precisa en los primeros periodos y por el hecho de que el paciente tiende a la automedicación en lugar de acudir a la atención médica.

Aparición de afecciones precancerosas tales como: gastritis atrófica de la anemia pernisiosa: La frecuencia de adenomas y carcinomas está significativamente elevada.

Gastritis crónica en especial del tipo atrófico; hay amplia variación en la frecuencia reportada de gastritis con cáncer y no se ha probado una relación precisa.

Úlcera gástrica: el problema principal radica en la diferenciación entre úlcera benigna y una maligna.

Aclorhidria: la frecuencia de un potencial secretorio disminuido en la vida temprana es más elevada en aquellos pacientes que posteriormente desarrollan carcinomas.

El carcinoma puede originarse en cualquier sitio del estómago.

Macroscópicamente, las lesiones son de cuatro tipos:

Tipo I Polipoide masa intraluminal

Tipo II Ulcera no infiltrante

Tipo III Ulcera infiltrante

Tipo IV Proceso infiltrante difuso

TUMORES BENIGNOS DEL ESTOMAGO. La mayoría de los tumores benignos no dan lugar a síntomas y, a menudo, son tan pequeños que pasan inadvertidos al examen radiológico. Su importancia radica en la diferenciación con los tumores malignos, sus posibilidades precancerosas y el hecho de que ocasionalmente originan síntomas.

Estos tumores pueden ser de origen epitelial o de origen mesenquimatoso.

Los tumores voluminosos pueden ocasionar una sensación vaga de plenitud o pesantez epigástrica, puede haber sangrado, la pérdida crónica de sangre causará síntomas de anemia.

Si se presentaran síntomas, la resección quirúrgica es necesaria. Si no hay sintomatología, el paciente no requiere cirugía.

ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS

ENTERITIS REGIONAL. Bases para el diagnóstico. Iniciación insidiosa, episodios intermitentes de fiebre de poca intensidad, dia-

rrea y dolor en el cuadrante inferior derecho, formación de fístula o masa palpable y dolorosa a la presión en cuadrante inferior derecho, evidencia radiológica de anormalidad en el íleon terminal.

La enteritis regional es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar el sistema digestivo en cualquier parte desde la boca hasta el ano.

Generalmente ocurre en adultos jóvenes y se extiende en un curso clínico intermitente con invalidez leve a intensa y complicaciones frecuentes.

La enfermedad se caracteriza por exacerbaciones y remisiones en algún momento, en el curso de la enfermedad se presenta dolor abdominal, cólico cuya intensidad varía de ligera a grave.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO. Los tumores tanto malignos como benignos del intestino delgado son raros. Puede no haber síntomas o signos, pero puede ocurrir sangrado u obstrucción, o ambos.

Los tumores benignos más frecuentes son: adenomas, lipomas, leiomiomas y angiomas.

Los tumores malignos más frecuentes son: adenocarcinomas, linfomas y sarcomas.

DIVERTICULITIS DE MECKEL. El divertículo de Meckel, un vestigio del conducto onfalomesentérico, se encuentra aproximadamente en el dos por ciento de los individuos, más frecuentemente en hombres, nace del ílion, la mayoría son asintomáticos, pero pueden dar lugar a sintomatología abdominal muy variada, puede ocasionarse una úlcera péptica.

Las molestias de tipo ulceroso, si existen, se localizan cerca de la cicatriz umbilical y, lo que es más importante, no se alivian con la ingestión de alcalinos o alimentos, si ha habido ulceración se encontrará sangre en las heces.

OBSTRUCCION INTESTINAL ORGANICA AGUDA. Bases para el diagnóstico. Dolor cólico abdominal, vómito, constipación y borborigmos. Abdomen doloroso y distendido sin signos de irritación peritoneal. Peritaltismo audible de tono elevado y timbre brillante u ondas peristálticas. Evidencia radiológica de aire o niveles hidroaéreos sin desplazamiento en las imágenes gaseosas. Leucocitosis mínima o ausente.

La obstrucción intestinal orgánica aguda habitualmente afecta al intestino delgado especialmente al ílion. Las causas incitantes más importantes son: las hernias externas y las adherencias postoperatorias. Otras causas menos frecuentes son los cálculos biliares, neoplasias, procesos granulomatosos, vólvulos, hernias internas y cuerpos extraños.

OBSTRUCCION FUNCIONAL. Bases para el diagnóstico. Dolor abdominal, distensión, vómito. Antecedentes de un factor desencadenante (cirugía, peritonitis, dolor). Hiperestesia abdominal mínima; ruidos intestinales disminuidos o ausentes. Evidencia radiológica de gas y líquido en intestinos.

El íleo adinámico es una deficiencia neurogénica del peristaltismo que puede conducir a la obstrucción intestinal. Es una afección frecuente debida a una gran diversidad de causas intraabdominales, por ejemplo irritación directa del sistema digestivo (cirugía), irritación peritoneal (hemorragia ruptura de víscera hueca, pancreatitis, peritonitis) y obstrucción orgánica.

El cólico renal, las fracturas vertebrales, traumatismos de médula espinal, neumonía y otras infecciones graves, leucemia y el coma diabético, también pueden provocar íleo adinámico.

Los síntomas y signos de obstrucción con ausencia de ruidos intestinales y el antecedente de un factor desencadenante dejan poco lugar a duda en lo que respecta al diagnóstico. Es importante llegar a la certeza de que el íleo adinámico no es secundario a una obstrucción orgánica, especialmente de tipo anóxico.

APENDICITIS. Bases para el diagnóstico. Dolor abdominal en cuadrante inferior derecho con hiperestesia y signos de irritación peritoneal, anorexia, náusea, vómito, constipación, fiebre de

baja intensidad, leucocitosis con neutrofilia ligera.

La apendicitis se inicia por obstrucción de la luz del apéndice por un fecalito, inflamación, cuerpo extraño o neoplasia. La obstrucción es seguida de infección, edema y frecuentemente infarto de la pared del apéndice. La tensión intraluminal aumenta rápidamente y tiende a producir necrosis temprana de la pared u perforación.

Afecta a todas las edades y ambos sexos, pero la apendicitis es más frecuente en hombres entre los diez y treinta años de edad.

La apendicitis es una de las causas más frecuentes de vientre agudo. Los síntomas y signos frecuentemente siguen un patrón bastante estereotipado; sin embargo, la apendicitis es capaz de producir manifestaciones tan variadas que deberá considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier caso de sepsis intraabdominal y dolor.

ENFERMEDADES DEL COLON Y DEL RECTO

CANCER DEL COLON Y DEL RECTO. Bases para el diagnóstico. Alteración en la función intestinal (constipación o diarrea), sangre en las heces, anemia sin causa aparente y pérdida de peso, masa palpable que afecta colon o recto, evidencia radiológica o sigmoidoscópica de neoplasia.

Los síntomas varían según la lesión se encuentre en el lado de-

recho o izquierdo del colon. En cualquiera de los casos, casi siempre se observa un cambio en el hábito intestinal e invariablemente debe hacerse un estudio de colon. El sangrado es un signo cardinal. Puede precipitarse una urgencia abdominal por perforación y obstrucción colónica.

El diagnóstico de cáncer colónico y rectal se establece mediante sigmoidoscopia y colonoscopia con biopsia y enema de bario. Los pólipos y el carcinoma no son detectados por el enema de bario, pero lo son por la colonoscopia.

POLIPOS DEL COLON Y DEL RECTO. Los pólipos adenomatosos del colon y del recto son tumores benignos frecuentes, los cuales habitualmente cursan asintomáticos, aunque pueden producir enterorragia no dolorosa.

Pueden ser únicos o múltiples, se encuentran con más frecuencia en el sigmoide y recto e incidentalmente se encuentran en un 9% de las necropsias. La frecuencia de los pólipos aumenta con la edad.

El diagnóstico se establece por medio de sigmoidoscopia y enema baritado con doble contraste y colonoscopia. Cuando se encuentra un pólipo en el recto, debe estudiarse radiológicamente colon y recto.

ENFERMEDADES DEL ANO.

HEMORROIDES. Bases para el diagnóstico. Sangrado rectal, prolapso

y malestar vago, secreción mucoide por el recto, datos característicos a la inspección anal externa o al examen anoscópico.

Las hemorroides internas son várices de la porción del plexo venoso hemorroidal que se encuentra situado en la submucosa, justamente antes del margen dentado. Las hemorroides externas se originan a partir del mismo plexo, pero se localizan subcutáneamente en la porción distal inmediata al margen dentado.

El esfuerzo durante la evacuación, la constipación, la posición sedente por periodos largos y la infección anal son factores contribuyentes y pueden precipitar complicaciones tales como trombosis.

El diagnóstico se sospecha por el antecedente de protusión, dolor anal o sangrado y se confirma por el examen proctológico.

Las hemorroides que aparecen durante el embarazo y el parto tienden a desaparecer posteriormente y deberán tratarse en forma conservadora a menos que persistan después del parto.

Los síntomas habitualmente son moderados y remitentes, pero puede desarrollarse un cierto número de complicaciones y requerirse entonces tratamiento médico o quirúrgico activo.

FISURA ANAL. La fisuras anales agudas representan una ruptura lineal del epitelio anal debida a diferentes causas.

Habitualmente desaparecen si las evacuaciones se hacen regulares y blandas.

Las fisuras crónicas se caracterizan por dolor intenso durante y después de la defecación, moteado o puntilleo de sangre en las heces con sangrados abundantes ocasionales, constipación ocasionada por el temor al dolor.

Debe intentarse la regulación de los hábitos intestinales.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DEL PNO. Estos tumores son relativamente raros, comprenden 1 a 2% de los procesos malignos del ano y del intestino grueso. El o los síntomas más comunes son el sangrado, el dolor y la aparición de un tumor local. Dado que la lesión se confunde frecuentemente con hemorroides y otros trastornos anales más comunes; la biopsia inmediata de cualquier masa o ulceración sospechosa constituye una precaución diagnóstica esencial

Estos tumores tienden a adoptar una disposición anular, invadir el esfínter y diseminarse hacia arriba afectando el recto.

C A P I T U L O I I I

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

MANIFESTACIONES INESPECIFICAS.

TOS. La tos probablemente es el síntoma más común de las enfermedades respiratorias; ésta puede producirse por perturbaciones del árbol respiratorio desde la orofaringe hasta los bronquios terminales. Puede ocurrir también en enfermedades de naturaleza no primordilamente respiratoria, por ejemplo, en la insuficiencia cardiaca.

HEMOPTITIS. En muchas enfermedades broncopulmonares puede ocurrir que se escupa o tosa sangre. La bronquitis, tuberculosis, carcinoma y bronquiectasia constituyen las causas más comunes.

El sangrado de la nariz o faringe puede conducir a los antecedentes de haber estado escupiendo sangre. La circulación colateral entre las venas bronquiales y pulmonares puede causar hemoptisis en la estenosis mitral. Cuando la hemoptisis se asocia a dolor torácico y choque, es sugestiva de infarto pulmonar.

SIBILANCIA. Constituye el signo característico de estrechamiento bronquial. Ocurre durante la espiración. La espiración forzada puede provocar sibilancia, que se halla ausente durante la res-

piración normal. Es el asma bronquial ocurre en forma paroxis-
tica y difusa. La insuficiencia ventricular izquierda puede pro-
ducirla también.

DOLOR TORACICO. El dolor es debido a una enfermedad pulmonar, es
usualmente debido a la afección de la pleura parietal o la pared
del tórax, incluyendo sus estructuras óseas y cartilaginosas. El
dolor pleural es usualmente unilateral y agravado por cambios de
la presión intratorácica (tos, estornudo, respiración profunda).
La irritación diaphragmática puede causar dolor que es transmitido
al hombre en la cara anterior o la parte superior del abdomen.
Usualmente viene acompañado de dolor a la presión.

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS

PADECIMIENTOS DE LA NARIZ

VESTIBULITIS NASAL. La inflamación del vestíbulo nasal puede pre-
sentarse como una dermatitis de la piel de la nariz a menudo, co-
mo resultado de la irritación por rinorrea; como grieta resultante
de dermatitis crónica o del trauma ocasionado por rascarse y lim-
piarse la nariz.

Los síntomas varían desde la escaldadura y vesiculación hasta ede-
ma, hiperemia, dolor intenso y formación de absceso.

RESFRIADO COMUN. (Coriza). Este síndrome excesivamente frecuente
del sistema respiratorio puede ser provocado por una amplia gama

de virus, incluyendo los rinovirus, adenovirus, echovirus, etc. y organismos micoplasmatáceos.

Datos clínicos. El paciente se queja de malestar general, febrícula y dolor de cabeza. Hay malestar en la nariz con secreción acuosa y estornudo, poco después hay secreción mucóidea purulenta y obstrucción nasal. Los síntomas de la garganta incluyen reseca, malestar y ronquera.

La mucosa nasal está enrojecida y edematosa. La faringe y las amígdalas muestran infección de leve a moderada por lo general sin edema no exudado.

RINITIS ALERGICA. (Fiebre del heno). Los principales síntomas son: congestión nasal, que produce paroxismos de estornudos violentos, prurito y ardor en los ojos y lagrimeo. La mucosa nasal tiene un color azul pálido y esta edematosa. Puede haber pólipos. Las conjuntivas están a menudo enrojecidas e inflamadas.

SINUSITIS. La sinusitis aguda, por lo general, sigue a las infecciones respiratorias superiores agudas, a la natación, a abscesos o a las extracciones dentarias, a alergia nasal, o bien, como exacerbación de una infección sinusal crónica.

Los síntomas se parecen a los de una rinitis aguda, pero son más graves. Hay dolor de cabeza y dolor facial, sensibilidad e in-

inflamación con obstrucción nasal y una rinorrea purulenta, que alguna veces produce malestar en la garganta y tos. El dolor de cabeza típicamente empeora durante el día y desaparece en la noche. La sinusitis maxilar produce dolor en los dientes y la sensación de tener los dientes grandes.

TUMORES NASALES

TUMORES BENIGNOS. El angioma, fibroma, papiloma, condroma y el osteoma son los tipos más comunes de neoplasias benignas de la nariz y de los senos. Los tumores nasales producen obstrucción y rinorrea cuando se vuelven bastante grandes.

Con el angioma se presenta epistaxis graves. Pueden desarrollarse infecciones secundarias y presentarse atrofia de las estructuras circundantes, ensanchamiento del puente nasal y desplazamiento del ojo.

TUMORES MALIGNOS. Muchos tumores nasales malignos se originan en los senos y se extienden en la nariz. El sarcoma y el carcinoma son los más frecuentes. Los síntomas y signos pueden no aparecer sino hasta más tarde. Los más comunes son la obstrucción, la rinorrea, la epistaxis, el dolor, la inflamación de la cara y la diplopía. Los rayos X muestran opacidad de los senos. La infección ósea puede evidenciarse a los rayos X.

EPISTAXIS. (Hemorragia nasal). Los sitios más comunes de hemo-

rragia nasal son los vasos mucosos sobre el tabique nasal cartilaginosos y el extremo anterior del cornete inferior. La hemorragia es generalmente debida a un traumatismo externo, meterse el dedo o cualquier cuerpo extraño a las fosas nasales, infección nasal o a la desecación de la mucosa nasal.

ENFERMEDADES DE LA FARINGE.

FARINGITIS SIMPLE. La faringitis aguda simple es una inflamación aguda de la mucosa de la faringe. Usualmente aparece como parte de un trastorno del sistema respiratorio superior, que también puede afectar la nariz, los senos, la laringe y la tráquea. Las causas más comunes son la infección bacteriana o viral, raramente es debida a la inhalación de gases irritantes o a la ingestión de irritantes líquidos.

En la faringitis aguda, la garganta está seca y dolorosa, los síntomas generales son fiebre y malestar. La mucosa faríngea está roja y ligeramente edematosa, con engrosamiento, moco espeso y pegajoso. La enfermedad dura sólo unos días.

AMIGDALITIS AGUDA. Es casi siempre una infección bacteriana, a menudo debida al estreptococo. Es una infección contagiosa por las vías afeas y digestivas, que puede aparecer a cualquier grupo de edades, pero es más frecuente en los niños.

El principio es brusco, con dolor de garganta, fiebre, escalofrío,

dolor de cabeza, anorexia y malestar general. Las amígdalas están edematosas y rojas. Los pilares amigdalinos y la faringe también, hay pus o exudado en las amígdalas o en las criptas. Los ganglios linfáticos cervicales frecuentemente aparecen dolorosos e hipertróficos.

AMIGDALITIS CRONICA. Generalmente resulta de infecciones agudas repetidas o sin resolver. Se manifiesta por una hiperemia mate persistente. Puede haber edema leve o fibrosis de las amígdalas y pilares amigdalinos. Las criptas pueden tener secreciones anormales. Otros síntomas y signos pueden variar desde una leve sensación de ardor en la garganta, tos, aliento fétido y exudado faríngeo.

ENFERMEDADES DE LA LARINGE

LARINGITIS AGUDA. La inflamación aguda de la mucosa laríngea, debido a una infección bacteriana o viral, puede ocurrir solamente o en asociación con rinitis aguda, faringitis o raqueítis. También puede aparecer con la influenza, el sarampión, la difteria o como resultado de la inhalación de irritantes. La disfonía es el principal síntoma. El dolor y la tos están presentes.

LARINGITIS CRONICA. La inflamación crónica de la mucosa laríngea puede deberse a muchas causas, incluyendo las laringitis agudas de repetición, al abuso crónico de la voz, la inhalación crónica de irritantes (incluyendo tabaco), las infecciones crónicas de la

garganta y de los senos, la sífilis y la tuberculosis, las alergias y los estados hipometabólicos. La disfonía o ronquera crónica es el principal síntoma. La tos, la expectoración de secreciones pegajosas y tenaces y una resequedad de la garganta están a menudo presentes.

El examen muestra signos de inflamación crónica. La mucosa de las cuerdas vocales está engrosada, mate y edematosa, hay cambios polipoideos, placas blanquecinas y secreciones espesas. La ulceración rara vez se ve.

ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA

OBSTRUCCION AGUDA DE LA PARTE ALTA DEL SISTEMA RESPIRATORIO. Produce síntomas espectaculares de sofocación que amenazan la vida y habitualmente son debido a algún cuerpo extraño inhalado o edema agudo de laringe.

OBSTRUCCION CRONICA DE LA PARTE ALTA DEL SISTEMA RESPIRATORIO.

La enfermedad crónica de la parte alta del sistema respiratorio que está produciendo estrechamiento fijo variable de la tráquea es confundida con frecuencia con asma, bronquitis o enfisema. Las causas incluyen cicatrización por una traqueostomía previa, parálisis de las cuerdas vocales, compresión por una tiroides crecida, tumores, crecimiento de los ganglios linfáticos y reblandecimiento de la tráquea.

El estrechamiento de la tráquea puede sospecharse ante la presencia de jadeo y disnea asociada con una tos estridulosa, en especial, si los síntomas se agravan cuando el enfermo se halla en la posición recumbente. El estridor inspiratorio constituye una indicación que puede ser demostrada mediante la auscultación sobre la tráquea.

La obstrucción al flujo de aires durante las fases inspiratoria y espiratoria ocurre en la obstrucción traqueal fija. El predominio de la obstrucción inspiratoria ocurre cuando el estrechamiento no es fijo, por ejemplo, parálisis de las cuerdas vocales. El patrón característico de obstrucción puede ser demostrado en el laboratorio de las pruebas de función pulmonar por el estudio de las curvas de volumen de flujo.

ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS

BRONQUITIS. La bronquitis o inflamación de los bronquios debida a infección u obstrucción puede ocurrir como trastorno primario o puede ser un dato sobresaliente en muchas enfermedades pulmonares, por ejemplo, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema.

La bronquitis aguda se caracteriza por fiebre, tos productiva de expectoración mucopurulenta hasta purulenta, a la exploración se escucha comúnmente estertores musicales y ocasionalmente existe sibilancia. La bronquitis aguda es común en infecciones virales y en el adulto sano es rara vez grave, pero en lactantes y niños pequeños, la obs

trucción respiratoria puede ser grave y una amenaza a la vida.

La bronquitis crónica es caracterizada por tos productiva de larga duración sin un pródromo claro de una infección aguda de las vías respiratorias superiores. Muy frecuentemente, en los pacientes de edad avanzada hay un enfisema coexistente.

En la bronquitis crónica siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de que sea una seria enfermedad secundaria subyacente.

BRONQUIECTASIA. La bronquiectasia es la dilatación de un bronquio de calibre mediano, con destrucción de la fibras musculares lisas y elásticas de su pared.

Puede ser producida por infecciones pulmonares o por obstrucción bronquial. La frecuencia de la enfermedad ha sido reducida notablemente por la mejoría en el tratamiento de las infecciones pulmonares con antibióticos.

El paciente da una historia de tos crónica productiva y síntomas de bronquitis asociada a repetidos ataques neumónicos, la tos y la espectoración son características.

Los estertores subcrepitantes y roncantes en lóbulos inferiores son los hallazgos físicos más importantes, y si se hallan ausentes, el diagnóstico de bronquiectasia es dudoso.

En pacientes más graves se aprecia emaciación, cianosis y dedos en palillos de tambor.

TRASTORNOS PULMONARES

ASMA. El asma es un trastorno bronquial de hipersensibilidad que se caracteriza por obstrucción reversible de la vía aérea producida por la combinación de edema de mucosa, constricción de musculatura bronquial y secreción excesiva de moco viscoso que forma tapones.

El asma atópica o "extrínseca" se piensa que provenga de la sensibilización de la mucosa bronquial por anticuerpos específicos al tejido. Los anticuerpos producidos son inmunoglobulinas específicas de la clase IgE.

Aproximadamente 50% de los asmáticos son no atópicos, en donde el padecimiento provoca reacción bronquial que ocurre como respuesta a estímulos no inmunitarios como infección, inhalantes irritantes, aire frío y desajuste emocional.

Complicaciones. El asma puede conducir a complicaciones como enfisema crónico y cor pulmonale, otras complicaciones pueden incluir atelectasia, infección pulmonar y neumotórax.

SILICOSIS. La silicosis es una de las enfermedades pulmonares fibróticas crónicas causadas por la inhalación de polvo inorgánico en el trabajo, que se denominan neumoconiosis. En el caso

de silicosis pueden faltar los síntomas o estar constituidos sólomente por una susceptibilidad acentuada a infecciones del sistema respiratorio alto, bronquitis y neumonía, la disnea durante el ejercicio es la manifestación inicial más común y puede progresar lentamente. La tos ocurre habitualmente y al principio es seca, pero posteriormente se hace productiva y con frecuencia sanguinolenta. Ocasionalmente puede presentarse graves hemoptisis.

SARCOIDOSIS. El sarcoide de Boeck es un granuloma de células epitelioideas no caseoso que puede afectar a diversos órganos, pero más comúnmente a los pulmones. Los cambios del tejido granulomatoso nos son patognómicos. Cuando se puede determinar causa específica alguna, la entidad clínica se denomina sarcoide de Boeck o sarcoidosis. Hay evidencia creciente de que puede estar involucrado un agente viral no identificado en esta forma idiopática. La distribución es mundial, pero la frecuencia es la más elevada en las zonas templadas, en especial en el sureste de E.E.U.U.

ALVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA. (Neumonitis por hipersensibilidad). La alveolitis alérgica extrínseca resulta de reacciones antígeno anticuerpo del tipo III. Es provocada por la exposición a polvos que contienen mohos y diversos hongos. También se incluyen los actinomicetos termófilos responsables de la neumonitis por hipersensibilidad, provocada por sistemas contaminados de aire acondicionado. Otras manifestaciones clínicas de estos estados de hipersensibilidad son denominados como pulmón

de granjero (debido a la inhalación de heno mohoso), Bagazosis (inhalación de polvo de bagazo de azúcar). La exposición en los individuos sensibilizados provoca procesos inflamatorios intersticiales y alveolares.

El cuadro clínico es el de la aparición aguda de fiebre, tos seca disnea y malestar que ocurre de cinco a seis horas después de la exposición al antígeno ofensor.

TUBERCULOSIS PULMONAR. La tuberculosis pulmonar específica producida por el microorganismo ácido-resistente *Microbacterium tuberculosis* y se caracteriza por la formación de tubérculos en el pulmón. La infección ocurre casi exclusivamente mediante la inhalación de microorganismos transportados mediante gotas que son llevada por el aire y producidas por la tos de una persona con bacilos tuberculosos en el esputo. El peligro de infección por superficies contaminadas es mínimo. La infección primaria, por lo general, es una enfermedad autolimitada en los niños, que pasa inadvertida. Unos cuantos desarrollan una tuberculosis primaria progresiva. Otro porcentaje pequeño de pacientes, después de 1 latencia de meses o años desarrollan una enfermedad pulmonar progresiva del tipo adulto. La infección primaria que ocurre en los adultos puede pasar la enfermedad del tipo adulto sin desarrollar los cambios característicos de la enfermedad primaria vistos en los niños. Aunque la mayoría de la gente infectada a cualquier edad nunca desarrolla la enfermedad, no es siempre posible prede-

cir cuales serán los que corran con el riesgo. La desnutrición, la diabetes, el sarampión, la administración crónica de corticoides, la silicosis y una debilidad general pueden predisponer al progreso de la infección hacia enfermedad. Una vez que la infección primaria ha ocurrido, el riesgo subsiguiente del sujeto es debido a los bacilos infectantes primarios. Una superinfección rara vez ocurre.

CARCINOMA BRONCOGENO. El cáncer se origina en la mucosa del árbol bronquial, constituye la neoplasia maligna intratorácica, ocurre predominantemente en hombre (8:1), puede ocurrir a cualquier edad, pero en la mayoría de los casos se observan en la edad del cáncer (sobre los cuarenta años).

La importancia de factores genéticos y ambientales en la causa del carcinoma broncogénico es desconocida; sin embargo, el padecimiento es relativamente raro entre persona no fumadoras. Son comunes la invasión local de costillas, estructuras mediastinales y plexos nerviosos, así como metástasis distantes o suprarrenales, riñones y encéfalo.

Datos clínicos: tos persistente y no productiva, hemoptisis y estertores sibilantes persistentes y localizados, son los síntomas mayores producidos por irritación bronquial, erosión y obstrucción parcial cuando aún no puede haber síntomas, los síntomas con frecuencia son atribuidos a "tos de fumador" o a bronquitis cró-

nica.

Comúnmente las metástasis originan los síntomas iniciales, por ejemplo, dolor óseo o pleural cuando afectan estas estructuras o síntomas neurológicos cuando afectan el encéfalo.

En general, los síntomas pulmonares son una secuela de erosión bronquial, invasión pleural o mediastinal. Cuando una masa solitaria no produce hemoptisis, obstrucción bronquial importante o invasión pleural, no hay síntomas.

Los dedos de palillo de tambor, edema duro de extremidades y crecimiento perióístico puede aparecer rápidamente con un carcinoma localizado e involucionar espectacularmente después de la extirpación.

ADENOMA BRONQUIAL. El adenoma bronquial (neoplasia que se origina en las estructuras glandulares de la mucosa bronquial) es el más común (80%) de las neoplasias benignas broncopulmonares, la distribución por sexo es igual y la edad de aparición es menor que la del carcinoma broncogénico. El adenoma bronquial localmente invasivo. La gran mayoría de los adenomas bronquiales se originan en los bronquios principales. Su comienzo es insidioso y lo mismo que en el carcinoma broncogénico, la tos y un estertor sibilante localizado son los síntomas únicos. Estos tumores son bastante vascularizados; la hemoptisis es probablemente la manifestación más

común.

Puesto que el adenoma bronquial no tiende a exfoliarse, el examen del esputo no es útil. El diagnóstico diferencial del carcinoma broncogénico depende de la broncoscopia con biopsia o de la toracotomía exploratoria.

En muchos pacientes el adenoma bronquial sólo puede ser distinguido del carcinoma mediante el estudio histológico y citológico. Debe distinguirse también, de otras obstrucciones benignas, por ejemplo, cuerpos extraños, estenosis bronquial, tuberculosis.

ATELECTASIA. La atelectasia es el colapso y la falta de aereación de parte o de todo el pulmón como resultado de toda una gama de causas. Las causas más comunes de la atelectasia postoperatoria son la resorción del aire alveolar debido a obstrucción bronquial completa o el colapso alveolar secundario a la pérdida de sustancia tensioactiva y otros mecanismos locales que no están bien entendidos. En este caso los bronquios principales no se encuentran obstruidos.

La frecuencia de la atelectasia postoperatoria varía de 3-5% en individuos con pulmones previamente normales a más de 50% en pacientes con enfermedad pulmonar u obstrucción crónica. La bronquitis con gran producción de esputo predispone al desarrollo de atelectasia postoperatoria. Los fumadores inveterados también tienen un gran

riesgo.

Las otras causas principales de la atelectasia son las neoplasias o la obstrucción bronquial resultante de la presencia de algún cuerpo extraño.

ENFISEMA PULMONAR CRONICO. Se caracteriza por una distensión difusa de una aereación aumentada de los alveolos, rupturas de los tabiques alveolares, pérdida de la elasticidad pulmonar, aumento del volumen pulmonar y alteración de la función pulmonar por trastornos ventilatorios, de flujo sanguíneo y de difusión gaseosa. A menudo hay obstrucción parcial de bronquios pequeños.

El enfisema pulmonar es la causa más común de insuficiencia respiratoria crónica. Es primordialmente una enfermedad de hombres mayores de 45 años.

El enfisema puede ocurrir en ausencia de historia de enfermedad previa pulmonar crónica (causa desconocida aunque se ha sugerido un defecto inherente en el tejido pulmonar elástico) secundario a obstrucción bronquial difusa crónica (asma, bronquitis) asociado a un trastorno fibrótico del pulmón (silicosis, esclerosis).

Los síntomas iniciales más frecuentes son la historia de disnea durante el ejercicio y tos productiva, debilidad, letargo, anorexia y pérdida ponderal son debida a la hipoxia, al incremento

de la actividad muscular requerida para respirar y a la acidosis respiratoria.

C A P I T U L O I V

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

MANIFESTACIONES INESPECIFICAS

DISNEA. La disnea del cardiópata se encuentra generalmente asociada con cardiomegalia y otras alteraciones estructurales o fisiológicas y constituye una indicación de insuficiencia ventricular izquierda.

La forma más común de disnea en las cardiopatías es la disnea de esfuerzo, falta de aire con esfuerzos moderados que cede con el reposo.

ORTOPNEA. Es la forma de disnea que aparece con la posición recumbente y que rápidamente se reduce con la posición cedente.

DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA. Esta forma de disnea interrumpe súbitamente el sueño del enfermo y le induce a sentarse en el borde de la cama o bien a ponerse de pie a fin de librarse de ella. Este tipo de disnea puede ser el primer síntoma de insuficiencia ventricular izquierda o de la estenosis mitral considerable.

FATIGA. La propensión a la fatiga susceptible de desaparecer con el reposo, es de frecuente observación en los estados de in-

suficiencia cardíaca y de gasto cardíaco reducido. La fatigabilidad puede ser el síntoma principal en las cardiopatías congénitas, en el cor pulmonale o en la estenosis mitral con hipertensión pulmonar. La astenia, el agotamiento crónico y el letargo no mejoran con el reposo, pueden deberse a depresión, neurosis, cardíacas y ansiedad crónica; también, puede formar parte del síndrome de esfuerzo (astenia neurocirculatoria). Dentro de las causas orgánicas extracardiacas de fatiga, quedan incluidos los procesos infecciosos crónicos, la anemia, trastornos endocrinometabólicos, intoxicación crónica, el abuso de medicamentos depresores y sedantes, cancer, las enfermedades del colágeno y en general cualquier padecimiento que debilite.

DOLOR EN EL PECHO. El dolor en el pecho se presenta en los siguientes trastornos cardiovasculares: angina de pecho, infarto de miocardio, las miopericarditis, el derrame pericárdico o taponamiento cardíaco, el aneurisma aórtico o el hematoma disecante de la aorta y el infarto o embolia pulmonar.

El dolor precordial es uno de los síntomas más frecuentes en medicina. Para su correcta evaluación es necesario investigar sus características: localización, irradiaciones, duración, factores precipitantes, agravantes o atenuantes.

PALPITACIONES. Es el síntoma más frecuente referible al corazón y consiste en la percepción de las contracciones cardíacas en for-

ma rápida, enérgica o irregular. En la mayoría de los casos, la palpitación es debida a una percepción aumentada del trabajo normal del corazón, ya sea por cierta angustia ocasionada por la posible presencia de una enfermedad cardiaca o en segundo término por desequilibrios emocionales de larga duración como son los propios de una astenia neurocirculatoria. Dentro de las causas orgánicas son de mencionarse la anemia, la tirotoxicosis, la debilidad y las arritmias paroxísticas.

Los dos tipos de palpitaciones más frecuentes descritos son: la taquicardia senoauricular, contracción rápida y enérgica de comienzo gradual o brusco, pero invariablemente de terminación paulatina; se presenta normalmente con el ejercicio o durante las emociones.

Los paciente con taquicardia paroxística verdadera describen una palpitación rápida, regular o sensación de aleteo de principio rápido, de duración variable.

SIGNOS FISICOS DE CARDIOPATIA

EDEMA. El edema producido por insuficiencia cardiaca derecha aparece en primer término en las regiones maleolares y en la porción distal de las piernas de pacientes ambulatorios; en las regiones sacra, glútea, los flancos y en la cara posterior de los muslos en los enfermos encamados.

La sola presencia de edema no necesariamente induce al diagnós-

tico de insuficiencia cardiaca, los individuos obesos y los pacientes con várices de los miembros inferiores y tromboflebitis curadas, frecuentemente presentan edema importante.

CIANOSIS. La cianosis se clasifica en central y periférica. La primera es consecuencia de una baja saturación del oxígeno arterial producida por derivaciones intracardiacas de derecha a izquierda, fístulas arteriovenosas pulmonares, alguna neumopatías crónicas o por neumonía global. Se diferencia de la cianosis pe
riférica por que se presenta también, en la mucosas como la del interior de los labios, carrillos, lengua y conjuntivas y se esta
blece por medio de la determinación de la tensión de oxígeno arte
rial y su saturación.

La cianosis periférica ocurre con saturación normal del oxígeno arterial. Aparece sólomente en las partes frías del cuerpo como son las uñas y pulpejos, en la nariz, orejas y mejillas. Obedece a un retraso de la circulación a través de los lechos vasculares periféricos, lo cual permite a la sangre capilar car más de lo normal en oxígeno. La reducción del gasto cardíaco, como ocurre en la estenosis mitral, en la estenosis pulmonar o en la insuficiencia cardiaca, produce cianosis periférica. Sin embargo, las causas más comunes son la tensión nerviosa, con manos frías y sudorosas y la exposición al frío.

FIEBRE REUMATICA. La fiebre reumática es una enfermedad aguda,

subaguda o crónica que constituye una secuela a la infección estreptocócica hemolítica. Por razones desconocidas puede ser autolimitante o conducir a la deformidad valvular progresiva lenta.

La fiebre reumática es el precursor más común de cardiopatía en personas menores de 50 años.

El principio de la fiebre reumática está dado por una infección por estreptococo hemolítico del grupo A y aparece de una a cuatro semanas después de una amigdalitis u otitis.

En el ataque agudo, la fiebre reumática puede afectar el endocardio, miocardio, pericardio, cápsula sinovial de las articulaciones, pulmones o pleura. La lesión característica es vasculitis con inflamación granulomatosa perivascular. La válvula mitral se encuentra afectada en 75 - 80% de los casos.

En algunos casos la fiebre reumática puede manifestarse sólo por malestar general, astenia, pérdida de peso y anorexia, con frecuencia se presenta dolor abdominal, dolor progresivo en la articulaciones, tejidos periarticulares o inserciones musculares.

Los periodos iniciales de la fiebre reumática duran meses en los niños y semanas en los adultos.

ANGINA DE PECHO. La angina generalmente se produce por cardiopa-

tía arterioesclerótica; sin embargo, en algunas ocasiones se presenta sin que haya lesión importante de las coronarias como resultado de estenosis o insuficiencia aórtica grave, aortitis sifilítica, aumento de las demandas metabólicas como en el hipertiroidismo o después de un tratamiento con tiroides, anemia marcada o taquicardia paroxística, con frecuencia ventricular muy alta. El mecanismo responsable consiste en que las coronarias aportan una cantidad de oxígeno inferior a las demandas del miocardio. La isquemia miocárdica absoluta o relativa puede ser causada por tres grupos de variables:

- a) Disminución del aporte de oxígeno proporcionado por las arterias coronarias.
- b) Aumento del gasto cardiaco.
- c) Aumento en las demandas de oxígeno en el miocardio.

Los cambios funcionales en los pacientes que presentan angina inducida por el ejercicio durante el cateterismo cardiaco, han incluido una considerable elevación de la presión diastólica final del ventrículo izquierdo poco antes de aparecer la angina y los cambios isquémicos. El consumo de oxígeno del miocardio aumenta en forma similar. Estos cambios indican que la insuficiencia del ventrículo izquierdo o el disminuido rendimiento coinciden con la aparición de la angina.

La angina se presenta con más frecuencia al caminar, especialmente en pendientes o al subir escaleras. El realizar cualquier esfuero

zo que requiera cerrar la glotis e inmovilizar el tórax desencadena más rápidamente el ataque, independientemente del tipo de actividad la angina se presenta durante el ejercicio y se calma cuando el paciente se calma o se sienta.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. El infarto del miocardio es una necrosis isquémica debida a la oclusión de una arteria coronaria por trombo o hemorragia de la subíntima en el sitio de estrechamiento ateromatoso. Con menor frecuencia, la responsable del infarto es la oclusión completa por placas la íntima o por la hemorragia de una placa. El infarto puede presentarse aun sin oclusión vascular completa en aquellos casos en que el flujo coronario se encuentra disminuido transitoriamente; tal es el caso del choque postoperatorio o traumático, las hemorragias gastrointestinales, la hipotensión por cualquier causa o la deshidratación. En muy pocas ocasiones el infarto puede deberse a embolia, a oritis sifilítica o vasculitis aguda.

El sitio y la extensión del infarto depende de la distribución anatómica de los vasos, el sitio de la obstrucción actual y de las oclusiones previas y de la eficiencia de la circulación colateral. El sitio más frecuente de trombosis es en la rama descendente anterior de la coronaria izquierda, dando por resultado el infarto de la cara anterior del ventrículo izquierdo. La obstrucción de la arteria circunfleja izquierda produce infarto anterolateral. La trombosis de la coronaria derecha resulta en infarto de la por

ción posteroinferior del ventriculo izquierdo y podría afectar al miocardio del ventriculo derecho.

Los datos clínicos hemodinámicos se relacionan directamente con la extensión del la necrosis o de la cicatrización del miocardio.

En el infarto leve, la hemodinámica puede ser normal con enfermedad más grave, puede haber elevación de la presión ventricular izquierda telediastólica asociada con aumento de la presión diastólica en la arteria pulmonar y disminución del gasto cardiaco y también de la fracción de eyección.

Cuando el paciente está hipotenso o en choque, el gasto cardiaco está considerablemente reducido en conjunción con evidencias de insuficiencia ventricular izquierda y una elevada presión de llenado ventricular.

La presión en "cuña" y la presión ventricular izquierda diastólica, pueden estar elevadas sin ninguna anomalía en la presión ventricular derecha diastólica o en la presión auricular derecha; así, las presiones de la vena cava superior y de la aurícula derecha son a menudo falaces, ya que no reflejan los eventos ventriculares izquierdos. No obstante, son valiosos si las presiones son bajas indicando la posibilidad de hipovolemia; la respuesta de las cargas del volumen pueden ayudar para producir un aumento en el gasto cardiaco.

El dolor del infarto puede instalarse durante el reposo o en el ejercicio, el dolor es similar al de la angina en cuanto a localizaciones irradiaciones, sólo que es más intenso, no cede con el reposo y aumenta con intensidad progresivamente en unos cuantos minutos, el dolor puede durar horas si no se administran narcóticos, el paciente presenta subitamente sudación fría, se siente débil y aprensivo, se mueve buscando una posición que le calme el dolor y prefiere no estar acostado en cama. Puede acompañar al cuadro, ya sea solos o combinados mareos, síncope, disnea, ortopnea, tos, respiración sibilante, náusea y vómito o distensión abdominal. Los datos físicos son muy variables; la presencia de estertores, ritmo de galope, taquicardias, arritmias, bradicardia e hipotensión, se correlacionan bien con las evidencias clínicas y hemodinámicas de la gravedad del ataque y la extensión del miocardio necrosado.

INSUFICIENCIA CARDIACA. La función del corazón consiste en bombear un volumen adecuado de sangre hacia los diversos tejidos del cuerpo según lo requieran sus necesidades metabólicas. El rendimiento ventricular izquierdo es función de capa previa, carga subsiguiente, contractilidad y frecuencia cardíaca. Diversos mecanismos compensadores son puestos en juego, cuando el corazón ha aumentado o cuando las demandas de los tejidos han aumentado. Cuando estos mecanismos compensadores fracasan, se desarrolla un síndrome clínico que sólo puede hacerse obvio cuando en las demandas sobre el corazón estén aumentadas, como sucede con el ejerci-

cio o con la emoción, pero que pueden estar ausentes durante el reposo.

Por lo tanto, la insuficiencia cardiaca puede hallarse presente cuando el gasto cardiaco está elevado, normal o disminuido en relación con el promedio, pero independientemente del nivel absoluto, el gasto cardiaco en la insuficiencia cardiaca está reducido en relación con las demandas metabólicas del cuerpo, suponiendo un retorno venoso adecuado. La circulación venosa está muy reducida, constituye una insuficiencia vascular periférica, no insuficiencia cardiaca.

Cuando menos en la mitad de los pacientes puede hallarse presentes factores precipitantes o enfermedades desencadenantes que aumentan el trabajo del corazón y estos factores deberán ser buscados en cada paciente con insuficiencia cardiaca. Incluyen arritmias, infarto del miocardio, embolia pulmonar, carditis reumática, tirotoxicosis, anemia, ingestión excesiva de sal, administración de corticoesteroides, embarazo y administración excesiva o demasiado rápida de líquidos por vía parenteral.

Las causas básicas de insuficiencia ventricular son las siguientes: debilidad miocárdica o inflamación, aumento en el trabajo del miocardio, aumento de resistencia a la eyección, aumento en las demandas del organismo.

C A P I T U L O V

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL RIÑON

El diagnóstico de la enfermedad renal y la evaluación de la función renal dependen de las determinaciones del laboratorio. A medida que la función renal empieza a trastornarse las observaciones del laboratorio proporcionan índices seguros de la capacidad del riñón para responder a las demandas de excreción, reabsorción y secreción, y para cumplir con su papel en el mantenimiento de la homeostásis.

BIOPSIA RENAL. La biopsia renal es un procedimiento diagnóstico muy valioso, que sirve como una guía para el tratamiento racional. La técnica ya muy bien establecida, frecuentemente proporciona tejido suficiente para la microscopía común y electrónica y para el examen de inmunofluorescencia.

Las contraindicaciones absolutas incluyen la presencia anatómica de un solo riñón, la disfunción grave de un riñón, aun cuando la función sea adecuada en el otro, presencia de hemangiomas, tumor o quistes grandes, abscesos o infecciones, hidronefrosis y un paciente que no coopera. Las contraindicaciones relativas son la presencia de hipertensión grave, uremia, arterioesclerosis grave y la dificultad inusitada para efectuar la biopsia, por obesidad,

anasarca o incapacidad del paciente de acostarse totalmente en posición horizontal.

Las indicaciones clínicas para la biopsia renal, además de establecer un diagnóstico, incluyen la necesidad de determinar el pronóstico y la respuesta al tratamiento realizado.

RADIOGRAFIA RENAL. Las radiografías forman un recurso esencial para el diagnóstico y valoración de la nefropatía factible al tratamiento tanto médico como quirúrgico. El tamaño de un riñón, su forma y posición pueden constituir elementos críticos de información.

Las radiografías sistemáticas, la tomografía, la urografía, la pielografía, etc. constituyen fuentes de datos anatómicos y fisiológicos que a menudo son definitivos, mostrando detalles de la circulación, estructura y calcificación no disponibles por otros medios.

GLOMERULONEFRITIS AGUDA. La glomerulonefritis aguda es una enfermedad que afecta a ambos riñones. En la mayoría de los enfermos hay recuperación completa de la fase aguda, no obstante, puede existir afección progresiva que destruye tejido renal y produce insuficiencia renal. La glomerulonefritis aguda es más común en niños de 3 - 10 años de edad, aunque 5% o más de los ataques iniciales ocurren en adultos de más de 50 años. Con mucho, la causa más

frecuente es una infección previa de la faringe y la amígdalas o de la piel, con el grupo A de estreptococo beta hemolítico. En los niños menores de 6 años, la pioderma es el antecedente más frecuente; en niños mayores y adultos jóvenes. la faringitis es frecuente y las infecciones dérmicas son raras como antecedente.

La nefritis empieza aproximadamente dos semanas después de la infección estreptocócica o de la exposición a algún medicamento o un agente incitante. Con frecuencia la enfermedad es muy ligera, por lo que no hay motivo para sospechar afección renal a menos que se haga un examen de orina. En los casos graves, aproximadamente dos semanas después de la infección estreptocócica aguda el paciente presenta cafalea, malestar, febrícula, edema periorbitario y de la cara, dolor en los flancos y oliguria.

La hematuria habitualmente es notada como orina "sanguinolenta" o si la orina es ácida, como "parda" o de color café. Puede presentarse también dificultad respiratoria con disnea como resultado de una retención de agua y sal y de congestión circulatoria. Puede haber taquicardia moderada, así como ligera y acentuada elevación de la presión arterial. Es muy común la existencia de dolor a la palpación de los ángulos costovertebrales.

En los casos graves, aparecen signos compatibles con insuficiencia cardíaca como resultado de la retención de agua y cloruro de sodio y no por la insuficiencia miocárdica en sí: cardiomegalia, taquicardia, ritmo de galope, congestión pulmonar pasiva, derrame

pleural y edema periférico.

Con hipertensión grave, frecuentemente aparecen signos de insuficiencia ventricular izquierda y pueden predominar los síntomas y signos de encefalopatía hipertensiva, cefalea intensa, somnolencia, contractura musculares y convulsiones, vómitos y a veces papiledema y hemorragias retinianas.

Cualquier infección en un paciente de glomerulonefritis debe ser considerada como una complicación grave.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. La insuficiencia renal crónica puede ser la consecuencia de toda una gama de enfermedades que afecten al parénquima renal u obstruyen el sistema excretorio. Las causas de la insuficiencia renal crónica incluyen las siguientes: enfermedad glomerular primaria, enfermedad renal vascular, pielonefritis crónica, enfermedades metabólicas con afección renal, nefrotoxinas, infección, nefritis crónica por radiación, enfermedad tubular, uropatía obstructiva crónica, anomalías congénitas de ambos riñones.

El cuadro patológico varía con la causa del daño renal. La presencia de caracterización extensa con disminución del tamaño del riñón, hialinización de glomérulos y obliteración de algunos túbulos e hipertrofia y dilatación de otros. Producen gran distorsión de la arquitectura renal. Los cambios vasculares se deben

al efecto de la formación de cicatrices y la hipertensión prolongada con el engrosamiento de la capa media, fragmentación de las fibras elásticas, etc.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. La insuficiencia renal aguda es un término que se aplica a un estado de cese súbito de la función renal que sigue a una gran variedad de lesiones en los riñones normales. Recientemente se ha puesto énfasis en la constricción vasomotora de las arteriolas aferentes como lesión inicial. De ahí el nombre de nefropatía vasomotora. Entre las causas de insuficiencia renal aguda están las siguientes:

Agentes tóxicos, por ejemplo, tetracloruro de carbono, metaxiflurano, antibióticos, arsénico, envenenamiento por hongos.

Choque traumático debido a heridas graves, choque quirúrgico o infarto miocárdico e isquemia asociada con cirugía de aorta abdominal.

Destrucción hística debida a lesiones por aplastamiento, quemaduras, hemólisis intravascular (transfusión de sangre incompatible).

Enfermedades infecciosas como peritonitis, fiebre hemorrágica, etcétera.

Complicaciones del embarazo como necrosis cortical bilateral.

Puede esperarse una restitución de la función renal, pero aun con

el mejor tratamiento, la mortalidad es elevada.

El signo característico de la insuficiencia renal aguda es la reducción súbita de la excreción de orina después de alguna herida, tratamiento quirúrgico, reacción después de transfusiones o otras de las causas mencionadas antes.

NEFRITIS INTERSTICIAL. La enfermedad intersticial aguda puede deberse a infecciones generales por bacterias, virus o espiroquetas y la sensibilidad a los medicamentos incluyendo a los antibióticos (penicilina, colistina, sulfonamidas). La recuperación puede ser completa.

La nefritis intersticial crónica se caracteriza por fibrosis focal o difusa acompañada por infiltración con células inflamatorias asociadas al final con atrofia extensa de los túbulos renales. Representa una reacción inespecífica a diversas causas: abuso de analgésicos, envenenamiento con cadmio y plomo, nefropatía por uratos, etc.

C A P I T U L O V I

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO,
DEL PANCREAS Y DEL BAZO.

El hígado ocupa el hipocondrio derecho, la parte superior del epigastrio y la parte derecha y superior del hipocondrio izquierdo. Considerándosele dos caras: una superior y otra inferior, las que están unidas por un borde. La cara superior es convexa, lisa, se adosa a la cúpula diafragmática a la que está unida por varios repliegues peritoneales que sirven de medio de sostén al órgano; la parte más alta se proyecta en la línea mamaria derecha a nivel del quinto espacio intercostal. La cara inferior es ligeramente cóncava, se relaciona con el riñón derecho y la cápsula suprarrenal correspondiente, el ángulo derecho del colon la cara anterior del estómago, el píloro, la primera porción del duodeno y las asas intestinales.

Algunas de las principales afecciones del hígado son :

HEPATITIS VIRAL. (Hepatitis A o infecciosa). Es una infección viral del hígado que puede ocurrir ya sea en forma esporádica o en epidemias. La lesión hepática es parte de una infección generalizada, pero domina el cuadro clínico. La transmisión, por lo general, es por vía fecal-bucal. La hepatitis A puede ser transmitida por una aguja infectada.

HEPATITIS B. (Hepatitis sérica). Es una infección viral del hígado, transmitida generalmente por la inoculación de sangre contaminada o sus derivados. No obstante, se ha hallado en la mayor parte de las secreciones corporales y se sabe que la enfermedad puede ser diseminada por el contacto bucal o sexual. La hepatitis B tiene gran frecuencia en toxicómanos, enfermeras, médicos dentistas y personal de laboratorio.

El cuadro clínico es extremadamente variable y va desde una infección asintomática sin ictericia, hasta un cuadro fulminante y muerte en unos cuantos días.

La rapidez de instalación varía desde súbita hasta insidiosa con malestar general, mialgia, artralgia, fatigabilidad, síntomas respiratorios de vías altas y anorexia intensa son frecuentes las náuseas y los vómitos y puede aparecer diarrea o constipación, generalmente hay fiebre, pero rara vez pasa de 39.5°C

HEPATITIS CRONICA. Se define como la reacción inflamatoria crónica en el hígado puesta de manifiesto por: pruebas de función hepática anormal, arquitectura hística hepática anormal y padecimiento persistente sin mejoría por cuando menos seis meses.

Desde el punto de vista de la atención del paciente, el hecho crucial que hay que determinar es si la hepatitis crónica podría curarse, permanecer estática o progresar hasta cirrosis.

La causa de la hepatitis crónica es conocida sólo en parte. Puede considerarse una secuela de la hepatitis tipo B o de la tipo A como responsable de esta infección.

HEPATITIS ALCOHOLICA. Es una inflamación aguda o crónica del hígado que ocurre como resultado de necrosis parenquimatosa inducida por el abuso de alcohol, siendo precursora de la cirrosis alcohólica.

La hepatitis alcohólica ocurre habitualmente después de varios años de beber en exceso.

Generalmente se observa la hepatitis después de un periodo de alcoholización muy intensa. Este antecedente, además de quejas de anorexia y náuseas y la demostración objetiva de hepatomegalia e ictericia, sugieren con mucha certeza el diagnóstico. El dolor abdominal y la hipersensibilidad, esplenomegalia, ascitis, fiebre y encefalopatía apoyan y confirman el diagnóstico. La presentación clínica de la hepatitis alcohólica puede variar desde un paciente esencialmente asintomático con un hígado crecido o un individuo críticamente enfermo que fallece con rapidez.

NEOPLASIAS DEL HIGADO. Se originan en los hepatocitos o en los conductillos biliares. La presencia de un hepatoma puede pasar inadvertida hasta que se presente deterioro en el estado general de un paciente cirrótico. El examen clínico muestra un crecimiento hepático doloroso con una masa palpable ocasionalmente. Nin-

guna terapéutica ha demostrado ser eficaz.

ENFERMEDADES DEL PANCREAS

PANCREATITIS AGUDA. Bases para el diagnóstico. Dolor epigástrico agudo de instalación súbita, frecuentemente irradiado hacia la espalda, náusea, vómito, postración, diaforesis, dolor a la palpación abdominal, dilatación abdominal y fiebre.

La pancreatitis aguda es un padecimiento abdominal grave producido por inflamación aguda del páncreas, se desconoce la patogénesis, aunque un 80% de enfermos están relacionados con alcoholismo y enfermedades biliares, traumatismos abdominales, etc.

El dolor epigástrico, generalmente de iniciación súbita, es constante e intenso y frecuentemente se exacerba con el decúbito supino y se mejora al sentarse con el tronco flexionado.

PANCREATITIS CRONICA. La pancreatitis crónica es más común en pacientes alcohólicos. Los síntomas más claros son ataques recurrentes o dolor epigástrico y del cuadrante superior izquierdo, con irradiaciones a la región lumbar superior izquierda, son frecuentes la anorexia, náusea, constipación y flatulencia.

El dolor puede durar horas o semanas, finalmente el dolor es continuo.

BAZO. El bazo toma parte en la formación de las células linfáti-

cas de la sangre, destruye los glóbulos rojos y blancos de la misma e inhibe la función de la médula ósea, según esto, los trastornos funcionales del bazo se manifiestan por enfermedades de la sangre.

Para el diagnóstico general de las enfermedades, importa tanto la función del bazo como el hecho de que en diversas enfermedades del bazo aumenta de tamaño, como en la fiebre tifoidea, en enfermedades infecciosas y en las enfermedades de la sangre.

La comprobación del aumento de tamaño del bazo la da la palpación pues la percusión es a veces engañosa debido a las heces sólidas que contienen en cantidad variable los intestinos.

C A P I T U L O V I I

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Las perturbaciones del sensorio pueden estar asociadas a una disminución de la actividad motora (por ejemplo, estupor o coma) o a un aumento de dicha actividad (por ejemplo, excitación, delirio, manía, etc.). Las perturbaciones sensoriales pueden variar desde la ofuscación parcial hasta la pérdida completa de la conciencia. La reacción tipificada del sujeto a estas perturbaciones, depende de la naturaleza y de la intensidad del estímulo, así como del estado físico, mental y afectivo del paciente. Los agentes causales pueden ser traumáticos, accidentes cerebrovasculares, envenenamientos debidos a medicamentos y otras toxinas, fiebre, trastoro no metabólicos, meningitis, infecciones masivas, tumores cerebrales, padecimientos convulsivos y descompensaciones cardiacas.

ESTUPOR Y COMA. El estupor varía desde una pérdida parcial de la conciencia hasta un pérdida casi completa de ella. El coma es un estado de total inconciencia del cual no puede ser despertado el paciente ni mediante los más dolorosos estímulos.

El coma puede ser de origen intra o extracraneal, por ejemplo:
INTRACRANEANO: Lesiones de la cabeza, accidentes angioencefálicos infecciones del sistema nervioso central, tumores, padecimientos convulsionantes, enfermedades degenerativas, presión intracranea-

na aumentada.

EXTRACRANEANO: Vascular (choque o hipotensión como en caso de hemorragia abundante, infarto al miocardio, hipertensión arterial), metabolismo (acidosis diabética, hipoglucemia, uremia, coma hepático), intoxicaciones (alcohol, barbitúricos, narcóticos, analgésicos, tranquilizantes), causas diversas (hipertermia, hipotermia, choque eléctrico, infecciones generales graves).

VERTIGO. (mareo). Generalmente se emplean los términos vértigo y mareo para referirse a una sensación subjetiva de movimiento rotatorio ya sea del propio individuo o del medio, e implica una incapacidad para orientar el cuerpo en relación con los objetos circundantes. El vértigo se presenta generalmente en procesos patológicos que afectan el laberinto, la porción vestibular del octavo par craneano, sus núcleos o sus conexiones. El verdadero vértigo se manifiesta usualmente por nistagmo, caída hacia un lado y una respuesta anormal a la pruebas de la función vestibular. Entre las causas más comunes está la enfermedad de Meniere.

MAREO POR MOVIMIENTO. El mareo por movimiento es una enfermedad aguda caracterizada por anorexia, náusea, desvanecimiento y vómitos. Los principales factores causales son visuales, cinestésicos y psicológicos.

PADECIMIENTOS CONVULSIONANTES.

EPILEPSIA. Bases para el diagnóstico. Comienzo brusco de alteraciones paroxísticas, transitorias, recurrentes, de las funciones encefálicas, acompañadas generalmente de alteraciones de la conciencia.

Los signos varían desde anormalidades en la conducta hasta convulsiones motoras prolongadas.

Puede hallarse un trastorno encefálico primario, puede haber una historia familiar de epilepsia.

Los padecimientos convulsionantes se caracterizan por síntomas abruptos y transitorios de naturaleza motora, sensorial, psíquica o del sistema autónomo asociados frecuentemente con alteraciones del sensorio. Se cree que estos cambios son secundarios a alteraciones repentina y transitorias de las funciones encefálicas, asociadas con descargas eléctricas excesivamente rápidas en la materia gris. Las convulsiones ocurren más fácilmente en un paciente con enfermedad encefálica que en el que tiene un sistema nervioso central normal.

La epilepsia sintomática puede ser producida por una variedad de estados patológicos e intoxicaciones, por ejemplo: tumor encefálico, traumatismos cefálicos, infecciones intracraneanas, hipocalcemia, etc.

La epilepsia se presenta por lo general antes de los 30 años.

CLASIFICACION DE LAS CONVULSIONES

GRAN MAL. (Epilepsia mayor). Una aura típica puede anunciar una crisis mayor y puede concentrarse para un individuo, por ejemplo, una extraña sensación en el epigastrio, fenómenos de memoria o un sabor o un olor particularmente desagradables. El aura puede consistir en un fenómeno motor por ejemplo, espasmo de una extremidad, rotación de la cabeza y de los ojos, o bien una aberración sensorial como entumecimiento. El paciente puede recordar o de hecho ver una escena o acontecimiento de su vida pasada.

El conocimiento puede perderse poco después de aparecer el aura. El sujeto puede caer al suelo y emitir un grito. Posteriormente, los músculos esqueléticos son presa de fuertes contracciones tónicas, puede presentarse disnea y cianosis, unos segundos después puede iniciarse movimientos convulsionantes clínicos y generalmente se vuelven menos intensos conforme persiste el ataque, existe pérdida del control de la vejiga e intestinos, aparece espuma por la boca. Frecuentemente sigue un periodo de sueño profundo.

PEQUEÑO MAL. La llamada triada del pequeño mal comprende contracciones mioclónicas, ataque acinéticos y breves ausencias (lagunas) sin caída ni convulsiones del cuerpo.

La epilepsia del pequeño mal se presenta más frecuentemente en los niños. Puede haber una pérdida momentánea y transitoria del

conocimiento, tan fugaz y oculta durante la actividad diaria que nadie, ni aun el mismo paciente, puede notarlo. El pequeño mal clásico esta caracterizado por una expresión vacía repentina, suspensión de la actividad motora y pérdida del tono muscular. La conciencia y las actividades físicas retornan bruscamente. Pueden ocurrir hasta cien ataques diarios.

EPILEPSIA JACKSONIANA. Este tipo de epilepsia consiste en una convulsión focal durante la cual generalmente se conserva el estado de conciencia normal.

C A P I T U L O V I I I

MEDIOS AUXILIARES PARA EL DIAGNOSTICO

PROCESO DE COAGULACION. Dos mecanismos de coagulación o hemostáticos entran en juego para ocluir un vaso cortado o gravemente lesionado, de manera que se limite el escape de sangre del sistema circulatorio.

Ambos procesos, aunque muy diferentes uno de otro, ocurren más o menos seriadamente en lugares donde exista una lesión de un vaso sanguíneo.

1. AGLUTINACION. Se habla de aglutinación cuando las plaquetas se reúnen y acumulan a nivel de la lesión.

La aglutinación consiste en la formación de tapones de plaquetas que ocluyen los vasos sanguíneos, es decir, que cuando se lesiona una arteria, arteriola, vena o vénula, las plaquetas que circulan en la sangre se reúnen y adhieren a nivel de la zona lesionada.

Los tapones de plaquetas sólo obran temporalmente y serán reforzados por la fibrina que se desarrolla en sus bordes brindándoles sostén.

2. COAGULACION. Es el proceso por virtud del cual se forma la

fibrina. La fibrina se origina a partir del fibrinógeno del plasma, por acción de una enzima llamada trombina.

El tejido lesionado libera tromboplastina tisular que, con ayuda del calcio y otros factores, desencadenan la formación de protombinasa, ésta actúa convirtiendo la protombina y la trombina desencadena la formación de fibrina a partir del fibrinógeno del plasma.

La fibrina forma hilos que se disponen en forma de red, para sostener así el tapón de plaquetas del que se habló.

Un tercer factor que ayuda a bloquear la pérdida de sangre a nivel de un vaso seccionado, es que los vasos cuando se cortan tienden a entrar en un colapso haciendo que sus luces se hagan menores.

Los datos importantes del análisis final sobre la coagulación se encuentran referidos por tres tipos de pruebas:

Tiempo de sangrado

Tiempo de coagulación

Tiempo de protombina

Los resultados en estas pruebas nos dan una idea general sobre el estado que guarda nuestro enfermo respecto a su mecanismo de coagulación.

Existen dos tipos de pacientes que requieren pruebas selectivas de la hemostasis para determinar de un modo genérico si sufre de un trastorno en esta función:

1. El paciente preoperatorio común que no presenta pruebas clínicas evidentes de hemostasis alterada, pero en quien conviene una valoración selectiva básica antes de la intervención quirúrgica.
2. El paciente en cuya anamnesis o hallazgos clínicos despierta sospecha de un defecto hemostático general y por lo tanto requiere una valoración selectiva.

TIEMPO DE SANGRADO. (Duke). Se hace una pequeña incisión en el lóbulo de la oreja y se recoge la sangre cada 30 segundos con un papel absorbente; el tiempo normal de sangrado es de tres minutos aproximadamente.

TIEMPO DE SANGRADO. (Modificado por Ivy). Este método es más sensible ya que se hacen incisiones mayores seccionando vasos más pequeños y los trombos hemostáticos han de resistir presión posterior.

Con un mango de presión sanguínea, se mantiene el antebrazo a una tensión de 40 mm de Hg y se efectúan como mínimo 2 incisiones de 9 mm de largo y 1 mm de profundidad (en la superficie palmar del antebrazo).

La sangre en exceso se seca también cada 30 seg. sin afectar los borde de la herida, con un papel filtro; se considera terminada la prueba cuando la sangre no mancha el papel. El límite superior de la normalidad está comprendido entre los doce minutos.

Los trombos hemostáticos primarios detienen el sangrado de los pequeños vasos seccionados en una prueba del tiempo de sangrado, por lo tanto esta prueba se introdujo como selectiva para reconocer una trombocitopenia insospechada, que es la causante más común de retraso en la formación de trombo hemostático primario, sin embargo esta prueba selectiva es demasiado complicada para su empleo habitual, por lo que se emplea sin modificaciones.

TIEMPO DE COAGULACION. Se colocan varias gotas de sangre en un portaobjetos y cada minuto se pasa una aguja a través de una o dos gotas, cuando la fibrina se adhiere a la aguja la coagulación se lleva a cabo. El tiempo normal es de aproximadamente 7 min.

TIEMPO DE PROTOMBINA. (Quick). En esta prueba se añaden trombo-plastina hística al plasma, éste es recalcificado y se anota el tiempo de coagulación que puede variar entre 9 y 30 seg.

PRUEBA DE FORMACION DE TROMBOPLASTINA. Se recogen pequeñas cantidades de plasma, suero, plaquetas del paciente se mezclan manteniéndose en incubación; se extraen porciones similares cada minuto y se recalcifican en presencia de plasma normal, el tiempo

de coagulación se hará más corto en el momento de haberse generado la máxima cantidad de tromboplastina.

Normalmente el tiempo de coagulación se acortará de 8 a 10 seg. después de 3 a 5 minutos de incubación.

Se detectan defectos de mínimos de formación de tromboplastina. Por medio de la substitución de plaquetas, del plasma o del suero con pruebas sucesivas se identifica el factor responsable.

Si el déficit se corrige adicionando plaquetas el diagnóstico es trombocitopenia; si es adicionado suero normal será factor IX el deficitario; si es plasma normal, factor VIII.

EXAMEN DE ORINA. Los riñones son órganos de importancia vital para un mantenimiento de una composición química constante en la sangre, son órganos de excreción y eliminan los productos de desecho de metabolismo de las proteínas, incluyendo urea, ácido úrico y creatinina y el exceso de sales inorgánicas en el cuerpo.

Son de importancia básica en el mantenimiento de la composición y de volumen de la sangre que efectúan mediante un procedimiento altamente específico de filtración y absorción.

Dentro de un concepto de función normal del riñón y de su producción de orina, se incluyen los pasos siguientes:

- a) La filtración de fluido sanguíneo ocurre en los glomerulos dentro de una presión de sangre normal.
- b) El filtrado contiene los constituyentes del plasma a excepción de hematíes, células blancas y proteínas.
- c) Durante el paso por los túbulos, mucha del agua y algunas de las sales disueltas en ella son reabsorbidas.
- d) La filtración cesa cuando la presión sanguínea baja del nivel de 40 mm de Hg.

Dentro del contenido normal de orina, no deberán encontrarse:

- | | |
|-------------|--|
| 1. Albúmina | 4. Muy pocos leucocitos |
| 2. Azúcar | 5. Acetona o ácido diacético |
| 3. Hematíes | 6. Pigmentos de la biliaris o sales biliares |

Las fluctuaciones en el pH de la orina son relativas a la excreción del agua, según la cantidad de alimentos ingeridos podría elevarse hasta 7.2 - 7.8 normal 4.6 - 8.0

Bajo ciertas condiciones patológicas, aparece en la orina una sustancia albuminoide denominada proteína de Bence-Jones, esta presencia es una ayuda clínica en el diagnóstico del mieloma múltiple.

La orina normal es de color amarillento a ámbar. Muchas comidas y drogas pueden alterar el color de la orina, puede cambiar a roja después de comer betabeles o a un amarillo intenso con la ingestión de zanahorias, el cambio de coloración a un tono café ro-

jizo en la administración prologada de ácido acetilsalicílico, el color rojo puede causarlo la acetanilida o la antipirina.

En el caso de alteraciones como la glomerulonefritis secundaria a infecciones agudas por estreptococos, el riñón reduce su tamaño y presenta daños en ocasiones irreversibles; consecuentemente su función se ve alterada y la presencia de sangre en la orina representan un hallazgo importante, igualmente la albúmina y la oliguria y en ocasiones leucocitos y células epiteliales.

En la uremia también se encuentra albúmina en la orina. La presencia de hematuria puede deberse a múltiples causas, citaremos algunas:

- a) Nefritis
- b) Cálculos renales
- c) Pielonefritis
- d) Infarto renal
- e) Septicemia
- f) Discrasia sanguíneas
- g) Endocarditis bacteriana subaguda
- h) Neoplasias renales

En el uso del examen de orina quedará limitado en la consulta odontológica cuando se sospeche de una alteración renal, insuficiencia cardíaca, pacientes diabéticos, o algún trastorno sistémico ya establecido.

CULTIVOS BACTERIANOS. El cultivo bacteriano es un medio de diagnóstico auxiliar, consistente en "sembrar" o llevar, una muestra de secreción de una lesión supurada hacia un medio adecuado de desarrollo para posterior reconocimiento una vez efectuado el crecimiento de las cepas microbiológicas en dicho medio.

Indicaciones:

1. Como se anotó anteriormente, en el caso de lesiones supuradas.
2. Como ayuda en el diagnóstico de infecciones por hongos.
3. En el caso de lesiones de origen infeccioso

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD. (Antibiogramas). Se llevarán a cabo una vez obtenidas las colonias aisladas puras del microorganismo causal del padecimiento.

Se obtendrá como el resultado, una guía general para elegir el medicamento adecuado contra dicho germen patógeno.

HEMOCULTIVOS. Por la posibilidad de bacteremia transitoria durante las extracciones dentarias o de intervenciones parodontales, es posible causar una endocarditis bacteriana como complicación en pacientes con valvulitis reumática, enfermedades congénitas cardíacas, como ejemplo. En estos casos es indicado obtener un hemocultivo como control, este se hará sembrando, en un medio adecuado, 5 - 10 ml de sangre venosa.

PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA. Utilizada para confirmar la presencia de diabetes sacarina, sospechada por el hallazgo de glucosuria e hiperglucemia leves.

El paciente se presentará en ayunas, con muestras matutinas de orina y sangre; se le dará para ingerir 50 - 100 grs. de glucosa en agua. Se tomarán nuevas muestras de sangre y orina en cada ocasión a los 30, 60, 120 y 180 minutos, haciendo con los resultados una gráfica que represente la curva de concentración de glucosa en sangre en función al tiempo.

Este examen es útil para diagnóstico de trastornos metabólicos como: diabetes sacarina, glucosuria renal, hiperinsulismo e hipotiroidismo.

EXAMEN RADIOLOGICO. El examen radiológico es otro de los medios auxiliares habitualmente utilizados para el diagnóstico. Dentro de esta rama se pueden encontrar toda una gama de radiografías, según el caso de que se trate, y así por ejemplo tenemos que en el aspecto odontológico encontraremos las siguientes, como por ejemplo:

Ortopantomografía	Anteroposterior de cara
Hirtz	Posteroanterior de cara
Towne	Cadwell
Walters	Laterales comparativas
Tomografías	Schuller (boca abierta, boca
Sialografía	cerrada).

Cefalometría

Gamografía

Arteriografía

Así como también toda una variedad utilizada en auxilio del diagnóstico de enfermedades sistémicas.

CONCLUSIONES

Muchas veces, el médico u odontólogo examina a una persona en la que encuentra completa normalidad de sus órganos y funciones, lo que conduce a concluir que la persona examinada está sana. Puesto que entre el estado de salud y el de enfermedad hay una serie de estados intermedios, podemos decir, que hacer una diagnóstico es conocer el grado de salud o enfermedad de una persona.

Un error que hay que evitar, es el considerar a los resultados de laboratorio como la última palabra que va a decidir sobre el juicio del clínico. Las pruebas de laboratorio requieren un operador experimentado, muchas de ellas se basan en hipótesis, que por muy verosímiles que parezcan no pueden considerarse como verdades adquiridas en el momento actual de ahí que sus resultados deben ser sometidos a rigurosa y severa crítica.

La conclusión final debe deducirse del conjunto de datos que se han obtenido por el examen directo del enfermo y los suministrados por las pruebas de laboratorio.

Para poder formular un diagnóstico cierto es de todo punto necesario hacer un examen concienzudo del enfermo y llevar dicho examen a todos y cada uno de los aparatos y sistemas del organismo, pero siempre de una manera metódica para poder así llegar a un diagnóstico final íntegro.

BIBLIOGRAFIA.

- ROBBINS, STANLEY L.
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
ED. INTERAMERICANA
1975
- GLICKMAN, IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
4a. Ed. ED. INTERAMERICANA 1974
- THOMA, H. KURT
PATOLOGIA BUCAL
UNION TIPOGRAFICA
ED. HISPANO-MEXICANA
- PASCUALINI, RODOLFO Q.
ENDOCRINOLOGIA
6a. Ed. EDITORIAL CIENTIFICO MEDICA
1973
- BHASKAR, S.N.
PATOLOGIA BUCAL
2a. Ed. EDITORIAL EL ATENEO
1975
- DOMARUS, ALEXANDER VON
MEDICINA INTERNA
COMPENDIO PRACTICO DE PATOLOGIA MEDICA
7a. Ed. BARCELONA M. MARIN
1970

PINEROS, CORPAS JORGE
COMPENDIO PRACTICO DE NOSOLOGIA
EDITORIAL MEDICO CIENTIFICA
1967

RITACCO, ARALDO ANGEL
OPERATORIA DENTAL
MODERNAS CAVIDADES
2a. Ed. EDITORIAL MUNDI

MARCUS, A. KRUPP.
MILTON, J. CHATTON
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CLINICO
16 ava Ed. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
1981

BARBARA BATES
PROPEDEUTICA MEDICA
ED. INTERAMERICANA

HOBSON LAURENCE B.
MANUAL DE PROPEDEUTICA CLINICA MEDICA
ED. EL MANUAL MODERNO
1980

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
XXVII ED. EDITORIAL P.L.M.S.A.
MEXICO, 1930

FE DE ERRATAS

- h.1. R. 14 Dice "Índice a precisión", debe decir "Índice de precisión".
- h.1. R.24 Dice "tales como la haliatosis", debe decir "tales como la halitosis".
- h.2. R.18. Dice "la case de Odontólogo", debe decir "la clase de Odontólogo".
- h.2. R.27. Dice "técnicas en un años", debe decir "técnicas en un año".
- h.5. R.4. Dice "conocimiento o disgnostico", debe decir "conocimiento o diagnostico".
- h.6. R.21. Dice "plantear le diagnóstico", debe decir "plantear el diagnóstico".
- h.8. R.9. Dice "agios", debe decir "agrios".
- h.8. R.15. Dice "Sistema aparato cardio-vascular", debe decir "Sistema Cardio-vascular".
- h.9. R.18. Dice "misma familai", debe decir "misma familia".
- h.10.R.9. Dice "muy acentudad", debe decir "muy acentuada".
- h.12.R.14. Dice "denomina madiata", debe decir "denomina mediata".
- h.13.subtítulo. Dice "Haliatosis", debe decir "Halitosis".
- h.13.R.13. Dice "pepauperación", debe decir "depauperación".
- h.17.R.3. Dice "invasión policrobiana", debe decir "invasión polimicrobiana".
- h.17.R.21. Dice "distnasia", debe decir "distancia".
- h.21R.11. Dice "habitulamente", debe decir "habitualmente".
- h.22.R.17. Dice "almagama", debe decir "amalgama".
- h.23. R.14. Dice "esplacnomegalia", debe decir "esplecnomegalia".
- h.23. R.15. Dice "ocurre caso", debe decir "ocurre casi".
- h.29.R.3. Dice "este medicamento", debe decir "este medicamento".
- h.29.R.10. Dice "gastrocopía", debe decir "gastroscopía".
- h.33.R.14. Dice "peritaltismo", debe decir "peristaltismo".
- h.39.R.5. Dice "Bronquioslos", debe decir "bronquiolos".
- h.39.R.7. Dice "primiordilamente", debe decir "primordialmente".
- h.44.R.16. Dice "raqueitis", debe decir "traqueitis".
- h.49.R.11. Dice "patognómicos", debe decir "patognomónicos".
- h.49.R.13. Dice "carcoidosis", debe decir "sarcoidosis".
- h.68.R.17. Dice "congenstión", debe decir "congestión".
- h.70.R.18. Dice "infeccionsas", debe decir "infecciosas".
- h.72.R.14. Dice "infeccionsa", debe decir "infecciosa".
- h.74.R.8. Dice "habitulamente", debe decir "habitualmente".
- h.86.R.19. Dice "prodcución", debe decir "producción".