



7 15 91
Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES ZARAGOZA



IMPORTANCIA DEL ESTUDIO
CLINICO EN LA ODONTOLOGIA

Tesis que para obtener el
Título de Cirujano Dentista

Presentan:

ANGELICA NAHIELY ESPARZA ISUNZA
JUAN MANUEL PULIDO BARBOSA
GERARDO VELASCO RAMIREZ

AGOSTO DE 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I

I N D I C E

	PAGS.
PROYECTO DE TESIS.....	1
INTRODUCCION	8
FUNDAMENTACION.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS.....	18
HIPOTESIS.....	29
MATERIAL Y METODOS.....	30
CONSIDERACION PREVIA.....	31
CAPITULO 1.- HISTORIA CLINICA DE E.N.E.P. "ZARAGOZA"	36
Obj.- 1.1.- Definir Estudio Clínico e Historia Clínica.....	38
Obj.- 1.2.- Efectuar el Estudio Clínico por los Métodos de Eva- luación Propedéutica en la Historia Clínica de - E.N.E.P. "Zaragoza".....	40
Obj.- 1.3.- Análisis de las partes que integran la Historia Clí- nica de la E.N.E.P. "Zaragoza", en el Estudio Clíni- co.	68
Obj.- 1.4.- Mencionar las ventajas y desventajas de la Historia Clínica de E.N.E.P. "Zaragoza"	102
CAPITULO 2.- ENFERMEDADES SISTEMICAS RELACIONADAS CON EL APARATO - ESTOMATOGNATICO QUE PUEDEN COMPLICAR EL TRATAMIENTO - ODONTOLÓGICO.....	103
Obj.- 2.1.- Clasificación de las enfermedades sistémicas.....	104
Obj.- 2.2.- En base al Estudio Clínico se deberán reconocer las enfermedades por aparatos y sistemas.....	106
Obj.- 2.3.- Identificar enfermedades alérgicas que alteran y - complican el tratamiento odontológico.....	134

Obj.- 2.4.- Comprender o analizar las enfermedades hematológicas- que interfieren en el tratamiento odontológico	144
Obj.- 2.5.- Identificar los síntomas y signos de las enfermedades infecciosas capaces de impedir el tratamiento odonto- lógico.	152
CAPITULO 3.- EL ESTUDIO CLINICO EN LA IDENTIFICACION DE LAS ENFERMEDA DES DEL APARATO ESTOMATOGNATICO.....	172
Obj.- 3.1.- Clasificación de las enfermedades del aparato estoma- tognático.	173
Obj.- 3.2.- Comprender el proceso de la enfermedad caries y sus - repercusiones clínicas en sus diferentes estudios, así como anomalías dentales.	174
Obj.- 3.3.- Comprender la evolución de las enfermedades parodontá les más frecuentes en la cavidad oral.....	190
Obj.- 3.4.- Identificar las enfermedades que se manifiestan en la unión mucocutánea y cavidad oral.....	206
Obj.- 3.5.- Enlistar las lesiones neoplásicas más frecuentes en - boca.....	213
Obj.- 3.6.- Mencionar las diferentes maloclusiones y patologías - de la articulación temporo mandibular.....	227
Obj.- 3.7.- Identificar los quistes más frecuentes en cavidad - oral.....	244
Obj.- 3.8.- Mencionar las enfermedades que se manifiestan con ma- yor frecuencia en las glándulas salivales.....	249

III

	PAGS.
CAPITULO 4.- RELACIONES ENTRE PROFESIONISTAS DEL AREA DE LA SALUD.	253
Obj.- 4.1.- Relaciones generales entre profesionistas del área- de la salud.....	253
Obj.- 4.2.- Unificación de criterios.....	255
Obj.- 4.3.- Remisión del paciente a especialistas de la misma - profesión.....	259
CAPITULO 5.- RELACION CLINICO - PACIENTE.....	262
Obj.- 5.1.- Observación y comportamiento psicológico del pacien <u>t</u> te.	262
Obj.- 5.2.- Interrelación entre clínico paciente.....	280
Obj.- 5.3.- Evolución general del paciente, conceptos y crite- rios.....	285
RESULTADOS	290
DISCUSION	293
CONCLUSIONES	295
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES	297
ANEXOS	299
BIBLIOGRAFIA	325

PROYECTO DE TESIS.

A) Título de Proyecto.

: IMPORTANCIA DEL ESTUDIO CLINICO EN LA ODONTOLOGIA.

B) Area Especifica del Proyecto:

Clinica de Odontologia (E.N.E.P. Zaragoza). En la aplicación del Estudio.

Clinico llevado en los diferentes grados de estudio, por los alumnos.

C) Personas que participan (Alumno(s) Y Asesor).

Esparza Isunza Nahielly Angelica.

Pulido Barbosa Juan Manuel.

Velasco Ramírez Gerardo.

Asesores: Barona Cárdenas Jorge.

Gómez Payret Manuel de J.

D) Fundamentación de la elección del tema:

Notamos que las deficiencias que existen en el Estudio Clínico y el manejo indebido de éste, se manifiesta en la formulación de la Historia Clínica, así como el conocimiento superficial de cada una de sus partes y en la integración de los datos que se obtienen para el Estudio Clínico. Esto lo tenemos en cuenta a partir de nuestra formación profesional.

A partir de las siguientes bases:

Por la premura de tiempo dentro de la escuela (E.N.E.P.Z.) no se le da la importancia e interés que tiene el estudio Clínico, como cimiento de la iniciación de cualquier tratamiento odontológico por muy

específico que este sea; tomándolo solamente como un requisito para poder cubrir objetivos que nos son requeridos en el plan de estudios, por lo tanto, el tratamiento integral que debiera darse al paciente en un principio ya no se lleva como tal. Conforme se va avanzando en la carrera, los objetivos a cubrir son más específicos cuantificándose más en lo odontológico del paciente, que en su integridad biopsicosocial.

En el conocimiento de las técnicas de evaluación efectiva no se les da el verdadero valor que estas tienen en los tratamientos, puesto que el objetivo del estudio clínico previo, consiste simplemente en evaluar la capacidad física y emocional de un determinado paciente, para tolerar el tratamiento odontológico específico.

Sabiendo que nuestro fin no es diagnosticar o tratar el problema médico, se puede llegar al diagnóstico razonable y preciso que hasta la fecha como alumnos no hemos entendido de esta manera, teniendo en cuenta que la experiencia la adquirimos con la práctica todo y cuando lo hagamos en una integridad completa y ordenada de los datos del Estudio Clínico.

La situación que tratamos de especificar es la de tener factores de evaluación que nos permitan determinar si es posible proseguir un tratamiento con relativa seguridad o bien en caso contrario se nos indique la conveniencia de una consulta médica previa, sabiendo que la función del Estudio Clínico es llegar a un diagnóstico y tratar el problema médico. Por tal razón, cuando exista alguna duda al respecto al estado clínico de determinado paciente, se deberá canalizar a un médico Tener relación profesional en determinado momento con el médico del paciente, para estar debidamente enterado de su estado físico y emocional que impidiera el tratamiento odontológico.

A nivel de formación profesional, observamos también las deficiencias que existen en el profesionalista en su práctica diaria, ya que no lleva un estudio clínico y además no tiene un archivo de sus pacientes, pretextando pérdida de tiempo, esto lo observamos por medio de las investigaciones que llevamos a cabo en el Módulo de Seminarios de Integración.

La información que actualmente se encuentra a cerca del Estudio Clínico, en la bibliografía existente, corresponde a países desarrollados en donde se lleva un archivo clínico de los pacientes que requieren atención institucional como privada ya que en estos países se practica la medicina legal oficializada, dándonos la pauta que en México no se lleva a cabo el Estudio Clínico, ni la Medicina Legal que obligue al clínico a tener su relación de pacientes por medio de Historias Clínicas.

E) Plantamiento del Problema.

La importancia de establecer correctamente un Estudio Clínico tanto en la actividad y formación profesional. Aplicando correctamente la técnica de evaluación para la obtención y correlación de los datos del Estudio Clínico en un tratamiento odontológico.

F) Objetivos.

- 1.- Tomando como parámetro y referencia la Historia Clínica de E.N.E.P.Z. tenderemos a analizar y profundizar más el conocimiento del clínico (estudiante o profesionista), en lo teórico práctico del Estudio Clínico.

- 2.- Que el Estudio Clínico sea científico y ordenado, y por el cual - mediante sus diferentes componentes podamos diagnosticar, pronosticar y tratar las enfermedades del aparato estomatognático.
- 3.- Identificar y diagnosticar las enfermedades que están fuera de - nuestro campo y que complican el tratamiento odontológico.
- 4.- El odontólogo, en base a su Estudio Clínico, tendrá la obligación de orientarse y consultar con el médico, cuando determinado caso clínico requiera interconsulta, para realizar un tratamiento odontológico satisfactorio.
- 5.- Que exista una buena relación odontólogo-paciente para elaborar - un Estudio Clínico satisfactorio.

G) Hipótesis de Trabajo.

En base al Estudio Clínico valoraremos el tratamiento Clínico odontológico y la atención que requiera la población de los servicios de salud logrando la responsabilidad legal y moral, tal situación recaerá - únicamente en manos del profesional que las enfrente.

H) Material.

- 1.- Historia Clínica, Dibujos, Folletos, etc.

I) Método.

Científico, Evaluación Clínica con sus procedimientos respectivos.

1) Bibliografía.

Reader's Digest. Enciclopedia Médica de Selecciones. El Gran Libro - de la Salud. México, 1971. 2a. Edición.

Durante Avellanal, Ciro, Diccionario Odontológico. Mundi México - - 1961. 3a. Edición.

Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas. Salvat. México - 1970. 2a. Edición.

Odontólogo Moderno. Volúmen 2 No. 8, Octubre, 1973. pp 16-27.

Katz Simón. Odontología Preventiva en Acción. Panamericana. México, - 1975. 3a. Edición.

Mejor. Propedeútica Médica. Interamericana. México, 1970. 7a. Edi- ción.

Mc. Carty, Frank M. Emergencias Odontológicas. Ataneo. México, 1973. 2a. Edición.

Martínez Cervantes Luis. Clínica Propedeútica Médica. Francisco Men- dez Oteo. México, 1974.

Expediente Clínico en la Atención Médica. I.M.S.S. México, 1973.

Laboratorio Clínico. I.M.S.S. México 1973.

Conybeare, John. Man, W.N. Compendio de Patología Médica. Labor. Mé- xico, 1960.

Bürger, M. Errores del Diagnóstico Clínico. Labor México, 1970. 2a. Edición.

Rof Carballo, Juan. Formulario Clínico "Labor" Guía Terapéutica de - Bolsillo. Labor. México, 1970. 4a. Edición.

K) Cronograma de Actividades.

El planteamiento de las actividades las llevaremos de acuerdo al procedimiento que rige la elaboración de la tesis, con base al proyecto que contiene el mismo cronograma.

De acuerdo a la aprobación del proyecto por el jefe de división se procederá a realizar la tesis.

Siendo la distribución de las actividades en el siguiente orden:

1er. Mes. Investigación: Teórica, Bibliografía, libros, revistas.
Empírica, Clínica: Privada, oficial.

2o. Mes.

- 1a. Quincena. a) Título
- b) Proyecto inicial aprobado.
- c) Introducción.

- 2a. Quincena. d) Fundamento del tema.
- e) Planteamiento del Problema.

3er. Mes.

- 1a. Quincena. a) Objetivos (bien delimitados).
- b) Hipótesis

- 2a. Quincena. c) Material y Métodos.

4o. y 5o. Mes.

- Desarrollo.
- a) Consideración Previa.
 - b) Desarrollo del Trabajo.
 - c) Resultados.

6o. Mes

- a) Discusión.
- b) Conclusiones.

7o. Mes.

- Propuestas -/o Recomendaciones.
- a) Anexos.
 - b) Bibliografía.

INTRODUCCION.

En el desarrollo de nuestro tema Importancia del Estudio Clínico en la Odontología, presentaremos las necesidades básicas del porqué, el como y el cuando llevamos a cabo el Estudio Clínico, puesto este ya no debe de ser una mención escolar, sino una realidad social en la actividad profesional. El objetivo principal debe ser proporcionar un fundamento amplio que permita al individuo valorar información, transferir lo aprendido y asumir responsabilidades mediante las cuales se toman decisiones. Debemos comprender más concretamente la idea y entender que llevaremos nuestra profesión, como ciencia del área de la salud, de manera que sea reconocida científicamente; ya que se consideraba al odontólogo como un artesano que se limitaba únicamente a la cavidad oral, creando aparatos que sustituyeran a las piezas extraídas. (2)

En la actualidad el odontólogo debe tener la capacidad para poder identificar enfermedades capaces de modificar el tratamiento odontológico. Esto lo lograremos llevando a cabo la historia clínica, un buen Estudio Clínico y en base a esto, elaborar un diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuados que cubra las necesidades de salud de la comunidad. (2)

Los inicios de las ciencias de la salud los mencionaremos en breve historia:

En los pueblos más primitivos la enfermedad fue considerada como algo excretable e inadmisibles, una tarea para la sociedad, de ahí que el enfermo fuese relegado a su suerte. Más tarde surgió el concepto de toda anomalía físico-psíquica era la manifestación de extrañas fuerzas secretas o sobrenaturales y que el enfermo estaba poseído o hechizado. Por

ello el origen de la medicina tiene algo de magia o de sacerdocio. (2)

El arte de curar y de enseñar a curar es tan viejo como el hombre. En la cueva de Cro-Magnon, hay pinturas rupestres que aluden a curaciones y que son válido testimonio de que el hombre ya se preocupaba desde entonces, por curar sus dolencias y las de sus semejantes, o sea, que curaba o intentaba curar desde hace más de veinte mil años.

Existiendo ya una manifestación de nuestro tema Estudio Clínico, apareciendo ya hace dos mil quinientos años con Hipócrates el primer maestro de la medicina, que a la cabecera del enfermo, mediante observación, recogió los síntomas de muchas enfermedades, acumuló datos sobre ellas, las escribió e hizo las primeras históricas clínicas, poniendo así los fundamentos de la medicina y la enseñanza.

Con el antiguo testamento, la enfermedad comienza a considerarse un justo castigo por los pecados cometidos, el enfermo era una víctima que ha de alcanzar el perdón a través de sus sufrimientos. En la civilización griega reinaba el culto a la perfección, a la salud y a la belleza del cuerpo humano. Así los padres de la medicina, Esculapio e Hipócrates, llegaron a adquirir una aureola casi divina.

El cristianismo nos trae el mensaje de la caridad, pues si las anteriores culturas estaban hechas a la medida de los fuertes y sanos, la venida de Jesús Cristo apela a los invalidos. Con ello el médico se convierte en instrumento de la divina providencia. Tal concepto continuo durante casi veinte siglos. Pero ahora estamos asistiendo a un nuevo cambio, la enfermedad deja de ser asunto privado para transformarse en materia de interés social. (2).

A veinticinco siglos de la época en que el genial hombre de Cos- dijo que las enfermedades eran fenómenos naturales y que la religión, la superchería y la brujería nada tenían que ver con la enfermedad y su curación. La medicina ha hecho muchos progresos, pero desde entonces hasta la fecha no ha dejado de tropezar con grandes obstáculos que le han impedi- do avanzar en forma ininterrumpida y rápida para extender sus benefi- cios a todos los seres humanos.

Esos obstáculos han sido en algunos casos de carácter cultural- y en otros de carácter económico. Con respecto a los de carácter cultu- ral hay que reconocer que en todos los tiempos y en todas las socieda- des, pero sobre todo en los países subdesarrollados, la superstición, la brujería, la quiromancia, la astrología, la creencia de dioses y el fan- tismo han sido enemigos formales en el área de las ciencias de la salud, pues en ellas no ha tenido éxito alguno el apotegma Hipocrático.

La oposición del oscurantismo al progreso científico en el área- de la salud desde épocas antiguas se manifiesta, por ejemplo, en el he- cho de que en 1163, un edicto eclesiástico marcó a la cirugía con sello- de ignominia. Ese edicto empezaba diciendo: "la iglesia aborrece el de- rramamiento de sangre".

En el siglo XVI, el genial Paracelso rompió con los errores tra- dicionales, se libró del peso muerto del pasado y fue el primero que co- mo filósofo, consideró a la naturaleza como una unidad indivisible de la que el hombre forma parte de él, se dice con acierto que, "en todos sus- estudios... nunca perdió de vista el destino último de la ciencia: cono- cer la naturaleza de la naturaleza".

El médico alemán Rudolf Virchow (1821-1902), dejó escritos en - patología, antropología, salud pública y política. Al introducir un nuevo enfoque a la medicina, se hizo acreedor a que se le considerará como "Padre de la Medicina Social". (2)

En efecto, si Hipócrates nos enseñó a recoger por observación, - a la cabecera del enfermo los síntomas patológicos, Virchow, dos mil cuatrocientos años después, nos enseñó a recoger también por observación - aquellas condiciones o circunstancias sociales que rodean al enfermo y - que en muchas ocasiones son tan importantes como los síntomas patológicos. Las observaciones que se hagan de unos y otros rasgos tienen que - constituir a no dudarlo, los dos firmes pilares sobre los que tiene que - descansar la metodología para lograr aquel conocimiento en que deberá - basarse tanto en medicina, odontología y demás áreas de las ciencias de la salud del presente en el futuro.

En sus estudios de epidemiología y medicina social Virchow trazó un celebre triángulo; un esquema fundamental para la medicina social y - demás ciencias de la salud. En los vértices de ese triángulo Virchow escribió: 1) Los caracteres y condiciones de la enfermedad, 2) el huésped - y 3) el habitat. (2)

Tomando como referencia lo anterior, partiremos ahora a una mejor comprensión de la enfermedad. Para comprender a la salud la conceptuaremos a continuación: Salud.- Es un estado de equilibrio biopsicosocial del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad y/o invalidez ó - incapacidad. Especificaremos más a lo que se ha hecho hincapie, la salud no puede admitirse en sentido negativo es decir, como mera ausencia de - enfermedad, sino como lo define la Organización Mundial de la Salud: por

ausencia de dolor o de alguna desviación de lo que, de un modo convencional, se admite como normal. Salud es el bienestar físico, mental y social. Para resaltar más este punto de vista, dicha organización añade: - La salud implica el disfrute de la mayor norma posible de bienestar orgánico, psíquico y social, sin distinción de raza, religión, creencias políticas o condiciones económicas. (32).

La odontología como ciencia médica no se debe considerar ya más como ciencia paramédica, puesto que presenta interrogativas científicas a resolver:

a) Porque motivo no es tan sólo un arte manual?.- Porque es científica. Debido a que aplica el método científico, reflejado este en el estudio clínico, ya que con la aplicación de este, logramos la obtención de diagnósticos (conocimientos).

Porque cura en base al conocimiento previo, el cual se lleva a cabo recabando datos por medio del interrogatorio, de una manera ordenada, que cuestione en sí al método científico para encontrar la relación de toda la información a recopilar, obteniendo así información como es: los antecedentes patológicos y no patológicos heredo-familiares, historia del padecimiento y por aparatos y sistemas. (32).

El hecho básico de entender este tema, es de que podamos penetrar más en el Estudio Clínico. El conocimiento del proceso morboso permite establecer la naturaleza y la extensión de sus repercusiones orgánicas y psíquicas en la totalidad del organismo enfermo. Sólo así se podrán prescribir las bases de un plan terapéutico que siempre ha de tener

der a la erradicación de las enfermedades, al menos, a suprimir sus manifestaciones objetivas y subjetivas.

Para llegar al diagnóstico de una enfermedad el clínico habrá de reseñar los síntomas, o manifestaciones subjetivas que han obligado al enfermo a considerarse como tal. Al trazar el Estudio Clínico de la sintomatología actual, también tiene importancia la historia previa o anamnesis, con lo que se pretende averiguar cualquier acontecer en la vida del sujeto, que puede tener relación causal con la enfermedad presente. Esta anamnesis incluye también todas las circunstancias personales del enfermo.

Se comprenderá la importancia de este estudio, teniendo en cuenta que la correcta recolección de los síntomas y signos, su justa apreciación y su acertada interpretación, nos permitirán hacer buenos diagnósticos, dar pronósticos acertados e instituir tratamientos adecuados. (24)

Cabe citar a este respecto algunos aforismos del Maestro Gonzalo Castañeda;

"Un buen clínico, será siempre un gran médico, tenga o no tenga clientela".

"El clínico debe ser buen observador y buen razonador, también un Psicólogo".

"No se nace clínico, el clínico se hace; lo hacen la educación y una buena escuela". (24)

FUNDAMENTACION.

La necesidad de la aplicación de conocimientos del profesionista clínico en la estructura básica del Estudio Clínico: Como por ejemplo el interrogatorio y exploración física, prácticas recomendadas desde hace - mucho tiempo por Hipócrates y otros grandes maestros de la medicina, se- han ido abandonando lentamente. Por lo tanto, la ubicación científica - con respecto a su utilización ya que el Estudio Clínico como un todo, - contiene un contexto organizado de funciones determinadas que es la obte- ner datos de información, los cuales los llevan a un lugar preponderante en el área de la salud, como lo es, de establecer al clínico a mantener- un criterio con respecto a su integridad ética y legal sobre los indivi- duos a los cuales presta sus servicios de integridad social de la pobla- ción, ya que estas recurren a ellos cuando manifiesta un desequilibrio - homeostático que ha sido afectado por la enfermedad.

Debido que en la práctica profesional del odontólogo el Estudio- Clínico se practica menos que nunca, pues el clínico moderno cada día - quiere hablar menos con el enfermo y entenderse más con el laboratorio.

El Clínico actual suele hablar dos o tres palabras con el enfer- mo, suele explorar apenas o dejarlo sin explorar y habrírle la puerta pa- ra que salga cuanto antes, ya que considera que todo lo que el enfermo - dice es tontería.

Todo debe fundamentar una meta en el mejoramiento ético y profe- sional del clínico al manifestar interés por el enfermo, cuando este acu- de a él clínico, debe tomársele en consideración de la manera más huma- nística posible.

El interrogatorio (método propedéutico) para formular el Estudio Clínico del enfermo, tiene hoy, un pilar más en que apoyarse, ya que puede y debe rastrear las causas de la patología con ayuda de los métodos propedéuticos y auxiliares del diagnósticos, ya se han estas causas sociales o psíquicas de los trastornos orgánicos para construir una terapéutica tanto social como preventiva.

En el terreno práctico en el que se debe explorar al individuo y en el cual interviene el Estudio Clínico, el clínico, tiene que descubrir con un hábil y concreto conocimiento la patología que obliga al enfermo a recurrir a este, al cual por medio de su interrogatorio técnicas propedéuticas aplicadas en una historia clínica satisfactoria, registrar los datos dados por el enfermo, donde el mismo clínico tenga un acercamiento más humano acá el individuo dándole confianza, y de esta manera realizar el Estudio Clínico más satisfactorio y restablecer la salud lo más pronto posible.

Por lo cual el desarrollo de la tesis nos da premisas a adquirir el conocimiento ético-profesional-legal, hacia el clínico para la mejor atención de la población que requiera de sus servicios tanto a nivel privado como institucional; queda concretamente establecido que el clínico que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra.

Mientras que el clínico no establezca su verdadera posición como profesional de la salud; dando una demostración de que sus conocimientos más científicos, ya que hasta ahora ha sido más artesanal-técnico, que metódico y ordenado. La aplicación de sus conocimientos intelectual y científico sobre las técnicas y métodos propedéuticos, exploración física, auxiliaremos de diagnóstico, relaciones clínico paciente y clínicos de área de la salud, creando así una estructura organizada para el Estudio Clínico, hacia las necesidades propias de la población en el momento histórico que la determine.

ca, auxiliaremos de diagnóstico, relaciones clínico paciente y clínicos-
de área de la salud, creando así una estructura organizada para el Estu-
dio Clínico, hacia las necesidades propias de la población en el momento
histórico que la determine.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La importancia de elaborar correctamente un Estudio Clínico, - tanto en la actividad como formación profesional aplicando correctamente las técnicas de evaluación para la obtención y correlación de los datos- del Estudio Clínico en un tratamiento odontológico.

El Estudio Clínico no se elabora correctamente por los alumnos, - dada la dificultad que presenta en primer lugar la historia clínica, parte integral del Estudio Clínico; por lo cual no existe una verdadera - integración de las partes que la componen, así como de las técnicas pro- pedéuticas, auxiliares del diagnóstico, exploración física y conocimiento sobre la patología . Estas partes no son llevadas de manera científica estructurada, ya que en la formación profesional se cae de una manera mecánica estática del pensamiento científico y se considera al odontólogo como un artesano de la cavidad oral.

El odontólogo egresado en su mayoría, no elabora el Estudio Clínico, ni archivo, y no tiene idea del problema tan grave que esto ocasiona, tanto en su conocimiento intelectual como legalmente.

Se ha realizado una información bibliográfica, reuniendo un análisis de fundamentación importante en la transformación del proceso cualitativo del conocimiento del Estudio Clínico, para obtener resultados - satisfactorios en el tratamiento odontológico, tanto como estudiante o profesionalista, y de esta manera diagnosticar, prevenir y/o erradicar patología.

OBJETIVOS.

Objetivo 1.- Tomando como parámetro la historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza", tenderemos a analizar y profundizar más el conocimiento del clínico (estudiante o profesionista), en lo teórico práctico del Estudio Clínico.

Obj. 1.1.- Definir Estudio Clínico e Historia Clínica.

Obj. 1.2.- Efectuar el Estudio Clínico por los métodos de evaluación propedéutica en la Historia Clínica de E.N.E.P. "Zaragoza".

1.2.1.- Interrogatorio (Identificación de síntomas).

- 1.- Interrogatorio directo.
- 2.- Interrogatorio indirecto.

1.2.2.- Exploración Física:

- 1.- Inspección.
- 2.- Palpación.
- 3.- Auscultación.
- 4.- Percusión.
- 5.- Signos Vitales.

1.2.3.- Auxiliares de diagnóstico:

1.- Exámen radiográfico.- I) Intraorales

- a.- Periapical ó retroalveolar
- b.- Interproximal ó coronal.
- c.- Oclusal.

II) Extraorales.

- a.- Radioesterografía.
- b.- Método seccional entretomografía.
- c.- Método panorámico.
- d.- Radiografías laterales.
- e.- Cinerradiografías.

- f.- Roentgentelevisión-videografía.
- g.- Procedimiento de Waters.
- h.- Procedimiento de Grashey.
- i.- Procedimiento de Blondean.
- j.- Método lateral.
- k.- Para ATM.

2.- Exámenes de laboratorio:

- I) Determinación de la hemoglobina.
- II) Recuento de glóbulos blancos.
- III) Recuento de glóbulos rojos.
- IV) Fórmula Leucocitaria.
- V) Tiempo de coagulación.
- VI) Tiempo de hemorragias.
- VII) Tiempo de protombina.
- VIII) Reacción de Wasserman.
- IX) Determinación de glucosa.
- X) Biopsia.
- XI) Citología exfoliativa.

3.- Análisis de modelos de estudio.

3.- Análisis de las partes que integran la historia clínica de la -

E.N.E.P. "Zaragoza", en el Estudio Clínico.

1.3.1.- Importancia de los datos generales.

1.3.2.- Importancia del padecimiento actual.

1.3.3.- Antecedentes personales:

I) Hábitos.

II) Antecedentes familiares.

1.3.4.- Importancia de los signos vitales.

1.3.5.- Antecedentes personales patológicos.

1.- Antecedentes sistémicos: Importancia de su análisis de acuerdo a la historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza".

I.- Nutricionales.

II.- Cardiacos.

III.- Vasculares.

IV.- Hepáticos.

V.- Renales.

VI.- Endocrinos.

VII.- Respiratorios.

VIII.- Neoplásicos.

IX.- Mentales (Nervioso).

2.- Antecedentes infecciosos:

I.- Fiebres eruptivas.

II.- Fiebre reumática.

III.- Tuberculosis.

IV.- Sífilis.

V.- Enfermedad viral.

VI.- Abscesos.

VII.- Infecciones y otros parásitos intestinales.

3.- Antecedentes hemorrágicos:

I.- Hemorragias postquirúrgicas.

II.- Hemorragias postquirúrgicas prolongadas.

III.- Hemofilia.

IV.- Epistaxis.

V.- Melenas.

VI.- Hemoptisis.

VII.- Hematemesis.

VIII.- Púrpuras.

4.- Antecedentes alérgicos (hipersensibilidad).- comprender las reacciones alérgicas del organismo a ciertos agentes capaces de desencadenar reacciones hipersensibles.

5.- Antecedentes médicos o quirúrgicos: Importancia en la historia clínica.

1.3.6.- Comprender la importancia del examen de cabeza y cuello en la historia clínica y por qué se realiza.

- 1.- Cara.
- 2.- Cabello.
- 3.- Dientes y encías.
- 4.- Lengua.
- 5.- Aliento.
- 6.- Cavidad bucal.
- 7.- Cuello.

1.3.7.- Examen intrabucal: Comprender las estructuras que integran el examen para llevarlo a cabo.

1.3.8.- Importancia de los exámenes estomatológicos:

- 1.- Oclusión.
- 2.- Modelos de estudio.
- 3.- Estudio de secuencia de erupción.
- 4.- Higiene Oral simplificado.
- 5.- Necesidades de operatoria y terapia pulpar.
- 6.- Necesidades de exodoncia y cirugía menor.

- 7.- Necesidades de tratamiento parodontal.
- 8.- Necesidades protésicas.
- 9.- Necesidades ortodónticas.

¿ Por qué de los auxiliares de diagnóstico?

- 1.- Exámen radiográfico.
- 2.- Exámenes de laboratorio.

1.3.9.- Importancia del exámen de oclusión.

- 1.- Clase I
- 2.- Clase II
- 3.- Clase III

1.3.10.- Importancia de la higiene oral.

1.3.11.- Comprender la aplicación de los odontogramas de la historia Clínica y porque se realizan por separado.

1.3.12.- Importancia de la aplicación en la recolección de los datos para obtener:

- 1.- Diagnóstico.
- 2.- Pronóstico.
- 3.- Tratamiento.
- 4.- Notas de evolución.

1.4.- Mencionar las ventajas y desventajas de la historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza".

OBJETIVO 2. IDENTIFICAR Y DIAGNOSTICAR LAS ENFERMEDADES QUE ESTAN FUERA DE NUESTRO CAMPO Y QUE COMPLICAN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Obj. 2.1.- Clasificación de las enfermedades sistémicas.

" 2.2.- En base al Estudio Clínico se deberán reconocer las enfermedades por aparatos y sistemas.

Obj. 2.2.1.- Identificar los síntomas y signos de las diferentes enfermedades del sistema cardiovascular que complican y alteran el tratamiento odontológico.

- 1.- Angor Pectoris (angina de pecho)
- 2.- Hipertensión.
- 3.- Hipotensión.
- 4.- Infarto al Miocardio.
- 5.- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- 6.- Síndrome Vasovagal.

Obj. 2.2.2.- Identificar los signos y síntomas de las enfermedades del sistema endocrino que alteran el tratamiento odontológico.

- 1.- Diabetes mellitus.
- 2.- Hipertiroidismo.
- 3.- Hipotiroidismo.

Obj. 2.2.3.- Identificar los síntomas y signos de las enfermedades del sistema nervioso que repercuten en el tratamiento odontológico:

- 1.- Epilepsia.

Obj. 2.2.4.- Identificar síntomas y signos de las enfermedades del aparato respiratorio que posponen el tratamiento odontológico.

- 1.- Asma.

Obj. 2.3.- Identificar enfermedades alérgicas que alteran y complican el tratamiento odontológico:

- 1.- Edema angioneurotico.
- 2.- Enfermedad del suero.
- 3.- Shock anafiláctico.

Obj. 2.4.- Comprender y analizar las enfermedades hematológicas que interfieren en el tratamiento odontológico.

- 1.- Anemia.
- 2.- Hemofilia.
- 3.- Leucemia.
- 4.- Púrpura Trombocitopénica.

Obj. 2.5.- Identificar los síntomas y signos de las enfermedades infecciosas capaces de impedir el tratamiento odontológico.

- 1.- Antrax.
- 2.- Fiebre reumática.
- 3.- Infecciones de las vías áreas superiores.
- 4.- Lesión hepática viral.
- 5.- Sífilis.
- 6.- Tuberculosis.

OBJETIVO 3.- QUE EL ESTUDIO CLINICO SEA CIENTIFICO Y ORDENADO Y POR EL CUAL MEDIANTE SUS DIFERENTES COMPONENTES, PODAMOS DIAGNOSTICAR, PRONOSTICAR Y TRATAR LAS ENFERMEDADES DEL APARATO ESTOMATOGNATICO.

Obj.- 3.1.- Clasificación de las enfermedades del Aparato Estomatognático.

Obj.- 3.2.- Comprender el proceso de la enfermedad Caries y sus repercusiones clínicas en sus diferentes estadios, así como anomalías dentales.

Obj.- 3.3.- Comprender la evolución de las enfermedades parodontales más frecuentes en la cavidad oral.

- 1.- Gingivitis simple.
- 2.- Hiperplasia gingival.

- 3.- Gingivitis modificada por factores generales.
- 4.- Gingivitis atrófica.
- 5.- GUNA (gingivitis ulceronecrosante aguda).
- 6.- Gingivitis descamativa crónica.
- 7.- Periodontitis.
- 8.- Periodontosis.
- 9.- Estomatitis.
- 10.- Gingivostomatitis herpética.
- 11.- Absceso periodontal agudo.
- 12.- Trauma de oclusión.

Obj.- 3.4.- Identificar las enfermedades que se manifiestan en la unión - mucocutánea y cavidad oral.

- 1.- Herpes simple
- 2.- Herpes zoster
- 3.- Faringitis linfonodular aguda
- 4.- Moniliasis
- 5.- Liquen plano.
- 6.- Perleche
- 7.- Glositis

Obj.- 3.5.- Enlistar las lesiones neoplásicas más frecuentes en boca.

- 1.- Papiloma
- 2.- Leucoedema
- 3.- Emangioma
- 4.- Emangioendotelioma
- 5.- Carcinoma de células escamosas.

- 6.- Ameloblastoma
- 7.- Mixoma odontológico
- 8.- Fibroma ameloblástico
- 9.- Odontoma
- 10.- Odontoma ameloblástico
- 11.- Carcinoma del seno maxilar
- 12.- Carcinoma de la encía y mucosa alveolar
- 13.- Adenoma pleomorfo
- 14.- Adenoma canalicular
- 15.- Adenoma pleomorfo maligno
- 16.- Carcinoma quístico adenoideo
- 17.- Carcinoma mucoepidermoideo

Obj.- 3.6.- Mencionar las diferentes maloclusiones y patologías de la articulación temporomandibular.

- 1.- Apinamiento general
- 2.- Mordida cerrada
- 3.- Mordida abierta
- 4.- Mordida cruzada
- 5.- Malposiciones individuales de los dientes
- 6.- Trastornos infecciosos de la articulación
- 7.- Trastornos artríticos
- 8.- Artritis osteodegenerativa
- 9.- Anquilosis
- 10.- Trastornos funcionales
- 11.- Luxación
- 12.- Disfunción mioaponeurótica dolorosa

- 13.- Trastornos yatrógenos
- 14.- Trastornos traumáticos
- 15.- Trastornos de origen dental local
- 16.- Trastornos por infecciones
- 17.- Trastornos otológicos.
- 18.- Osteomielitis.

Obj. 3.7.- Identificar los quistes más frecuentes en cavidad oral.

- 1.- Quiste maxilar anterior medio.
- 2.- Quiste periapical.
- 3.- Quiste dentífero.
- 4.- Quiste primordial.

Obj. 3.8.- Mencionar las enfermedades que se manifiestan con mayor frecuencia en las glándulas salivales.

- 1.- Mucosela.
- 2.- Ranula.
- 3.- Sialoadenitis.
- 4.- Sialolitiasis.

OBJETIVO 4.- EL ODONTOLOGO CON BASE A SU ESTUDIO CLINICO, TENDRA LA OBLIGACION DE ORIENTARSE Y CONSULTAR CON EL MEDICO CUANDO DETERMINADO CASO CLINICO REQUIERA INTERCONSULTA, PARA REALIZAR UN TRATAMIENTO ODONTOLOGICO SATISFACTORIO.

Obj. 4.1.- Relaciones generales entre profesionistas del área de la salud.

Obj. 4.2.- Unificación de criterios.

Obj. 4.3.- Remisión del paciente a especialistas de la misma profesión.

OBJETIVO 5.- QUE EXISTA UNA BUENA RELACION CLINICO PACIENTE PARA ELABORAR UN ESTUDIO CLINICO SATISFACTORIO.

Obj. 5.1.- Observación y comportamiento psicológico del paciente.

Obj. 5.2.- Interrelación entre Clínico-paciente.

Obj. 5.3.- Evaluación General del paciente, conceptos y criterios.

HIPOTESIS.

En base al Estudio Clínico, valoraremos el tratamiento clínico - odontológico y la atención que requiera la población de los servicios de salud, logrando la responsabilidad legal y moral, tal situación recaerá - en manos del profesional que la enfrente.

MATERIAL Y METODOS.

1.- Papelería para encuesta.

2.- Libros, Revistas, que sean necesarios para la elaboración de este trabajo y las cuales se enlistan en la sección de "Bibliografía".

El método utilizado para realizar este trabajo consistió en la investigación documental bibliográfica.

Una vez delimitado el tema se procedió a la recopilación de la información.

Para nuestro objetivo realizamos un plan de trabajo, el cual nos delimitó los fines del mismo, se programó una estructura esquemática en el orden que se desarrollarían las diferentes etapas de estudio, con esto se evitó la dispersión de esfuerzos canalizándolos hacia nuestra meta, y así tuvimos oportunidad de valorarlo y discutirlo antes de trabajar en él.

Recopilamos los materiales que se iban a utilizar como medios ilustrativos, en los capítulos de nuestro trabajo.

Se realizó el trabajo propiamente dicho, de acuerdo a nuestros planes y objetivos, llevando un control por escrito de los materiales que se iban a incluir en este.

Aplicamos todos nuestros conocimientos para la obtención del trabajo de acuerdo al método científico.

CONSIDERACION PREVIA.

Se debe tener presente que en nuestro y decir nuestro país es de ~~de~~ Latinoamérica el Estudio Clínico del paciente sigue ocupando un lugar preponderante sobre la utilización de los elementos auxiliares de laboratorio y gabinete, debido entre otras cosas a su costo elevado, su existencia y concentración solamente en las grandes poblaciones, llevado el Estudio Clínico nada más a nivel hospitalario.

La historia clínica debe llenar ciertos requisitos para hacerla práctica, útil y actual. Uno de ellos, es de tomar en cuenta los padecimientos frecuentes del medio. Las circunstancias ya sean positivas o negativas, pero que tengan relación con el padecimiento actual o bien con el terreno en que se desarrolla la enfermedad, debe ser considerados - - siempre. (1).

Se necesita pues, actualizar datos y enfermedades, hábitos y costumbres; así por años se han anotado en antecedentes personales los datos como el tabaquismo y el alcohólico, haciendo caso omiso de la relación tabaco cáncer pulmonar, que ha llevado a imprimir advertencias al respecto en las cajetillas de cigarros y las campañas de promoción de la salud en las grandes instituciones asistenciales; debiéndose agregar su relación con el efisema pulmonar y la enfermedad coronaria, y en el renglón de la farmacodependencia: el alcohol, la nicotina y otras drogas en boga, como la marihuana, el LSD., el cemento de zapatero, etc. (1).

La medicina preventiva se le ha reconocido un papel de importancia insospechada: la inmunización es cada vez mas importante cada día se

descubre y se aplican nuevas vacunas. El conocimiento de la genética se ha incrementado en las últimas décadas; y porque no decir de la medicina psicosomática.

El conocimiento de padecimientos endémicos, como la amibiasis con sus graves complicaciones, obliga a interrogar sobre el agua ingestada, hábitos higiénicos y lugar de excretas o drenaje.

El paludismo y la tuberculosis pulmonar que aún causan estragos, sobre todo en la población rural. La tifoidea, presente en temporadas ca-lurosas en forma muchas veces de epidemia y cuyo cuadro febril puede iden-tificarse y por los antecedentes, es posible valorar a un portador.

El interrogatorio de las enfermedades venéreas se dirigirá no sólo al contacto sospechoso con las prostitutas, que antaño constituían el principal foco de contagio, sino a las relaciones sexuales premaritales con las condicípulas o amigas como resultado de esta época de sexo y la influencia innegable del hippismo cuyas costumbres (el amor comunal), encubren relaciones sexuales promiscuas; es ahí en las jóvenes, donde debe impartirse la tan necesaria orientación sexual.

Los antecedentes hemorrágicos, de gran importancia en el paciente quirúrgico, deben ser investigados con el objeto de indicar las pruebas de laboratorio específicas y prever el tratamiento adecuado durante la intervención, así los antecedentes de alergia a medicamentos, manifestados por urticaria o anafilaxia, como ejemplo la penicilina; o el ataque a la médula ósea por acción tóxica del clorafenicol, las sulfas y muy im-

portante en esta época, los insecticidas.

Algunos datos no deben interrogarse por lo difícil o erróneo de las respuestas, ejemplo los antecedentes luéticos en familiares, y quizás el paciente femenino, pues se sabe que en la mujer el chancro se localiza en el cervix o en el tercio anterior de la vagina. Debe recordarse que la sífilis tardía, los síntomas y cuadros clínicos son difíciles de identificar por interrogatorio indirecto.

Al revisar aparatos y sistemas, pueden encontrarse datos que, aún cuando no estén relacionados con el proceso por el que paciente asiste a la consulta en realidad corresponden al padecimiento actual y así deben ser considerados; el paciente que asiste por un cuadro infeccioso banal, en el que se descubren o ya es conocido otro padecimiento como diabetes, glomerulonefritis presencia del conducto arterioso.

Así pues, el Estudio Clínico debe comprender un interrogatorio de datos, tanto próximos como remotos, con preguntas generales que orienten o detecten algún padecimiento; y ya en un problema determinado, se harán las preguntas tanto a los antecedentes como por aparatos y sistemas que estuvieran comprometidos a la aplicación física con los métodos propedéuticos adecuados, que dan la idea del terreno en que se desarrolla un padecimiento y la descripción precisa de las alteraciones físicas encontradas.

El lenguaje debe supeditarse al propio de las ciencias de la salud y familiarizarse con el lenguaje y modismos de la gente ya que conocen una misma enfermedad bajo distintos nombres y sólo en el caso que el

vocabulario científico no alcanzara a cubrir una denominación, lo relatado por el paciente se anotará entre comillas.

El estilo concibirá una historia precisa, clara y fácil de comprender ya para un auditorio o para el lector que la consulta, y debe estar relatada, como si esta fuera del propio explorador o interrogador.

De acuerdo con el momento clínico y en beneficio de la calidad del Estudio Clínico así como el registro de este en la historia clínica la extensión quedará a criterio del clínico. (1).

Tomando así lo mencionado se considerará la necesidad de llevar a cabo un Estudio Clínico satisfactorio, para detectar al proceso morboso que lesione al paciente en su estado biopsicosocial.

Ya que por el desarrollo de la tesis se demostrará la importancia que tiene el Estudio Clínico dentro de odontología, en la práctica de la formación profesional, como actividad profesional privada y hospitalaria, no sólo en odontología sino en las demás profesiones del área de la salud

Ya que la información recopilada en los diferentes capítulos como son los métodos o técnicas propedéuticas, enfermedades sistémicas que alteran y modifican el tratamiento odontológico, como enfermedades del aparato estomagtonático, relación clínico-paciente, relación profesional entre profesionistas del área de la salud, Brindará una visión de confianza a la población por atender así como al clínico que lleve a cabo en todos los aspectos; tanto de ética profesional, moral y legal.

Por lo tanto la práctica del Estudio Clínico redundará en un mejor diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento dando un resultado final satisfactorio.

CAPITULO I. HISTORIA CLINICA DE E.N.E.P. "ZARAGOZA".

Objetivo 1.- Tomando como parámetro la historia clínica E.N.E.P.- "Zaragoza", tenderemos a analizar y profundizar más el conocimiento del clínico (estudiante o profesionalista), en lo teórico práctico del Estudio Clínico.

La historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza", fue basada en su mayoría, en la historia clínica de la Universidad de Illinois del departamento de Odontopediatría, la idea era que los cuatro primeros semestres se llevará este tipo de historia ya que son los semestres que los estudiantes, y la política de E.N.E.P. "Zaragoza" llevada a cabo para la atención de niños escolares, canalizados a las diferentes clínicas.

Pero a partir del quinto semestre en adelante se tendría que modificar esta historia, ya que la atención odontológica comenzaba con pacientes adultos, hasta la fecha nadie se ha preocupado por hacer esta enmienda tan importante, que fue olvidada debido a los cambios tan rápidos de personal en altos niveles que han ocurrido en nuestro plantel. Por lo cual describiremos los procedimientos adecuados de como llenar esta forma de registro que es la historia clínica, con los métodos propedeúticos y técnicas auxiliares de diagnóstico, así como las partes que integran a la historia clínica para elaborar el Estudio Clínico; la historia clínica es el documento central en el expediente del paciente. De su buena elaboración depende el éxito o el fracaso del clínico en conseguir el mayor provecho para su paciente. La biografía del individuo en relación a sus padecimientos físicos o mentales y por supuesto, incluye todos los datos antecedentes y actuales que puedan ser vinculados con ellos: su medio ambiente, sus hábitos, sus costumbres, sus características antropológicas y los

factores concernientes a su herencia. De su exactitud de los datos obtenidos depende no sólo de la preparación técnica del clínico, de sus conocimientos de nosología y la patología de su acuesidad para obtenerlas, sino en su gran parte de su capacidad de relación y contacto humano, de su inteligencia para comprender al individuo que sufre y de habilidad para conseguir la información necesaria. Recuerdese que el paciente acude a la consulta porque la necesita y su actitud está sujeta al tipo de padecimiento que sufre: actuará distinto ante una enfermedad aguda que ante una crónica o ante la necesidad de una revisión periódica de salud; su capacidad de comunicación puede ser limitada o grande: su estilo puede ser verborreico o retraído y su preparación pobre o amplia. El clínico debe de tener paciencia de saber escuchar al enfermo, el relato de ciertos aspectos importantes de su vida puede llenarle de ansiedad, angustia, inquietud; o por lo contrario, de alegría, satisfacción o tranquilidad.

Por estas y otras razones, es prácticamente imposible determinar un mecanismo específico en el Estudio Clínico del paciente. Algunas veces conviene iniciarse con el interrogatorio y otras haciéndolo en paralelo con la exploración física. En ocasiones al clínico oirá primero la información de los familiares; sólo podrá practicar el exámen físico y ayudarse con la información de terceros.

Pero aún cuando sea posible establecer en general la disposición en que ha de encausarse el Estudio Clínico del enfermo, si es posible analizar los diferentes capítulos que lo comprenden en un determinado orden que esta sancionado por la lógica y la costumbre.

Obj.- 1.1.- Definir Estudio Clínico e Historia Clínica.

El Estudio Clínico es la aplicación de un conjunto de procedimientos propedeúticos para obtener información (datos), acerca del estado de salud del individuo o un grupo de individuos; el procedimiento de esta información (análisis y síntesis), y la elaboración de las conclusiones (diagnóstico).

El Estudio Clínico se efectúa a través de las aplicaciones de los clásicos métodos de la propedeútica que son:

- 1.- Interrogatorio.
- 2.- Exploración física (inspección, palpación, auscultación y percusión).
- 3.- Utilización de los auxiliares de diagnóstico: radiografías, exámenes de laboratorio, análisis de modelos de estudio y el uso de exámenes complementarios).

Para efectuar el Estudio Clínico y dependiendo del tipo de exámenes que se requieran, es necesario contar con los recursos indispensables como lo son básicamente:

- 1.- Habilidades y conocimientos necesarios.
- 2.- Instrumental e instalaciones físicas.
- 3.- Formas de registro de la información.

La Historia Clínica es la forma donde registramos los datos que vamos obteniendo en el Estudio Clínico y los resultados que tienen las medidas propedeúticas que se aplican (evolución del caso). Puede ser ubicada entonces, como forma de registro.

El propósito de la Historia Clínica es: Tener una fuente más fide digna y permanente de información que la memoria humana, a la cual puedan tener acceso diversas personas en el transcurso del tiempo.

Idealmente una forma de Historia Clínica debe ser clara, completa y debe tener una ordenación lógica de datos, lo más semejante posible a la secuencia en que se efectue al Estudio Clínico.

Las partes de que consta la Historia Clínica varían según la institución y el tipo de servicio que la emplea, sin embargo, hay algunas partes que son para las instituciones, como son:

- 1.- Datos generales o de identificación.
- 2.- Motivo de la consulta
- 3.- Antecedentes patológicos (pueden estar organizados o no por aparatos y sistemas).
- 4.- Signos vitales.
- 5.- Resultados de la exploración física o examen físico (o diversos exámenes como son: el paradontal, el de oclusión, etc.).
- 6.- Diagnóstico presuncional o confirmado.
- 7.- Diagnóstico de los exámenes complementarios o de los auxiliares de diagnóstico.
- 8.- Terapéutica o procedimientos aplicados.
- 9.- Evolución del caso.

Estos son los datos mínimos que debe incluir cualquier Historia Clínica y para el Estudio Clínico Odontológico debe incluir el examen particular del aparato estomatognático, o sea examen de cabeza y cuello, así

como el exámen intrabucal, parodontal, dental, de higiene oral, de secuencia de la erupción y protésico; dependiendo del caso para saber cual de estos exámenes es necesario efectuar. (13)

Obj.- 1.2.- Efectuar el Estudio Clínico por los métodos de evaluación propedeútica en la Historia Clínica de E.N.E.P. "Zaragoza".

Teniendo en cuenta que la propedeútica nos enseña a recoger los síntomas, a apreciarlos e interpretarlos, lógico es que veamos primero los métodos necesarios para recoger dichos síntomas; se les ha llamado "Métodos generales de exploración" y son: interrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, percusión auscultatoria, punción, medición y métodos de laboratorio.

Obj.÷ 1.2.1.- Interrogatorio.

Definición: También se llama anamnesis es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio, evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico.

Se clasifica al interrogatorio en: directo e indirecto.

1.- Interrogatorio directo es el que se realiza directamente al enfermo.

2.- Interrogatorio indirecto es el que le hacemos a los familiares o personas que rodean al enfermo cuando éste no puede por su edad (infantil), o por su estado (impedidos, inconcientes, etc.).

IMPORTANCIA: Es un método de capital importancia, pues nos proporciona datos que muchas veces es imposible obtener por otros procedimientos en ocasiones habrá en que tendremos que hacer diagnósticos basándonos únicamente en los conocimientos obtenidos por el interrogatorio, tal sucede en los padecimientos cuya sintomatología es esencialmente subjetiva y con carencia casi absoluta de síntomas objetivos. El interés aumenta si tomamos en cuenta que es el método que más influye en la patología del paciente y ahí que un interrogatorio hábilmente conducido logre conquistar la confianza del enfermo con lo cual tenemos adelantado mucho para el éxito del tratamiento.

REGLAS: Ciertamente que es el método en estudio es el que concede mayor libertad de acción al explorador y le permite imprimir su personalidad sin embargo no deja de estar sujeto a determinadas reglas generales como son:

- a) Emplear lenguaje sencillo, exento de términos científicos para el enfermo y nos entienda a la voz y conteste satisfactoriamente a nuestras preguntas.
- b) Cada pregunta que se haga debe reportarnos utilidad; evitar aquellas que no tengan interés para nuestro estudio.
- c) Haremos preguntas siempre en sentido afirmativo, nunca negativamente.
- d) Las preguntas deberán ser formuladas en forma tal que no sugieran las respuestas.
- e) Evitar las preguntas cuya respuesta deje duda.

f) El interrogatorio debe ser ordenado, metódico y completo. Para llenar estos requisitos y al mismo tiempo facilita la práctica, se ha distribuido en varias partes: Padecimiento actual, Interrogatorio por aparatos, síntomas generales, terapéutica empleada, antecedentes personales - y antecedentes hereditarios.

1.- Padecimiento actual: Investigaremos al principio, la causa a la que se atribuye, evolución y estado actual de la enfermedad, en esta parte dejaremos alguna libertad al enfermo para que nos enuncie todas las molestias que tuvo al principio, el curso que tomaron y los caracteres que presentan en la actualidad.

2.- Interrogatorio por aparatos: En esta parte pasaremos revista al funcionamiento de los distintos aparatos. Lo esencial aquí es no olvidar ninguno de ellos y para tal caso se aconseja que el explorador se acostumbre a seguir el mismo orden.

3.- Síntomas generales: Ilustran sobre la repercusión que ha tenido la enfermedad en todo el organismo: enflaquecimiento, astenia, temperatura, sudores, etc.

4.- Antecedentes personales: Indican el terreno en que evoluciona el proceso morboso, y se dividen en patológico y no patológicos; a) Los antecedentes personales patológicos investigan las enfermedades que ha padecido el sujeto, de preferencia las que tengan alguna relación con el padecimiento.

b) Los antecedentes personales no patológicos, se refieren a la edad, lugares de residencia, ocupación, estado civil, costumbres y hábi-

tos del paciente.

5.- Antecedentes hereditarios.- Dada la importancia que sabemos que tiene en la actualidad algunas enfermedades que siguen las leyes de la herencia, así como los que se transmiten por intermedio de la circulación placentaria, siempre es interesante interrogar sobre ellas. Además es de rigor, en todo interrogatorio investigar sobre los, congénita o adquirida, así como sobre la tuberculosis.

Obj. 1.2.2.- Exploración física.

En la inspección general del enfermo y la exploración que consiste en observar todos aquéllos datos que pueden apreciarse a simple vista sin ejecutar ninguna maniobra. El conjunto de datos que suministra la inspección general es a la que se llama el aspecto del enfermo o también hábitos exteriores.

Los datos que en las condiciones más propicias puede suministrar la inspección general son los siguientes: Sexo, edad aparente, constitución, conformación, actitud, facies, movimientos anormales, marcha y estado de la inteligencia. (24)

1.- INSPECCION.- Definición: Es un método de exploración clínica que nos proporciona datos por medio de la vista.

División: puede ser simple o instrumental; la primera se llama directa y se hace sin ayuda de ningún aparato, la segunda recibe el nombre de indirecta y requiere del uso de aparatos especiales como sucede en las endoscopias.

Reglas: Medio ambiente, debe de haber buenas condiciones de iluminación; la luz que debe de utilizarse es la natural y cuando sea forzado-

emplear la luz artificial, deberá preferirse la azulada, desechando especialmente la amarilla porque con ella pueden pasar desapercibidas algunas coloraciones.

Explorado: La región por explorar debe quedar al descubierto, dicha región debe quedar iluminada de tal modo que no se proyecten sombras que puedan falsear los datos; los músculos deben estar relajados; las regiones pares deben de quedar simétricamente colocadas.

Explorador: Se colocará en forma que su cuerpo no proyecte sombra sobre la región explorada; debe observar el campo de frente y tangencialmente su inspección será comparativa y simétrica.

Datos: Recogemos los referentes a actitud, forma, volúmen, coloración, movimientos y estado de la superficie.

2.- PALPACION.

Definición: Es el método que nos proporciona datos por medio del tacto.

División: Puede ser simple llamada también bimanual, monomanual y del tacto cuando se práctica en las cavidades: vagina, recto, boca; la instrumental se hace con auxilio de sondas o estiletes y su empleo es del dominio de la cirugía.

Reglas: Medio ambiente; la temperatura ambiente debe ser agradable, entre ocho y veinte grados centígrados.

Explorado: posición cómoda, músculos relajados, miembros colocados simétricamente.

Explorador: Debe tener una posición cómoda: sus manos tibias para evitar contracciones musculares, la palpación debe hacerse suavemente, debe palparse aplicando toda la mano sobre la superficie explorada, será comparativa y simétrica.

Datos: Corroborar los obtenidos por la inspección y como exclusivos recogemos: la consistencia, sensibilidad, temperatura y movilidad de la piel sobre los planos profundos.

3.- PERCUSION.

Definición: Se da el nombre de percusión al procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódicamente la región explorada, con objeto de producir fenómenos acústicos, localizar puntos dolorosos e investigar movimientos reflejos tendinosos.

División: Puede ser directa o indirecta. La primera es aquella que se golpea la región percutida sin que haya interposición de algún cuerpo entre ella y el elemento percutor; puede ser simple o instrumental; la directa simple es la que se hace la percusión golpeando con los dedos la región explorada. Directa instrumental.- Es la que practicamos con la ayuda de algún cuerpo, por ejemplo el martillo en la búsqueda de los reflejos.

La percusión indirecta es aquella en la que se coloca un cuerpo entre la superficie percutida y el elemento percutor; también puede ser simple o instrumental. La directa simple es la más empleada en clínica y recibe también el nombre de percusión digito digital, en ella el dedo de una mano golpea sobre los dedos de la otra, que son los que se interponen entre la superficie por explorar y el dedo que percute. La indirecta

instrumental es muy poco empleada; se hace con un instrumento llamado plg símetro, consiste en una placa metálica o de madera que se aplica sobre la superficie por explorar.

La percusión se divide también en superficial y profunda en la primera los golpes son de pequeña intensidad y la segunda son más intensos con el objeto de alcanzar los órganos más profundos.

Reglas: Medios, los mismo que para la palpación y además se guar dará absoluto silencio para que puedan ser distinguidos los diferentes so nidos.

Explorado: Las mismas reglas que para la palpación.

Explorador: La mano sobre la cual se va a repercutir debe quedar perfectame nte aplicada sobre la superficie para que no se produzcan cámaras de aire, que modifiquen los sonidos; en caso de que se utilice el plesíme tro, debe observarse la misma regla por idénticas razones, los golpes que se den con el dedo que percute deben ser secos y breves, la percusión se hará de derecha a izquierda y de arriba hacia abajo. En los órganos simétricos será comparativa; la intensidad de los golpes estará regulada por la profundidad de los órganos explorados; así el corazón deberá ser percu tido fuertemente, el abdomen de un modo suave y los pulmones con golpes de intensidad media.

Datos obtenidos: Dolor, movimientos y fenómenos acústicos. De ellos los últimos son los más interesantes; comprenden los sonidos y los ruidos. Los ruidos pueden ser claros, mates, submates y timpánicos; el ti po de sonido claro se encuentra en el segundo espacio intercostal derecho; el mate en la masa sacrolumbar y cara anterointerna del muslo; el cho;

submate es dado en las zonas superior e inferior del hígado y el del timpárico en el espacio semilunar de Traube.

Los ruidos pueden ser de resonancia, metálicos anóricos y de olla rajada, indican la existencia de una cavidad llena de aire que escapa por un pequeño orificio.

4.- AUSCULTACION.

Definición: Es el método de exploración que nos proporciona datos por medio del oído.

División: Puede ser inmediata, mediata y a distancia: La irmediata es aquella en la cual se aplica la oreja sobre la región por auscultar. La mediata es aquella en la que hay interposición de aparatos entre el oído y la región por explorar. Los aparatos que se usan son de dos tipos: Los estestoscopios y los fonendoscopios, los primeros no modifican los sonidos, en tanto los segundos los amplifican y los modifican sus cualidades, razón por la cual su empleo es más restringido. Los estestoscopios, a su vez son de dos tipos: de tallo rígido y los biauriculares de tallo flexible. La auscultación a distancia se usa cuando hacemos el estudio de la tos y algunos estertores que se perciben a distancia.

Reglas: Medios son los mismos que para la percusión.

Explorado: Comodidad, músculos relajados, la región a explorar estará al descubierto o cubierta sólo con una tela que no sea ni este almídonada, para que no se produzcan ruidos extraños.

Explorador: Prestará gran atención, tendrá una fuerte base de sus tentación para que no tome el paciente como punto de apoyo para que no to

me al paciente como apoyo, deberá aplicar perfectamente la oreja, el estetoscopio o en el fonendoscopio sobre la superficie explorada, de no observar esta regla, se producirían frotamientos o ruidos como el llamado de caracol, muy frecuentemente cuando el estetoscopio de tallo rígido nunca deberá ser sostenida con la mano.

Datos: Fenómenos acústicos, especialmente de los aparatos respiratorio y circulatorio. (24)

5.- SIGNOS VITALES.

ESTOS están representados por cuatro los cuales se manifiestan de la siguiente manera;

a) Temperatura: Definición; Es el grado de calor que resulta del equilibrio entre el metabolismo de los alimentos, la respiración, transpiración y excreción.

Método: Para practicar la medición de la temperatura, se hace el uso del termómetro de máxima y mínima, llamado termómetro clínico. Las regiones más empleadas para hacer la toma termométrica son, la axila, boca, recto y en los niños el pliegue de la ingle, nosotros preferimos la axila, en el adulto por la poca dificultad que las conveniencias sociales exigen. El termómetro permanecerá en la región; cinco minutos como mínimo. Hay que advertir que cuando en la misma región se hagan tomas sucesivas y los resultados discrepen, habrá que tomar como verdadera la cifra mayor que se halla marcado.

Las cifras normales son; En la boca 37 grados centígrados; en la axila 36.4 grados centígrados a 36.6 grados centígrados, en el recto 37.5 grados centígrados.

Resultados: Sabido es que en los animales de sangre caliente la temperatura es una de las constantes fisiológicas, por lo tanto, en el hombre, organismo de sangre caliente, la temperatura es la misma (con pequeñas diferencias), en todas las latitudes; esta constancia presenta variaciones normales que es preciso señalar:

1.- Según la hora: En el mismo individuo la temperatura es más baja a las cuatro de la mañana, asciende hasta las 11 a.m. sufre un descenso hasta las 14 hrs., vuelve ascender hasta las 18 hrs., el promedio de las distintas variaciones recibe el nombre de temperatura media.

2.- Según la edad: la temperatura media del niño es de 37.4 grados centígrados; de los 15 a los 50 años, está alrededor de los 37 grados centígrados y en los ancianos es un poco más elevada (temperatura bucal).

3.- Según las regiones que sea tomada: La temperatura rectal es medio grado más alta que la axilar; el pliegue de la ingle en el niño da una temperatura sensiblemente igual a la axilar.

PRODUCCION DE CALOR.

Aumenta con el ejercicio, ingestión, emoción, elevación de temperatura ambiente, exposición breve al frío, temperatura externa.

Disminuye: Por enfermedad, ayuno, vitalidad disminuida, sueño, depresión del Sistema Nervioso Central.

Pérdida de calor: Se lleva a cabo mediante; la transpiración, respiración, excreción, conducción y radiación.

Variaciones patológicas: Al estado patológico, la temperatura puede ascender o descender de las cifras medias que han dado; el ascenso se -

llama hipertermia o fiebre; el descenso: hipotermia y con ciertas condiciones, colapso.

a) Calentura, fiebre o estado febril. El ascenso de la temperatura trae consigo taquicardia, hipotensión, polipnea, oliguria, sed y astenia muscular. La taquicardia casi siempre esta en relación directa con la hipertermia: a cada aumento de un grado en la temperatura, corresponde un aumento de doce pulsaciones, hay algunas enfermedades que la temperatura y el pulso no ascienden proporcionalmente y entonces se dice que hay discrepancia.

La fiebre como todo fenómeno biológico, presenta en su evolución cinco etapas: principio, crecimiento, período de estado, o descenso y desaparición.

1.- Principio: se llama período pirogénico inicial y esta caracterizado por la lasitud de escalofríos; este debido a la diferencia de la temperatura central y periférica; en efecto el organismo lucha por anular rápidamente esa diferencia produce el escalofrío: se comprende este será más intenso cuanto mayor sea la diferencia inicial entre estas temperaturas.

2.- Crecimiento: Se llama período de oscilaciones ascendentes, porque ellas se caracterizan, puede ser lento o brusco.

3.- Período de estado: Llamado acné o fastigium, esta caracterizado por oscilaciones estacionarias; éstas oscilaciones son producidas por las variaciones de temperatura, las cuales pueden ser diurnas o nocturnas se llama remisión, el ascenso exacerbación; generalmente las remisiones es matutina y la exacerbación vespertina.

4.- Descenso: Este período recibe diferente nombre según se ocurra, si es bruscamente recibe el nombre de crisis y si es lentamente se llama lisis. Cuando la crisis se efectúa en doce horas, se llama perfecta y cuando se resuelve en treintaseis horas es retardada; y así la resolución tarda más de este tiempo, ya no hay crisis si no que se hizo la resolución por lisis.

5.- Terminación El fin de la fiebre puede venir por dos causas; por curación o por muerte del individuo. En caso de que sea por curación puede ser por crisis o lisis. En caso de que termine con la vida del individuo también puede suceder de dos formas; por hiperperexia o por colapso.

DIVISION DE LA FIEBRE.

Es fiebre ligera si es de 37 a 38.5 grados centigrados, media si es de 38.5 a 39.5 grados centigrados, alta si es de 39.5 grados centigrados en adelante, esta última generalmente acaba con la vida del enfermo y es lo que se llama fin de la fiebre por hiperpirexia. La fiebre de acuerdo al grado de variaciones (remisión y exacerbación), se divide en fiebres continuas: cuando las variaciones son de medio grado. Fiebres subcontinuas: cuando las variaciones son de un grado. Fiebres remitentes: cuando las variaciones son de uno a tres grados. Fiebre intermitente; se alternan períodos piriticos con períodos apiréticos y comprenden tres grupos: cotidianas, tercianas y cuartanas.

Fiebre remitente: Es cuando hay largos períodos apiréticos alternados con períodos piriticos.

b) Hipotermia es el descenso de la temperatura, más abajo de los límites que se han señalado, generalmente va acompañado de bradicardia; - se presenta en estados graves. Colapso es el descenso de la temperatura - de la aceleración del pulso y depresión general del individuo. El tipo de las enfermedades que acaban por colapso es el cólera.

b) Tensión Arterial.

Definición.- La tensión arterial es la presión con la que circula la sangre por las arterias, fundamentalmente dos factores contribuyen a - que exista ésta tensión: la presión con que es impulsada la sangre en las arterias por la bomba impelente que en definitiva, es el músculo cardíaco y por la resistencia de las paredes arteriales.

Durante cada contracción, el corazón lanza a las arterias una determinada cantidad de sangre, por lo que en este momento de repleción la - tensión vascular acusa un valor máximo. Es la llamada presión sistólica o tensión máxima. Durante la fase de relajación muscular del corazón (diástole), la sangre sigue circulando en las arterias hacia la red capilar - por el impulso recibido durante la sístole, pero ya la tensión a que está sometida es muy inferior. Por lo tanto existe un valor mínimo que es la - presión diastólica o tensión mínima.

Disponemos de varios síntomas para medir la tensión arterial. El - más conocido consiste alrededor del tercio medio del brazo, se ajusta un manguito que contiene una almohadilla hueca de goma que se puede insuflar por medio de una perilla que actúa de bomba. Una vez hinchada la almohadi - lla, el brazo es sometido a una compresión cada vez mayor, es decir a una

presión que se puede medir mediante un baumanómetro de mercurio. En el instante en que esta compresión adquiere una intensidad un poco superior a la tensión arterial mínima ya que no puede fluir la sangre por la arteria braquial, que está comprimida; sólo circula la sangre a impulsos intermitentes después del aumento sistólico de la sangre. Durante la diástole el vaso está colapsado. La arteria está sometida a bruscas y rítmicas aperturas, lo que se traduce en un sonido que puede auscultarse aplicando un estetoscopio sobre una arteria de la cara interna del codo (arteria cubital)

Cuando aparece el sonido indica que le ha sobrepasado la presión diastólica. Si se continua hinchando el manguito se seguirá oyendo el sonido, hasta que llega un momento en que se deja de percibirse, pues ha sobrepasado la presión sistólica; ya no circula sangre por la arteria.

En la práctica se procede así: Se hincha el manguito aplicando una presión superior a la tensión máxima (160-180 mm/Hg.). Muy lentamente se deja salir el aire, con lo que cede la compresión. Llegará el instante en que comenzará a auscultarse el sonido sobre la arteria cubital. La tensión que registra el baumanómetro corresponde a la presión sistólica. Se sigue dejando escapar el aire, con lo que se continua oyendo el sonido hasta que se pierda por completo; es el instante que registra la tensión diastólica o mínima.

La tensión arterial varía, aún en la misma persona, con arreglo a multitud de circunstancias (psicológicas, hora del día, relación con la comida, etc.).

La presión aumenta transitoriamente después de esfuerzos físicos o choques emocionales. Con la edad aumenta la tensión debido a una pérdida

de la elasticidad de las paredes vasculares. Existe hipertensión arterial cuando la tensión mínima es superior a los 90 mm/Hg. o cuando, tras varias medidas, la sistólica es superior a los 160 mm/Hg. La hipertensión arterial puede ser una enfermedad primaria (hipertensión esencial), o secundaria (en trastornos renales, endócrinos, arterioescleróticos, etc.). - Existe una hipertensión persistente en muchas personas por factores constitucionales. Las disminuciones bruscas de tensión se presentan tras grandes hemorragias, diarreas, en caso de colapso circulatorio y en ciertas enfermedades cardiacas (especialmente después de un infarto al miocardio). (32)

VALORES NORMALES DE LA PRESION ARTERIAL, SEGUN LA EDAD, SEXO, EN mm/Hg.

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	MAXIMA	MINIMA	MAXIMA	MINIMA
RECIEN NACIDO	70	50	70	50
UN AÑO	80	55	80	55
2-14 AÑOS	105	65	110	70
15-21 AÑOS	115	65	120	75
21-30 AÑOS	120	70	120	75
31-40 AÑOS	120	75	125	75
41-50 AÑOS	125	75	130	80
51-60 AÑOS	130	75	140	85
61-85 AÑOS	135	80	140	90

c) PULSO (FRECUENCIA CARDIACA).

Definición: Es la expansión rítmica de la pared arterial que coincide con los latidos del corazón y que puede palparse con los dedos en las arterias situadas sobre un plano resistente. Se debe a la propagación, a -

lo largo de las paredes arteriales por las vibraciones producidas en el momento en que la sangre expulsada durante la sístole se introduce la aorta.

Método: Para examinar el pulso se toma la mano del paciente con la palma hacia arriba y colocar tres dedos sobre la arteria radial, con el índice más cercano al codo. En esta forma se puede sentir claramente el pulso y apreciar sus características. Se debe palpar además, las arterias carótida, humeral, poplítea, tibial posterior y media.

Características: El pulso se puede describir claramente según las siguientes características: 1.- Frecuencia: frequens o rarus (rápido o lento)., 2.- Magnitud o amplitud: Pulsos magnos o parvos (grande o pequeño)., 3.- Tipo de onda: pulso celer o tardus brusco o prolongado., 4.- Ritmo: Pulsus regularis o irregulares (regular o irregular)., 5.- Tensión: Pulsus durus o mollis (duro o blando).

1.- FRECUENCIA: La frecuencia del pulso en adultos normales es de 60-80 por minuto, en niños 90-140 por minuto, en los pacientes geriátricos de 70-80 por minuto.

Pulso frequens o taquicardia, es normal durante el ejercicio o después del ejercicio, cien pulsaciones por minuto se puede considerar como límite superior de la normalidad. La frecuencia del pulso disminuye durante el sueño, aumenta después de comer y durante el coito puede aumentar a 140 o más por minuto. La frecuencia puede aumentar sobre 200 por minuto en atletas bien entrenados que compiten vigorosamente. Cambia ligeramente durante la espiración.

Pulsus rarus o bradicardia: Se observa disminución de la frecuencia del pulso durante la convalescencia de algunas enfermedades infeccio-

sas principalmente influenza y neomunia. El mixedema la arterioesclerosis y la insuficiencia hepática son causas comunes de bradicardia.

2.- MAGNITUD: La magnitud del pulso depende del grado de llenado de arterias durante la sístole y del vaciamiento durante la diástole. Es una medición de la presión del pulso, la diferencia entre la presión sistólica y la diastólica.

El pulsus magnus tiene presión alta y el pulsus parvus tiene presión baja.

3.- TIPO DE ONDA: El tipo de onda del pulso se siente con el dedo que palpa, depende de la rapidez con la que cambia la presión del pulso, la palabra pulsus celer, se refiere a un pulso brusco que se eleva en forma rápida y desciende del mismo modo.

4.- RITMO: El pulso normal es una serie de latidos rítmicos que se suceden con interválos regulares, pulsus regulares. Cuando los latidos se suceden con interválos irregulares es pulsus irregularis. La presencia de una regularidad del pulso y por lo tanto latido del corazón, a menudo es el signo más importante de la exploración física. No debemos olvidar sin embargo, que un paciente con corazón seriamente dañado puede tener pulso regular y que un enfermo con corazón en buen estado puede tener irregularidad patente de sus pulsos.

5.- TENSION: Para estimar la tensión del pulso es necesario emplear los dedos de ambas manos. El dedo de índice de una mano se coloca en forma distal sobre la arteria radial y se hace presión firme en ese lu-

gar para evitar que el pulso vuelva a la arteria radial desde la arteria cubital a través del arco palmar. Los dedos índice y medio de la otra mano se colocan sobre la arteria radial, se hace presión con el dedo índice y se palpa el pulso con el dedo medio.

La irregularidad o arritmia aparece principalmente en los siguientes casos: En individuos nerviosos, algunos envenenamientos (abuso de nicotina), defectos de las válvulas cardíacas (sobre todo la válvula mitral), las lesiones del miocardio e hiperfunción del tiroides.

CIFRAS NORMALES.

FETO.....	140/150	por minuto.
RECIENTE NACIDO.....	130/140	por minuto.
1 MES- 1 AÑO	115/130	por minuto.
2-5 AÑOS	110/115	por minuto.
9-10 AÑOS	90/100	por minuto.
ADULTO.....	70/80	por minuto.
ANCIANOS.....	60/70	por minuto.

TIPOS DE PULSO:

Filiforme: Es cuando el pulso se comprime con facilidad y se hace perceptible.

Dicroto: Cuando la onda del impulso se siente doble.

Corrigan: Pulso brusco (pulso saltón).

Irregular: No tiene la misma periodicidad.

Bigeminado: Dos pulsaciones en periodos irregulares.

La frecuencia es el número de pulsaciones por minuto.

El ritmo es el tiempo que hay entre pulsación y pulsación.

El volumen es la resistencia de las paredes arteriales al paso de la onda sanguínea. (23)

d) RESPIRACION.

Los fines primordiales de la respiración son los de suministrar - oxígeno a las células del organismo y liberarlas del exceso de bióxido de carbono derivado de las oxidaciones. La respiración también ayuda a igualar la temperatura del cuerpo y a eliminar el exceso de agua, se divide en tres etapas:

1.- La respiración se subdivide en inspiración, introducción del - aire a los pulmones y la eliminación externa de bióxido de carbono.

2.- La respiración externa (ventilación) comprende el suministro - externo de oxígeno o sea el paso de oxígeno de los alveolos pulmonares a - la sangre y la eliminación externa de bióxido de carbono.

3.- La respiración interna, es el suministro interno de oxígeno o - sea el paso de oxígeno de la sangre a las células de los tejidos y eliminación interna del bióxido de carbono.

Frecuencia de la respiración: La frecuencia media ventilatoria para el hombre adulto es de 14 a 20 por minuto. En condiciones de salud, ésta frecuencia puede aumentar por el ejercicio muscular, las emociones, - - etc. Cualquier circunstancia que afecta la frecuencia cardíaca tendrá - - efectos parecidos sobre la respiración. La edad tiene influencia marcada: " durante el primer año de vida es alrededor de 44 por minuto, a los 5 años -

es de 26 por minuto, después entre las edades de 15 a 25 años se reducen hasta alcanzar las cifras normales.

FORMAS Y PARTES PARA CONSERVAR LA FRECUENCIA VENTILATORIA.

PARTES.- En varones: torax-pecho.

-espalda.

En mujeres abdomen.

FORMAS.- Observación.

- Palpación.

TECNICAS PARA TOMAR LA FRECUENCIA VENTILATORIA.

1.- Estando las yemas de los dedos todavía en el sitio en el que se tomo el pulso observese la respiración del paciente de preferencia sin que se de cuenta.

2.- Con un reloj tómesese el tiempo y cuente el número de respiraciones durante 30 segundos y dupliquese; esto nos permite verificar el número, profundidad, ritmo y carácter de la respiración. (10).

Obj. 1.2.3.- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

1.- Exámen radiográfico: El estudio de la técnica y de la interpretación radiográfica. Se facilita grandemente si se dispone de una cabeza ósea con todas sus piezas dentarias o la mayor parte de ellas. Con este elemento se tendrá a la mano la anatomía osteodentaria, lo que permitirá "visualizar" radioproyecciones, como así también, un dato muy interesante para la interpretación; el orden y la altura en que son atravezados por los rayos, las diferentes estructuras normales.

I.- Intraorales; La técnica intraoral comprende todos los métodos y procedimientos radiográficos en los cuales el paquete (película) se coloca dentro de la boca.

Los principales métodos son;

- a) Periapical o retroalveolar.- Paquete detrás del diente-alveolo.
- b) Interproximal o coronal.- Paquete detrás de las coronas y espacios interproximales de dientes antagonistas.
- c) Oclusal.- Paquete en el plano oclusal.

Pasos que deben seguirse en cualquier procedimiento: En la práctica, la conducción de cualquier método intraoral implica, básicamente, el cumplimiento de cinco pasos;

PASOS	OBJETO
1.- Exámen oral y facial.	Reconocimiento del segmento a radiografiar.
2.- Posición de la cabeza.	Orientación de la dentadura.
3.- Posición del paquete.	Enfoque.
4.- Dirección del rayo central.	Enfoque.
5.- Exposición.	Registro latente.

Radiografías oclusales: Este método es denominado así por la posición que ocupa el paquete coincide con la posición del plano de oclusión, estas radiografías nos sirven para:

- 1.- Determinar (respecto al arco dentario), la posición de dientes retenidos, supernumerarios, cuerpos extraños, quistes, etc.

2.- Identificar cálculos salivales y determinar su posición.

3.- Conocer las modificaciones de formas y tamaño de los arcos dentarios.

4.- Identificar dientes que no han hecho erupción, fracturas.

Radiografías periapicales; Abarcan el diente entero y sus estructuras adyacentes se utilizan para examinar los tejidos que rodean la raíz dentaria. Aunque se utilizan para detectar también caries.

Radiografías interproximales.- Se llaman también de aleta de mordida o Bite Wing. Se utilizan para examinar los espacios proximales entre las coronas, es decir para descubrir caries proximal ya sea coronal o cervical, se utiliza para examinar crestas interproximales.

II.- RADIOGRAFIAS EXTRAORALES.

Para la radiografías extraorales, pueden utilizarse dos tipos de películas, uno para exponer con pantallas reforzadoras o tipo regular y otra exposición directa o tipo no Screen (no pantalla).

Indicaciones y usos de cada tipo de radiografía extraoral:

a) RADIOESTEREOGRAFIA.- Permite una mejor visualización del detalle, puede favorecer la observación particularmente en la sialografía, arteriografía en cambio la misma no debe tomarse como base para las localizaciones como suele sugerir.

b) METODO SECCIONAL ENTRETOMOGRAFIA.- En odontología esta indicada particularmente para el examen complementario del seno maxilar y de la articulación temporomandibular, para esta última generalmente se utiliza la vía lateral transcraneana. También se indica la tomografía para compro

b) la presencia de fisuras en el paladar.

c.- METODO PANORAMICO.- En la técnica radiográfica odontológica, uno de los ideales es lograr el registro continuo, bien definido, isomorfo, isométrico y ortogonal, de toda la dentadura y las estructuras vecinas y complementarios (Senos, fosas, A.T.M. etc.), en una película. Este tipo de procedimientos es utilizado cuando se van a realizar tratamientos ortodónticos, etc.

d) RADIOGRAFIAS LATERALES HEMIPANORAMICAS.- Mediante algunas variantes a través de este tipo de películas se pueden obtener algunos buenos registros dentarios, del maxilar, senos, parótida (Sialografía), y A.T.M.

e) CINERRADIOGRAFIAS: A través de este medio de diagnóstico se han estudiado diversas estructuras durante su movimiento. Como es el célulo y también la lengua durante la deglución.

f) ROENTGENTELEVISION- VIDEOGRAFIA.- Entre sus muchas ventajas sobre la clásica radioscopia tiene la importantísima de requerir mínimas dosis de rayos X y la de proveer de imágenes de mucha mejor calidad, para cuya observación no es necesaria la adaptación previa en la oscuridad. Constituye un medio excelente para el examen de la A.T.M., de las glándulas salivales (sialografía), senos, etc. (18)

Toma de radiografías para las diferentes zonas anatómicas del aparato estomatognático: Para senos maxilares; para lograr el registro de los senos maxilares libres de la superposición del peñasco, resultan prácticas los procedimientos de Waters, Grashey o de Blondeau.

g) PROCEDIMIENTO DE WATERS: La relación cabeza-chasis se controla mediante el ángulo formado entre la línea basal cantomeatal y el plano del chasis.

Posición del chasis: Vertical cara de exposición perpendicular al plano sigital medio.

Posición de la cabeza: Erecta (boca cerrada), extendida de modo que la línea basal forma un ángulo entre 37 y 45 grados con el plano del chasis (eje mayor), las puntas de la nariz y mentón en contacto al chasis y central al haz.

h) PROCEDIMIENTO DE GRASHEY: Se diferencia del de Waters por; - la posición de la cabeza, erecta con máxima apertura becal de modo que hagan contacto con el chasis (eje mayor), las puntas de la nariz y mentón.

La posición del chasis, dirección del rayo central son iguales que para el procedimiento de Waters.

i) PROCEDIMIENTO DE BLONDEAN: Se diferencia de Waters y Grashey por; posición de la cabeza erecta, con la boca cerrada, de modo que hagan contacto con el chasis (eje Mayor), la punta de nariz y mentón.

j) METODO LATERAL: Posición del chasis: Vertical cara de exposición paralelo al plano sagital medio.

Posición de la cabeza: Pómulo centrado en contacto con el chasis.

k) PARA ATM: Por estar ubicada ésta articulación en la base del cráneo, rodeada de formaciones óseas densas, en las radioproyecciones cefálicas normales laterales y frontales se pierde prácticamente su visibilidad, en consecuencia para lograrla debe recurrirse a radioproyecciones oblicuas. (18)

2.- Exámenes de laboratorio: Muchas veces resulta difícil, casi imposible establecer un diagnóstico sin la ayuda del laboratorio. Una muestra enviada al analista que los someterá a complejos análisis físico-químicos o microscópicos para determinar exactamente su composición sus propiedades o la existencia de un compuesto anormal.

Dentro de los tipos de exámenes de laboratorio tenemos:

I.- Determinación de la hemoglobina; Procedimiento técnico.- Existen varios métodos, usándose una medida comparativa de la sangre diluida con una solución standar.

Importancia diagnóstica: Las cifras bajas de hemoglobina indican la presencia de una anemia, generalmente por falta de hierro.

Valores normales.- 14-16 gramos por 100 c.c. de sangre.

II.- Recuento de glóbulos rojos: Importancia diagnóstica; Los eritrocitos o glóbulos rojos transportan a la hemoglobina en la circulación. Son discos biconcavos elaborados en la médula ósea y sobreviven en la circulación 120 días en promedio. El promedio normal de la cuenta de eritrocitos es de 5.4 millones por c.c. y de 4.8. millones por c.c. en hombres y mujeres. Cada eritrocito humano tiene cerca de 7 milimicras de diámetro

y 2 milimicras de espesor.

Las cifras bajas de hematíes indican la presencia de una anemia - que puede ser de diversa etiología.

III.- Recuento de glóbulos blancos (Leucocitos):

Importancia diagnóstica: Las cifras altas indican la presencia - de una infección generalmente bacteriana. Las cifras bajas aparecen en -- ciertas enfermedades infecciosas (tifoidea) y algunas virosis.

Valores normales: 5000 a 8000 por milímetro cubico de sangre.

IV.- Fórmula leucocitaria:

Importancia Diagnóstica: La proporción porcentual de los diferen- tes tipos de leucocitos se altera con muchos procesos (infecciones, aler- gias, etc.).

Valores normales: Neutrófilos 60-70%, eosinófilos 1-3%, linfoci- tos 20-30% Monocitos 3-6%, basófilos 0-0.5%.

V.- Tiempo de coagulación:

Importancia diagnóstica: Muy importante para diagnosticar las dia- tésis hemorrágicas (hemofilia, etc.).

Valores normales: 5 a 8 minutos.

VI.- Tiempo de hemorragias:

Importancia diagnóstica: También es importante para diagnosticar- diatésis hemorrágica.

Valor Normal: 1 a 3 minutos.

VII.- Tiempo de protombina:

Importancia diagnóstica.- De importancia como guía de coagulación de la sangre en el interior vascular. Impresindible durante los tratamientos con anticoagulantes para prevención de trombosis.

Valores normales.- 10 a 14 segundos igual 100 por 100. Durante el tratamiento con anticoagulantes interesa bajar estas cifras al 70 por 100, o menos.

VIII.- Reacción de Wasserman:

Importancia diagnóstica.- Importancia para el diagnóstico de la sífilis su resultado positivo puede ser, de significado dudoso. En estos casos se usa el "test" de Nelson, con antígeno específico, cuyo resultado es terminante.

IX.- Determinación de glucosa:

Importancia diagnóstica.- Aumentado en la diabetes.

Valor normal.- De 80-120 mg. por c.c.

X.- Biopsia:

En muchas ocasiones para llegar a un diagnóstico necesario debe hacerse un análisis directo al órgano o tejido enfermo, observándolo al microscopio, una vez que sido preparada la muestra debidamente y teñido con colorantes para su mejor observación.

Pero el análisis anatomopatológico también se hace en vivo. Paralelo hay que extirpar una pequeña porción del órgano o tejido a analizar.- Puede ser necesario una pequeña intervención quirúrgica (biopsia). Cuando el tejido es accesible el problema no ofrece mayor complicación.

Tipos de biopsia: Biopsia por excisión; cuando se retira el total de una lesión pequeña para su estudio microscópico. Biopsia por insi-
ción; cuando se retira una pequeña parte de una lesión demasiado grande - para su estudio. (36).

XI.- Citología exfoliativa.

Se aplica la citología exfoliativa bucal para la detección de - carcinoma. En estudios realizados por Von Haam en pacientes con cáncer bucal en los cuales se compara la exactitud diagnóstica de extendidos citológicos con las biopsias y se encontró que casi era idéntica. Por lo que se concluye: 1.- La citología no es un sustituto de la biopsia quirúrgica, sino su complemento. 2.- Es un procedimiento rápido, simple, indoloro y sin sangre. 3.- Sirve como verificación de biopsias negativas falsas. - 4.- Es especialmente útil en el control periódico para la detección de re-
sidivas de carcinomas previamente tratados. 5.- Es valiosa para estudiar-
lesiones cuyo aspecto microscópico es tal que no justifica la biopsia.

Se aconseja el empleo del extendido citológico siempre que sea - adecuadamente preparado por el cirujano y que el citólogo posea suficiente experiencia para su valoración. (32).

3.- Análisis de modelos.

Los modelos de estudio nos van a ser de utilidad para estudiar - las arcaadas dentarias del paciente así como valorar tratamientos de or-

todoncia y en niños es importante cuando se han perdido dientes prematuramente y poder hacer un tratamiento preventivo de probables maloclusiones.

Obj. 1.3.- Análisis de las partes que integran la historia clínica de la E.N.E.P. "Zaragoza", en el Estudio Clínico.

Partiendo de lo anteriormente dicho sobre los procedimientos propedeúticos que deberán ser aplicados a esta historia clínica analizaremos todas las partes que la integran con el fin de observar la existencia de deficiencias o términos que complican la mayoría de las veces, en el entendimiento con el paciente por lo cual al final del desarrollo daremos una serie de preguntas sencillas las cuales nos den respuestas sencillas por el paciente tanto para la historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza", como la historia clínica que consideraremos aceptable para nosotros y así obtendremos datos que nos van a proporcionar para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamientos definitivos para el Estudio Clínico sea correcto.

Obj. 1.3.1.- Importancia de los datos generales.

Cuando el paciente acude al consultorio, en general la primera pregunta que debe hacerse a un paciente se refiere al trastorno principal sin embargo, se discute del orden en que deben obtenerse y anotarse los demás datos.

La obtención de datos generales va a estar basada en el interrogatorio, y para obtener la confianza e interés del enfermo con respecto a su integridad como ser humano se lo va hacer sentir el objetivo más importante del tratamiento que le vamos a realizar, por lo tanto el interroga-

torio que consideramos adecuado debe de llevar el siguiente orden;

- En primer lugar.- El trastorno actual.
- En segundo lugar.- Enfermedad actual.
- En tercer lugar.- Antecedentes personales.
- En cuarto lugar.- Antecedentes familiares.
- En último lugar.- Revisión por sistemas.

Dentro de la historia clínica el dato que se debe considerar más importante en la historia de la enfermedad actual y amenudo es lo más difícil de obtener. Los antecedentes familiares y la revisión por sistemas son menos difíciles, pues en este caso el interrogatorio puede seguir un bosquejo preciso.

Los datos generales van a ser importantes dentro de nuestro Estudio Clínico ya que son una pequeña, pero importante parte para poder hacer un diagnóstico y dar un tratamiento indicado.

Al terminar el interrogatorio se deberá hacer un resumen de los caracteres más destacados, este procedimiento ayuda al clínico, le enseña a separar lo importante de lo menos importante.

Obj. 1.3.2.- Importancia del padecimiento actual.

El método que debe de seguirse al obtener la historia de la enfermedad actual según el paciente y la enfermedad que lo aqueja, el ayudante clínico o el clínico deben esforzarse en permitir al paciente que relate tal y como el desea destacar los caracteres que el considera importante.- Algunos pacientes tienen lamentablemente la tendencia a divagar y nunca enuncian de manera clara y concisa sus trastornos. Cuando esto sucede el-

clínico a través de un interrogatorio muy diestro, encausará el relato en la dirección adecuada. Sin embargo, debe cuidar de no suprimir las ideas del paciente y de no sustituirlas por las suyas propias.

El trastorno más frecuente que motiva al paciente a acudir al clínico es el de un dolor o un síntoma íntimamente relacionado con la molestia. Las demás manifestaciones son nerviosidad, pérdida de peso, debilidad. Es patente que el interrogatorio de la enfermedad actual debe variar según el trastorno del sujeto. Sin embargo, suelen ser útiles las siguientes preguntas:

1.- Duración: En primer lugar, debe preguntarse cuanto tiempo ha estado enfermo el sujeto, dicho de otra forma se trata de precisar si el trastorno es agudo ó crónico. Algunas enfermedades tienen comienzo brusco y terminación rápida; otras comienzan lenta e insidiosamente.

En algunos padecimientos el enfermo puede decir casi al instante ó momento preciso en que comenzaron los síntomas; en otros no puede decirlo ni siquiera con aproximación de una o dos semanas.

2.- Sitio: Es patente la importancia del sitio de dolor o molestia. Si el dolor es de cabeza, cuello, tórax, abdomen o extremidades, el sitio dirige nuestra atención a determinada área del organismo. Una pregunta obligada es si el dolor permanece localizado o si se propaga e irradia a alguna otra región.

3.- Curso o progreso: El progreso de los síntomas va en íntima relación con la duración; ¿ El trastorno ha evolucionado rápido o lentamente?; ¿ Los síntomas se han agravado o han disminuido?; ¿ Mejora en ocasio-

nes y en otra se agravan?.

4.- Carácter: Es importante conocer el carácter de dolor ó la molestia; ¿El dolor es agudo o es sordo?; ¿Se trata en realidad de dolor ó molestia?; ¿Aparece bruscamente y desaparece con rapidez o aumenta poco a poco de intensidad y cede con lentitud?.

5.- Relación con las funciones normales.- Es importante precisar el efecto de algunas actitudes normales en los síntomas. ¿Que efecto tiene la postura?; ¿ Los síntomas se agravan cuando el paciente esta de pie sentado o acostado?; ¿Que efecto produce el ejercicio?; ¿Los síntomas empeoran al caminar?. El efecto de la postura o el ejercicio sobre los síntomas dependientes de enfermedades del aparato circulatorio o respiratorio suelen ser notables, igualmente con el ejercicio en el paciente con anemia aguda.

Si se sospecha de enfermedad del aparato digestivo, deberán investigarse los efectos que causan las comidas, ya que en algunos casos enmascara los síntomas y en otros los agrava. (23)

6.- Efectos de la enfermedad; Varían mucho los efectos de la enfermedad; ya que algunos padecimientos producen rápidamente postración, pérdida de peso, palidez, anorexia o nerviosidad intensa y esto hace que el paciente tenga un aspecto grave y lastimoso. Otras enfermedades, que incluso después de días o semanas producen pocos cambios en el estado o aspecto general del individuo.

Algunas enfermedades causan trastornos escasos aunque su evolución sea de semanas o meses y pueden producir rápidamente síntomas catas-

tróficos que modifiquen el aspecto del paciente.

Resumiendo después de haber obtenido los datos principales del padecimiento actual (Duración, sitio, progreso y carácter), aunando al interrogatorio los efectos sobre los sistemas de la economía podemos obtener por medio de esto el tipo de padecimiento que lo aqueja y si ha recibido o no tratamiento alguno y en caso afirmativo en que consistió.

Obj. 1.3.3.- Antecedentes personales no patológicos.

Deben revelar al sujeto como un todo, su personalidad, su constitución mental. No basta anotar sencillamente los trastornos físicos ni las diversas enfermedades que haya sufrido. Es importante saber si el sujeto suele estar deprimido o eufórico y conocer sus reacciones de su medio ambiente, tanto en sociedad; trabajo, familia y amigos.

Son factores importantes que deben valorarse: Antecedentes sociales, religiosos y económicos, educación y así se considerará al paciente si este ha triunfado o se siente frustrado.

Los sujetos emocionalmente inestables están particularmente predispuestos a estar alerta para advertir cualquier síntoma que a su juicio, anuncia amenaza de enfermedad grave. Nunca debe olvidarse que muchos pacientes que se quejan de síntomas graves, son anatómicamente e incluso fisiológicamente sanos; los síntomas no resultan de enfermedad orgánica sino pertenecen por completo al grupo de trastornos Psicósomáticos.

Tienen importancia los factores ambientales generales de la índole de educación, trabajo, ingreso y origen de los mismos, y grupo étnico

al que pertenece el paciente. De los datos obtenidos el clínico debe estimar los factores que guardan relación verdadera con el problema de salud y si son beneficiosos ó perjudiciales para el enfermo.

1.- Hábitos.

Los hábitos del paciente pueden brindar orientación importante para el diagnóstico. Los alcohólicos son especialmente susceptibles a algunos padecimientos, y otros atacan de manera principal grupos particulares de trabajadores. El abuso de tabaco y alcohol pueden producir una sucesión de síntomas cuya importancia pasará por completo inadvertida a menos que se conozcan los hábitos del paciente acerca de tabaquismo e ingestión de bebidas alcohólicas.

Deberán evitarse expresiones de la índole de "fundador moderado" o "bebedor moderado", porque son inexactas y desorientadoras. La moderación para una persona puede ser exceso para otra. El consumo diario de tabaco debe anotarse en número de cigarro puros, cigarro o pipas que se fuman; consumo de alcohol, deberá anotarse en volúmenes exactos de vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida.

Muchos enfermos adquieren el hábito de ingerir fármacos para molestias insignificantes, costumbre que debe anotarse cuidadosamente. Los pacientes a menudo ingieren laxantes para el estreñimiento, y presentan diarrea intensa seguida de estreñimiento, lo cual crea un círculo vicioso de estreñimiento y empleo de laxantes. Algunos tranquilizantes producen depresión y melancolías graves; la supresión de otros pueden originar crisis convulsivas.

II.- Antecedentes familiares.

Son importantes en muchas enfermedades, sobre todo las del sistema nervioso. Algunos padecimientos casi siempre son hereditarios.

En la diabetes hay tendencia hereditaria; la hemofilia es invariablemente transmitida por la madre, la jaqueca suele ser transmitida por la madre a los hijos, las enfermedades alérgicas suelen ser hereditarias; el cáncer a menudo surge una y otras generaciones de la misma familia; los padres neurasténicos engendran hijos neurasténicas.

La hipertensión arterial presenta tendencia a aparecer en algunas familias, pocas enfermedades, excepto las hereditarias del sistema nervioso central, muestran un factor hereditario más notable. La solución clásica al problema de prevenir enfermedades arteriales es "nacer de los padres educados". Al interrogar los antecedentes familiares, es importante advertir si el padre y la madre viven y están sanos. Así mismo deberá precisarse la salud de los hermanos. (23)

Obj. 1.3.4.- Importancia de los signos vitales.

Ver objetivo 1.2.2. punto cinco sobre los signos vitales.

Obj. 1.3.5.- Antecedentes personales patológicos.

Investigan enfermedades que ha padecido el paciente, de preferencia las que tengan alguna relación con el padecimiento.

1.- Antecedentes sistémicos; Importancia de su análisis de acuerdo a la historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza".

La importancia de conocer los antecedentes sistémicos es para poder elaborar un buen Estudio Clínico y para poder llegar a un diagnóstico preciso, el hecho de que se conozcan los antecedentes sistémicos nos pueden dar la pauta o guía para derivar la enfermedad actual si es que existe relación con alguna de las deficiencias o alteraciones que se hayan con anterioridad.

Es de suma importancia conocer los antecedentes sistémicos para poder prevenir cualquier complicación que se pueda suscitar, además detectándolo antes de tiempo se pueda remitir al paciente con el médico para que le haga estudios necesarios y así poder saber en donde se localiza la alteración, o si es que existe otra enfermedad detectarla, y darle un tratamiento rápido para erradicar la enfermedad y posteriormente proporcionarles el tratamiento odontológico que requiera. Además si el paciente presenta alguna alteración a nivel sistémico y está tomando algún medicamento, debemos saber cual es para ver sino interfiere con la utilización de los medicamentos que vayan a ser utilizados en el tratamiento odontológico o para ver si la dosis que se utilice no nos vaya a provocar alguna alteración a otros órganos de la economía, o para cambiar el medicamento por uno de base farmacológica diferente.

I.- Nutricionales: Propiedad esencial y general de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación; conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que los rodea.

II.- Cardíacos: Relativo al corazón, persona que padece una enfermedad cardíaca.

III.- Vasculares: Relativo a arterias y venas.

IV.- Hepáticos: Relativo al hígado.

v.- Renales: Relativo a los riñones.

VI.- Endocrinos: Relativo a glándulas.

VII.- Respiratorio: Es una de las funciones vitales del organismo - mediante la cual se asegura la llegada del aire atmosférico a los tejidos y expulsión de anhídrido carbónico tóxico.

VIII.- Neoplásicos: Es la formación (plasia) de tejido nuevo (neo), - tanto normal como patológico.

IX.- Mentales (Nerviosos).- Son aquéllos que perturban y ofuscan - la integridad y lucidez de nuestro espíritu, de nuestra psiquis; se denomina también psicopatía.

2.- Antecedentes infecciosos:

I.- Fiebres eruptivas: Enfermedad infecciosa y contagiosa provocada por una erupción específica (escarlatina, viruela, sarampión).

II.- Tuberculosis: Enfermedad infecciosa.

III.- Fiebre reumática: Reumatismo poliarticular agudo.

IV.- Sífilis: Enfermedad venérea infecto-contagiosa provocada, por el treponema pallidum.

V.- Enfermedad viral: Relativo a un virus.

VI.- Abscesos: Colección más o menos amplia de pus situada en el interior de una cavidad que se ha escavado el mismo pues en el interior de un tejido, o bien separado un tejido de otro.

VII.- Infecciones y otros parásitos intestinales: Infección; Es la penetración de organismos patógenos en el interior del cuerpo humano. Parásitos; Enfermedad o infección parasitaria.

3.- Antecedentes hemorrágicos:

I.- Hemorragias postquirúrgicas: Sangrado después de una intervención quirúrgica.

II.- Hemorragia postquirúrgica prolongada: Es aquella la cual no presenta un control hemostático satisfactorio después de la intervención durante un tiempo determinado.

III.- Hemofilia: Es una grave enfermedad de la sangre de carácter hemorrágico que consiste esencialmente en un retardo de la coagulación de la sangre.

IV.- Epistaxis: Hemorragia Nasal.

V.- Melena: Es la emisión de sangre mezclada con las heces a consecuencia de una hemorragia de cualquier zona del tubo digestivo (esófago, estómago e intestino).

VI.- Hemoptisis: Hemorragia pulmonar caracterizada por la expectoración de sangre.

VII.- Hematemesis: Es el vómito de sangre pura o mezclada con material gástrico, alimentos o líquidos ingeridos eventualmente que están presentes aún en el estómago.

VIII.- Púrpuras: Afección que se caracteriza por la aparición de manchas rojas debajo de la piel o de las mucosas. (35).

4.- Antecedentes alérgicos (Hipersensibilidad).

Comprender las reacciones alérgicas del organismo a ciertos agentes capaces de desencadenar reacciones hipersensibles.

El individuo normal tiene la capacidad de defenderse de los agentes nocivos que encuentra en su medio ambiente, gracias a mecanismos presentes desde el nacimiento, algunos de los cuales no dependen para su efectividad de experiencias previas con microorganismos o antígeno determinado, en tanto que otros, más especializados, "aprenden" de una experiencia previa y obran más efectivamente ante un segundo ataque por el mismo antígeno.

No es fácil definir que es alergia o hipersensibilidad. Hace apenas 10 años, los textos de alergia incluían las enfermedades del colágeno, llamadas autoinmunes y muchas de las entidades producidas por "virus lentos". El campo de la alergia se ha ido restringiendo, pero aún no hay una delimitación franca con las otras enfermedades en las cuales hay un componente importante de fenómenos inmunes.

Por lo tanto "alergia" es un término amplio generalmente empleado para englobar el estado de hipersensibilidad adquirido por exposición a una sustancia específica (antígeno) y la capacidad alterada del organismo vivo (huésped) para reaccionar a una nueva a este alérgeno. Casi todos los casos de alergia dependen de la combinación de un antígeno, por lo común, pero no siempre, una proteína o un polisacárido, con anticuerpo producido por el huésped invariablemente como producto de una exposición previa al antígeno, mencionando anteriormente.

Hay dos tipos generalmente de reacciones alérgicas, aunque en cada grupo hay una diversidad de estos fenómenos. Un tipo de reacción, denominada de acción inmediata, está asociada con anticuerpos circulantes en el suero de la persona alérgica e incluye anafilixia, fiebre del heno y asma, enfermedad del suero, edema angioneurótico y reacción cutánea de roncha y eritema. El segundo tipo de reacción, o reacción retardada, por lo general con los anticuerpos circulantes, puesto que los agentes causales no son estrictamente antígenos sino que adquieren propiedades de tales por combinación con tejidos del individuo. A diferencia de la reacción inmediata, que aparece no bien la substancia alérgica es absorbida, la reacción tardía no se manifiesta clínicamente por varias horas luego de la exposición. (40)

Las reacciones del último tipo incluye alergias a medicamentos, alergias a ciertas infecciones, alimentos y reacciones de contacto a una vasta variedad substancias.

Por lo cual es importante conocer en esta parte de la historia clínica, esta parte de las reacciones alérgicas para lograr detectar si el paciente ha tenido alguna vez alguna reacción alérgica de ahí la importancia del Estudio Clínico. (36)

5.- Antecedentes médicos o quirúrgicos: Importancia en la historia clínica:

Los principios médicos y quirúrgicos son las guías consideradas necesarias a la luz de la experiencia para poder llevar a cabo una mejor realización de esta parte de la historia clínica en la aplicación del Estudio Clínico. El interrogatorio de los antecedentes médicos quirúrgicos,

nos ayudará a valorar cuidadosamente la información que proporcione el individuo ya que esta manera obtendremos el motivo por el cual fue intervenido o tratado, pues esto podría cambiar el curso del tratamiento a realizar. (38)

Obj. 1.3.6.- Comprender la importancia del examen cabeza y cuello en la historia clínica y por qué se realiza.

Es importante relacionarse con la anatomía y fisiología de las estructuras de la cabeza y cuello para localizar y describir los datos físicos. También se muestran en el parte interna de la cavidad oral las estructuras a examinar como son Dientes, encías glándulas salivales etc.

1.- Cara; El color de la cara es característico en algunas anomalías. Se advierten en la cara fácilmente: palidez, cianosis, argiria e ictericia. El paciente de insuficiencia aórtica suele ser pálido; el de la valvulopatía mitral rubicundo o enrojecido. Los pacientes de insuficiencia cardíaca en ocasiones presentan cianosis, al igual que quienes padecen cardiopatías congénitas en las cuales la sangre se desvía del hemicorazón derecho al izquierdo.

En la tuberculosis pulmonar a menudo se advierte rubor intenso de las mejillas, el "rubor ético".

Los rasgos faciales y el volumen y la forma de la cabeza son bastante característicos en la acromegalia. La cara voluminosa con cejas gruesas, nariz prominente y mandíbula muy desarrollada forman un cuadro característico e inolvidable.

El aspecto de la cara en la lepra suele ser patognomónico. El médico experimentado hace el diagnóstico inmediatamente porque ya lo ha observado. El aspecto característico de la cara del leproso se debe a la infiltración subcutánea en frente, mejillas y barbilla con nariz aplanada y ensachaba. La semejanza con la cara de un león es notable, donde se conoce también con el nombre de "facies leonina".

La expresión producida por el aumento del volumen del tejido adenoideo es característico.

La boca esta abierta y la barbilla algo desplazada hacia atras. - La expresión impasible y semejante a la esfinge de los pacientes de parálisis parkinsoniana se reconoce como uno de los signos cardinales de esta enfermedad.

Facies hipocratica: Nariz, afilada, ojos hundidos, sienes hundidas, la piel de la frente es áspera, tensa y semejante a pergamino; el color de la cara considerado globalmente verde negro livido o plomiso.

La piel de la cara puede estar muy adelgazada y tensa en el escleroderma; la tensión es muy grande, de manera que el paciente no puede cerrar los labios para cubrir los dientes, ni sonreír.

2.- Cabello: En la sífilis y la diabetes el cabello puede ser escaso. o se advierten zonas calvas pequeñas o irregulares. A veces hay alopecia completa en estas enfermedades. En algunos pacientes de insuficiencia hipofisiaria y, sobre todo, en la enfermedad Simmonos, el cabello es muy escaso. En la alopecia areata el paciente de pronto pierde mechones de cabello lo cual deja zonas calvas. En la tifoidea es frecuente la-

caída del pelo; los paciente al despertarse se dan cuenta de que existe un mechón sobre la almohada y un sitio de calvicie en el cuero cabelludo.

En el mixedema el cabello es escaso e invariablemente áspero, seco y opaco, lo cual sugiere deficiencia tiroidea. (23)

3.- Dientes y encías.

Los dientes y las encías a menudo dan orientación importante en enfermedades generales y a la inversa, el estado de dientes y encías pueden afectar la salud general del sujeto. La piorrea alveolar se comprueba al observar retracción de las encías sobre las raíces de las piezas dentales y al exprimir algo de pus de las bolsas radicales. En sujetos de edad avanzada la piorrea origina aflojamiento o caída de los dientes.

Los dientes deben examinarse para buscar caries o cavidades y para investigar piezas con corona que han experimentado desvitalización. Cabe que el aspecto más notable de los dientes se observa en la sífilis congénita ó "DIENTES DE HUTCHINSON". La triada de Hutchinson característica de sífilis congénita consiste en dientes de hutchinson, queratitis intersticial y enfermedad del laberinto que causa sordera. Otro tipo de dientes muy característico de la sífilis congénita es el "Diente en forma de destornillador".

La dentición imperfecta o los dientes careados pueden destacar defectos alimentarios. En los masticadores inveterados de tabaco, los molares suelen presentar superficie lisa y pulida y a menudo están gastados a la altura hasta la altura de las encías. Cuando hay concentraciones pequeñas de fluor en el agua potable los dientes presentan hundimientos y tienen color amarillo, pardo o negro a lo que se llama "Esmalte manchado"

o "fluorosis".

La línea saturnina en la intoxicación crónica por plomo es signo-diagnóstico importante y su identificación por el médico perspicaz ha impedido intervenciones quirúrgicas en pacientes con dolor abdominal intenso. Consiste en una línea negra finamente punteada que se presenta en las encías inmediatamente por debajo del sitio en que salen los dientes o en el borde gingivodental.

El bismuto produce una línea semejante, que a veces se observa en pacientes en quienes se ha aplicado series continuadas de inyecciones de bismuto para tratar la sífilis. En estos pacientes también se observan a veces pequeñas zonas oscuras en lengua y en mucosa bucal, producidas por depósito de bismuto.

En el escorbuto las encías son blancas, dolorosas y esponjosas los dientes suelen estar muy flojos, tanto que pueden extraerse con los dedos.

La hiperplasia de las encías puede resultar de diversas enfermedades, de la índole de la leucemia monocítica aguda, o de medicamentos, como dosis excesivas de dilantin.

El fibroma gingival presenta un cuadro notable y se observa a menudo en pacientes de esclerosis tuberosa.

La osteomielitis y los tumores del maxilar inferior en ocasiones producen deformación notable de la encías y diente inferiores.

El tumor más frecuente en el maxilar inferior es el llamado "epúlisis sarcoma de células gigantes de carácter poco maligno".

4.- Lengua.

Es importante examinar la lengua, ya que éste órgano según su estado nos puede presentar signos de alguna enfermedad.

En la escarlatina la lengua puede ser roja, estar cubierta de algo de saburra (color blanco) y presentar papilas aumentadas de volumen y rojas, por lo que se llama también "lengua de fresa".

La lengua es especialmente notable porque suele haber una zona de palidez peribucal.

En la fiebre tifoidea, la lengua suele ser saburral y cubierta de restos parduzcos de saburra.

En la anemia perniciosa y el esprue la lengua tiene aspecto característico, pues es pálida, lisa, pero en ocasiones es roja, inflamada o agrietada. La lengua en la palabra es áspera y tumefacta en etapa inicial; ulteriormente se torna lisa, de color rojo intenso y a menudo presenta inflamación. El tabaquismo excesivo puede producir glositis benigna.

En la angina de Luowgy la lengua puede presentar inflamación aguda y estar dolorosa y tan hinchada que sobresale e impide al paciente cerrar la boca.

En la leucoplaquia la lengua está cubierta de lesiones blancas, duras y consistentes que guardan semejanza a costras muy adherentes. Esta anomalía es frecuente en fumadores y las lesiones pueden malignizarse.

En el mixedema y el cretinismo la lengua en ocasiones está aumentada de volumen y sobresale de la boca, pero no duele. La lengua también puede sobresalir en niños mongoloides.

Los carcinomas linguales producen endurecimiento con destrucción y ulceración. A veces se observan hemangiomas de la lengua, que pueden producir molestias locales.

La lengua geográfica, aunque en aspecto notable y que motiva gran preocupación al paciente, es inocua en si misma. Suele observarse en sujetos nerviosos.

La lengua escrotal tiene aspecto curioso, con surcos y eminencias semejantes a las del escroto. Puede guardar relación con carencia de vitamina B, y a menudo alivia al administrar complejo vitamínico B. En la enfermedad de adisson, la lengua en ocasiones presenta zonas pequeñas, irregulares, redondas u ovaladas de pigmentación negra o parda.

Los surcos notables de la lengua suelen ser congénitos; a menudo se acumula partículas de alimentos en los surcos profundos, experimentan fermentación y producen dolor a la palpación.

Se observan a menudo cicatrices en la lengua de los epilépticos quienes se muerden éste órgano durante las convulsiones.

5.- Aliento.

El aliento puede brindar orientaciones importantes para el diagnóstico; en la intoxicación alcohólica tiene olor característico, y en la urg

En algunas ocasiones huele a orina. En la diabetes sacarina, sobre todo cuando hay acidosis intensa, el aliento tiene olor dulzón "a fruta", a causa de la acetona.

El olor a ratón ó amónico del aliento de pacientes de enfermedad hepática parenquimatosa grave es bastante característico; a veces se llama "hedor hepático" y a menudo se describe como "olor a rancio".

Los niños que padecen fenilcetonuria en ocasiones presentan en el aliento olor que recuerda al follaje recién segado.

En la sepsis bucal el aliento puede ser desagradable; esta anomalía se llama halitosis.

El aliento más desagradable es el del paciente de absceso pulmonar; en estas circunstancias, la infección depende principalmente de microorganismos que causan putrefacción y en consecuencia, el aliento huele a materia vegetal o a animal en descomposición. En estos pacientes anuncian su presencia a los vecinos y también el diagnóstico al médico perspicaz. El olor de la difteria puede ser peculiar; en la varicela el olor es muy desagradable. Se ha descrito olor a ratón en el tifus, olor algo dulzón y fétido en el sarampión y olor acre del sudor en la fiebre reumática.

6.- Cavidad Bucal.

En la anemia grave la mucosa bucal es pálida. Las manchas de Koplik; puntos pequeños de color azul-blanco rodeados de un halo angosto se presentan en la mucosa del carrillo enfrente de los molares y cerca del orificio del conducto de Stenon; son patognomónicos del sarampión; aparecen antes del exantema, y por ello permiten el diagnóstico temprano de -

la enfermedad.

En la enfermedad de Addison a menudo hay pigmentación de la mucosa bucal. En la mucosa bucal, cerca de la base de las encías, se advierten placas mucosas, blancas, netamente circunscritas, cuyo diámetro varían entre 0.5 y 1 cm. y son signos característicos de sífilis; pueden presentarse en el paladar o en cualquier sitio de la mucosa bucal.

El enrojecimiento general de garganta o faringe puede indicar faringitis, etapa temprana de difteria o escarlatina o cualquier otra infección.

En ocasiones hay parálisis del paladar blando como secuela de difteria; antes del advenimiento de la antitoxina diftérica esta complicación era frecuente.

La perforación del paladar suele ser de origen sífilítico aunque no invariablemente. El paladar suele ser alto y arqueado en el síndrome de Marfan y en el síndrome de Turner.

En las amígdalas pueden ocurrir amigdalitis folicular aguda o difteria. En primer caso, el estado patológico en forma de muchos abscesos pequeños en las criptas amigdalinas, que ulteriormente se fusionan y forman una placa grisácea grande en la superficie de las amígdalas. En la difteria hay una membrana de color gris sucio que se extiende sobre las amígdalas y a menudo al ítemo de las fauces y úvula; al quitar la membrana queda una superficie cruenta.

La angina de Vincent: infección amigdalina, suele ser unilateral y produce necrosis con exudado amarillo sucio que deja la superficie ser-

grante al quitarlo. La angina de Vincent se ha confundido con la difteria y sífilis.

La amigdalitis aguda puede ir seguida de un absceso periamigdalino. El paciente suele presentar fiebre alta, disfagia y rigidez del cuello. El cuello rígido además del espasmo de los músculos bucales, se produce trismo, ha motivado el diagnóstico equivocado de tetános. En realidad todo paciente que presenta signos de enfermedad bucal debe de hacerse exploración digital de la boca.

En niños que padecen tuberculosis de las vertebrae cervicales, por inspección puede advertirse absceso retrofaríngeo; esta tumefacción en ocasiones produce tos peculiar semejante al ladrido que los franceses han llamado "cri du canard" (graznido de pato).

7.- Cuello.

El examen de cuello debe hacerse invariablemente sin prisa cuidadosamente. Ello facilita que se conozcan los detalles anatómicos de músculos, vasos sanguíneos, tejidos óseos y cartilagosos.

Se comienza con la inspección para buscar asimetría, pulsaciones normales, tumores o limitación de movimiento. Con la extensión y desviación lateral de la cabeza, la tensión del músculo esterno cleidomastoideo hace destacar el límite entre los triángulos anterior y posterior supraclavicular del cuello. En ocasiones se advierten inmediatamente aumento de volumen de la glándula tiroides o de los ganglios linfáticos o anomalías de las estructuras vasculares. El cuello de pacientes con el síndrome de Turner ó síndrome de Klippel-Feil puede presentar pliegue cutáneo -

característicos en abanico, que se extienden lateralmente desde el cuello hasta los hombros; esta anomalía se conoce también con el nombre de "cuello de membrana". Las estructuras normales y anormales deben estudiarse por palpación.

En primer lugar, se intentará identificar cartilago tiroides glándula tiroides, músculos esternocleidomastoideos y arterias carotidas. La palpación de ganglios linfáticos debe efectuarse valiéndose de las yemas de los dedos y de presión suave.

Obj. 1.3.7.- Exámen intrabucal: Comprender las estructuras que integran el exámen para llevarlo a cabo.

1.- Boca: Es una cavidad limitada hacia adelante por los labios, hacia atrás por el velo del paladar, a los lados por las mejillas, arriba por la bóveda palatina y abajo por la lengua y el piso de la boca. Los rebordes alveolares de los maxilares y los dientes implantados en ellos, se divide la cavidad en dos partes; vestíbulo y boca propiamente dicha.

El vestíbulo queda comprendido entre los labios, las mejillas los dientes y los rebordes alveolares; la cavidad queda situada atrás de los rebordes alveolodentarios. La boca y el vestíbulo se comunican entre sí por los espacios interdentarios y por un espacio retromolar situado entre el último molar y la rama ascendente de la mandíbula; esta última comunicación es particularmente interesante porque gracias a ella es posible pasar una sonda y alimentar a los enfermos en los casos en que es imposible que abran la boca, como en el caso de trismus.

Toda la cavidad está tapizada por una mucosa ricamente vascularizada que sangra con facilidad a nivel de los rebordes alveolares y de la bó-

veda palatina se hace más gruesa y resistente.

2.- Vestíbulo mandibular y frenillo: Examine visualmente y por palpación el vestíbulo mandibular, con la boca entreabierta, observese el color y cualquier cambio e hinchazón en la mucosa vestibular y la encía.

3.- Vestíbulo maxilar y frenillo: Con la vista y la palpación examine con la boca entreabierta.

4.- Mucosa bucal y comisura: Utilice espejos intraorales como re tractoros y con la boca bien abierta, examine toda la mucosa bucal desde las comisuras hacia atrás hasta el pilar anterior del paladar. Observe cualquier cambio en la pigmentación y movilidad de la mucosa. Examine los orificios de salida de los conductos de las glándulas parótidas y determine su funcionamiento, secando primero la mucosa y observando la salida del líquido por las aberturas de los conductos.

5.- Lengua: Inspeccione el dorso de la lengua, cuando está en reposo y con la boca entreabierta para detectar cualquier hinchazón úlcera, saburra o variaciones en el tamaño, color o textura. También observe cualquier cambio en la estructura de las papilas que cubren la superficie lingual, envuelva la punta de la lengua con una gasa y tire de ella y con un espejo tibio presione ligeramente a la úvula para observar la base de la lengua y las papilas caliciformes.

Continúa sosteniendo la lengua y muévela cuidadosamente hacia la derecha del paciente, separando al mismo tiempo la mejilla izquierda, observe todo el borde lateral de la lengua y la parte central correspondiente desde el vértice hacia atrás hasta el pilar anterior, Mueva la

lengua hacia izquierda y repita el procedimiento para examinar el borde lateral derecho. Suelte la lengua y ordene al paciente que toque el paladar con la punta de la lengua. Observe la superficie interna para detectar cualquier viscosidad ó tumefacción.

6.- Piso de la boca; Con la lengua aún en posición levantada, - inspeccione el piso de la boca para localizar tumefacciones u otras anomalías y observe la salida de los conductos sublinguales, submaxilares y el frenillo lingual. Palpe todo el piso de la boca, identifique la glándula sublingual y busque cualquier endurecimiento.

7.- Paladar duro y blando; Con la boca bien abierta y la cabeza del paciente inclinada hacia atrás, deprima suavemente la base de la lengua con un abatelenguas o espejo. Primero inspeccione y luego palpe el paladar duro y el blando. La palpación del paladar es importante para identificar cualquier anomalía en la submucosa.

8.- Orofaringe; Observar la función de las partes móviles durante la fonación y la úvula, observar los pilares de las fauces y las amígdalas durante la fonación observar la pared posterior de la faringe en busca de pequeños nódulos de tejido linfático, vasos inyectados, eritema, goteo posnasal y otras lesiones.

9.- Encías; Con auxilio de un espejo y una sonda parodontal hay que observar: cambios de color, sangrado, presencia de cálculo y registrar en un odontograma para el manejo de datos.

La fijación y la posición adecuadas de la cabeza del paciente se logran al colocar una mano en la nuca debajo del occipucio y palpar con-

la otra. Es más probable descubrir ganglios linfáticos algo aumentados - de volumen valiéndose de movimientos lentos y suaves de deslizamiento o rotación con los dedos, primero en el triangulo anterior, después en el posterior y por último en la región mentoniana, en la cual se tiene que utilizar palpación profunda.

La palpación de las estructuras submaxilares se facilita al colocar en la boca un dedo enguantado. Pueden palparse fácilmente suelo de la boca, glándulas submaxilares y ganglios linfáticos. Sólo de esta manera cabe palpar cálculos en los conductos salivales.

Obj. 1.3.8.- Importancia de los exámenes estomatológicos.

La Historia clínica tiene una sección que se refiere a exámenes, cuando se presenta el paciente a tratamiento dental, el odontólogo debe hacer una valoración del estado de salud del paciente, enfocándolo como un ser biopsicosocial o sea observándolo como un ser humano y no como una boca más o objeto económico e interés de provecho propio.

¿Porque de los exámenes estomatológicos?

La importancia de realizar los exámenes estomatológicos radica en el hecho de que por medio de estos, se va a valorar el estado de salud del aparato estomatognático y se va a diagnosticar cuál es el tipo de alteración que esta presente para poder dar un mejor tratamiento integral al individuo y así poder devolver el estado de salud al individuo de su aparato estomatognático para el mejoramiento de su organismo.

Dentro de los exámenes estomatológicos vamos a describir cual es la importancia de cada uno de ellos como son:

- 1.- Oclusión.
- 2.- Modelos de estudio.
- 3.- Estudio de la secuencia de la erupción.
- 4.- Higiene oral simplificada.
- 5.- Necesidades de operatoria y terapia pulpar.
- 6.- Necesidades de exodoncia y cirugía menor.
- 7.- Necesidades de tratamiento parodontal.
- 8.- Necesidades protésicas.
- 9.- Necesidades ortodónticas.

1.- OCLUSION:

El examen de oclusión nos va a presentar datos acerca del cual es el estado de la boca con relación a la simetría del arco para identificar si existe mordida cruzada anterior o posterior, así como la continuidad del arco dentario, para observar apiñamientos, facetas desgastadas el tipo de relación que existe en molares, caninos, y anteriores para podernos dar cuenta si existe desajuste, además vamos a observar el tamaño de la lengua y ésto nos va a indicar si tiene relación con las alteraciones en la posición de los dientes en caso de que exista alguna anomalía.

2.- MODELOS DE ESTUDIO:

Los modelos de estudio se utilizan para el análisis oclusal, con objeto de planear el tratamiento y para registrar la oclusión del paciente antes del tratamiento. Se hacen con troqueles de yeso - piedra a partir de impresiones obtenidas con alginato. Para poderlos utilizar con fines diagnósticos han de ser reproducciones exactas de

las superficies oclusales de todos los dientes del arco y mostrar de manera clara las facetas de desgaste.

3.- ESTUDIO DE SECUENCIA DE LA ERUPCION:

El estudio de la secuencia de erupción es importante para el mantenimiento de espacio en la dentición mixta. Por regla general, se necesita un mantenedor de espacio cuando se pierde un primer molar primario antes de que hagan erupción los primeros molares permanentes. La pérdida de un primer molar temporal es menos crítica cuando en el mismo arco ha hecho erupción un primer molar permanente y está en oclusión. Este estudio es con el fin de prevenir que los dientes se mantengan en su lugar y no se cierren los espacios ya que pueden provocar la retención de algún diente permanente, también por medio de este estudio vamos a saber cual es la medida del espacio con que se cuenta para la erupción de los dientes permanentes y en caso de que falte espacio se le va a dar tratamiento adecuado al problema que se presente.

4.- HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA:

El índice de higiene oral nos sirve para registrar los residuos y el cálculo, y se han demostrado una relación constante entre la limpieza oral y la salud oral o, inversamente, entre la presencia de residuos y cálculo en la boca y la existencia de enfermedad periodontal.

5.- NECESIDADES DE OPERATORIA Y TERAPIA PULPAR:

Dentro de este examen se van a detectar las caries existentes, para restaurar los dientes ya sea con amalgama, resina, incrustación, corona total, etc. según requiera el caso, así como el trata

miento a alteraciones pulpares si es que existen.

6.- NECESIDADES DE EXODONCIA Y CIRUGIA MENOR:

Una vez hecha la exploración intrabucal nos vamos a dar cuenta si existe algún diente con gran destrucción por proceso carioso, el cual no tiene ningún otro tratamiento y nos vemos en la necesidad de extraer esa pieza para eliminar el foco infeccioso.

La cirugía menor se refiere a los procedimientos por medio de los cuales vamos a eliminar ya sea terceros molares, epicectomias frenilectomia, fibromas, gingivectomia, etc.

7.- NECESIDADES DE TRATAMIENTO PARODONTAL:

Mediante la inspección nos vamos a dar cuenta si existe inflamación de las encías así como formación de bolsas parodontales y el examen va a consistir en utilizar una sonda parodontal para observar la profundidad en la que se encuentra la inserción epitelial y si existe exudado purulento. El tratamiento va a consistir en hacer un detartraje profundo y si existen bolsas parodontales amplias se procederá a eliminarlas y se educará al paciente sobre como debe lavarse la boca, así como el uso de auxiliares para la limpieza como son (hilo seda, colutorios, etc..).

8.- NECESIDADES PROTESICAS:

Dentro de este examen si el paciente ha perdido algún diente se hace la evaluación de cual sería el tipo de prótesis más conveniente según el caso y se le comunica al paciente haciéndole saber las ventajas que se tienen para la solución de los problemas que se pudieran presentar.

9.- NECESIDADES ORTODONCICAS:

En este examen se va a observar si existe alguna alteración con relación a la posición de los dientes como podría ser, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, giroversiones, dientes lingualizados, dientes vestibularizados, falta de espacio para la erupción de dientes permanentes, etc.. Con el fin de mantener una oclusión que no vaya a provocar ninguna alteración al paciente.

B)¿PORQUE DE LOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO?

Los auxiliares de diagnóstico nos va a servir para poder hacer una evaluación del estado del paciente para llegar a un diagnóstico acertado y para que al momento de llevar a cabo el tratamiento no existen complicaciones graves.

Dentro de los auxiliares de diagnóstico más importantes en odontología tenemos: Examen Radiográfico y examen de laboratorio.

1.- EXAMEN RADIOGRAFICO:

Es importante que en cualquier tratamiento que se vaya a realizar en el que se tenga duda acerca del estado de salud de la pulpa, se tomen radiografías; así también para observar el estado del parodonto.

En caso de prótesis totales es de importancia para observar si es que existen restos radiculares, quistes, abscesos, dientes retenidos, regularidad ósea, para poder evaluar y planear el tratamiento.

En cirugías también es importante para saber cual es la posición del diente en caso de un tercer molar y la posición, número de fracturas en caso de traumatismos en donde se presenten éstas.

2.- Exámenes de laboratorio: Los exámenes de laboratorio son de importancia ya que en la mayoría de los casos es difícil y resulta casi-imposible establecer un diagnóstico sin ayuda de estos. Una muestra de algún líquido o materia orgánica (sangre, orina, esputos, heces, etc.), es enviada al analista que la someterá a complejos análisis físicos-químicos o microscópicos para determinar exactamente su composición, sus propiedades o la existencia de un compuesto anormal, así como la existencia de cifras altas o bajas que nos van a proporcionar datos para la localización de alguna enfermedad como puede ser: anemia, tifoidea, falta de hierro, hemofilia, leucemia, sífilis, diabetes, etc. En la clínica nos son de gran utilidad en los casos de cirugía; para no tener problemas ni complicaciones se le piden al paciente este tipo de exámenes para chequear los niveles o cifras de elementos orgánicos y en caso de que exista alguna anomalía en cualquiera de los elementos se remite al paciente con el médico para su tratamiento.

Obj. 1.3.9.- Importancia del examen de oclusión.

El examen de oclusión se realiza con el fin de observar si existe alguna alteración en la relación que hay entre los dientes. De los métodos existentes que clasifican las maloclusiones, hay uno que conserva casi su totalidad tal como fue enunciado, este sistema es el de Angle.- El sistema se basa en las relaciones anteroposteriores de ambos maxilares y más específicamente a la relación entre los primeros molares permanentes, maxilares y mandibulares.

El sistema Angle, consta de tres clases que son:

1.- Clase I (neutroclusión):

En esta clasificación entran todas aquellas oclusiones en las que se observa una relación anteroposterior entre los maxilares. Tomando en cuenta la posición de los primeros molares superior e inferior, estas se encontrarán de la siguiente forma: La cúspide mesiolingual del primer molar superior descansa en la fovea central del primer molar inferior.

2.- Clase II (Distocclusión-Retrognatismo).

En esta clase de: oclusión, forma, aquella en la que se observa una relación distal de la mandíbula con el maxilar. Su situación es; La cúspide distolingual del primer molar superior descansa sobre la faceta medial del primer molar inferior.

Clase II retrognatismo: Cuando los primeros molares inferiores están situados en sentido distal de los primeros molares superiores.

División I.-

I.- Distocclusión bilateral — Incisivos en posición labial anterior.

2.- Respiración Bucal.

Subdivisión 1:

Distocclusión unilateral — Incisivos en posición labial anterior

División II.-

Distocclusión bilateral — Incisivos en linguoversión.

Subdivisión I.-

Distocclusión unilateral — Incisivos en linguoversión.

3.- Clase III.- (Mesioclusión-Prognatismo).

Constituyen la clase III todas aquellas oclusiones en las que existe una relación mesial de la mandíbula con el maxilar. De esta manera, la cúspide mesiolingual del primer molar superior descansa sobre la foceta distal del primer molar inferior.

Clase III prognatismo (Cuando la arcada inferior está en relación mesial a la superior).

División: ambos primeros molares inferiores en relación occlusal mesial al molar superior.

Subdivisión unilateral.- Es la que se ha tomado en cuenta para efectuar el examen y notar la clase o tipo de oclusión del paciente.

Obj. 1.3.10.- Importancia de la higiene oral.

El examen de higiene oral es importante, ya que por medio de la inspección que se realiza tanto en las caras vestibulares de los dientes superiores y en la cara lingual de los dientes inferiores vamos a detectar si existe una deficiencia en su higiene oral. Por lo tanto por medio de este examen nos vamos a dar cuenta cual o cuales son las zonas en las cuales se le dificulta al individuo el cepillado. Una vez detectado el problema se le dice al paciente, para que perfeccione su técnica de cepillado, y se le recomienda el uso de pastillas reveladoras para que su aseo sea más a conciencia.

El examen se realiza en la primera cita para obtener un promedio de higiene oral y la última cita para llevar a cabo la observación de saber si el paciente ya domina su técnica de cepillado así como los auxiliares de higiene oral y saber si el índice disminuye o desaparece.

Obj. 1.3.11.- Comprender la aplicación de los odontogramas de la historia clínica y por qué se realizan por separado.

En el examen intrabucal es importante registrar los datos que se observen, así como las zonas en que se encuentran, además de registrar los datos acerca de cuales piezas dentarias presentan caries, cuantas presentan enfermedad periodontal, cuantas piezas perdidas existen, también tenemos la necesidad de registrar las piezas faltantes; si es que se va a realizar cirugía la zona en que se va a realizar y se va a colocar prótesis, en tratamientos de ortodoncia para hacer observaciones de los cuales son las piezas dentarias que están en mal posición.

Los odontogramas se realizan por separado ya que así tenemos la ventaja de poder observar con más claridad cual es el tipo de tratamiento que necesita y la zona que se va intervenir. Por lo contrario si en un sólo odontograma se hiciera el registro de todos los padecimientos no se podría distinguir con claridad cual de todos sería el padecimiento a tratar.

Obj. 1.3.12.- Importancia de la aplicación en la recolección de datos para obtener;

- 1.- Diagnóstico.
- 2.- Pronóstico.
- 3.- Tratamiento.
- 4.- Notas de Evolución.

En esta última fase de la historia clínica se procede a determinar el curso a seguir con respecto a la manera que se restablecerá la integridad biopsicosocial del individuo ante la enfermedad.

1.- Diagnóstico: Es el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que el agente morboso ha producido en el organismo; se basa en los síntomas funcionales y signos físicos.

El diagnóstico se divide en: Etiológico, patogénico, anatomopatológico, fisiopatológico, sindromático, nosológico e integro.

a) Etiológico: Señala la causa de la enfermedad.

b) Patogénico: Indica como obra la causa.

c) Anatomopatológico: Fija la localización anatómica del proceso patológico.

d) Fisiopatológico: Enseña las alteraciones funcionales que se han producido.

e) Sindromático: Agrupa los síntomas en síndromes, cuando hay lugar para ello.

f) Nosológico: Da el nombre que en la patología se ha asignado al cuadro que estudiamos.

f) Integro: Es una recopilación de los anteriores o sea una suma de los diagnósticos parciales, señala además el terreno en que evoluciona el padecimiento.

2.- Pronóstico: Es la predicción de la evolución probablemente segura de una enfermedad. Se formula basándose en la experiencia personal y podría decirse que es una proyección de los hechos fundándose sobre el fenómeno actual.

3.- Tratamiento: Son los medios profilácticos, higiénicos, dietéticos y terapéuticos que se señalan para combatir la enfermedad y evitar su propagación. (15)

4.- Notas de evolución: Este punto nos servirá para considerar todo el Estudio Clínico realizado para comprobar hasta donde el individuo sigue las indicaciones para la mejora de su salud ante la enfermedad para recuperar su integridad biopsicosocial, que lo reintegra a su me---

dio: para comprobar ésto se le recomienda al paciente que nos visite periódicamente y así anotaremos todo lo antes realizado.

Obj. 1.4.- Mencionar las ventajas y desventajas de la historia clínica de E.N.E.P. "Zaragoza".

Dentro de cualquiera de las áreas que se relacionan con el área de la salud, es muy importante el hecho de que se lleve a cabo la elaboración de una historia clínica como parte de un expediente para obtener un estudio clínico completo.

Las ventajas de la historia clínica son:

a).- Llevar una forma de registro y control, por medio de la cual cualquier elemento que la tenga en sus manos se entere del tratamiento y la evolución que va siguiendo.

b).- Adecuado administrativamente, ya que está integrada la historia clínica en un expediente clínico, este tiene una clasificación para su fácil localización y así agilizar los trámites.

c).- Por medio de las historias clínicas y expedientes que se archivan podemos obtener estadísticas reales tanto a nivel nacional como internacional, con relación a el número de trabajos realizados, por grupo de edades, sexo, raza, etc. También nos podemos enterar del o los médicos que han estado tratando a los pacientes.

La desventaja con relación a la historia clínica es la falta de aplicación de criterios para manejar la historia por parte de profesores y la deficiencia de los alumnos para su llenado por estos.

CAPITULO II . ENFERMEDADES SISTEMICAS RELACIONADAS CON EL APARATO ESTOMAGNATICO QUE PUEDEN COMPLICAR EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Objetivo 2.

Identificar y diagnosticar las enfermedades que están fuera de nuestro campo y que complican el tratamiento odontológico.

La comprensión de las enfermedades generales, donde el clínico pondrá su capacidad intelectual, para identificar las patologías que se presenten en el consultorio, aplicando los conocimientos propedeúticos, en base a un razonamiento científico, para evitar la complicación, alteración o el impedimento del tratamiento odontológico, aplicando correctamente el estudio clínico.

Por lo consiguiente la finalidad de este capítulo, es la de exponer una serie de procedimientos prácticos mediante los cuales será posible incorporar un nuevo punto de vista a la práctica clínica.

Se plantearán las enfermedades más usuales que se pueden presentar en el consultorio, las cuales nos dedicaremos a describir para que el clínico sepa identificarlas y diagnosticarlas, ya que en la práctica odontológica está atravesando un período de transformación importante. Tal vez pueda resumirse la esencia de esta transformación diciendo simplemente que en la actualidad los odontólogos no sólo deberán interesarse por el tratamiento de la cavidad oral, sino por el estado biopsicosocial e integridad del paciente, para llevar a cabo su tratamiento odontológico. Diversos factores socio-económicos-culturales imponen una práctica centrada sobre el paciente, en la cual se subraya la importancia del estudio clínico en la odontología. Al irse identificado más la odontolo-

gía con la comunidad, deberá comprender la identificación de las enfermedades sistémicas, para suministrar a los pacientes un servicio de salud de mayor calidad, siendo preciso para el odontólogo conocer las enfermedades susceptibles de modificar o impedir las maniobras del tratamiento odontológico. (29)

Obj. 2.1.- Clasificación de las enfermedades sistémicas.

A).- Enfermedades por aparatos y sistemas.

1.- Cardiovascular:

- a) Angor Pectoris (Angina de Pecho).
- b) Hipertensión.
- c) Hipotensión.
- d) Infarto al Miocardio.
- e) Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- f) Síndrome Vasovagal.

2.- Endocrino:

- a) Diabetes Mellitus.
- b) Hipertiroidismo.
- c) Hipotiroidismo.

3.- Nervioso:

- a) Epilepsia.

4.- Respiratorio:

- a) Asma.

B).- Enfermedades alérgicas.

- a) Edema Angioneurótico.
- b) Enfermedad del Suero.
- c) Shock Anafiláctico.

C).- Enfermedades Hematológicas:

- a) Anemia.

- b) Hemofilia.
- c) Leucemia.
- d) Púrpura Trombocitopénica.

D).- Enfermedades Infecciosas:

- a) Antrax.
- b) Fiebre Reumática.
- c) Infección de las Vías Aereas Superiores.
- d) Lesión Hepática Viral.
- e) Sífilis.
- f) Tuberculosis.

Obj. 2.2.- En base al Estudio Clínico se deberán reconocer las enfermedades por aparatos y sistemas.

Al llevar a cabo el estudio clínico por medio del interrogatorio obtendremos información del paciente, sobre alguna enfermedad que lo afecte, para obtener síntomas y signos de la patología y sea registrada en la historia clínica, y así diagnosticar, pronosticar y elaborar un tratamiento adecuado, a la individualidad del paciente.

Obj. 2.2.1.- Identificar los síntomas y signos de los diferentes enfermedades del sistema cardiovascular que complican y alteran el tratamiento odontológico.

Las urgencias cardiacas mortales son raras en el consultorio del dentista, pero esto no significa que el dentista deba ignorar los posibles problemas que plantean los enfermos de este sistema. La amplia gama de fármacos patentes que reciben en la actualidad este tipo de enfermos del Sistema Cardiovascular constituye también un problema para el dentista que las trata, si este no lleva a cabo un Estudio Clínico para detectar este tipo de patologías.

Las infecciones de origen dental o bucal pueden además ocasionar o agravar una endocarditis. La extirpación de focos de infección pueden precipitar a la recaída en ciertos casos de enfermedades cardiacas, mientras que en otras cualquier intervención o anestesia representa un riesgo considerable.

El odontólogo tiene una especial oportunidad de vigilar en forma realmente eficaz la salud de estos enfermos, buscando síntomas y signos de insuficiencia cardiaca inicial y de hipertensión. De ordinario, es raro que el paciente recurra al médico antes de sentirse realmente mal, pero no tiene la costumbre de visitar al dentista dos veces por año. Por lo tanto, este tiene una mayor posibilidad de reconocer signos iniciales de enfermedades cardiovasculares, mandando así a los enfermos a la consulta médica en una época en la cual pueden ser más eficaces las terapéuticas conservadoras. (5)

La atención del paciente cardiaco en el consultorio del dentista, es cada día más importante en la práctica odontológica. Esta explica por varios hechos. La proporción de la población que se encuentra en la época más propicia para el desarrollo de las enfermedades crónicas va aumentando. Estos pacientes con enfermedades cardiovasculares requieren una atención especial en el consultorio dental, y en ocasiones especiales también, pues como grupo, su capacidad de recuperación después de algún "stress" es menor. Además el empleo más difundido de agentes terapéuticos patentes para el tratamiento de distintos trastornos cardiovasculares plantea problema en el manejo de las cuestiones odontológicas. Estas consideraciones llevan al dentista a rehusar a estos enfermos; pero no se puede negar el tratamiento odontológico a un enfermo cardiaco. Es de

especial importancia en estos casos que la salud bucal sea tan perfecta como se pueda.

Ya dijimos que cualquier paciente odontológico amerita un Estudio Clínico; ésto resulta especialmente cierto en el caso de pacientes que puedan sufrir enfermedad cardiovascular. Es de particular importancia volver a complementar el Estudio Clínico si se requiere poner de manifiesto una enfermedad cardiovascular progresiva. (5)

A continuación describiremos enfermedades del sistema cardiovascular:

1) Angor Pectoris (Angina de Pecho).

Es un padecimiento coronario debido a la insuficiencia circulatoria, que se caracteriza por presentar recurrentes de dolor retroesternal de intensidad variable, con propagación al hombro o al brazo izquierdo, siendo el malestar precipitado por el esfuerzo físico, o una emoción o comida excesiva.

Un método del diagnóstico sencillo de diferenciar el dolor anginoso de dolor torácico de otro tipo, se ofrece en el alivio prácticamente instantáneo que se consigue después de la administración de nitroglicerina de 0.3 a 0.6 mlgs. por vía sublingual, o bien, después de la inhalación de Nitrato de Amilo y reposo. Los medicamentos vasodilatadores tales como nitritos, traen alivio, mejorando pasajeramente la circulación coronaria.

Medios de diagnóstico en el Estudio Clínico:

a) Interrogatorio.

Indicaciones para el tratamiento del paciente:

a) Esta formalmente indicado el uso de sedantes, porque estos pacientes no toleran bien la tensión emocional.

b) Premedicar con nitroglicerina sublingual más o menos cinco minutos antes de aplicar anestesia local, con dosis que habitualmente emplea ya en ocasiones una dosis mayor puede desencadenar un ataque angi-roso.

c) El tratamiento odontológico deberá ser lo más breve posible sin llegar al límite de tolerancia del paciente.

d) Si el paciente sufre dolores de pecho diarios, especialmente relacionados con las comidas o con la tensión emocional se considerará como un riesgo serio y sólo se recomienda en caso de necesidad tra-tratamiento odontológico de urgencia. (12)

2) Hipertensión.

Las dos formas más importantes de esta enfermedad son la esencial y la secundaria. La hipertensión esencial puede seguir una evolución rápida y maligna. La mayoría pertenece a la variedad benigna, en la cual el paciente se ve relativamente libre de síntomas durante varios años.

La hipertensión secundaria generalmente está asociada con trastornos del sistema nervioso central, con las enfermedades de las glándulas suprarrenales, con enfermedades renales primarias, o con la toxemia del embarazo frecuente el estado agudo o progresivo y los síntomas y signos hipertensivos constituyen la parte principal del cuadro clínico. Al odontólogo le interesa mucho conocer el tipo de hipertensión que padece el paciente, porque la enfermedad primaria que ha dado origen a la hipertensión secundaria también puede repercutir notablemente en el tra-tratamiento odontológico. (29)

Los pacientes con una larga historia de hipertensión esencial o secundaria sufren alteraciones secundarias del sistema cardiovascular, - que muchas veces causan complicaciones o incluso la muerte. Un fenómeno corriente es el accidente cerebro-vascular (ataque cerebral, apoplejia). Los pacientes hipertensos también pueden sufrir una angina de pecho o infarto al miocardio. Aproximadamente 25% de muertes en los pacientes hipertensos obedecen a la hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo y a la insuficiencia cardíaca. (3)

Diagnóstico: El paciente con la forma maligna acelerada de la hipertensión esencial presenta un comienzo brusco de síntomas que consisten en cefaleas intensas, trastornos visuales, náuseas, convulsiones y a veces incluso coma. Estos síntomas están asociados con elevación rápida de la presión sanguínea. Como antes se ha dicho, la forma benigna de la hipertensión esencial puede manifestarse con muy pocos síntomas o incluso no presentarlos durante mucho tiempo; luego suelen aparecer síntomas que consisten en fatiga, nerviosidad, vértigos, debilidad, así como insomnio, palpitaciones cardíacas o cefaleas. Las cefaleas tienen una localización típica en la región occipital y aparece cuando el paciente despierta por la mañana. También son síntomas frecuentes de hipertensión la inquietud, la labilidad emocional, la taquicardia y el enrojecimiento de la cara. (29)

Los síntomas de hipertensión secundaria son las mismas que los de la esencial. Su aparición puede ser repentina o progresiva durante un período de tiempo prolongado. Los pacientes con tumores de la médula adrenal presentan ataques paroxísticos de hipertensión.

Por lo general se hace el diagnóstico de hipertensión cuando la-

presión sistólica es superior a 150 mm/Hg. y la diastólica es superior a 100 mm/Hg. Para el diagnóstico el hallazgo de mayor elevación prolongada de la presión diastólica. El odontólogo debe estar preparado para tomar la presión arterial a cualquier paciente cuyo Estudio Clínico haga sospechar de la existencia de una hipertensión.

Tratamiento odontológico: Desde el punto de vista odontológico es importante identificar al paciente hipertenso no diagnosticado. Si durante el Estudio Clínico se descubren síntomas y signos de hipertensión, el odontólogo está obligado a medir la tensión arterial. Si la tensión es alta debe aconsejar al paciente que consulte con su médico o canalizarlo por medio de la interconsulta antes de comenzar el tratamiento odontológico. El paciente hipertenso no compensado constituye un mayor riesgo operatorio pudiendo presentar hemorragias tras una intervención de cirugía menor. Así mismo en un individuo hipertenso no compensado, el tratamiento odontológico puede precipitar un accidente cerebrovascular o un infarto al miocardio.

Incluso el tratamiento del paciente hipertenso que siguen las prescripciones de su médico representa mayor preocupación para el odontólogo.

Los fármacos hipertensores de uso corriente en la actualidad presentan diversos efectos colaterales, entre ellos la predisposición a la hipertensión ortostática y mayor sensibilidad a la acción de los barbitúricos. Las consultas dentales de los hipertensos compensados han de ser más cortas y exentas de ansiedad. Es aconsejable la premedicación con barbitúricos, pero el odontólogo ha de tener en cuenta los posibles efectos colaterales de los medicamentos que toma el hipertenso. (29) Ver Fig. 1.

3.- Hipotensión (Disminución de la tensión arterial).

Los cuadros hipotensivos que se producen durante la anestesia, cualquiera que haya sido la causa, puede dar lugar a una emergencia seria. El anestesista debe controlar continuamente el estado del paciente dado que, según se ha demostrado, la morbilidad y la mortalidad que resultan de una hipotensión seria son directamente proporcionales a la duración del shock. (27)

Por lo tanto para evitar el colapso cardiovascular es necesario reconocer rápidamente la hipotensión y tratarla de inmediato. La caída de la presión arterial puede obedecer a varias causas. Por ejemplo, se conocen muchos episodios de hipotensión intraanestésica en individuos tratados previamente con antihipertensivos, y a veces produce insuficiencia suprarrenal con hipotensión franca, en pacientes bajo tratamiento previo con corticoides. Otras causas son las siguientes: hemorragia grave, embolia gaseosa, hipoxia grave y sobreacidosis de agentes anestésicos. (19)

Otras causas de hipotensión como ocurre con la mayoría de las emergencias, la prevención es el mejor tratamiento. La posibilidad de una hemorragia profusa obliga a hospitalizar al paciente y administrar transfusiones. Las embolias gaseosas pueden conducir a una hipotensión dramática; por tanto, es necesario tener mucho cuidado con las inyecciones intravenosas. Cuando se inyecta una cantidad suficiente de aire, el paciente se vuelve cianótico, su respiración se hace jadeante y la presión arterial desciende. Hecho el diagnóstico, coloque al paciente en decúbito-lateral izquierda para que el aire se mantenga en el lado derecho del corazón y sea absorbido gradualmente. En lo que respecta a la anestesia

sia y a la sobreacidosis de los agentes utilizados. (27)

Interés odontológico: La baja de la tensión puede conducir a una lipotimia. Ver Fig. 2.

Actitud del odontólogo: Tratarlo previa autorización de su médico, tomar la tensión arterial. En caso de presentarse una lipotimia o shock, realizar manobras de resucitación. (se darán más adelante).(30)

4.- Infarto al Miocardio.

Cuando se interrumpe la irrigación sanguínea de una porción del miocardio, dando lugar a la muerte o a la necrosis de la fibra muscular, se produce un infarto. La gravedad de este ataque cardiaco depende de la extensión y de la localización del infarto. El paciente experimenta un ataque de dolor constrictivo en la línea media, acompañado de sensación de muerte inminente: puede sucumbir al shock o producirse un paro cardiaco. En contraposición con el dolor anginoso, producido por el infarto al miocardio no se alivia con tabletas de nitroglicerina. Si el episodio ocurre en el consultorio dental, debe llamarse inmediatamente al médico y una ambulancia, hasta su llegada se administrará oxígeno y se le mantendrá caliente.

Si se produce el paro del corazón debe hacerse masaje cardiaco sin abrir el tórax y respiración boca a boca, el diagnóstico de infarto al miocardio lo confirma el médico mediante el electrocardiograma y pruebas de laboratorio, que consiste en la determinación de ciertas enzimas del suero. Un infarto del miocardio constituye una urgencia médica. El paciente puede morir inmediatamente; no obstante, si sobrevive durante veinticuatro horas tiene buenas probabilidades de curación. Generalmente

se les mantiene en cama la primera fase de convalecencia y se advierte - que deben evitar los trastornos físicos y emocionales. El período de hospitalización: depende de la gravedad y de la extensión del infarto, pero suele ser de tres semanas. Después de la hospitalización se le prescribe reposo durante algún tiempo en estos pacientes no debe hacerse ningún tratamiento odontológico electivo hasta transcurrido seis meses después del infarto.

Tratamiento odontológico: Cuando han transcurrido seis mese o más puede llevarse a cabo el tratamiento corriente no obstante, se recomienda una consulta previa con el médico que atiende al paciente. También en este caso las consultas se han de efectuar por la mañana y han de ser de breve duración; a menudo es aconsejable la premedicación de barbitúricos. No deben utilizarse los anestésicos locales que contengan adrenalina en concentración superior a uno por cien ml (0.81 mg/cc). Así mismo se han de evitar las inyecciones repetidas de anestésicos locales que contengan adrenalina, si estos pacientes notan síntomas parecidos a los de la angina de pecho durante el tratamiento, debe suspenderse la operación; hay - que llamar a su médico volver a examinar al paciente. Si el tratamiento odontológico comporta alguna intervención quirúrgica, debe tenerse presente que es muy posible que el paciente esté tomando anticoagulantes; - tal haya que modificar su dosificación lo cual corre a cargo de su médico.

Es posible que requiera los servicios del odontólogo en el hospital, o a domicilio para atender a un paciente que precisa de un tratamiento odontológico urgente y que ha sufrido un infarto de miocardio en fecha reciente. Es evidente que hay que tratar los problemas urgentes, -

sin embargo por regla general, el tratamiento debe ser lo más conservador posible. Por ejemplo, si el paciente sufre dolor de malestar agudo, debe de intentarse quitar la caries con la cucharilla y la aplicación de una cura calmante. Tal vez haya que abrir el diente para facilitar el drenaje y la futura terapéutica endodóntica. Una lesión periodontal localizada puede hacer necesario el raspado de una hendidura gingival. Debe intentarse eliminar el dolor mediante preparados Ad Hac, como medida terapéutica temporal de urgencia. Es indispensable una relación con el personal médico encargado de atender al paciente y cualquier tratamiento odontológico debe iniciarse después de consultar al médico. (29)

Secuencia de maniobras para la resucitación:

Paso 1.- Confirme su observación:

- a) ¿Está respirando?
- b) ¿Hay pulso carotídeo?

Paso 2.- Colóquelo boca arriba sobre una superficie dura, por ejemplo el piso.

Paso 3.- Arrodillese a su lado y saque cualquier cuerpo extraño, incluyendo las prótesis, que pudiera haber en la boca. Extienda el cuello del paciente, forzando la cabeza hacia atrás, en una posición de "olfatear". Ventile los pulmones de la víctima con tres o cuatro respiraciones profundas por el método de boca a boca o boca-nariz, asegúrese que el pecho se levanta con cada respiración.

Paso 4.- Palpe nuevamente el pulso carotídeo. Si se ha reaparecido, sólo será necesario mantener la ventilación hasta que el paciente respire espontáneamente.

Paso. 5.- Si el pulso no puede palparse, localize el esternón y coloque el talón de una mano sobre la parte inferior de esta estructura, con los

dedos extendidos, proceda a la compresión rítmica a razón de una vez — segundo, y bajo 15 veces seguidas.

Paso 6.- Después de 15 compresiones, suspenda el masaje e insufla los — pulmones del paciente con dos respiraciones rápidas y profundas.

Paso 7.- Reanude el masaje cardiaco.

Paso 8.- Prosiga alternadamente con los pasos 5 y 6.

Paso 9.- Cuando llega otra persona, hagala llamar al médico y pedir una — ambulancia. El auxiliar recién llegado deberá una vez cada cinco manio — bras dar masaje en el momento que las manos aflojan la presión.

Paso 10.- Si las maniobras se han realizado durante cinco o más minutos, y no hay signos de recuperación, aplique una inyección intracardiaca de — adrenalina y continúe con los intentos de resucitación.

Paso 11.- Incluso en el caso de recuperación espontánea, haga que un mé — dico controle al paciente. Si la recuperación, no se produce es impresin — dible mantener la respiración boca a boca y el masaje cardiaco hasta que el paciente se encuentra en manos del médico. (27).

5.- Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

Falta de capacidad del corazón para llenar sus cavidades com — pletamente. Ver Fig. 3.

Indica que la reserva cardiaca del sujeto se ha agotado y que so — breviene la descompensación. En condiciones normales la capacidad funcio — nal del corazón es mucho mayor que el trabajo que debe realizar y existe una reserva cardiaca considerable. (42)

La dificultad para respirar después de un ejercicio ligero, es — uno de los primeros signos de insuficiencia cardiaca. Los trastornos de — la circulación pulmonar se traducen por grados variables de cianosis y —

edema pulmonar. El edema pulmonar incipiente se acompaña de tos productiva crónica, en ocasiones con esputo teñido de sangre. A veces la coloración cútanea azulosa de la argiria puede confundirse con la cianosis que acompaña a la insuficiencia cardiaca congestiva. Como signos de insuficiencia más grave, cabe mencionar edema depresible de las extremidades inferiores, crecimiento del hígado, edema generalizado, congestión de las grandes venas del cuello. En casos graves el paciente sufre dificultades respiratorias en posición horizontal y debe sentarse (asma cardíaco); estos pacientes necesitan dos, tres o más almohadas para poder dormir (ortonea). Otros síntomas son anorexia, vómitos y trastornos del aparato digestivo. (5)

Interés odontológico: Existe riesgo de producir trastornos del ritmo cardíaco cuando se inyectan anestésicos locales intravascularmente.

Se presenta hemorragia al realizar maniobras quirúrgicas en caso de no suspenderse el anticoagulante.

Actitud del odontólogo: Valoración previa por el clínico tratante, en el Estudio Clínico, él será quien suspende el anticoagulante para poder efectuar el tratamiento quirúrgico cuando se utilice anestésico local hay que realizar la aspiración. (42)

El tratamiento inmediato de insuficiencia cardíaca consiste en reposo, limitación en la ingestión de sal y líquidos, administración por el médico de diuréticos y digital. Estando diagnosticada la insuficiencia cardíaca congestiva, debe tratarse de modificar el modo de vida del paciente, para el trabajo exigido al corazón corresponda a la capacidad-

del órgano. (16)

Manifestaciones bucales: El odontólogo debe de buscar signos precoces de insuficiencia cardíaca congestiva en sus pacientes. Es fácil reconocer la cianosis de los labios, lengua y mucosa bucal en estados de insuficiencia cardíaca leve. También se debe de reconocer el edema de los tobillos cuando el paciente está sentado en el sillón.

El odontólogo debe de reconocer la clasificación de enfermos del corazón que utiliza la American Heart Association:

Clase I.- Las actividades físicas corresponden a los límites de potencia del músculo cardíaco.

Clase 2.- El ejercicio ordinario produce disnea.

Clase 3.- Hay disnea con ejercicio leve pero no en reposo.

Clase 4.- Disnea en reposo. Es improbable que estos pacientes acudan al consultorio del odontólogo.

Los enfermos cardíacos de la clase 1 y 2 no representan ningún peligro anormal de insuficiencia cardíaca durante las intervenciones odontológicas.

Los pacientes clase 3, quizá deba modificarse el tratamiento habitual, y sea necesario una consulta con el médico.

En caso de necesitarse tratamiento odontológico para un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva (clase 4), deberá ser paliativo. Las extirpaciones necesarias podrán llevarse a cabo más tarde, cuando ya desaparecido la insuficiencia cardíaca y el peligro sea menor. Son de preferirse los anestésicos locales. (5)

6.- Síndrome vasovagal.

Se produce una dilatación de los vasos sanguíneos en las piernas y en el abdomen, con sensación de angustia flotante, náusea, disnea y sensación de muerte inminente presenta debilidad antes de perder el conocimiento. Ver fig. 4.

Interés odontológico: El paciente puede perder el conocimiento y caer en estado de shock si no es atendido rápidamente.

Actitud del odontólogo: Suspender el tratamiento dental (si está en atención. Posición de trendelenburg. Retirar de la boca cualquier objeto extraño. Aflojar la ropa. Si hay vómito colocar la cabeza del paciente de lado para evitar que el vómito sea aspirado. Estimulación por inhalación de sales de amoníaco, ether, alcohol, etc. Si tiene una alergia será necesario investigar acerca de alergias medicamentosas las cuales nos pueden desencadenar alguna de las reacciones. (39)

Obj. 2.2.2.- Identificar los signos y síntomas de las enfermedades del sistema endocrino que alteran el tratamiento odontológico.

Las glándulas endocrinas forman un importante conjunto de órganos con funciones diversas, y que secretan sus productos metabólicos a la corriente sanguínea. Las secreciones de las glándulas endocrinas se llaman hormonas. Las hormonas suelen actuar a cierta distancia de su lugar de producción. Por su amplia distribución, estas hormonas ejercen un importante papel de coordinación y regulación sobre el desarrollo, el metabolismo y las funciones de las células.

Las glándulas endocrinas son de sumo interés para el odontólogo por su intervención en la calcificación de huesos y dientes, crecimiento

de la cara y desarrollo dental. Si el odontólogo sabe de que manera el desarrollo dental puede alterarse en ciertos trastornos endocrinos, podrá identificar como causa de un problema bucal dado alguna causa sistémica importante. Los trastornos endocrinos pueden intervenir en ciertas variedades de estomatitis y de enfermedades periodontales. Todavía no ha sido ampliamente explorado este campo de las relaciones entre la medicina y la odontología. (5)

1.- Diabetes Mellitus.

Enfermedad hereditaria en la que existe una alteración en el metabolismo de hidratos de carbono, secundaria a una deficiencia de insulina por su falta de producción o no utilización de ella. (20)

Es un trastorno crónico frecuente en el consultorio odontológico, y que consiste en una alteración del metabolismo de los carbohidratos caracterizado por hiperglucemia. La glicosuria resultante, así como las alteraciones probablemente secundarias del metabolismo de las grasas, conducen a la poliuria y en casos graves a la cetoacidosis, deshidratación, coma y muerte. Se sabe que este trastorno metabólico resulta de una deficiencia relativa o absoluta de insulina. Entre los diabéticos menos del 10% desarrollan la enfermedad al llegar a la edad madura y el 90% lo hace durante o después de la mitad de la vida, siendo más frecuente este padecimiento en la mujer.

Parecen existir tres factores etiológicos importantes:

- 1.- Herencia.
- 2.- Obesidad.
- 3.- Trastornos hormonales.

Síntomas clínicos: Poliuria, polidipsia y polifagia, aliento cetónico, pérdida anormal de peso, obesidad —en la mujer la historia gineco-obstetra nos dirá que sus hijos al nacer pesaron cuatro kilos o más—. En hombres y mujeres hay tendencia a infección por monilia en pliegues —inguinales y anales, en cejas, bigotes o barba. En la sangre hay presencia de glucosa y mediante el método Somogyi-Nelson 120 mlgs.% resulta —normal.

Síntomas bucales:

- a).— Existe hipermovilidad dentaria en ausencia de sobrecarga de función —bruxismo, hábitos—.
- b).— Sensación de ardor de boca, y sequedad sin llegar a la xerostomía.
- c).— Hipersensibilidad dentaria en ausencia de caries y restauraciones.
- d).— Hipersensibilidad gingival, encía inflamada que sangra fácilmente.
- e).— La lengua agrandada, lisa saburral y la huella de los dientes marcados en sus bordes.
- f).— Proliferaciones del margen gingival a encía fija.
- g).— Presencia o recurrencia de abscesos parodontales debido a —la acidez bucal.

El diabético presenta una franca tendencia al desarrollo prematuro de arterioesclerosis, razón por lo cual, conviene interrogarlo sobre posibles síntomas de insuficiencia cardíaca, angina de pecho, hipertensión arterial.

Medios de diagnóstico.— Interrogatorio, inspección y análisis de laboratorio.

Indicaciones en el tratamiento:

a).- En caso de recetar fármacos al enfermo o tratar de alterar su terapia, deberá efectuarse siempre todo ello, de acuerdo mutuo con su médico.

b).- El diabético controlado no interfiere en el tratamiento dental, pero es conveniente reducir su dosis diaria de insulina -en lapso corto- a fin de prevenir shock insulínico.

c).- Tener presente que este tipo de enfermos es factible que presenten hemorragias prolongadas. (12)

Interés odontológico: La excitación nerviosa y emocional asociada a una intervención quirúrgica, aún leve puede causar una hiperglucemia.- La curación de heridas suele ser más lenta, con frecuentes infecciones postoperatorias. La anestesia prolongada puede producir hiperglucemia.

Actitud del odontólogo: Medicación previa con sedantes. Maniobras quirúrgicas atemáticas. Las heridas deben ser suturadas. Antibioticoterapia. (31).

2.- Hipertiroidismo.

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

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

Para hacer el diagnóstico el clínico usa las siguientes pruebas; metabolismo basal, yodo ligado a la proteína, colesterol sérico e índice de yodo radiactivo.

El hipertiroidismo se trata con tioracilo, aunque algunas veces está indicado la tiroidectomía. (29)

Interés odontológico: Con frecuencia se asocian irregularidades cardíacas (insuficiencia). Se puede desencadenar un fallo tiroideo por la administración de adrenalina o atropina. Los focos sépticos bucales pueden agravar los síntomas generales del hipertiroidismo.

Actitud del odontólogo: La valoración médica. Utilización de anestesia local sin vasoconstrictor. (30)

Tratamiento como los pacientes con hipotiroidismo presentan irritabilidad superior a la normal, una de las facetas del tratamiento dental ha de ser la administración de la adrenalina que ha de ser empleada con cautela y moderación. Los tratamientos quirúrgicos en pacientes hipertiroideos están contraindicados, pues se han dado casos de muerte. Hay que tener presente que cuando el metabolismo basal está elevado, el consumo de sustancias nutrientes es mayor; en consecuencia pueden desarrollarse déficit nutrientes secundarias, por lo cual habrá de añadir un suplemento a la dieta.

3.- Hipotiroidismo.

El hipotiroidismo se debe a falta de función de la glándula tiroidea. Los síntomas clínicos varían según la edad en la que aparece el trastorno. Aunque el hipotiroidismo leve fácilmente puede pasar inadvertido.

Suelen distinguirse las siguientes variedades de hipotiroidismo:

- 1.- Cretinismo; ocasionado por la deficiencia tiroidea.
- 2.- Mixedema juvenil.
- 3.- Mixedema del adulto.

1.- Cretinismo: Puede ser consecuencia de condiciones endémicas cuando falta yodo a la alimentación materna o en la del recién nacido, o la falta congénita parcial de tejido tiroideo, o una anomalía en la cual la tiroides no puede sintetizar hormonas. El cretinismo no debe confundirse con el mongolismo. Los primeros signos de la enfermedad pueden ser falta de desarrollo físico y la actividad normal, y retraso del desarrollo mental. Estos niños tienen un aspecto característico y su cabeza da la impresión de ser demasiado grande para el resto del cuerpo. La piel es seca y arrugada, y los tejidos tienen consistencia pastosa. Los labios gruesos y frecuentemente la boca permanece semiabierta; esto podría deberse en parte al mayor tamaño de la lengua. La voz ronca y gruesa y en general el habla es defectuosa. (5)

El desarrollo mental se retrasa considerablemente. Es bastante común encontrar maloclusión en el cretinismo, por defectos en el crecimiento y el desarrollo. Se puede observar ensanchamiento del arco dental con mayor espacio para los dientes. Estos cambios podrían relacionarse con la hipertrofia lingual del cretino, y con la tendencia a los trastornos periodontales precoces.

El tratamiento inmediato del cretino con tiroides desecado mejora mucho el desarrollo físico, pero no tanto el desarrollo mental. Esta medicación carece de efecto sobre las estructuras dentales formadas previamente.

2.- Mixedema juvenil: Las manifestaciones se presentan más tarde los primeros signos de hipotiroidismo puede ser falta de actividad física, embotamiento mental, dificultad para concentrarse e imposibilidad de seguir las instrucciones comunicadas. Puede encontrarse todos los signos mencionados al hablar de cretinismo, pero la condición difiere del cretinismo verdadero por no existir permanente del retraso desarrollo mental. Los tejidos muestran un aspecto y una consistencia pseudomatosos, el edema no es depresible. El niño hipotiroideo de la impresión de un desarrollo cefalotoraxico excesivo, y la mayor parte de la longitud del cuerpo corresponde al espacio entre la sínfisis y el pubis y el vertex. Existe un retraso general del desarrollo óseo con gran alteración de la estructura corporal.

Manifestaciones bucales: Consiste en la salida tardía de los dientes y deformidades de maxilares y cara. Los dientes presentan malformación y en ocasiones se muestran sensibles a las caries. Esto podría obedecer al metabolismo lento con apetito especial por los dulces. El desarrollo maxilar defectuoso consiste en la superposición de los dientes, maloclusión y falta de armonía general de la cara. El dentista de la familia puede ser el primero en sospechar un leve hipotiroidismo.

Los niños hipotiroideos muestran un dental en varios años menor que su edad cronológica o su epifisaria (ósea). El odontólogo puede conocer el desarrollo de las epifisis tomando radiografías de las manos. Si también existe desarrollo epifisario insuficiente están indicados estudios clínicos y de laboratorio más completos.

3.- Mixedema del adulto.

El odontólogo no encuentra esta entidad tan frecuente como las variedades leves de deficiencia tiroidea del niño. En adulto, el hi-

potiroidismo espontáneo es más frecuente en la mujer (6 a 1). Es común en la menopausia. Las pacientes se cansan fácilmente, no prestan atención a lo que les rodea y muestran cierta falta de actividad mental. Además ganan peso a pesar de su falta de apetito. El edema duro característico de los tejidos subcutáneos se nota muy bien en la cara. Progresivamente la piel se vuelve seca y escamosa, y el pelo delgado y quebradizo, al igual que las uñas. La paciente puede quejarse de frío en un ambiente cómodo para un sujeto normal. La presión arterial es baja y el pulso lento. El metabolismo basal desciende notoriamente, y suele aumentar la cifra sanguínea del colesterol.

El diagnóstico de mixedema del adulto se basa en datos clínicos, mediciones del metabolismo basal, estudios de yodo radiactivo y química sanguínea. El tratamiento consiste en la administración por vía bucal de tiroides desecado o alguna sustancia tiroidea sintética (Triyodo ó tetrayodo tironina).

Manifestaciones bucales: En enfermos hipotiroideos, se han publicado observaciones de dentina y esmalte blandos, resorción anormal de raíces y descalcificación del maxilar superior (y de los huesos del cuerpo). Muchos clínicos piensan que aumenta la frecuencia de la caries y probablemente también sensibilidad a las enfermedades periodontales.(5)

Interés odontológico: Son enfermos sensibles a narcóticos y barbitúricos. Tienen una elevada susceptibilidad a afecciones coronarias; lo que reduce su capacidad para intervenciones quirúrgicas prolongadas.

Actitud del odontólogo; Valoración médica. Antibioticoterapia -- (30).

Obj. 2.2.3.- Identificar los síntomas y signos de las enfermedades del sistema nervioso que repercuten en el tratamiento odontológico.

Reacciones del sistema nervioso ante la enfermedad:

Los efectos de las enfermedades sobre las células nerviosas y sus cilindros ejes dependen de la importancia de las lesiones. Si estas llegan a originar destrucciones, se denominan paralíticas; cuando son menos graves, las consecuencias pueden ser una hiperactividad desordenada y las lesiones causales se llaman irritativas. En algunas ocasiones una sola lesión determina ambos efectos; tal es el caso, por ejemplo, los tumores de la corteza motora, que determinan debilidad y convulsiones de foco en los miembros del lado opuesto.

Una lesión circunscrita que se desarrolla súbitamente puede también causar indirectamente alteraciones funcionales en zonas distales. Así, incluso pequeñas hemorragias, en una de las cápsulas internas, suelen determinar un brusco estado de coma, lo que significa que las funciones de ambos hemisferios han experimentado una abolición transitoria, pero completa, como consecuencia de una lesión unilateral. En estados indirectos y amplios de las lesiones locales suelen atribuirse al shock nervioso; cuando este último desaparece, todo el sistema nervioso recupera su funcionalismo normal, excepto en zonas destruidas por la lesión. En este ejemplo, por lo tanto, sólo cuando el paciente recupera la conciencia puede advertirse con toda claridad que se han desarrollado una lesión paralítica.

Si se vigila la evolución ulterior de uno de estos casos, se comprobará la gradual manifestación de otro efecto indirecto de la lesión. Inicialmente el miembro interesado por la hemiplejía pierde la fuerza y

el tono, permanece inmóvil en cualquier posición en que se coloque. Sin embargo, en algunas semanas después se inicia la recuperación; el tono de ciertos músculos aumenta y el miembro adopta lentamente la típica posición hemipléjica, como consecuencia de determinadas alteraciones espásticas. Incluso en ausencia de capacidad involuntaria de ciertos tipos de lesión es evidente, entonces, que los músculos aumentan el miembro interesado que se han subordinado lentamente a otras influencias que actúan sobre ellas de un modo característico y estereotipado. Para explicar este hecho suele admitir que la lesión ha liberado ciertos impulsos nerviosos, más primitivos, de la regulación que ejerce sobre ellos normalmente la vía motora piramidal; por tal motivo, esta clase de síntomas se denomina fenómeno de liberación.

Podemos distinguir, por lo tanto, cuatro grupos de síntomas, que a su vez, constituyen dos agrupaciones, según sea su dependencia directa e indirecta de la lesión causal:

Paralíticos.

Síntoma de origen directo

Irritativos.

Shock

Síntomas de origen indirecto

Liberación

Los síntomas de irritación y shock son exclusivamente transitorios; los síntomas paralíticos y de liberación presentan carácter más o menos permanente, y se denominan a menudo síntomas residuales. En algunas enfermedades del sistema nervioso de evolución muy crónica, pueden predominar totalmente en el cuadro clínico los síntomas de liberación.

Así a pesar de la escasa importancia o ausencia de los síntomas paráliticos en el Parkinsonismo atetosis coreica o incluso en varios casos de alteraciones hemipléjicas residuales, pueden sobrevenir considerables trastornos de aptitud, como consecuencia de los movimientos involuntarios, alteraciones de tono y trastornos de motilidad automática.

Las lesiones se inician bruscamente, originan alternaciones funcionales mucho más considerable que las de comienzo gradual. Las hemorragias de la cápsula interna, incluso cuando son pequeñas, pueden determinar un coma inicial, y secuelas inevitables de parálisis y fenómenos de liberación; en cambio un gran tumor sólo ocasiona a veces síntomas durante breve tiempo, a pesar de comprobarse en la autopsia una prolongada infiltración del centro de un hemisferio.

Únicamente puede establecerse como principio general que toda lesión tiende a determinar, en las funciones complejas, trastornos mucho más importantes que en las relativamente sencillas. Pueden comprobarse, por ejemplo, las lesiones destructivas responsables de una hemiplejia — originan siempre alteraciones más graves y duraderas de los movimientos más finos de los dedos que los movimientos más sencillos y elementales de los grandes músculos, particularmente en la región proximal de los miembros. Y, análogamente en los trastornos ligeros de funciones altamente complicadas, como el lenguaje, el paciente puede experimentar grandes dificultades para conservar en un idioma ajeno que antes dominaba. (9)

A continuación se presentará una enfermedad que se presenta más comúnmente en el consultorio dental:

1.- Epilepsia.

La epilepsia es un complejo sintomático caracterizado por — pérdida de la conciencia y crisis convulsivas típicas. La variedad de — epilepsia llamada gran mal, que es probablemente el tipo más conocido — por el lego en razón de lo apetoso de la crisis, se manifiesta por convulsiones "ataques" o episodios del gran mal generalmente seguidas por — un coma. Antes de las crisis convulsivas el individuo puede tener una — promonición o "aura" de que se va a acontecer un ataque; esta aura suele consistir en una alucinación de los sentidos especiales (visión, olfato — o gusto). La crisis siempre inicia bruscamente. Puede ocurrir en cual— quier lugar en cualquier ambiente y a cualquier hora. Habitualmente el — epileptico da un grito en el inicio de la crisis, y pone su cuerpo rígido; después presenta los movimientos convulsivos tónicos y clónicos. Du— rante este período, el paciente suele estar completamente inconciente, y puede golpearse o lesionarse gravemente. Con frecuencia se muerde o hie— re la lengua. Durante las crisis convulsivas el paciente puede perder el control de los esfínteres y originar o defecar. La crisis convulsiva ter— mina espontáneamente, y el individuo queda sumamente cansado, estuporoso y adormilado.

El diagnóstico de epilepsia suele basarse en el interrogatorio y a veces en la observación de una crisis. También emplea el registro eléc— trico de las ondas cerebrales (electroencefalograma).

El manejo general del epiléptico consiste en buscar cuidadosamen— te posibles causas orgánicas de los trastornos, recurrir a una higiene — personal esmerada y lograr un modo de vida y un ambiente libre de tras— tornos emocionales graves que pueden facilitar las crisis en los casos —

graves, una parte importante del tratamiento es la medicación sedante. -
(5)

Tratamiento de emergencia cuando se presenta en el consultorio -
dental:

- 1.- Aflojar la ropa especialmente el cuello de la camisa.
- 2.- Colocar una almohada o saco debajo de la cabeza.
- 3.- Colocar un pañuelo entre los dientes para impedir mordeduras de la lengua o los labios. (27)

Interés odontológico: El "stress" puede desencadenar a un ataque epiléptico. En anestesia general la anoxia y la hipoxia inducen a la convulsión.

Actitud del odontólogo: Medicación previa con sedantes, usar —
anestesia local de preferencia. (30) Ver fig. 5

Obj. 2.2.4.- Identificar los síntomas y signos de las enfermedades del -
aparato respiratorio que posponen el tratamiento odontológico.

Sabiendo que el aparato respiratorio estriba en proporcionar oxígeno a la sangre y extraer de ella bioxido de carbono. El cese repentino de la respiración como también la desaparición del pulso es una eventualidad siempre temible. Puede suceder en cualquier parte y momento; en el trabajo, en la casa, en la calle y a veces en el consultorio odontológico. Las causas son muchas e incluyen: las reacciones a las drogas, la —
anestesia, la asfixia, el shock y el paro cardíaco.

Dependiendo de los síntomas que presenta al paciente al tener —
una alteración del aparato respiratorio el odontólogo debe estar atento-

para saber como resolver la situación que es de emergencia, en donde debe estar preparándose constantemente y actualizándose de las enfermedades que afecten su tratamiento, sea de emergencia respiratoria o cardíaca, puesto que estos dos sistemas tienen mucha relación, debido, cuando es el corazón el que se detiene primero, la respiración, de tipo jadeante, persiste a menudo durante 20 o 40 segundos, si la respiración es la primera en interrumpirse, el paro cardíaco tiene lugar dos minutos después. En ambos casos cesa la provisión de sangre oxigenada al cerebro y las pupilas se dilatan. La víctima está clínicamente muerta, y en 4 a 6 minutos sobreviene la muerte biológica. Por lo tanto, es esencial proceder a una acción inmediata. No solo el operador hace respirar al paciente sino también conseguir, de alguna manera, un flujo de sangre oxigenada por el sistema circulatorio de la víctima.

El tiempo es factor crítico: cuando la emergencia se produce en el consultorio, el odontólogo y sus asistentes deben saber como reconocerla, que hacer, como hacerlo, y además de hacerlo inmediatamente. Es posible hacer una respiración artificial insuflado al aire que respiramos, en los pulmones del paciente, a través de la boca o la nariz. Además puede circular la sangre del paciente, así oxigenada, presionando rítmicamente sobre la mitad inferior del esternón. Para esto no se necesita ningún equipo especial, sólo su presencia y saber como. El objetivo de la resucitación cardiorespiratoria es proporcionar una buena circulación de sangre oxigenada para mantener el funcionamiento del cerebro y de los órganos vitales. Hasta que se recuperen las funciones naturales del organismo y permitan la ventilación y circulación espontánea. (27)

1.- Asma.

El asma característica resulta de que en la mucosa bronquial sensibilizada se ponen en contacto anticuerpos con antígenos, inhalados o transportados por la sangre. Esta reacción inmunológica estimula a las fibras a las fibras colinérgicas (vagales) en los bronquios. Como reacción al estímulo ocurre lo siguiente: 1) Tumefacción de mucosa y submucosa; 2) Contracción de los músculos bronquiales, y 3) Secreción abundante de moco espeso y tenaz. Los tres trastornos funcionales ocasionan disminución del calibre total de los bronquios, incluso oclusión completa de los bronquiolos más pequeños. El paroxismo asmático se caracteriza por la obstrucción en las fases inspiratoria y espiratoria de la ventilación pulmonar. Aumenta el esfuerzo respiratorio por el uso de los músculos accesorios de la respiración, lo cual tiende a ayudar a la inspiración más que a la espiración. En los campos pulmonares se aprecian respiración silbante y estertores musicales. La respiración se efectúa con el tórax hiperdistendido, con el propósito de vencer la obstrucción de las vías aéreas. La espiración es duradera, hay digestión progresiva de los pulmones y aumenta de manera aguda el volumen residual.

El ataque termina al ensancharse los bronquios contraídos y espectorarse los tapones de moco.

Los paroxismos repetidos pueden producir por último dos cambios importantes a saber; 1) hipertrofia de los músculos bronquiales, aumento del tono y disminución permanente del calibre de los bronquiolos; 2) hipertrofia de las glándulas mucosas bronquiales. Estas glándulas anormales, en lugar de secretar pequeño volumen de moco acuoso, secretan abundante moco espeso y tenaz, que puede llegar a ocluir muchos bronquiolos y causar la muerte.

Así, pues, en el asma persistente puede haber trastorno anatómico y de la función; en etapa inicial hay cambios bronquiales y posteriormente cambios pulmonares difusos y efisema crónico.

La acción de algunos fármacos permite comprender en cierta medida la patología del asma. Los yoduros fluidifican el moco y aumentan la eficacia de la tos para despejar las vías aéreas. La adrenalina y la efedrina alivian el broncoespasmo y disminuyen el edema bronquial. La atropina puede disminuir el efecto colinérgico. La aminofilina actúa directamente al aliviar el espasmo de los músculos bronquiales.

El trastorno básico del asma bronquial es la obstrucción secundaria a espasmo de los músculos y edema de la mucosa bronquial; en consecuencia, muchos defectos de la función pulmonar característicos del efisema se presentan durante el paroxismo asmático. Al ceder la etapa aguda, mejora mucho la función, aunque suelen persistir disminución de la capacidad respiratoria máxima aumento del volumen residual, hiperventilación y algo de hipoxemia. De estos efectos residuales anulados de manera parcial o completa por la administración de un broncodilatador, probablemente dependa de la disminución de la tolerancia al ejercicio que presentan entre los ataques la mayoría de los asmáticos.

Con ataques repetidos de obstrucción bronquiolar durante años, todos los componentes de la función pulmonar tienden a disminuir, y en muchos casos el cuadro es idéntico al del efisema. Sin embargo, este curso no es invariable, sobre todo si el tratamiento resulta eficaz. (26)

Interés odontológico: Los factores emocionales: ansiedad, excitación, ira, pueden precipitar un ataque asmático.

Actitud del odontólogo: Medicación previa con sedantes. La anestesia local será de elección. Cuando sea necesario emplear anestesia general, se recomienda utilizar halogenados debido a su acción dilatadora sobre los músculos bronquiales. (27)

Obj. 2.3.- Identificar las enfermedades alérgicas que alteran y complican el tratamiento odontológico.

El término alergia significa reactividad alterada. Ciertos organismos parecen heredar una tendencia más acentuada a desarrollar hipersensibilidad, así como por otra parte, se sabe muy bien que algunas formas de alergias parecen ser de carácter hereditario. Es por ello, que el aumento de reacciones alérgicas a drogas corre al paralelo al creciente empleo de fármacos para el tratamiento de las enfermedades, algunos pacientes muestran particular susceptibilidad a las acciones farmacológicas de una droga y se dice que tienen idiosincrasia.

Casi todas las drogas pueden ocasionar efectos farmacológicos distintos de aquéllos que han determinado su empleo. Dichas acciones se describen como efectos colaterales o tóxicos.

En odontología el Estudio Clínico bien elaborado evitará este problema de las reacciones alérgicas, pero al elaborar mal el diagnóstico en las reacciones alérgicas o tóxicas producidas por las sustancias farmacológicas empleadas en odontología como los anestésicos locales, se complica más por el hecho de que en la boca es una zona importante desde el punto de vista psíquico, y por lo tanto, no es posible diferenciarlo en un principio, de otros trastornos periféricos de origen alérgico o tóxico.

La lidocaina o xilocaina es una sustancia que rara vez produce

manifestaciones alérgicas, y éstas cuando existen hay que proceder con rapidez y precaución. Al igual que el uso de la adrenalina y noradrenalina no deben de producir reacciones de hipersensibilidad si se usa un producto puro, no obstante, hay contraindicaciones en el uso de la adrenalina y noradrenalina, en caso de hipotiroidismo, hipertensión intensa y en diferentes tipos de cardiopatías.

La penicilina es una droga muy conocida por sus propiedades alérgicas. Su manifestación más común es la urticaria que principia en las palmas de las manos, cuero cabelludo y en las plantas de los pies. Esta droga es capaz de producir el fenómeno tan grave que es el shock anafiláctico que nos obliga a tomar medidas de prevención cuando se administra a un paciente.

Es más lo que debe aprenderse sobre la alergia que lo que se sabe acerca de ella. La siguiente discusión presenta algunos de los conceptos más nuevos y específicos del estado actual de los conocimientos.

Las reacciones alérgicas parecen estar relacionadas con anticuerpos sensibilizados de la piel (reagininas), que corresponden al grupo de inmunoglobulinas. Estas proteínas son capaces de reaccionar con ciertos antígenos y producir la liberación de histamina de los mastocitos; además, pueden desencadenar otro tipo de reacciones. Como esta respuesta se produce en la piel, la presencia de tales sustancias puede descubrirse mediante pruebas cutáneas (pero en la actualidad ya no se usan en el caso de la penicilina para no crear susceptibilidad del paciente a esta droga donde existe la reacción antígeno-anticuerpo del sistema inmunológico), de ahí el nombre de "anticuerpos sensibilizados de la piel" La histamina así liberada es responsable de las reacciones de urticaria, del -

edema angioneurótico, la rubicundez, la caída de la presión arterial y el dolor de cabeza (cefalea).

Sin embargo, también se producen otras respuestas que parecen ser independientes de la liberación de histamina. Entre ellas es típica la distensión pulmonar, causada, probablemente, por mecanismos de bronco espasmo, y quizá mediada por una sustancia broncoconstrictora, la "sustancia de reacción lenta". También las arritmias cardíacas y kininas plasmáticas (vasodilatadores poderosos) han sido propuestas como posibles causas de alergia o hipersensibilidad.

Algo se sabe acerca del mecanismo de la formación de antígenos y anticuerpos y los conocimientos aumentan en forma lenta pero continua. Las sustancias de alto peso molecular, como las proteínas y los polisacáridos, pueden actuar como antígenos sin modificaciones en su molécula. En cambio, las de bajo peso molecular deben combinarse con una proteína y transformarse (haptenos), antes de convertirse en antígeno. De hecho, si esta sustancia de bajo peso molecular se encuentra en el organismo pero no se combina con la proteína multivalente, es capaz de bloquear precipitación del complejo antígeno-anticuerpo.

Aunado todo esto a las enfermedades alérgicas constituyen un problema social, industrial, médico de gran importancia. Muchas veces la mucosa de la boca es asiento de manifestaciones de hipersensibilidad. Por la abundante circulación y elasticidad de los tejidos bucales no es raro que las manifestaciones alérgicas de la boca dan lugar a lesiones o alteraciones cuya naturaleza se desconoce, se clasifican las alérgicas o virales. La alergia es tema de conversación popular entre los pacientes y

entre los clínicos. (12)

1.- Edema Angioneurótico. (angioedema; edema de Quincke; urticaria gigante).

Es una forma bastante común de edema que se presenta en las formas hereditarias y no hereditarias, está estrechamente relacionada con la urticaria general. El término neurótico ha persistido desde la descripción original de la enfermedad, hecha por Quincke en 1882, y no hay duda de que muchos pacientes presentan problemas psicológicos que pueden contribuir a la enfermedad.

El edema angioneurótico es probablemente el complejo sintomático, y no una entidad clínica separada. Acompañada de diversas enfermedades infecciosas, trastornos endocrinos o alteraciones emocionales. En ocasiones parece relacionarse con alergia o hipersensibilidad a los alimentos, y otras veces con un foco de infección.

La herencia constituye un factor importante. Los individuos afectados tienden a ser de un temperamento nervioso, los ataques pueden coincidir con exposición al frío, tensión emocional, o a la menstruación de la mujer. El edema angioneurótico puede ser manifestación de hipersensibilidad medicamentosa.

Características clínicas.

El edema angioneurótico se manifiesta como una tumefacción edematosa, difusa, lisa que afecta en particular a la cara en zonas que rodean los labios, mentón, ojos, lengua, y a veces manos y pies. Sin embargo la hinchazón puede aparecer en cualquier parte. Y se ha comunicado con la glándula parótida atacada en una cantidad grande de casos, los

ojos llegan a hincharse, y los labios a tornarse muy abultados. Los síntomas aparecen rápidamente y a veces están presentes cuando el paciente se despierta por la mañana. A veces la hinchazón urticaria va precedida de una sensación de tirantes. La piel es de color normal o levemente rosada suele durar solo 24 o 36 horas aunque a veces persista varios días. La enfermedad afecta por igual a los ambos sexos, pero no es frecuente en niños, en ocasiones, parece originarse en la pubertad.

La forma hereditaria puede ser más peligrosa porque suele tener lesiones viscerales. Hay vómitos y dolor abdominal, y lo que es especialmente peligroso, edema de glotis que llegue a producir muerte por asfixia.

Tratamiento.

1.- Los antihistamínicos proporcionan a menudo alivio rápido y sostenido. La hidroxina puede tener un valor especial.

2.- La inyección subcutánea de epinefrina, en dosis de 0.3/1 ml. de una solución al 1;0000 proporciona mejoría en las lesiones agudas con urticaria intensa en que se sospeche que hay edema laríngeo o en el caso de que hayan resultado ineficaces los antihistamínicos.

3.- Sulfato de efedrina en dosis de 25 mgs. por vía oral 4 veces al día en mezclas de efedrina y sedantes.

La enfermedad es molesta, pero en si misma rara vez es peligrosa salvo que se produzca un edema de glotis o respiratorio. Entonces puede ser necesario la traqueotomía de urgencia. (6)

2.- Enfermedad del Suero.

La enfermedad del suero es una reacción alérgica generalizada que ocurre dentro de 1 a 3 semanas después de una inyección de cual

quier suero extraño (por ejemplo, antitetánico o antidiftérico) o aún - con mayor frecuencia del resultado de la administración de diversos tipos de drogas ampliamente prescritas. Se caracteriza por malestar general, linfadenopatía, urticaria, erupción en forma de manchas o generalizada, fiebre, dolores neuro-esqueléticos, náuseas y vómitos así como dolor abdominal. Suele ser benigna y dura de 2 a 3 días.

En personas previamente sensibilizadas, la reacción puede ser grave o fatal, y por la iniciación del procedimiento puede aparecer inmediatamente después de la inyección o después de un período de latencia que va desde algunas horas hasta varios días.

Si un antígeno está constituido por moléculas de gran tamaño es removido por la circulación. Al encontrarse en el plasma, antígeno y anticuerpos, riñón etc., dando lugar a una serie de manifestaciones clínicas que en conjunto se denominan "enfermedad del suero". Esta enfermedad es muy común en la era de los antibióticos, cuando en el tratamiento de enfermedades infecciosas se empleaban sueros, eran proteínas extrañas al organismo, que lógicamente desencadenaban la producción de anticuerpos contra ellas. En la actualidad únicamente los sueros empleados en el tratamiento de la picadura de serpientes venenosas, en la gangrena gaseosa y en la antitoxina tetánica, son de origen animal y pueden dar origen a la enfermedad del suero.

Las manifestaciones clínicas aparecen después de 8 días de empleado el suero, y por lo regular antes de tres semanas. Inicialmente - hay un cuadro febril con adenopatía, artralgias, neuritis periféricas, y un cuadro de nefritis aguda. Pero la precipitación de los complejos "

inmunes pueden tener lugar en el corazón (miocarditis), o en la piel, — con un cuadro de vasculitis.

El empleo ulterior del mismo suero dará lugar a una gama completa de reacciones inmunes, según que los anticuerpos producidos ante el — primer contacto con una proteína extraña. Si lo primero, podrá presentar se un shock anafiláctico, si lo segundo lo más probable es la aparición de la enfermedad del suero.

Sintomatología para el diagnóstico; El conocimiento de la hipersensibilidad individual se basa en antecedentes de diátesis alérgica c — previa reacción a sueros o medicamentos, y requiere pruebas preliminares especiales para determinar la sensibilidad además de gran cuidado al administrar sueros inmunizantes. La de sensibilización si hay alguna evi— dencia de sensibilidad ya sea por medio de las técnicas que prueben la — sensibilidad conjuntival a la intradérmica es preciso descensibilizar al paciente mediante la aplicación de dosis gradualmente modificadas del — suero que se piensa emplear.

Plan de tratamiento:

1.- Reacciones benignas: Antihistamínicos (por ejemplo, la — tripepelenamina o difenhidramina), 25 a 50 mgs. por c/4 hrs., según sea necesario.

2.- Reacciones moderadas o prolongadas; pueden necesitarse an— tihistamínicos, epinefrina, efedrina y corticoesteroides como la hidroc— cortizona. (6)

3.- Shock Anafiláctico.

Las reacciones anafilácticas, son manifestaciones inmediatas de tipo choque, que frecuentemente son fatales, las cuales ocurren des—

pués de la administración de fármacos extraños. Aunque no existe previo contacto con el fármaco, estas reacciones agudas usualmente representan hipersensibilidad inducida. Las reacciones anafilácticas pueden ocurrir después de una inyección por ejemplo sueros, antibióticos (en especial la penicilina), así como cualquier fármaco aplicado o haya sido administrado el paciente que lo requiera.

Rara vez ocurre anafiláxia después de la ingestión de alimentos o de medicamentos administrados por vía oral. Por razón las drogas sensibilizantes no deberán administrarse por vía oral en forma indiscriminada, tópica o parenteral.

Pueden reconocerse tres síntomas de anafiláxia basados en las características clínicas más sobresalientes:

- 1.- Edema laríngeo.
- 2.- Broncoespasmo.
- 3.- Choque.

Los síntomas de la anafiláxia incluyen los siguientes signos y síntomas clínicos; aprensión, parestesias, urticaria generalizada, edema o sensación de ahogo, respiración jadeante, tos, inconciencia, fiebre, dilatación de la pupila, pérdida de la conciencia y convulsiones la muerte puede ocurrir en un término de 5 a 10 minutos. (6)

La etiología del shock anafiláctico es muy parecida a la del shock endotóxico, ya que también se produce por acción directa de histamina sobre las paredes vasculares. La liberación de histamina se debe a la elaboración de un factor específico, resultado de la reacción antígeno-anticuerpo que se produce al introducir una proteína (antígeno), es un paciente previamente sensibilizado. Entre las drogas de uso habitual,

la penicilina parece ser la causa más común de reacciones anafilácticas graves.

El cuadro clínico de la anafiláxia depende de la sensibilidad del individuo, de la naturaleza del antígeno y de la vía de administración. Puede haber vómitos, debilidad, pérdida de la conciencia, relajación de los esfínteres y decaimiento de la presión arterial; y la muerte puede sobrevénir inmediatamente si no se instituye un tratamiento inmediato y adecuado, en la mayoría de los casos las reacciones no son tan graves, pero el paciente puede presentar prurito, urticaria, disnea y descenso de la presión arterial.

En estos casos requieren una vigilancia continua para evitar que aparezcan manifestaciones más graves.

La prevención del shock anafiláctico se basa, en buena parte, en un interrogatorio cuidadoso que permite descubrir antecedentes alérgicos específicos.

La inspección, que permite a veces descubrir los signos típicos de hipersensibilidad cutánea, los antecedentes de fiebre de heno o asma, la presencia de eosinofilia, sugieren la necesidad de antihistamínicos como medida de prevención.

Tratamiento: El tratamiento del shock por el odontólogo, sea en el consultorio, en el hospital, en el campo de batalla o en casos de catástrofe depende de varios factores: 1).- el entrenamiento, la experiencia clínica y los conocimientos adecuados para saber registrar la presión arterial y administrar oxígeno, y una información actualizada sobre diversos medicamentos que pueden utilizarse; 2).- una noción precisa del estado físico-mental del paciente de los factores físicos y psíquicos ca

paces de precipitar el shock; 3).- Nociones sobre la fisiología de la — circulación y fisiopatología del shock y particularmente del sistema de microcirculación; 4).- Habilidad para reconocer las manifestaciones clásicas del shock y conocimiento adecuados para prevenirlo, controlarlo y eliminar cualquiera de los factores etiológicos. (27)

Si bien el tratamiento depende de cada situación en particular, — las medidas clásicas son las siguientes;

1.- Eliminar, evitar y controlar los factores etiológicos del — shock.

2.- Registrar y controlar continuamente la presión arterial y la frecuencia del pulso (carotideo en especial).

3.- Colocar al paciente en posición recumbente acostado boca — arriba con la cabeza ligeramente debajo del resto del cuerpo.

4.- Mantener al paciente confortablemente abrigado a la temperatura del ambiente algo superior.

5.- Mantener y apoyar la circulación administrando líquidos y/o — agentes vasodilatadores.

6.- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

7.- Oxigenación adecuada.

8.- Los agentes farmacológicos deben ser seleccionados y administrados de acuerdo con las necesidades inmediatas del paciente, tomando — en cuenta la acción de la droga y su efecto fisiológico, la causa y el tiempo del shock que debe ser tratado, la vía de administración y las — precauciones y las contraindicaciones de la quimioterapia siendo la siguiente:

a.- Aplicar una solución de epinefrina de 0.4 ml. de una solución al 1:1000 intramuscular inmediatamente, repitase de 5 a 10 minutos

y después sea necesario. Si el paciente no responde inmediatamente, adminístrese de 0.1 a 0.2 ml. de solución al 1:1000 mol., de solución salina por vía intravenosa lentamente.

b.- Mantengase una vía aérea adecuada mediante sonda endotraqueal. Ya que se puede ser necesario la traqueotomía para el edema laríngeo.

c.- Administrar clorhidrato de difenhidramina en solución acuosa de 5 a 20mg. después de la epinefrina si es necesario.

d.- Oxígeno de 4 a 6 litros por minuto.

e.- Inyección de aminofilina por vía intramuscular muy lentamente de 250 a 500 mg., en 10 a 20 ml., de solución salina para ataques graves sin choque.

f.- Pueden administrarse líquidos por vía intravenosa para corregir hipovolemia. Si la hipotensión arterial es intensa y grave podrán administrarse agentes vasopresores (levartenol, 4 mg. en un litro de solución glucosada en agua mediante venoclisis.

g.- El succinato sódico de hidrocortizona de 100 a 250 mg., en solución salina por vía intravenosa un lapso de 20 segundos después de la administración epinefrina o difenhidramina puede prevenir las reacciones prolongadas.

h.- Solicitar la presencia de una ambulancia si el shock no desaparece con estas medidas o si el paciente no responde al tratamiento. —

(6) (27)

Obj. 2.4.- Comprender y analizar las enfermedades hematológicas que interfieren en el tratamiento odontológico.

Las enfermedades hematológicas son de gran importancia en odonto-

logía, pues el odontólogo puede ser consultado para el tratamiento de "encías sangrantes", hipertrofia de las encías, grandes úlceras bucales o crecimiento no explicado de los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales. Un diagnóstico temprano para el odontólogo de la enfermedad general, basándose en signos y síntomas bucales pueden salvar la vida del paciente que sufren alguna de estas enfermedades. En otros casos, por ejemplo las leucemias, el diagnóstico temprano significa un mejor tratamiento lo que prolonga la vida del paciente y le permite soportar su enfermedad en las mejores condiciones posibles.

La identificación de pacientes con enfermedades de los tejidos hematopoyéticos es de suma importancia antes de las intervenciones, pues estas pueden ir seguidas de hemorragia grave, a veces mortal, deseminación fulminante de las infecciones, o úlceras dolorosísimas. Una revisión del Estudio Clínico de pacientes hospitalizados con discrasia sanguínea muestra que muchos de ellos fueron objetos de tratamiento dental bien intencionado, pero inoportunos, antes de su hospitalización. El odontólogo siempre debe pensar en la posibilidad de una discrasia sanguínea subyacente en paciente con gran crecimiento de tejido de las encías o úlceras de las encías, mejillas o paladar. Han llegado en ocasiones al odontólogo enfermos de leucemia aguda con una pulpitis que no podía explicarse por factores etiológicos locales.

Es imposible establecer un diagnóstico de certeza de estas enfermedades sin estudios de laboratorio. Muchos de tales estudios pueden realizarse en el consultorio del odontólogo, pero otros exigen la intervención de un laboratorio especializado. Estas enfermedades son muchas veces espectaculares por los síntomas bucales que se presentan, y lo mismo

puede decirse de las intervenciones de cirugía bucal poco oportunas. Es mejor ser cautos y vigilantes que tener que lamentar lo hecho más tarde.
(5)

1.- Anemia.

Se define como la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno por parte de la sangre, estado debido con mucha frecuencia a la disminución del número de glóbulos rojos circulantes. Son varios los procesos patológicos que pueden originar una anemia; sin embargo, no se considera como enfermedad específica.

Una clasificación útil de los tipos de anemia es la basada en la actividad de la médula ósea. Los estados tales como hemorragia aguda, las reacciones postransfuncionales, las septicemias, las quemaduras, el paludismo y las anemias hemolíticas congénitas provocan todas ellas la hiperfunción de la médula ósea. En dichos estados los glóbulos rojos pierden o se destruyen una vez liberados por la médula. Esta a su vez responde a la mayor necesidad de eritrocitos y por ello se produce su hiperplasia y libera también un número mayor de reticulocitos en la sangre periférica.

Estados tales de anemia perniciosa, el esprue, la carencia de hierro, la inhibición tóxica directa de la médula ósea, las lesiones por irradiación de la misma, y la sustitución por metástasis tumorales o infiltración leucémica, producen una hipofunción de la médula ósea. En estas condiciones no pueden producirse eritrocitos maduros las células precursoras son destruidas, o la médula ósea es reemplazada por otro tipo de células. La médula es incapaz de responder a las demandas funcionales normales y se vuelve hipoplásica, en cuyo caso libera menos reticulocitos

tos que una médula normal.

Diagnóstico: Entre los signos que pueden indicar anemia tenemos los siguientes; atrofia de las papilas linguales, la ictericia, las uñas en forma de vidrio de reloj, la osteoporosis, la piel seca, lisa y palidez de ésta. Cabe observar una falta de ácido clorhídrico gástrico, demostrable mediante pruebas de laboratorio específica, y también haber una hipertrofia del hígado o del bazo.

El paciente anémico se queja de tener la lengua muy sensible y dolorosa, fatiga, debilidad, disnea, entumecimiento, pérdida de peso, pérdida del apetito e irritabilidad.

Las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de la anemia son: la determinación de la hemoglobina, el hematocrito, la extensión sanguínea, el recuento de reticulocitos y el examen de la médula ósea. A veces se requieren otras pruebas especiales, como la cantidad de ácido clorhídrico gástrico.

En general, las anemias con médula ósea hiperactiva producen el aumento del número de reticulocitos en la sangre periférica; las anemias con médula ósea hipoactiva suele producir una disminución.

Tratamiento dental: Un paciente dental en el cual se sospecha la existencia de una anemia debe ser remitido al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento. Lo más interesante es determinar la etiología de la anemia para tratar rápidamente la enfermedad primaria. Si el Estudio Clínico sugiere anemia conviene que el odontólogo solicite algunas pruebas, y la determinación de la hemoglobina antes de recomendar al paciente que consulte con el médico. A excepción de las urgencias, deben -

de retardarse todos los tratamientos odontológicos hasta aclarar la etiología de la anemia y ordenar el tratamiento pertinente. (29)

Interés odontológico: pueden presentar lipotimias. Esta contraindicado la anestesia general por estar reducida la oxigenación del organismo.

Actitud del odontólogo: Valoración previa. Anestesia local de elección. En caso de lipotimia aplicar el tratamiento adecuado. (22) —
Ver figura 7.

2.- Hemofilia.

Esta es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por la tendencia de hemorragias espontáneas o provocadas, pero en desproporción con el agente determinante. Se presenta esencialmente sólo en varones siendo la mujer la transmisora del gen anormal.

Las manifestaciones que son virtualmente patognómicas son la hermatrosis, hematurias, epistaxis, hemorragia gastrointestinal.

El exámen sanguíneo no manifestará ninguna alteración de los glóbulos ni los hematoblastos, pero si, un retardo marcado de coagulación -30 minutos a 12 hrs.-, en cambio, el tiempo de sangrado es normal.

Los pacientes hemolíticos deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en cavidad oral, o en cualquier procedimiento capaz de provocar lesiones mínimas a los tejidos blandos tales como impresiones, preparaciones cavitarias a nivel gingival, curetajes, deben ser preparados previamente por el hematólogo, para atender por el cirujano maxilo-facial en un medio hospitalario. Para este fin se utilizan transfu-

ciones y administración de globulina antihemofílica. (12)

Interés odontológico: Emplear el interrogatorio, inspección, análisis de laboratorio.

El mecanismo de coagulación alterada: se manifiesta por hemorragias gingivales espontáneas, falta de resistencia a las infecciones.

Actitud del odontólogo: Las indicaciones para el tratamiento, deberán tenerse presentes las indicaciones de lo anterior. Además que la atención está contraindicada en el consultorio. El tratamiento debe ser hospitalario. (22) (41) Ver figura 8.

3.- Leucemia.

Desde el punto de vista clínico-patológico se considerará como leucemia a un grupo de enfermedades hematológicas que se caracterizan por la producción excesiva de formas anormales de glóbulos blancos.

Las leucemias se clasifican según el tipo de glóbulos blancos — afectados y el curso clínico de la enfermedad, se describe en formas agudas, subagudas y crónicas los siguientes tipos:

- a) Leucemia mieloide.
- b) Leucemia linfoide.
- c) Leucemia monocítica.

La enfermedad tiene una ligera predilección por el sexo masculino. La leucemia aguda es más frecuente en niños y las crónicas en adultos.

La leucemia crónica se inicia de manera incidiosa y las manifestaciones clínicas pueden aparecer hasta que la enfermedad este avanzada.

El cuadro empieza con debilidad progresiva, pérdida de peso y palidez. - Más tarde se presenta hepatoesplenomegalia y linfadenopatía generaliza- da. Cuando la enfermedad está establecida hay tendencia al sangrado tam- bien se observan alteraciones dermatológicas como pápulas, lesiones herpe- ticas y nodulos o estrías leucemias. Acompañadas de una alta suceptibili- dad a las infecciones. Las lesiones orales se presentan en la leucemia - aguda y crónica, pero son más frecuentes en la forma aguda. Se ha obser- vado que las manifestaciones orales ocurren 87% de los pacientes con leu- cemia mielóide y el 23% de los pacientes con leucemia linfocítica.

La manifestación oral más frecuente de leucemia es la hipertro- fia gingival generalizada. Las encías se presentan edematosas enrogesi- das y ensangrentadas espontáneamente al menor traumatismo. El agranda- miento gingival puede llegar a cubrir la corona clínica de los dientes - y con frecuencia se producen ulceraciones con necrosis. Dicho agranda- miento se debe a la presencia de gran número de glóbulos anormales en - los tejidos gingivales.

Existe marcada suceptibilidad a la infección debido a la res- puesta inflamatoria anormal. También se presenta movilidad debido a la - infiltración y necrosis del ligamento periodontal, lesiones óseas con ab- sorción producida por el mismo infiltrado celular. El diagnóstico de las leucemias se basa en los hallazgos del laboratorio. Los glóbulos blancos aumentan a niveles de un millón de células por milímetro cúbico. Con fre- cuencia se presenta anemia y trombocitopenia concomitante, la cual expli- ca las manifestaciones hemorrágicas de este padecimiento.

La mayoría de los casos de leucemia salvo algunas formas cróni- cas muy leve tiene un curso muy fatal. Recientemente se han logrado re-

sultados prometedores con el uso de agentes quimioterapéuticos. (12)

Interés odontológico: Excesivas hemorragias, infecciones secundarias retardo en la evolución y en la curación de las heridas. Aplicar los medios de diagnóstico, interrogatorio inspección y análisis de laboratorio.

Actitud del odontólogo; Dar indicaciones para el tratamiento odontológico se realizará previa consulta con el médico del enfermo. Debemos recordar que este tipo de pacientes hay una tendencia al sangrado y una alta susceptibilidad a la infección. El paciente cuyo tratamiento odontológico y médico será hospitalario. (22) (41)

4.- Púrpura Trombocitopénica.

Este tipo de enfermedad las plaquetas están sensibilizadas - in vivo por anticuerpos y, como resultado, son suprimidas de la circulación por el bazo con velocidad acelerada.

Los rasgos clínicos comprenden hemorragias en la piel -petequias equimosis- y en las mucosas -epistaxis, hemorragias gastrointestinales, - genito urinaria o vaginal- no observándose organomegalia.

Afortunadamente, la hemorragia del sistema nervioso central no es común; y los datos del laboratorio pueden ser: una prueba de torniquete positiva, el consumo anormal de protombina y una retracción deficiente del coágulo con tiempo de sangrado prolongado que confirmarán la presencia de trombocitopenia. El tratamiento es específico y consiste fundamentalmente en transfusiones, aunque en algunos casos la esplenectomía produce alivio de la enfermedad (12).

Interés odontológico: Aplicar los medios de diagnóstico; como el interrogatorio, inspección y análisis de laboratorio, valoración hematólógica. Hemostasia local.

Actitud del odontólogo: Pueden presentarse hemorragias excesivas en intervenciones quirúrgicas. (22) (41)

Obj. 2.5.- Identificar los síntomas y signos de las enfermedades infecciosas capaces de impedir el tratamiento odontológico.

Suele la palabra "infección" para indicar que un microorganismo ha invadido con éxito los tejidos del huésped. Las enfermedades infecciosas, por su parte, nos ofrecen las tres características siguientes: en primer lugar, lo mismo que las infecciones agudas, son consecuencia del éxito de la invasión de los tejidos del huésped por un microorganismo patógeno específico; en segundo término, la mencionada invasión determina un cuadro clínico más o menos característico; y finalmente en circunstancias apropiadas, el germen se transmite con facilidad y rapidez de una persona a otra de tal suerte que ataca simultáneamente a varios individuos, y provoca este modo una epidemia.

Como consecuencia de la diferente capacidad defensiva de los diferentes huéspedes, las características invasoras de bacterias y virus varían considerablemente, y es también muy diversa la forma de infección que se desarrolla en cada caso. Es pues un hecho, en todas las enfermedades infecciosas, la considerable resistencia del huésped o su falta de defensas imprimen su sello característico en el cuadro clínico.

No solamente importante desde el punto de vista teórico esta particularidad de las enfermedades infecciosas. De ellas depende la extraor-

dinaria frecuencia con que evolucionan inadvertidas las infecciones de curso atípico, responsables a menudo de la propagación inexplicable de la enfermedad. Debemos tener presente que las infecciones son procesos de carácter progresivos; una vez sobrevenida la invasión del huésped reacciona con el cuadro de enfermedades específicas, que presenta sucesivamente una serie de alteraciones, finalizadas por la curación o la muerte. El estudio de una enfermedad infecciosa implica la descripción de una serie consecutiva de modificaciones; cierto es que puede ser conveniente representar "inmóviles" los elementos de esta serie, pero sólo es posible conseguir el punto de vista correcto cuando se examina el conjunto como una "película animada". Este aspecto es de particular importancia para el clínico. Cuando se examina al enfermo por primera vez, es esencial anotar cuidadosamente todas las características del proceso; en las subsiguientes exploraciones puede comprobarse que el cuadro clínico se modifica y es entonces de la mayor importancia observar la consecutiva presentación de tales modificaciones. El diagnóstico exacto depende a menudo de la forma evolutiva de la infección a lo largo de un período determinado.

La forma que la enfermedad adopta en consecuencia, en último término, de dos factores: la agresión verificada por el microorganismo y la defensa del huésped. Por tal motivo es necesario comprender justamente el comportamiento del huésped y del agente responsable, para establecer el tratamiento correcto de una enfermedad infecciosa. Con respecto al agente, es una circunstancia interesante la frecuente posibilidad de establecer el diagnóstico de las enfermedades infecciosas, con auxilio de adecuadas técnicas bacteriológicas e inmunológicas. Este hecho es impor-

tante por los hechos: en primer término, porque permite reconocer según el proceso infeccioso, cual es la vía seguida por el agente en su etapa por el microorganismo; y en segundo lugar porque suele proporcionar inddicaciones acerca del tratamiento de mayor eficiencia.

La respuesta del huésped depende de la acción conjunta de varios factores, la herencia y el medio ambiente condicionan determinadas capacidades no específicas, las cuales dependen de ciertos individuos ofrecen una mayor proporción a la enfermedad infecciosa, y otros, en cambio, una mayor receptividad. Es bien conocida, por ejemplo, la receptividad de la raza negra a la tuberculosis. El factor ambiental más importante es probablemente la nutrición, asociada estrechamente al salario y nivel de vida; cuando estos son bajos, aumenta la propensión a contraer enfermedades infecciosas. Por otra parte, algunas enfermedades infecciosas — por virus, como la poliomielitis, tienden a desarrollarse con mayor frecuencia en las clases sociales bien nutridas. Es verdad que no son aún completos nuestros conocimientos acerca de estas características de las infecciones, pero no por ello debemos dejar a un lado tales particularidades. Procediendo totalmente de los factores hereditarios y del medio en la resistencia individual a la infección, la invasión del organismo por el agente estimula la genética de substancias inmunizantes que se forman en el suero, y determinan una neutralización específica del microorganismo y de sus tóxicas.

Después del restablecimiento de una enfermedad infecciosa, suele aumentar la inmunidad ante el agente causal, a menudo durante el resto de la vida. Dos consecuencias importantes se derivan de las alteraciones inmunológicas consecutivas a la infección causada por un agente específi

co: en primer lugar, la posibilidad de obtener sueros permiten conseguir terapéuticamente una inmunidad pasiva hacia el antígeno empleado en su preparación; la duración del efecto inmunizante es breve, a lo sumo de dos o tres semanas. En segundo término se ha comprobado la positividad de inyectar al hombre los microorganismos y las sustancias elaboradas por ellos —sus toxinas, por ejemplo—, una vez sometidas al tratamiento químico adecuado. Puede provocarse así la formación de anticuerpos específicos, sin necesidad de originar los peligros de una verdadera infección. Se trata en estos casos de una actividad activa, cuya duración se prolonga durante algunos años al menos. Esta clase de inmunidad presenta grandes servicios en las profilaxis de difteria y tetanos. La comprobación de anticuerpos en el suero sanguíneo constituye un valioso y exacto método para establecer el diagnóstico especialmente en las últimas fases del proceso infeccioso.

Entre los granulomas infecciosos específicos se cuentan las tuberculosis, actinomicosis, blastomicosis, lepra, sífilis, linfopatía venérea y otras enfermedades.

Los agentes etiológicos de todo este grupo de enfermedades son virus, hongos y otros microorganismos.

Las lesiones bucales de los granulomas infecciosos se caracterizan por una proliferación de tejido conectivo, con el desarrollo capilar acompañante, explica el empleo de la palabra granuloma.

Casi todas las enfermedades infecciosas se caracterizan por ser muy crónicas. Son raros los síntomas agudos y fulminantes salvo de diseminación hematógena, como estas enfermedades rara vez ocasionan lesiones

bucales, son frecuentes los errores de diagnóstico. En muchos casos, las lesiones de la mucosa oral se caracterizan por la aparición de pequeños "granos" o abscesos, que forman úlceras superficiales en cuyos bordes se desarrollan nuevas lesiones miliares. Aunque el aspecto de las lesiones de referencia difiere algo de una enfermedad a otra, todas se caracterizan en general por su cronocidad por la presencia de tejidos de granulación y, muchas veces por antecedentes de aparición de lesiones miliares sobre los bordes de la úlcera. (9)

1.- Antrax.

Esta enfermedad es producida por un bacilo llamado bacillus-antracis. Esta enfermedad es propia del ganado, donde puede contagiarse el hombre. La raza humana cuando contrae este mal, presenta una pústula localizada en la piel sin embargo, hay casos de diseminación generalizada que resulta fatal.

La mucosa oral, es raramente afectada; cuando ocurren las lesiones consisten en vesículas y pústulas rodeadas de un eritema muy pronunciado. Más tarde, al romperse las vesículas se forman úlceras.

Interés y actitud del odontólogo: Esta se debe que al realizar el Estudio Clínico se interroga al paciente su ocupación en caso de notar la presencia de vesículas o pústulas.

El diagnóstico se hace descubriendo el microbio por medio también del laboratorio, el tratamiento consiste primordialmente en dosis masivas de penicilina.

Al dar las indicaciones para el tratamiento;

a.- Realizará el tratamiento dental previa consulta con el médico del paciente.

b.- Llevar a cabo la asepsia y antisepsia estrictas. (12)

2.- Fiebre Reumática.

La fiebre reumática, parece constituir una enfermedad de tipo hipersensibilidad frente a una infección (por estreptococo hemolítico del grupo B, que suele lesionar el corazón). La hipersensibilidad debido a la faringitis estreptocócica da lugar a lesiones del sistema nervioso, tejidos subcutáneos, articulaciones y con mucha frecuencia el corazón.

La fiebre reumática aguda suele ser enfermedad de la infancia. - Los "dolores de crecimiento" de los niños pueden representar síntomas de fiebre reumática. La enfermedad es más frecuente en climas templados — fríos; un clima frío y húmedo, con rápidos cambios de temperatura y ataques frecuentes de amigdalitis predispone a la enfermedad. La fiebre reumática se caracteriza por recaídas.

Los primeros síntomas de fiebre reumática puede ser una carditis aguda, una artritis reumática o la aparición de nódulos subcutáneos típicos. El niño se queja muchas veces de dolor de garganta está agitado, y su temperatura oscila entre 37.8 y 38.8 grados centígrados. Existe una erupción erimatoso durante el ataque agudo. La artritis reumática se caracteriza por lesiones diversas en las articulaciones se vuelven rojas e hipersensibles. Suele afectar muñecas, tobillos, y rodillas, incluso el peso de la ropa de cama puede originar dolor intenso. Suelen encontrarse en las superficies anteriores de muñecas y en los tobillos pequeñas masas

fibrosas subcutáneas de forma oval, conocidos como nódulos reumáticos; - producen un dolor moderado. (5)

El diagnóstico de fiebre reumática se basa en los antecedentes, - la exploración física en busca de soplos o hipertrofia, junto con radiografías y análisis de laboratorio.

Interés odontológico: La remoción de focos infecciosos o de origen dental o cualquier manipulación de ellas conduce, en estos pacientes a un estado de bacteremia, por la posible introducción de gérmenes patógenos al torrente sanguíneo. Esta bacteremia transitoria puede ser suficiente para producir endocarditis bacteriana en un individuo susceptible (la introducción de bacterias en el torrente sanguíneo, produce un estado de bacteremia).

Actitud del odontólogo: Aplicar medidas profilácticas continuas - a base de penicilina, cada 6 horas, empezando dos días antes y dos días después en la aplicación del tratamiento. Y previa interconsulta con el médico del paciente, la asepsia y la antisepsia al aplicar el tratamiento. (30) (33) (42). Ver figura 9

3.- Infecciones de las Vías Aéreas Superiores (En el Dentista y Paciente.). Inflamación de la Membrana Mucosa Respiratoria.

La índole de la práctica dental y la forma como se proporcionan los servicios odontológicos obligan a estar muy cerca del paciente, incluso cuando se utiliza el dique de caucho.

Muchas veces aumenta la exposición a los virus de resfriado e influenza, que pueden transmitirse desde el paciente al dentista, en el cur

so de una conversación, por tos, estornudo o simplemente resfriado. Los odontólogos susceptibles para resfriados no pueden operar a pacientes con infecciones o un filtro intranasal adecuado. Las turbinas de aire utilizadas para técnicas quirúrgicas bucales pueden mandar el aire hacia el espacio entre el fragmento dental retenido y la encía, pasando entre planos aponeuróticos y acabando por producir efisema mediastímico.

El peligro que corre el odontólogo de adquirir una enfermedad pulmonar más grave -tuberculosis- es mucho mayor que el del médico conocer del estado de salud de sus pacientes.

Con frecuencia el odontólogo trata a su enfermos sin estimar su estado de salud. Cuando trabaja con un paciente que se sabe tiene tuberculosis "abierta" hay que llevar siempre una máscara adecuada. Pero el paciente con tuberculosis no diagnosticada en un paciente es más peligroso.

El conocimiento de estado físico general del paciente tiene importancia para la protección personal del odontólogo y planear debidamente su terapéutica.

El empleo más amplio de técnica de "campo lavado" y de turbina movida por aire, que produce más gotitas y polvo contaminados, también pueden predisponer a las infecciones de las vías aéreas superiores. (5)

Interés odontológico: Cuando hay pacientes enfermos de las vías aéreas superiores, estos no se consideran aptos para la anestesia general, pues podrían presentar espasmo laríngeo.

Actitud del odontólogo: Esperar que mejoren sus condiciones generales. Tratamiento paliativo para un problema dental. (27).

4.- Lesión Hepática Viral.

La lesión hepática viral (hepatitis) es la variedad más común. El periodo de incubación varía entre 15 y 50 días. El inicio es agudo con fiebre alta.

La enfermedad es más frecuente en los jóvenes, parece debido a un virus transmitidos por agua o alimentos contaminados con materia fecal; también pueden ser transmitidos por inyección de sangre y sus derivados, por ejemplo en el consultorio del odontólogo o del médico. El paciente suele sufrir anorexia, náuseas y fiebre alta con hipersensibilidad y crecimiento del hígado. Son comunes los síntomas de malestar general, mialgia y una leve infección respiratoria alta.

La ictericia típica para unos cinco días en aparecer, después de los cuales la fiebre cede progresivamente. Es común encontrar linfadenopatía y esplenomegalia. (5)

Interés odontológico: Identificar los síntomas y signos de la enfermedad para evitar el contagio.

Actitud del odontólogo: El tratamiento es sintomático. Se recomienda reposo en cama las primeras semanas de la enfermedad, reanudándose progresivamente las actividades. Ver figura 10

5.- Sífilis.

Esta enfermedad también conocida como Lues, es una condición infecto-contagiosa que se transmite por contacto directo, generalmente se

xual, o a través de la placenta durante el embarazo. El agente causal es el *treponema pallium* que puede ser transmitido por contacto directo, denominándose sífilis adquirida, la cual puede ser genital cuando se transmite por contacto sexual o extragenital cuando se adquiere por cualquier otra vía, tal como casos observados en las manos de los médicos, odontólogos, o enfermeras que han manipulado lesiones activas.

Cuando la enfermedad se trasmite de la madre enferma al feto durante el embarazo, se denomina sífilis congénita. En la sífilis adquirida el microorganismo penetra por cualquier solución continua de la piel y mucosas. Antes de aparecer los primeros síntomas del padecimiento, transcurre un período de incubación que puede variar de dos a cuatro semanas. Pasado ese período en el sitio de inoculación la primera lesión clínica apreciable que se denomina chancro sifilítico. Esta lesión inicial se presenta como una pápula o nódulo la que frecuentemente se ulcera y tiene una base inflamatoria e indura, así también, casi siempre está afectado un solo ganglio. Otras veces la lesión inicial se presenta como una ligera erosión o fisura que puede pasar inadvertida.

El chancro sifilítico fuera de órganos genitales puede localizarse sobre los labios, lengua carrillos, mentón y dedos.

Si la lesión primaria no es tratada, tiene una evolución, de seis a ocho semanas y luego desaparece dejando cicatriz o zona pigmentada.

Los exámenes serológicos practicados de la tercera semana de evolución del chancro son en su mayoría negativos.

En la etapa secundaria de la sífilis aparece semanas después del desarrollo del chancro - puede aparecer hasta seis semanas después-, cuando ha ocurrido la diseminación lo suficientemente extensa como para producir signos generales como cefalea, dolores articulares, pérdida de peso y malestar general.

Más tarde aparecen lesiones cutáneas y mucosas generalizadas y no pruriginosas. En esta etapa los exámenes serológicos ya serán positivos.

Las lesiones orales más comunes de la sífilis aguda son las denominadas placas mucosas. Son generalmente múltiples, de forma oval y ligeramente elevadas. También pueden ser dolorosas y producir linfadenopatía. Cuando las placas mucosas se desarrollan en las comisuras, se presentan como lesiones fisuradas que se conocen como pápulas hendidas y pueden confundirse con herpes labial o queilosis angular.

La manifestación oral de sífilis crónica es el coma sífilítico, el cual es un proceso inflamatorio granulomatoso con necrosis central. La lesión es indolora y los tejidos que la cubren toman una coloración azul púrpura típica. Ocurre en cualquier parte de la cavidad oral, pero son más comunes en el paladar y en la lengua.

En el paladar puede producirse perforación con esfacelo de los tejidos adyacentes. En la lengua se presentan con múltiples lesiones pequeñas y pérdida de las papilas que se acompañan de induración y rigidez del órgano.

Interés odontológico: Debe de ser en los medios diagnóstico interrogatorio, inspección, análisis de laboratorio.

Actitud del odontólogo: Para realizar el tratamiento, se tomarán medidas de asepsia y antisepsia para evitar el contagio. El tratamiento dental se realizará en caso de urgencia y previa interconsulta con el médico del enfermo. (12)

6.- Tuberculosis.

La tuberculosis es producida por el microbacterium tuberculosis o bacilo de kock. Se conocen tres tipos de bacilo: tipo humano, o vino, y el bovino. El hombre es susceptible a la variedad humano y bovino- las cuales se pueden adquirir al aspirar partículas de esputo seco y pulverizado que se disemina en el aire o por ingestión de leche de animales tuberculosos, que es una fuente importante de infección para el hombre.

La lesión primaria, ocurre con mayor frecuencia en el árbol bronco pulmonar y en orden decendente en la cavidad oral, labios, amígdalas, espofago y estómago. Esta lesión es prácticamente asintomático o produce síntomas tan leves que pasan inadvertidos. Un ligero malestar acompañado por escalofríos y elevación moderada de la temperatura.

La forma más frecuente de tuberculosis es la pulmonar la cual se caracteriza por un cuadro clínico progresivo que comprende: astenia, laxitud, fatiga y palidez, acompañado de pérdida de peso y anorexia. La mayoría de pacientes, presentan taquicardia y elevación de temperatura — principalmente por la tarde o por la noche, en las etapas avanzadas el paciente desarrolla tos persistente con expectoración y hemoptisis. Este padecimiento produce destrucción en zonas extensas del pulmón.

Las lesiones orales de tuberculosis pueden ser primarias o secundarias. La lesión primaria ocurre comunmente en la encía o en la región-

amigdalina se presenta como ulceraciones indoloras con fondo de apariencia gruesa y bordes hemorrágicos. Las úlceras están rodeadas por pequeños nódulos parduzcos sobre una base indurada. La lesión primaria se acompaña de linfadenopatía regional y generalmente se resuelve en 10 a 20 días sin dejar cicatriz visible.

Las lesiones orales secundarias son poco comunes sin embargo, en investigaciones realizadas se encontró que en 141 autopsias de pacientes tuberculosos un 20% presentaban lesiones orales, la mayoría localizadas en la base de la lengua.

No se conoce exactamente el mecanismo de inoculación de las lesiones secundarias, aunque se cree que el bacilo es llevado por el esputo y penetra a través de una solución de continuidad de la mucosa. Las lesiones se desarrollan en forma gradual principiando con un nódulo doloroso y de consistencia pastosa. Más tarde el nódulo se rompe formando una úlcera superficial o profunda de bordes irregulares y muy dolorosa que aumenta de tamaño.

En la encía las lesiones son generalmente hiperémicas difusas y de apariencia granulomatosa o papilar. Se ha descrito también un granuloma periapical tuberculoso, que puede afectar dientes sanos por vía hematógica, en estos casos el único síntoma es la movilidad del diente. La enfermedad puede interesar el tejido óseo produciendo una verdadera osteomielitis que tiene un pronóstico desfavorable.

Interés odontológico: Saber los medios de diagnóstico: interrogatorio, inspección, auscultación y prueba cutánea de la tuberculina.

Actitud del odontólogo: Aplicar las indicaciones para el tratamiento; deberá que la cavidad oral del paciente tuberculoso esta frecuentemente contaminada por el bacilo Kock y constituye un peligro de la transmisión para el odontólogo y su personal auxiliar.

El tratamiento dental se realizará previa interconsulta con el médico del paciente, y se llevará a cabo una asepsia y antisepsia rigurosa. (12)

HIPERTENSION.

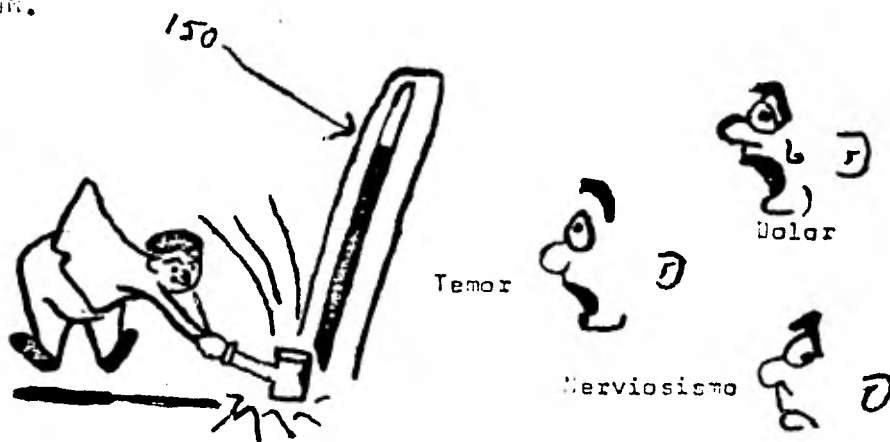
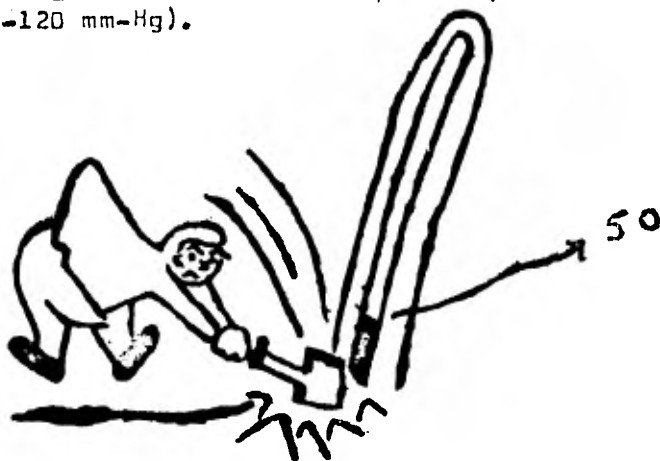


Fig. 1

El dolor-temor y el nerviosismo deben de evitarse, pues . pueden ocasionar un aumento de la ya elevada presión.

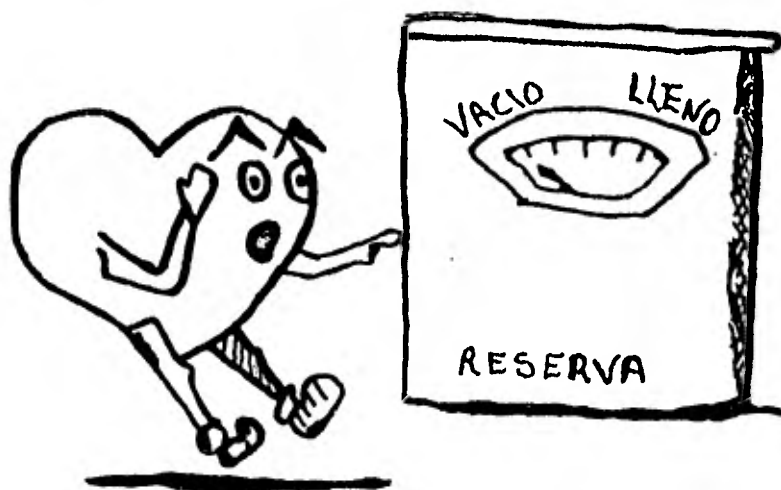
Fig. 2 HIPOTENSION.

Disminución de la tensión arterial por abajo de las cifras conuncionales (80-120 mm-Hg).



La baja de la tensión puede conducir a una liostimia.

Fig. 3 Insuficiencia Cardíaca Congestiva.



Falta de capacidad del corazón para llenar sus cavidades completamente.

Fig. 4 Síndrome Vasovegal.



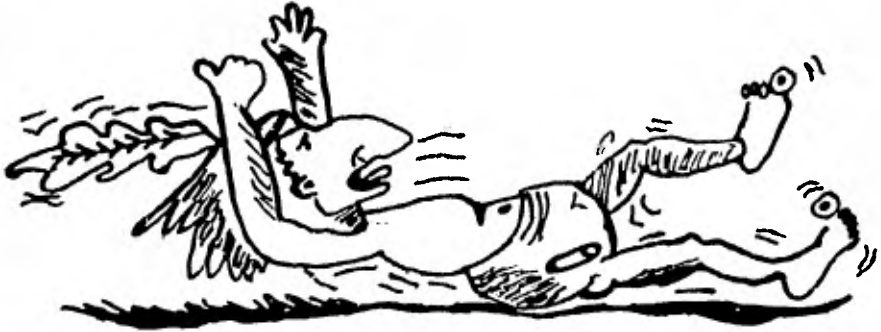
Dilatación de los vasos sanguíneos en las piernas y el abdomen, Angustia flotante, náusea, disnea, y sensación de muerte inminente, palidez, transpiración y debilidad antes de perder el conocimiento.

Fig.5 EPILEPSIA

Alteración del sistema nervioso central, que se caracteriza por repetidos ataques de inconsciencia y de convulsiones tónico clónicas.

El " stress " puede desencadenar un ataque epiléptico. En anestesia general la anoxia y la Hipexia inducen a la convulsión.

Medicación previa, con sedantes, usar anestesia local de preferencia.



EPILEPSIA .

Fig. 6 ASMA.



Obstrucción de las vías aéreas bajas durante la inspiración forzada, produciéndose respiración silbante

Ansiedad



Ira



Excitación



Fig. 7.- ANEMIA.



Síndrome que se produce cuando el número de hematíes desciende por debajo de los niveles normales (varón 4-6 millones/mm³ , -mujer 4-5 millones/mm³).

Fig. 8.- HEMOFILIA.



Enfermedad hemorrágica hereditaria producida por deficiencia de varios factores.

Fig. 9.- FIEBRE REUMATICA.

La introducción de bacterias en el torrente sanguíneo. Produce un estado de bacteremia. Cuando se produce infección por el estreptococo hemolítico del grupo B, que suele lesionar el corazón.

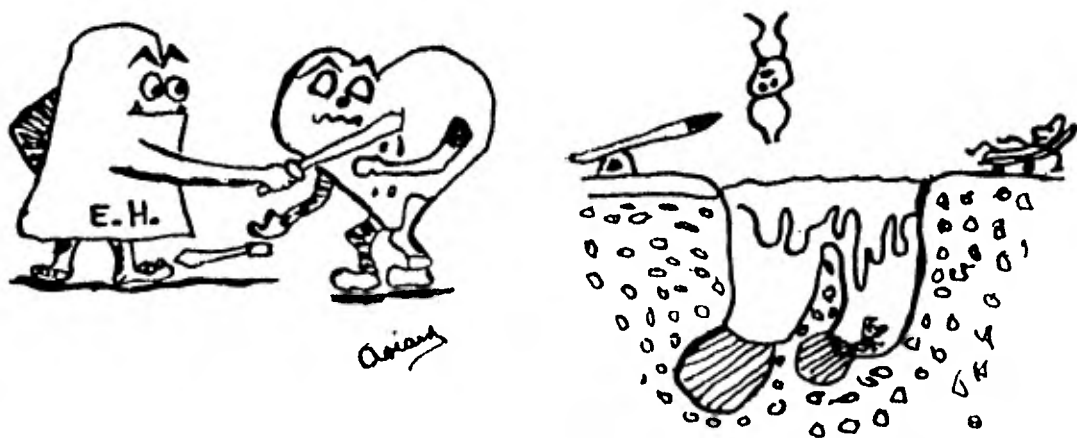


Fig. 10.- LESION HEPATICA VIRAL.

Alteran la producción de protrombina.



CAPITULO III. EL ESTUDIO CLINICO EN LA IDENTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO ESTOMATOGNATICO.

OBJETIVO 3. QUE EL ESTUDIO CLINICO SEA CIENTIFICO Y ORDENADO Y POR EL CUAL MEDIANTE SUS DIFERENTES COMPONENTES PODAMOS DIAGNOSTICAR, PRONOSTICAR Y TRATAR LAS ENFERMEDADES DEL APARATO ESTOMATOGNATICO.

Las entidades nosológicas que se presentan en este núcleo, corresponden a alteraciones cuyo principal signo, es la modificación en el color normal de la mucosa bucal.

Esto de ninguna manera quiere decir que, la identificación de este grupo de enfermedades, puede realizarse exclusivamente tomando en cuenta estos cambios de color.

El diagnóstico debe hacerse en base a la exploración clínica completa que incluye otros métodos de exploración para recoger datos, referentes a consistencia, aspecto de la superficie, tiempo de evolución, sensibilidad, antecedentes hereditarios, etc. y en los casos que se requiere, examen anatomopatológico de los tejidos.

Obj.- 3.1 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO ESTOMATOGNATICO

La clasificación de las enfermedades del aparato estomatognático, proporcionan una clave para diferenciar diversos procesos patológicos que afectan varias estructuras bucales, tales como: labios, mucosa, encía, dientes, tejidos blandos, glándulas y estructuras óseas. Para proporcionar el máximo de ayuda en el diagnóstico y tratamiento, las clasificaremos de la siguiente manera, enunciando las más comunes.

	caries	fosas, fisuras y fosetas	aguda	primaria
DENTALES		superficies lisas	crónica	secundaria
	morfología	anomalías	forma	erupción
	dental		tamaño	posición
			número	estructura
TEJIDOS BLANDOS	lengua	gingivitis, periodontitis, GUNA o enfermedad de Vincent, estomatitis, gingivitis estreptococica, gingivoestomatitis -		
	encía.	viral o herpética, glositis, herpes simple, herpes zóster, faringitis linfonodular, candidiasis, perleche, quistes y neoplasias.		
UNION MUCOCUTANEA	carrillos			
	labios			
GLANDULARES	glándulas salivales	ránula, mucosele, sialolitiasis, sialoadenitis y neoplasias.		
MUSCULARES	articulación temporomandibular, proceso alveolar y músculos de la masticación		traumatismos, maloclusión, trauma de oclusión, osteitis, osteomielitis, anquilosis, artritis, síndrome dolor disfunción, trastornos articulares, periodontosis y neoplasias, yatrógenos y otológicos.	
OSEAS				

Obj.- 3.2 COMPRENDER EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD CARIES Y SUS REPERCU—
SIONES CLINICAS EN SUS DIFERENTES ESTADIOS, ASI COMO ANOMALIAS DENTALES.

El amplio uso de los aparatos de rayos X ha reducido la perfec—
ción de la exploración clínica de la caries. Esto lleva consigo dos peli—
grosas secuelas: reduce la agudeza clínica, permitiendo así más errores—
diagnósticos, y da demasiada responsabilidad a la radiología como única—
fuente de detección de la caries. Aunque la radiología es esencial para—
revelar ciertas formas de caries, muchas lesiones no aparecen en los cli—
sés. En las radiografías muchas veces no aparecen las lesiones precoces—
de las zonas de oclusión y las cervicales y las caries recidivantes alre—
dedor de los materiales de empaste, y pueden encontrarse sólo con una —
inspección y exploración clínica completa.

La caries de las regiones oclusiva, bucal y lingual se detectan—
fácilmente con la exploración clínica, pero una caries interproximal no—
es rápidamente visible, excepto si es muy amplia. A veces, la presencia—
de la caries interproximal se determina por inducción, es decir, por la—
observación de una translucidez debajo del zurco marginal o de altera—
ción de la coloración en la superficie interproximal. Sin embargo, sólo—
las lesiones interproximales grandes pueden descubrirse de esta forma y—
debe confirmarse su presencia mediante una exploración cuidadosa con un—
explorador fino. Una exploración clínica completa es un requisito absolu—
to para el diagnóstico exacto de las lesiones cariadas.

DEFINICION Y ETIOLOGIA.- La caries es una enfermedad que se caracteriza—
por desmineralización de la porción inorgánica de los dientes y disolu—
ción de los componentes orgánicos de los mismos.

Hay numerosas teorías acerca de la etiología de la caries, entre

todas, son tres las que prevalecen después de múltiples investigaciones.

A.- TEORIA ACIDOGENICA (Teoría de Miller)

B.- TEORIA PROTEOLITICA.

C.- TEORIA MULTIFACTORIAL.

A.- TEORIA ACIDOGENICA.- Un grupo de investigadores, publicó desde 1867, la teoría de que la caries era causada por bacterias productoras de ácido; Miller posteriormente encontró microorganismos en la dentina cariada y reportó que la caries se debía a los ácidos liberados por las bacterias, tales ácidos disolvían los elementos inorgánicos pendientes.

Miller encontró también, que los almidones, los azúcares y la carne incubados in vitro con saliva y mantenidos a la temperatura corporal, producían ácido capaz de descalcificar dentina sana. Es decir, esta teoría sostiene que el ácido producido por bacterias o por alimentos es el que descalcifica el esmalte.

B.- TEORIA PROTEOLITICA.- Esta teoría sostiene que: la parte orgánica del esmalte juega un papel muy importante en el proceso carioso. El siglo pasado algunos investigadores demostraron que el esmalte tiene estructuras de material orgánico (laminillas del esmalte) y sugirieron que ellas pueden ser "senderos" para los microorganismos a través del esmalte.

En 1944, diversos investigadores sostuvieron que la caries es un proceso proteolítico y admitieron también que la proteolisis estaba acompañada de formación de ácidos e inclusive demostraron que los microorganismos invadían las laminillas del esmalte y que los ácidos producidos -

por esos microorganismos, destruyan la porción inorgánica del esmalte.

C.- TEORIA MULTIFACTORIAL.- Esta teoría surge en 1947 y sostiene que la caries surge por la interrelación de tres grupos de factores. Factores - relativos al diente, a la saliva y a la dieta.

1) DIENTE

Composición

Características morfológicas

Posición

2) SALIVA

Composición orgánica e inorgánica

pH

Cantidad

Viscosidad

Factores antibacteriales

3) DIETA

Características físicas

Calidad de la dieta

Contenido de: vitaminas, carbohidratos y fluor

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La caries puede clasificarse de acuerdo a la localización en los dientes:

a) Caries de fosetas y fisuras

b) Caries de superficie lisa ó de

acuerdo a su curso clínico: aguda o crónica.

a) La caries de fosetas y fisuras.- Es la caries que afecta más comunmente a la superficie oclusal de los molares, debido a que las fosetas -

son un punto ideal para la acumulación de restos alimenticios.

Algunos investigadores han subdividido las fisuras en dos grupos: las del primer grupo son las que tienen las paredes bastante divergentes y forman un ángulo de 45 grados; mientras que las del segundo grupo, poseen las pendientes casi paralelas.

La caries en ambos grupos de fisuras, se presenta de una manera diferente. Los molares con fisuras divergentes, muestran lesiones bilaterales casi en el vértice de las fisuras.

Los molares con fisuras casi paralelas presentan lesiones cariosas que empiezan en un estrechamiento a alguna distancia del vértice de la fisura.

En ambos grupos de molares e independientemente del tipo de fisuras, la caries invade a la dentina, los primeros cambios que sufre la dentina son cambios de coloración; esta generalmente es café y puede ir desde el beige hasta el café negrusco; posteriormente se presenta un cambio en la consistencia, la cual se ablanda progresivamente; en ocasiones aún la dentina que presenta coloración normal está ablandada.

En algunos molares en que la caries ha expuesto a la dentina, esta se ve intensamente pigmentada pero extremadamente dura, esto nos indica que la caries se detuvo y esos dientes pueden permanecer muchos años en ese estadio.

La caries no sólo afecta el esmalte y posteriormente a la dentina, en ocasiones el proceso carioso empieza en el cemento, esto sucede

cuando la encía se ha retraído por enfermedad parodontal o por algún proceso quirúrgico como la gingivectomía.

- b) Caries de superficies lisas.- Esta caries del tipo primario; es la que se inicia en las caras proximales o en el tercio gingival de las superficies bucal y lingual. Es especialmente común encontrar este tipo de caries en pacientes con maloclusión.

La caries interproximal generalmente se inicia debajo del punto de contacto y empieza como una mancha blanca opaca, que se torna áspera, puede también desde el inicio aparecer algún tono café, dependiendo del punto clínico, puede extenderse superficialmente (caries crónica) o hacer una pequeña área de penetración que entre profundamente (caries aguda).

La caries cervical, suele extenderse superficial y lateralmente y casi nunca es penetrante, los cambios de coloración son similares a los de la caries interproximal. Este tipo de caries puede extenderse hacia el cemento por debajo del borde libre de la encía.

Caries aguda.- Se caracteriza porque en corto tiempo afecta a la pulpa. Es más común en niños y en adultos jóvenes. Los dientes afectados con este tipo de caries suelen presentar una lesión superficial, pequeña de color café claro, la mayoría de los pacientes se quejan de dolor.

Caries crónica.- Progresa con mucha lentitud, es de color oscuro y la lesión superficial es bastante grande, debido al tiempo que tarda puede generar respuestas defensivas por parte de la pulpa (formación de dentina secundaria), generalmente no hay dolor.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.- La caries aparece debajo de una zona cubierta con placa bacteriana. La manifestación microscópica que se ha detectado inicialmente en el esmalte es la descalcificación (clínicamente se ve como una zona blanco-opaca).

Algunos investigadores reportan pérdida de la substancia interprismática y la aparición de estrias transversales, las estrias de RETZIUS se hacen más aparentes. Después de esto, empieza a haber soluciones de continuidad en el esmalte, las cuales se detectan por medio de la punta de un explorador.

Caries en dentina.- Una vez que la caries atravieza el esmalte, llega a la dentina, esta se torna al principio más transparente que lo normal, para sufrir posteriormente cambios de coloración. Los túbulos dentinarios son invadidos por microorganismos, los cuales proliferan dentro de los túbulos, formando focos de licuefacción, estos últimos acaban destruyendo los túbulos.

Posteriormente se detectan planos de tejido desmineralizado, paralelos a las fibras colágenas de la matriz orgánica. El resultado final del acceso de microorganismos y la acumulación de detritus alimenticio es la destrucción de la dentina.

A pesar del perfeccionamiento constante de las técnicas y materiales de obturación, el tratamiento de la caries una vez que esta aparece, ha sido insuficiente para resolver un problema de salud de tal magnitud. Por lo tanto, en los últimos años, la investigación odontológica se ha orientado hacia la prevención de la caries, para esto se han tomado diversas medidas de control, entre las cuales tenemos:

A.- MEDIDAS QUIMICAS

B.- MEDIDAS NUTRICIONALES

C.- MEDIDAS MECANICAS

A.- MEDIDAS QUIMICAS.

- 1) Sustancias que alteran la estructura dental (fluor)
- 2) Sustancias que interfieren con la degradación de carbohidratos —
(alteraciones enzimáticas)
- 3) Sustancias que interfieren en el metabolismo y reproducción de —
las bacterias (nitrofuranos y penicilina)

B.- MEDIDAS NUTRICIONALES.

- 1) Restricción de la ingestión de carbohidratos

C.- MEDIDAS MECANICAS.

- 1) Cepillado
- 2) Profilaxis
- 3) Uso de seda dental
- 4) Selladores de fosetas y fisuras

Para ampliar la información sobre este punto, consultar: el Núcleo-III del Ciclo I de Odontología Preventiva. (11)

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES.

La morfología de los dientes es muy variable, de modo que resulta difícil o hasta imposible trazar una línea divisoria de las formas patológicas. Sin embargo, la observación del número, tamaño y forma de — dientes y raíces es de utilidad para determinar anomalías.

ANOMALIAS DE DESARROLLO.

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1) Anomalías de forma | 4) Anomalías de erupción |
| 2) Anomalías de tamaño | 5) Anomalías de posición |
| 3) Anomalías de número | 6) Anomalías de estructura (14) |

FACTORES.— Hereditarios, sistémicos (ambientales), congénitos y locales.

ANOMALIAS DE LA FORMA.— Una de las variaciones de la forma coronaria normal, puede deberse a cúspides normales muy desarrolladas o la presencia de más cúspides que lo normal. Tanto la forma de las raíces como sus direcciones suelen ser muy caprichosas. Las anomalías son más pronunciadas en los dientes permanentes. No es raro observar que la forma de dientes permanentes se altera por la presencia de gotas adamantinas (aparición de esmalte en lugares atípicos), se conoce con el nombre de "esmalte moteado" y puede ser fluórica, no fluórica e inespecífica.

Se dice que hay unión cuando dos dientes se sueldan entre sí, después de estar la dentina completamente formada, quedando las pulpas bien separadas una de otra.

Por fusión se entiende la unificación de los dos gérmenes dentarios; hay una sola pulpa radicular.

En la germinación se une un diente normal con uno supernumerario.

El "dens in dente" se origina por la invaginación más o menos intensa del órgano del esmalte, durante el desarrollo dentario.

La forma más simple de esta invaginación es el agujero ciego más profundizado. Dientes con pronunciada invaginación presentan a menudo raíces defectuosas, circundadas de tejido de granulación. Tales dientes se pierden con el tiempo. Se observa con mayor frecuencia en los incisivos laterales superiores en forma unilateral o simétrica.

TAURODONTISMO.- Es una anomalía dental en la cual el cuerpo del diente está agrandado a expensas de las raíces. Se clasifican en hipotaurodontismo, mesotaurodontismo e hipertaurodontismo; el hipertaurodontismo corresponde a la forma extrema en que se presenta la bifurcación o la trifurcación cerca de los ápices radiculares y el hipotaurodontismo, a la forma más leve. Las posibles causas del taurodontismo son: 1) un carácter especializado o retrogado, 2) una pauta primitiva, 3) un rasgo Mendeliano recesivo, 4) una característica atávica, y 5) una mutación derivada de la deficiencia odontoblástica durante la dentinogénesis de las raíces. Es más común en la dentición permanente. Las piezas afectadas son: molares, a veces uno sólo, otros varios del mismo cuadrante, puede ser unilateral o bilateral. Los dientes no tienen características clínicas morfológicas desacostumbradas. La naturaleza poco común de esta anomalía se observa mejor en las radiografías. Los dientes tienen forma rectangular no afinadas hacia las raíces. La cámara pulpar es extremadamente grande, con diámetro oclusoapical mucho mayor que el normal, la pulpa carece de constitución característica en la zona cervical y las raíces son

excesivamente cortas. La bifurcación o trifurcación se encuentra a unos pocos milímetros de los ápices radiculares. (36)

CONCRESCENCIA.- Es una forma de fusión que se produce después que ha concluido la formación de la raíz. Los dientes están unidos solamente por cemento. Se cree que se origina como consecuencia de la lesión traumática de los dientes o su apiñamiento con resorción del hueso interdentario. Puede ocurrir antes o después del diente. (36)

DILACERACION.- Se refiere a una angulación, o curvatura pronunciada en la raíz o la corona de un diente formado. Se cree que se debe al trauma recibido durante el período en que se forma el diente, cuya consecuencia es que la posición de la parte calcificada de la pieza se modifica y el resto de esta se forma en ángulo. La curvatura puede producirse en cualquier punto a lo largo del diente, a veces en la porción cervical, otras a la mitad o en la raíz o aún en el mismo ápice radicular, según sea la cantidad de raíz que se ha formado en el momento del traumatismo. (36)

RAICES SUPERNUMERARIAS.- No es común y puede aparecer en cualquier diente. Estas piezas pueden presentar una o más raíces supernumerarias. (36)

ANOMALIAS DEL TAMAÑO.- Por lo general existe una relación entre toda la conformación del esqueleto y el tamaño de los dientes. El tamaño de los dientes temporarios no varía tanto como el de los permanentes.

Entre los permanentes se observan a veces incisivos laterales y terceros molares atrofiados; los llamados dientes conoides pero son las raíces las que más a menudo presentan las mayores variaciones. En ocasiones, las raíces de los incisivos centrales superiores y de los terceros-

molares y premolares inferiores, suelen ser relativamente pequeñas. También son frecuentes raíces más largas que lo normal en los caninos superiores. (21)

Suelen encontrarse dientes muy grandes o muy pequeños para las arcadas, a estos se les llaman macrodoncia y microdoncia respectivamente.

ANOMALIAS DEL NUMERO.- Resulta del aumento o la disminución del número de dientes respecto de la cantidad considerada normal. Es más frecuente en la dentición permanente.

Como causas de disminución pueden enumerarse: destrucción del diente por trauma, distrofia, trastornos en el desarrollo y en la alimentación de todo el organismo, trastornos particulares del desarrollo dentario, factores hereditarios. (21)

Los dientes extra (supernumerarios), ya en estado de erupción en la boca, o impactados, son un hallazgo frecuente; está indicada su extracción precoz.

La ausencia congénita de uno o más dientes, también es común. Los dientes ausentes son, por orden de frecuencia, los terceros molares, los incisivos laterales maxilares, y los premolares. Los rayos X excluirán la posibilidad de que se encuentren presentes dientes que no pueden hacer erupción debido a un impedimento patológico. La anodoncia parcial o total es también una de las manifestaciones de Disostosis Cleidocraneal y de Displasias Ectodérmica Hereditaria. (4)

TRASTORNOS EN LA FORMACION DE LOS DIENTES.

AMELOGENESIS IMPERFECTA.- Este término abarca la "plasia hereditaria", - la "hipoplasia" y la "hipocalcificación" del esmalte. En cada caso hay - mal funcionamiento de los ameloblastos. O las células del epitelio adaman-- tino interior no alcanzan el estado de ameloblastos (aplasia del es-- malte), o se forman ameloblastos pero no producen suficiente cantidad de matriz adamantina (hipoplasia del esmalte), o los ameloblastos degeneran precozmente (hipocalcificación del esmalte). En la aplasia los dientes - aparecen sin brillo, amarillentos o marrones después de un tiempo, y son más pequeños. En la hipoplasia, el esmalte es duro pero delgado, falta - por completo en algunos sitios y en otros se encuentra adelgazado por fo-- sitas o vallas, o formando sólo algunas placas muy finas de color amari-- llo marrón. En la hipocalcificación del esmalte la forma y el tamaño de la corona son normales, pero el esmalte es más blando, sin brillo en la superficie y de color gris. Aplasia, hipoplasia e hipocalcificación del esmalte son estados que pueden ocurrir tanto en dientes temporarios como en permanentes. (21)

Se produce un obscurecimiento de los dientes e hipoplasia del esmalte tras la administración de tetraciclina durante la segunda mitad -- del embarazo, o durante el desarrollo de los dientes en el niño; los -- dientes afectados fluorescen a la luz ultravioleta. Un metabolismo anor-- mal del calcio asociado a raquitismo, tiene por consecuencia hipoplasia del esmalte. En torno a cada diente, aparece una banda rugosa irregular. La localización de la banda indica el área que estaba calcificándose en el momento de la calcificación normal, y proporciona así una estimación de la edad a la que se produjo la enfermedad y su duración. Tales dien--

tes no son indebidamente susceptibles a la caries dental. Una fiebre alta durante la odontogénesis puede también interferir con la formación de esmalte, y se ve una zona estrecha de esmalte rugoso, con hoyuelos, después de hacer erupción el diente. (21)

DENTINOGENESIS IMPERFECTA.- Es hereditaria en forma dominante y no está ligada al sexo, se presenta en dos formas: dientes con "dentina opalescente" y "dentina en forma de cáscara". Las coronas son de tamaño normal pero tienen color azulado, pardo o rojizo. Esta coloración aparece sólo después de la erupción. En la radiografía no se ve la pulpa y la dentina se muestra densa y radiopaca (dentina opalescente), o es muy delgada (cáscaras) y la pulpa no está obliterada. Las coronas a menudo están muy desgastadas. (21)

ODONTOGENESIS IMPERFECTA.- Es una combinación entre esmalte hipoplásico y la pulpa obliterada por dentina atípica. (21)

DIENTES DE HUTCHINSON.- El 60% de los niños con sífilis congénita presenta alteraciones morfológicas de los dientes en los incisivos centrales y laterales permanentes y en las coronas de los molares de 6 años (molares de Pflüger). El diagnóstico se confirma por la presencia simultánea de sordera laberíntica y queratitis intersticial difusa (triada de Hutchinson). Las alteraciones nunca aparecen en los dientes temporales. A causa de inflamaciones lúeticas en la zona del órgano del esmalte se producen edemas perifoliculares e hiperplasia del epitelio adamantino externo que comprime y atrofia a los ameloblastos. Los dientes anteriores permanentes tienen por eso forma de barril, con los bordes incisales curvos en forma de media luna. Los primeros molares presentan menor superficie oclusal y el relieve cuspeado normal es reemplazado por numerosos montifi-

culos; es enano con hipoplasia del esmalte. Una característica del incisivo es una muesca en la porción central del borde incisal. (21)

FLUOROSIS.- El exceso en el suministro del fluor, en especial en el agua potable, hace que los dientes adquieran manchas blanquecinas más o menos pronunciadas o de coloraciones marrones (dientes moteados). En casos extremos, además de las manchas marrones se observan fuertes hipoplasias y esmalte quebradizo. Estas alteraciones se deben a que los ameloblastos en la fase de formación del esmalte son dañados por el fluor y por consiguiente resulta trastornada su función. Mientras el contenido de fluor en el agua no sobrepase 1 mg. por litro no se producen alteraciones del esmalte. Dientes moteados se encuentran en regiones donde el contenido natural de fluor es mayor de 2 mg. por litro. (21)

OPACIDADES DEL ESMALTE.- Aparecen en uno o varios dientes permanentes y, en algunos casos, también temporales. Son manchas blanco-opacas o amarillentas en la superficie del esmalte, por lo demás intacto. Se supone que la causa es un mal ordenamiento de los cristales de apatita en la periferia del esmalte, cuya formación ha sido alterada por trastornos no endógenos. (21)

DIENTES DE TURNER.- Son consecuencia de una infección periapical proveniente de la pulpa de un diente primario. El proceso inflamatorio alcanza el órgano del esmalte y daña a los ameloblastos en su función. El exudado inflamatorio produce huellas en las partes cervical e incisal de la corona. Las hiperplasias resultantes se manifiestan en los bordes incisales o en las superficies oclusal y labial de las coronas. Se las encuentra sobre todo en los segundos premolares inferiores. (21)

DECOLORACIONES.- Son de aparición frecuente después de necrosis y gangrena pulpares o de grandes dosis de tetraciclina. Cuando una pulpa se ve necrótica, la hemoglobina presente en los canaliculos de los dientes - a consecuencia de hemorragias se transforma en sustancias colorantes obscuras. Los dientes muestran un color que va desde el amarillo obscuro - hasta el marrón. La tetraciclina forma con el calcio, en el organismo, - un compuesto complejo. Como este es desdoblado muy lentamente, la tetraciclina ligada al calcio puede ser depositada de manera irreversible durante la formación de los tejidos dentarios duros. En el examen clínico, los dientes con depósitos de tetraciclina aparecen de color amarillo grisáceo. (21)

DISPLASIA DENTINAL.- (Dientes arradiculares). Se caracterizan por tener esmalte normal, dentina sumamente atípica con obliteración pulpar, formación defectuosa de la raíz y una tendencia a la patología periapical sin causa obvia.

Es hereditaria de carácter dominante. Son de morfología y color normales. No hay indicios de la traslucidez u opalescencia hallados en la dentinogénesis imperfecta. Erupcionan normalmente, están afectadas la dentición primaria y permanente. Los dientes se aflojan y exfolian prematuramente en forma característica, al parecer como resultado de la conicidad de las raíces y granulomas así como quistes que se forman con frecuencia. Tienen raíces extremadamente cortas. (36)

APLASIA ADAMANTINA Y DENTINARIA.- Tanto esmalte como dentina son atípicos y la pulpa dental no deposita una barrera de dentina secundaria en respuesta a la atrición, como consecuencia de lo cual la pulpa queda expuesta. El esmalte es gris pálido, mientras la dentina es pardo arenosa-

y deja ver el tejido pulpar a través de la superficie pulpar. (36)

ERUPCION PREMOLAR.- A veces se ven dientes primarios brotados en recién nacidos. Se denomina "dientes natales" para diferenciar los de los "dientes neonatales". De etiología desconocida, aunque en ocasiones sigue una pauta familiar. Es necesario conservar estos dientes aunque haya dificultades con el amamantamiento.

BROTE RETARDADO.- Es de etiología desconocida aunque a veces puede estar asociada con algunos estados sistémicos, como el raquitismo, cretinismo y disostosis cleidocraneal. Los factores locales también son capaces de retardar la erupción, como en el caso de la fibromatosis gingival, en el cual el tejido conectivo tenso no permite la erupción. (36)

DIENTES RECLUIDOS Y RETENIDOS.- Son dientes incluidos los que no brotan generalmente por falta de fuerza. Dientes retenidos los que no pudieron brotar por la presencia de alguna barrera física. La falta de espacio o la pérdida temprana de dientes primarios con el consiguiente cierre del espacio, es un factor común. Más común todavía es la rotación de los gérmenes dentales cuyo resultado son dientes orientados en una dirección errada, porque su eje mayor no es paralelo a la trayectoria normal de erupción. Están afectados con mayor frecuencia los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores. (36)

DIENTES PRIMARIOS ANQUILOSADOS.- Más comunmente los segundos molares inferiores, que han experimentado un grado variable de resorción radicular y que se han anquilosado con el hueso. Esto impide su exfoliación y ulterior reemplazo por los dientes permanentes. Las piezas afectadas carecen de movilidad aunque la resorción esté muy avanzada. A la percusión, emi-

te un característico sonido sólido en contraste con el sordo y amortiguado del diente normal, radiográficamente, se observa la ausencia, por lo menos parcial del ligamento periodontal con zonas de unión entre raíz dental y el hueso. El proceso consiste en la resorción de la sustancia dental y reparación ósea, como consecuencia de lo cual el diente queda fijado en el hueso. No se conoce la causa. (36)

Obj.- 3.3 COMPRENDER LA EVOLUCION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES MAS FRECUENTES EN LA CAVIDAD ORAL.

La enfermedad parodontal es la causa más común y frecuente de la pérdida de dientes en los adultos. No obstante, puede en la mayoría de los casos prevenirse y controlarse antes de que produzca daños irreversibles.

La enfermedad parodontal incluye trastornos inflamatorios en las encías (gingivitis), del parodonto (parodontitis), trastornos degenerativos de las encías y del parodonto (gingivosis y parodontosis) y combinación de ambos estados (parodontitis compleja).

1.- GINGIVITIS SIMPLE.- Esta afección puede ser de naturaleza aguda ó crónica, y por lo general, se debe a la acumulación de desechos bacterianos. Los cambios gingivales pueden ser localizados o generalizados, pero casi siempre comprenden únicamente tejidos marginales o marginales-papilares. Los cambios ocurren en el color gingival, de rosado (leve) a eritematoso (moderado). Aparece una ligera alteración del contorno normal, con "enrollamiento" o expansión del margen gingival libre junto con destrucción incipiente del tejido papilar. Puede existir pérdida mínima del tono gingival-papilar. No se

encuentra aumento de tamaño tisular. El hallazgo más importante es la hemorragia gingival con el más mínimo roce, como resultado de la ulceración del epitelio del surco.

Por lo regular, la primera y única queja del paciente es la presencia de "enfias sangrantes", lo cual es temporal. Este sangrado se asocia en especial al cepillado dental y, a veces, a la masticación de alimentos detergentes.

1.- HIPEERPLASIA GINGIVAL.- Este tipo de gingivitis se ha denominado incorrectamente gingivitis hiperplásica. La hiperplasia se define como un aumento en el número de células constituyentes normales dentro de un área determinada. En casos de ablandamiento gingival inflamatorio el gran flujo o aumento de componentes celulares no está constituido por células normales. El aumento de la población celular se debe a células plasmáticas, linfocitos, y algunos leucocitos polimorfonucleares. Desde el punto de vista clínico, se diferencia con facilidad de la gingivitis simple. Los hallazgos clínicos notables son el aumento en el tamaño gingival, alteración de la forma normal, y el cambio en el tono tisular. Existe un aumento importante en la profundidad del surco, formándose una bolsa, la cual se clasifica como segundo-bolsa o bolsa relativa, ya que está causada por la expansión del tejido marginal en sentido coronario, y no por un movimiento apical de la adherencia epitelial más allá de su nivel fisiológico. El tono del tejido gingival puede ser fibrótico o flácido, este último debido a edema considerable, hiperemia y destrucción de fibras colágenas.

La hiperplasia gingival se clasifica: a) agrandamiento gingival inflamatorio, b) fibromatosis gingival hereditaria y c) gingivitis por dilantina sódica.

3.- GINGIVITIS MODIFICADA POR FACTORES GENERALES.- Esta se clasifica en dos:

a) Gingivitis durante el embarazo. Es una gingivitis no específica, en donde el diagnóstico definitivo se formula en relación con la etapa física del embarazo. Se observa una reacción exagerada de la encía a factores locales. Algunos informes señalan que el mayor cambio gingival se produce durante el primer trimestre del embarazo, le sigue una ausencia del aumento inflamatorio durante los siguientes tres meses, con un aumento final del índice inflamatorio en el último trimestre. Tres meses después del parto hay una considerable remisión de la inflamación gingival y un agrandamiento inflamatorio asociado. Una vez eliminados los factores etiológicos habrá una remisión gingival. Recientemente se han realizado estudios para evaluar el estado gingival durante la administración de anticonceptivos. Parece indicar que la inflamación se asemeja bastante a los cambios encontrados durante el embarazo, en comparación con los de mujeres no embarazadas que no ingerían anticonceptivos. Clínicamente los tejidos marginal y papilar muestran un cambio de color que varía desde eritema leve o grave hasta tono magenta. Existe pérdida del tono tisular con "enrollamiento" marginal y agrandamiento papilar, que llega a llenar los espacios interdentes, hemorragia gingival a la presión. Puede existir un agrandamiento globular aplanado específico en la región interproximal. Esta "masa neoplásica" en una paciente no em-

barazada, se denomina granuloma piógeno, y durante el embarazo, - granuloma gravídico. Esta área tiene forma de mora, es de color - rojo a magenta, está ingurgitada, y a veces se ulcera por algún - traumatismo.

b) Gingivitis durante la pubertad.- Es una inflamación no específica iniciada por factores locales y modificada por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad. Clínicamente se observa agrandamiento y "enrollamiento" de la encía marginal, con distensión pronunciada en tejidos interdentes, el color tisular varía de - eritematoso a pardo rojizo, con pérdida simultánea en el tono tisular, la hemorragia gingival es un hallazgo constante. Con frecuencia se observa que únicamente la encía vestibular está involucrada, debido a la limpieza mecánica de la lengua sobre las superficies linguales y palatinas. Desaparece después de la pubertad.

4.- GINGIVITIS ATROFICA.- Se caracteriza por recesión gingival con pérdida ósea alveolar correspondiente. Se encuentran cambios papilares y marginales leves en relación con la acumulación de desechos alimenticios y bacterianos. El hallazgo clínico predominante es la recesión. Otros signos son márgenes eritematosos con un surco poco o nada profundo, o con pérdida del tono tisular.

La etiología puede incluir todos o algunos componentes como - el traumatismo oclusal, mala posición dentaria, traumatismo por el - cepillado dental o periodontitis previa.

5.- GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.- Es una afección que presenta signos y síntomas clínicos bastante patognomónicos. Esta entidad se de-

nomina comurmente "infección de Vincent", y "boca de trincheras". Es una gingivitis infecciosa y destructiva que por lo regular aparece repentinamente después de una enfermedad sistémica, "tensión" mental o física (stress), o una combinación de dichos factores. El traumatismo local también puede jugar un papel importante.

Se cree que el agente etiológico es la combinación de espiroquetas y bacilos fusiformes junto con una menor resistencia tisular. Las bacterias solas no se consideran la causa de la afección por ser habitantes normales de la cavidad bucal.

No se sabe aún cual es el factor que reduce la resistencia de cada persona y permite a estas bacterias lograr tal patogenicidad. El cuadro clínico muestra cambios básicos en la papila interdental en donde aparece aplanamiento, seguido por necrosis obvia de la cresta papilar.

El área interdental socavada es sustituida por un carácter, en donde permanecen altos picos tisulares bucales y linguales. El cráter está rodeado por un borde necrótico cubierto por una pseudomembrana gris esfacelada. Una banda lineal de eritema periférico separa a los ganglios patológicos de la encía no involucrada. Si se elimina la membrana fibrinosa, aparecerá tejido conectivo de aspecto cruente. Las regiones involucradas presentan hemorragia espontánea y se detecta halitosis (mal aliento). Puede existir linfadenopatía asociada (nódulos linfáticos inflamados), fiebre y malestar. El paciente se queja principalmente de un dolor de naturaleza muy particular, sabor metálico en la boca y hemorragia gingival provocada por presión mínima.

La afección puede clasificarse como aguda, subaguda o crónica, es progresiva con periodos de exacerbación y remisión aunque destruye progresivamente las estructuras subyacentes.

Es una infección endógena, no contagiosa, y aunque presenta características clínicas específicas y particulares se diagnostica equivocadamente, y suele recibir tratamiento erróneo.

6.- GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA.- (Gingivosis). Esta afección se encuentra, pero no siempre, en mujeres menopausicas. Se creyó durante muchos años que el equilibrio hormonal alterado era el factor. Recientemente parece sugerir que es una forma de enfermedad dermatológica, el cuadro clínico incluye una descamación superficial de epitelio, en grado variable. La superficie tisular es de color rojo grisáceo en zonas aisladas como resultado de esta descamación, varía de eritema intenso a magenta, al de la cianosis "parda". Existe cierta tendencia a presentarse eritema en donde la acumulación de desechos provoca inflamación marginal secundaria. El epitelio puede estar desgarrado, y puede haber bastante hemorragia, la textura superficial es lisa y brillante, por lo general, se encuentra edema difuso así como distorsión del contorno gingival. Con frecuencia, toda la mucosa gingival está involucrada, clasificándose en difusa y generalizada, sin embargo, puede ser localizada.

El síntoma principal es dolor, intolerancia a cambios térmicos leves, alimentos duros o condimentados.

7.- PERIODONTITIS.- El término se refiere a la inflamación de los tejidos periodontales más profundos, es decir, aquellos que comprenden -

el mecanismo de inserción. Esto significa que la inflamación involucra al cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal, la inflamación implica la destrucción de éste, la cual es por lo general progresiva e indolora. La periodontitis siempre se inicia como gingivitis, la cual se debe, generalmente, a irritación local, en especial placa bacteriana, extendiéndose después la inflamación desde la encía y tejidos blandos, hasta las estructuras subyacentes. Al destruirse progresivamente el mecanismo de inserción, habrá cada vez menos soporte para los dientes y el resultado final será la exfoliación de éstos. El tejido más importante involucrado en el soporte del diente es el hueso alveolar; es la pérdida de altura ósea la que da por resultado un aumento en la movilidad y pérdida futura de la dentadura.

Por lo regular los síntomas son los mismos que los de la gingivitis. Se producen alteraciones en el color, forma, tamaño, contorno, consistencia y textura de la encía, así como hemorragia gingival y exudado purulento del margen gingival. Además existen signos y síntomas característicos: 1) destrucción del hueso de soporte; 2) formación de bolsas periodontales las cuales causan migración apical de la adherencia epitelial; 3) recesión gingival que indica pérdida de la inserción tanto de tejidos blandos como duros; 4) movilidad dental progresiva; 5) una zona rojiza extendiéndose del margen gingival a la mucosa alveolar; 6) extrusión y migración de los dientes; 7) desarrollo de diastemas, 8) inflamación de la unión bucingival. Puede haber también ausencia total de síntomas, es decir, el paciente puede no estar conciente del problema, pues por lo general, es indolora hasta sus etapas finales.

Bolsas Periodontales.- La periodontitis se caracteriza por formación de bolsas periodontales. Una bolsa periodontal se ha definido como - la profundización patológica del surco gingival. Se clasifica en:

a) Bolsa gingival o relativa, esta se produce en la gingivitis y no en la periodontitis. La adherencia epitelial no ha migrado en dirección apical sino que ha habido agrandamiento coronario del márgen - gingival, dando una hiperplasia gingival (aumento del tamaño gingi- val) y formación de bolsas.

b) Bolsa absoluta.- La presencia de estas bolsas significa que se ha producido pérdida ósea alveolar y una auténtica periodontitis. Las - bolsas absolutas pueden dividirse en supraóseas e infraóseas. Una -- bolsa supraósea es la profundización patológica del surco en donde - la adherencia epitelial ha emigrado apicalmente, pero se encuentra - coronaria a la cresta del hueso alveolar. En una bolsa infraósea, la adherencia epitelial emigró apicalmente con relación a la cresta del hueso alveolar, se caracteriza por pérdida ósea alveolar vertical o angular, mientras que en las supraóseas hay pérdida ósea horizontal.

Signos y síntomas de bolsas periodontales.- Hemorragia gingival, en- cía agrandada asociada con superficies radiculares expuestas, exuda- do purulento en el márgen gingival. A veces la presión digital provo- ca exudado, márgenes gingivales (enrollados) separados de la super- ficie dental, una zona rojiza que se extiende desde el márgen gingi- val hasta la encía insertada, y ha veces más allá de la unión mucó- gingival hasta la mucosa alveolar, papilas gingivales blandas, movi- lidad, extrusión y migración de los dientes, especialmente los inci- sivos superiores e inferiores, aparición de diastoma donde no había.

8.- PERIODONTITIS.- Es una enfermedad degenerativa que afecta el mecanismo de inserción, es decir, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. Es de etiología desconocida y se formula su diagnóstico principalmente por su patrón clínico poco común y por la edad del paciente. Únicamente la dentadura permanente resulta afectada, pero no al grado de alterar la secuencia de erupción normal.

Tiene un cuadro clínico preciso que afecta a pacientes jóvenes entre los 15 y 25 años. El cuadro más común, es la destrucción periodontal extensa y pérdida ósea angular alrededor del primer molar superior, inferior, o ambos, así como de los incisivos centrales y laterales superiores, inferiores o de ambas arcadas. Se observan bolsas periodontales profundas alrededor de primeros molares con lesiones de trifurcación o bifurcación. Los tejidos gingivales, después de un avance importante de la afección, muestran la mayor parte de los cambios inflamatorios avanzados, como el cambio de color a cianótico o magenta, pérdida del tono tisular, variaciones en el contorno normal, y posible supuración de las bolsas a la presión digital. Con frecuencia se ha producido migración patológica de los dientes anteriores superiores y se ha observado movilidad dentaria junto con presencia de bolsas periodontales profundas. Un hallazgo negativo importante es la ausencia relativa de factores locales que expliquen la intensa destrucción existente.

9.- ESTOMATITIS.- Muchos agentes producen estomatitis, tales como estreptococos, gonococos, fuso-espiriquetas, treponema pálido, micobacteria, tuberculosis y los virus del herpes, sarampión y mononucleosis. La estomatitis también puede ser resultado de avitaminosis, particu-

larmente carencias de vitaminas B ó C; o por anemia perniciosa, anemia ferropriva, agranulocitosis o leucemia. El líquen plano, el eritema multiforme, el lupus eritematoso discoide y el pénfigo vulgar, con frecuencia presentan manifestaciones bucales. Los traumatismos-mecánicos por mordedura de mejillas, respiración por la boca, dentaduras duras mal ajustadas, apiñamiento o biberones con tetinas duras o demasiado largas; también aparece tras un uso excesivo de alcohol, tabaco, alimentos calientes o especias, sensibilización a pasta de dientes, colutorios, colorantes de caramelo, el mercurio, los yoduros, los barbitúricos y el plomo pueden producir estomatitis medicamentosa. Algunos tipos son de origen desconocido.

10.- GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA.- Afección causada por el virus herpes simple. Aproximadamente el 99% de la población en general la presenta en una fase subclínica, y el 1% presenta manifestaciones clínicas de la gingivoestomatitis herpética generalizada.

Esta patología se presenta 48 a 72 horas después de haberse producido una afección viral sistémica que puede ser un resfriado común faringitis o adenitis. Los primeros signos vitales incluyen la formación de vesículas ubicadas en diversas regiones de la membrana vestibular. Los lugares más comunes son la mucosa vestibular y labial, superficie dorsal o ventral de la lengua, piso de la boca y paladar blando. Las vesículas se observan raras veces debido a que se rompen por los traumatismos a los que se ven expuestas en la cavidad bucal. Cuando se rompen, originan una ulcera que es la lesión secundaria.

Clinicamente, la úlcera se observa como una área erosionada cubierta por una membrana necrótica amarillo grisáceo. Halo erimatoso rodea la lesión. Las vesículas se rompen en dos o tres días. La siguiente etapa en el desarrollo de los signos bucales es la aparición de un eritema difuso generalizado. Acompañado a este grave eritema se encuentra un edema pronunciado y pérdida total de contorno y tono gingivales. Frecuentemente se produce hemorragia espontánea, pudiendo observar áreas punteadas de formación pseudomembranosa sobre la encía.

Los cambios bucales continúan y a los cuatro o cinco días el paciente presenta malestar general, fiebre que varía de 37.8 a 40°C. y linfadenopatía generalizada a lo largo de la cadena cervical, dificultad al deglutir (disfagia). Se observan lesiones cutáneas en las comisuras de la boca o en la unión mucocutánea o borde bermellón del labio. El examen del paciente puede mostrar grietas en la superficie labial como resultado de la deshidratación. Esta estomatitis viral aguda es altamente contagiosa.

Los factores etiológicos que pueden modificar la respuesta del huésped son la luz solar, traumatismos mecánicos, fatiga, tensión emocional, menstruación o alguna afección viral generalizada. La enfermedad dura entre 10 y 14 días.

El tratamiento de esta estomatitis, frecuentemente es paliativo, se enfoca hacia la reducción de la sintomatología, terapéutica general de soporte, tranquilización del paciente y tratamiento periodontal mínimo que evite una complicación bacteriana secundaria.

La disminución de los síntomas puede realizarse de dos maneras: 1) administración al paciente de analgésicos tales como aspirina o acetaminofen, dos tabletas cada 3 o 4 horas, y 2) localmente, pueden utilizarse varios enjuagues, como uno a base de leche de magnesia diluída a partes iguales con agua tibia. Se deberá evitar el tratamiento antibiótico sistémico puesto que no es una infección bacteriana. El punto principal en el tratamiento es asegurar al paciente de que la afección está controlada y que tiene un período de 7 a 10 días.

11.- ABSCESO PERIODONTAL AGUDO.- También se le llama absceso lateral o parietal. Estos términos diferencian a esta infección aguda y purulenta de los abscesos periapicales o alveolares. Un absceso periodontal no puede distinguirse del periapical desde el punto de vista histológico, se diferencian por su ubicación con relación al diente, así como por su etiología. La etiología se encuentra dentro de dos categorías amplias. La causa más común se asocia con una bolsa periodontal profunda preexistente, en esta situación ha existido cierta cantidad de supuración drenando continuamente desde la profundidad de la bolsa. Si la porción cervical de la bolsa se sella o se cierra al adaptarse los tejidos marginales del diente, el exudado subyacente se circunscribe, se acumula, y finalmente busca otra vía de salida. Se forma una colección de líquido purulento y gases. El exudado purulento trata de abrirse camino a través del tejido óseo y periostio suprayacente hacia los tejidos gingivales con la subsecuente perforación a través de la encía. La descarga puede producirse también a través de la bolsa.

En segundo lugar, puede producirse un absceso periodontal - en donde no existían bolsas parodontales y tienen origen traumático. La impacción de cuerpos extraños dentro del surco gingival puede provocar exacerbación bacteriana aguda, violenta y rápida. Muchos objetos extraños pueden ocasionar esta reacción, como las cerdas del cepillo dental, dispositivos de madera para limpieza interdental, o alimentos impactados como espículas de huesos, granos de maíz, etc. El paciente señala sentir dolor pulsátil, y malestar sordo y vago en el área donde ha quedado atrapado un cuerpo extraño dentro del periodonto.

El síntoma más común es dolor agudo que puede ser difuso y comprender todo un lado de la cara, restringirse a un cuadrante, o ser tan específico en relación con el diente afectado. Esta molestia se inicia rápidamente y se vuelve más intensa, también se puede observar un aumento de movilidad de un diente o de un grupo de dientes, el dolor, es pulsátil, grave, sordo y constante. Los cambios térmicos no parecen eliminar o modificar la molestia. El cambio de tono, color y contorno gingivales puede no presentarse en las primeras etapas del absceso, sin embargo, a medida que progresa la infección, existe un cambio en el color gingival que va de normal a eritematoso o de la cianosis parda. El cambio de color viene acompañado de pérdida en el tono tisular, con grados cada vez mayores de edema e hiperemia. El tejido que cubre el área afectada se distenderá y volverá brillante. El aumento de infiltración inflamatoria hará que el diente se eleve en el alveolo causando mayor movilidad. Puede o no presentarse exudado purulento de la bolsa a la presión digital. La bolsa puede ser tan extensa como para abarcar el ápice-

radicular, o bien estrecha y tortuosa afectando varias superficies de la raíz. Con esta afección dental aguda pueden aparecer manifestaciones generales. Podría presentarse hipertermia generalizada, linfadenopatía localizada y malestar general.

El tratamiento se enfoca al alivio de la sintomatología y a ayudar al mecanismo del huésped para que lleve a cabo la localización necesaria. En los casos en donde no se pueda determinar una bolsa específica como la región de formación del absceso, el paciente deberá ser sometido a antibioticoterapia sistémica. Si el absceso no se encuentra localizado pero puede determinarse cual es el diente afectado, se desbrida suavemente la bolsa alrededor del diente y se trata de eliminar todo cálculo subgingival, sosteniendo mientras tanto el diente con presión digital leve. El surco se irriga con solución yodada, como lavado, no se inyecta o introduce en la bolsa a presión, en seguida se coloca pasta de acromicina.

Cuando el absceso periodontal agudo es localizado y puede palparse una región fluctuante, se lleva a cabo una incisión y drenaje en el borde más inferior del área fluctuante, la incisión debe hacerse al periostio, seguida por una suave ampliación del área de incisión con pinzas de mosquito. Esta dilatación ayuda a evacuar sangre y supuración. Muchas veces es útil colocar una banda estéril de dique de hule en la incisión, para mantener un punto de drenaje. (4).

12.- TRAUMA DE OCLUSION.- Es un factor etiológico importante en la enfermedad periodontal. La comprensión de sus efectos sobre el periodon-

to es útil en el manejo clínico de problemas periodontales.

El trauma de oclusión es una parte integral del proceso destructivo de la enfermedad periodontal. No genera gingivitis o bolsas periodontales iniciadas por la irritación local.

El trauma de la oclusión y la inflamación son procesos patológicos diferentes que se presentan en la misma enfermedad, la periodontitis. No son enfermedades diferentes.

La inflamación comienza en la encía y se extiende hacia los tejidos periodontales de soporte; el trauma de la oclusión comienza en los tejidos periodontales de soporte; los dos causan destrucción de tejidos. Se convierten en factores codestructivos interrelacionados capaces de producir cambios reconocibles, desde el punto de vista clínico y radiográfico, en el periodonto.

En razón de que hay variaciones individuales en la respuesta periodontal a factores bucales locales y puesto que la inflamación del trauma de la oclusión se presenta en combinaciones de diversa intensidad, no siempre producen bolsas infraaseas o defectos óseos angulares (verticales) o crateriformes. Sin embargo, cuando estas lesiones están presentes, la causa posible es la combinación de inflamación y trauma de la oclusión. Puede haber otros factores etiológicos, pero no han sido determinados hasta el momento.(17)

Causas.— Tienen su origen en la alteración de las fuerzas oclusales disminución de la capacidad del periodonto para soportar fuerzas oclusales, o una combinación de ambas cosas.

El criterio que determina si la oclusión es traumática, es si produce lesión, y no como ocluye los dientes. Toda oclusión que produce lesión periodontal es traumática. La maloclusión no produce necesariamente trauma; puede haberlo cuando la oclusión parezca "normal". La dentadura puede ser aceptable desde el punto de vista anatómico y estético, pero lesiva desde el funcional. Por el contrario no todas las maloclusiones son obligatoriamente lesivas para el periodonto. Una fuerza oclusal intensa no es traumática si el periodonto se adapta a ella.

El trauma se describe como factor primario o secundario "complicante" en la etiología de la destrucción periodontal.

Primario:- En la destrucción periodontal si la única alteración local a la que está sujeto el diente es la oclusal. Ejemplo: - después de la colocación de una obturación alta; una vez instalado un aparato de prótesis que crea fuerzas excesivas sobre pilares y dientes antagonistas; después de la migración o extrusión de dientes hacia los espacios originados por el no reemplazo de dientes ausentes, y después del movimiento ortodóntico de los dientes hacia posiciones funcionalmente inaceptables.

Secundario:- (Complicante). Cuando la capacidad del periodonto para soportar las fuerzas oclusales está deteriorada. El período se torna vulnerable a la lesión y las fuerzas oclusales antes fisiológicas se convierten en traumáticas. (17)

Obj.- 3.4 IDENTIFICAR LAS ENFERMEDADES QUE SE MANIFIESTAN EN LA UNION MUCOCUTANEA Y CAVIDAD ORAL.

Un clínico que intente diagnosticar enfermedades ulcerosas y vesicoampollosas de la boca, observa varios trastornos que tienen aspecto clínico similar. La mucosa bucal es delgada, de manera que vesículas y ampollas se rompen rápidamente, dejando úlceras. Las úlceras sufren fácilmente traumatismos por los dientes, como por el alimento, y se infectan secundariamente por acción de la flora bucal. Estos factores múltiples provocan lesiones que pueden tener aspecto característico en la piel, pero totalmente inespecíficos en la mucosa bucal. Así pues, el clínico casi siempre debe utilizar la historia detallada y las pruebas de laboratorio para lograr el diagnóstico adecuado.

Hay tres criterios útiles para clasificar las lesiones de pacientes que presentan úlceras o vesículas en la boca.

Duración de las lesiones existentes.

Antecedentes de lesiones similares.

Número de lesiones (única o múltiples)

Estos tres datos ayudarán al clínico a catalogar rápidamente la enfermedad del paciente, facilitando el diagnóstico.

1.- HERPES SIMPLE.- Enfermedad infecciosa aguda, los tejidos que ataca con frecuencia derivan del ectodermo y son: piel, mucosas, ojos y sistema nervioso central.

Características clínicas.- Cuando se da en niños es con frecuencia el ataque primario y se caracteriza por fiebre, irritabilidad, cefa-

lea, dolor al tragar y linfadenopatía regional. A los pocos días, la boca se torna dolorosa y la encía se inflama intensamente. También pueden estar afectados, labios, lengua, mucosa vestibular, paladar, faringe y amígdalas. Al poco tiempo se forman vesículas amarillentas llenas de líquido. Se rompen dejando úlceras poco profundas, irregulares y en extremo dolorosas, cubiertas de una membrana gris y rodeadas de un halo eritematoso. Curan espontáneamente entre 7 a 14 días y no dejan cicatriz.

La estomatitis recurrente se observa en adultos y es una forma atenuada de la primaria, está asociada con traumatismo, fatiga, menstruación, embarazo, infección de vías respiratorias superiores, trastornos emocionales, alergia, exposición a la luz solar o lámparas ultravioleta y trastornos gastrointestinales. Las lesiones suelen ir precedidas de una sensación de ardor y tirantez, hinchazón leve y sensibilidad. Las vesículas son pequeñas, tienden a aparecer en grupos. En los labios, estas vesículas se cubren de una costra parduzca. Raras veces se origina en la mucosa móvil a diferencia de la úlcera aftosa recurrente que casi siempre lo hace en la mucosa móvil. (36)

2.- HERPES ZOSTER.- Se caracteriza por la inflamación de los ganglios de la raíz dorsal, y los nervios craneales extramedulares, junto con erupciones vesiculares de la piel o membranas mucosas en las zonas inervadas por los nervios sensoriales afectados. El virus neurotrófico que causa esta enfermedad, es el mismo de la varicela.

Características clínicas.- Al principio, el paciente tiene fiebre, malestar general, dolor y sensibilidad en el trayecto de los nervios

sensoriales afectados, por lo general de un sólo lado. Al cabo de algunos días, presenta una erupción papular o vesicular longitudinal en piel o mucosas inervadas por los nervios afectados. Rotas las vesículas comienza la cicatrización.

Manifestaciones bucales.- Aparece en cara, por infección del nervio trigémino. Las lesiones en mucosa bucal son muy comunes, hay vesículas dolorosas en mucosa vestibular, lengua, úvula, faringe y laringe, estas se rompen y dejan zonas erosionadas. Un rasgo característico es la unilateralidad. (36)

3.- FARINGITIS LINFONODULAR AGUDA.- Características clínicas. Afecta de preferencia a niños y adultos jóvenes. Las molestias principales consisten en dolor de garganta, elevación de la temperatura que varía de 37.7 a 40.5°C, cefalea leve y anorexia. Los pacientes no presentan rinorrea, tos traqueítis, gingivostomatitis, erupciones cutáneas, artralgia, otitis media ni linfadenopatía.

Manifestaciones bucales.- Consisten en pápulas elevadas, circunscritas, blanquizcas o amarillentas y sólidas, rodeadas por una estrecha zona de eritema. Las lesiones no son vesiculares y no se ulceran. — Aparecen, en úvula, paladar blando, pilares anteriores y orofaringe posterior.

Tratamiento.- No hay tratamiento específico. La antibioticoterapia no aporta beneficios. (36)

4.- MONILIASIS.- Enfermedad causada por infección del hongo "candida albicans" o "monilia". Se encuentra con frecuencia en la cavidad

bucal, sin producir sintomatología clínica, por lo que, parece ser, la sola presencia del hongo no es suficiente para producir enfermedad, sino que deben presentarse otras condiciones tales como: desnutrición, avitaminosis, debilidad, etc. y condiciones locales como: prótesis mal adaptada, carencia de dientes y falta de higiene. Es frecuente en embarazadas y el recién nacido al paso por la vagina, si hay vaginitis moniliásica.

Características clínicas.- Se observa la lesión bucal como una placa blanda, blanca y ligeramente elevada. Es más frecuente en la lengua y en la mucosa bucal; pero puede ser vista en el paladar, encía, piso de la boca y comisuras de los labios. En casos severos toda la cavidad puede estar infectada. Se observa también en los procesos alveolares de pacientes desdentados.

Diagnóstico diferencial.- La placa de moniliasis puede ser separada del tejido subyacente, dejando una superficie sangrante. En cambio, la leucoplasia, leucoedema y liquen plano permanecen adheridas.

Tratamiento.- Antimicóticos tales como la nistatina, en forma sistémica como local. (11)

LIQUEN PLANO.- Alteración frecuente. Su aparición en la mucosa oral precede a su aparición en la piel.

Características clínicas.- Se observan una serie de líneas radiadas de color blanco o gris, aspecto aterciopelado y ligeramente elevadas; a veces cruzadas por otras líneas del mismo color llamadas estrías de Wickham, lo que da efecto de un fino encaje.

Una pequeña eminencia blanca se encuentra en la intersección de las líneas. Algunas veces las líneas se unen y forman placas o pápulas; en este caso las estrías radiadas se notan únicamente en la periferia de la lesión.

Aparece con más frecuencia en la mucosa bucal y le siguen en orden de frecuencia, lengua, labios, encía, piso de la boca y paladar. Después de las manifestaciones orales, pueden pasar semanas o meses antes de que la lesión en piel, en la que se observa como pequeñas papilas planas, de unos cuantos milímetros, se van uniendo hasta formar grandes placas.

Tanto en la boca, como en la piel, puede complicarse por la formación de erosiones, lesiones ampulares y ulceraciones dolorosas profundas.

Tratamiento.- No hay tratamiento específico; la vitaminoterapia y la estabilidad emocional del paciente parecen favorecer la recuperación. (11)

PERLECHE.- (Queilitis angular). Es una lesión en la cual varios factores predisponentes desempeñan un papel importante. Causada por microorganismos tales como *Candida albicans*, estafilococos y estreptococos.

En la comisura de la boca se forman pliegues en los cuales tiende a estancarse la saliva, y la piel se macera, se fisura e infecta en forma secundaria por acción de estos microorganismos.

Características clínicas.- Se da en niños pequeños y adultos. Hay sensación de sequedad y ardor en las comisuras, el epitelio de estas está arrugado y algo macerado, con el tiempo las arrugas se profundizan y forman fisuras o grietas más profundas que se ulceran pero no tienden a sangrar. Puede formarse una costra exudativa superficial. Estas no llegan a la superficie mucosa de las comisuras en el interior de la boca, se detienen en la unión mucocutánea. (36)

GLOSITIS.- Trastorno agudo o crónico de la lengua.

Etiología.- Puede ser una enfermedad primaria o un síntoma de una enfermedad en otra parte del cuerpo.

Sintomatología y diagnóstico.- Las manifestaciones clínicas varían mucho, aún cuando las lesiones en algunos trastornos son características, la glositis en cierto número de procesos es de un aspecto muy semejante. Las áreas lisas denudadas, si no son dolorosas, pueden indicar lengua geográfica, si son moderadamente dolorosas, anemia o pelagra; si son alteradoras y persistentes, la glositis de Mueller (lengua lisa, brillante o vidriosa). La glositis rómbica media, lesión del desarrollo, consiste en un área lisa en forma de rombo en la superficie dorsal del tercio medio de la lengua. La lengua vellosa debida al crecimiento excesivo y profuso de las papilas filiformes, suele ser asintomática, y muchas veces sigue a la terapéutica de antibióticos o a un uso excesivo de colutorios que liberan O_2 . La glositis aguda grave, ocasionalmente se produce por infección, quemaduras o traumatismos locales. Puede desarrollarse rápidamente produciendo dolor con tumefacción suficientes para causar protrusión de la lengua y peligro de obstrucción de las vías aéreas y sofocación, la

masticación, la deglución y el habla son dolorosas y, a veces imposibles.

Los pacientes se quejan de una sensación de quemazón dolorosa sin signos clínicos de inflamación. Muchas pacientes son postmenopáusicas. Es necesario excluir las anemias incipientes, diabetes o deficiencias nutricionales latentes.

Pronóstico.- Cuando es incipiente la respuesta suele ser inmediata; retardada en las alteraciones inespecíficas o crónicas; la lengua geográfica y la rómbica, tienden a persistir.

Tratamiento.- Los trastornos cuasales como anemia, deficiencias vitamínicas e infecciones generalizadas se tratan según está indicado. Tienen que evitarse el alcohol, el tabaco, las especias y las bebidas calientes e irritantes. Se administra una dieta blanda o líquida, de preferencia enfriada. Debe insistirse en una buena higiene oral, con inclusión de un cuidado apropiado de los dientes.

Las infecciones orales deben recibir terapéutica específica, el dolor de las lesiones que interfiere al comer, puede aliviarse temporalmente mediante enjuagues con colutorio amortiguador, antes de cada comida; los anestésicos tópicos aplicados a las lesiones aisladas, también aportan alivio; ocasionalmente, son necesarios analgésicos generales (aspirina o acetaminofen).

El paciente con síntomas de quemazón dolorosa, pero con una lengua clínicamente normal, requiere un tratamiento especial, se debe tranquilizar al paciente pues puede ser de tipo emocional. (4)

Obj.- 3.5 ENLISTAR LAS LESIONES NEOPLASICAS MAS FRECUENTES EN BOCA.

El estudio de los tumores de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, constituye una fase importante de la odontología por el papel que desempeña el odontólogo en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Aunque los tumores constituyan sólo una pequeña minoría de los estados patológicos observados por el odontólogo, son de gran importancia porque tienen la capacidad potencial de amenazar la salud a la longevidad del paciente. Es de enorme importancia que esté familiarizado con ellos para que, cuando se presente uno, pueda realizar el tratamiento apropiado o derivarlo al terapeuta adecuado.

Un tumor, por definición, es simplemente una hinchazón del tejido; en sentido estricto, la palabra no implica un proceso neoplásico. No guardan relación alguna con las neoplasias verdaderas.

La neoplasia es un fenómeno biológico mal comprendido que, en algunos casos, no puede ser diferenciado de otros procesos o de acciones tisulares. Si bien no existe una definición precisa de neoplasia, se la suele considerar una neoformación independiente e incoordinada de tejido que es potencialmente capaz de proliferar ilimitadamente, y que no cede una vez eliminado el estímulo que produjo la lesión.

1.- PAPILOMA.- Es una neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial. Es frecuente que se confunda clínicamente con un fibroma, pero cada uno de ellos posee ciertas características definidas.

Características clínicas.- El papiloma es una proliferación exofítica compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrugosa o "en coliflor". - Casi siempre es un tumor pedunculado bien circunscrito, ocasionalmente sésil; en la boca, se le encuentra más comunmente en la lengua, labios, mucosa bucal, encía y paladar, particularmente en la zona adyacente a la úvula. La mayoría de los papilomas tienen solamente unos pocos milímetros de diámetro, pero se encuentran lesiones que miden varios centímetros. Aparecen a cualquier edad y se observan hasta en niños pequeños.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento consiste en la excisión incluida la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo. Si la excisión es apropiada, la recidiva es rara. La degeneración maligna es remota, aunque hay que mirar con desconfianza la fijación de la base o la induración de los tejidos más profundos. (36)

2.- LEUCOEDEMA.- Clínicamente se asemeja a la leucoplasia incipiente, pero difiere de ella en ciertos aspectos.

La etiología es desconocida.

Características clínicas.- Varía entre el de una película opalescente sobre la mucosa en los periodos incipientes y una capa blanca grisácea más definida con una superficie con arrugas gruesas en los periodos -

tardíos. En la mayoría de los casos, las lesiones son bilaterales y, frecuentemente, afectan gran parte de la mucosa vestibular, y se extienden hacia la superficie bucal de los labios. Es más notable a lo largo de la línea oclusal de la zona de premolares y molares. En algunos casos se produce descamación, que deja una superficie erosionada. Como el leucoedema es simplemente una variante de la mucosa normal, no se necesita tratamiento alguno. (36)

3.- HEMANGIOMA.- Llamado también "nevus vascular", es un tumor caracterizado por la proliferación de capilares sanguíneos, generalmente de origen congénito y que en la mayoría de los casos sigue un curso benigno. La lesión aparece desde el nacimiento, o en los primeros meses de vida, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre, más del 50% aparecen en cabeza o cuello.

En la boca se observa como una placa de color rojo oscuro o azul, que generalmente palidece a la presión, plana y bien circunscrita, aparece con más frecuencia en los labios, lengua y paredes laterales de la boca, extendiéndose muchas veces a la piel anexa de la cavidad bucal. En varias ocasiones afecta la mandíbula y el maxilar, con las características de una lesión oseo-destructiva.

Características clínicas.- Histológicamente está compuesta por una gran cantidad de pequeños capilares y células endoteliales; con núcleos hiper Cromáticos; así como tejido conectivo.

Tratamiento.- Como el proceso es benigno, en la mayoría de los casos no se requiere tratamiento, pero cuando esté indicado será quirúrgico,-

por radioterapia y algunas veces pueden utilizarse también agentes esclerosantes. (11)

4.- HEMANGIOENDOTELIOMA.- Es una lesión de poca malignidad, formada por células endoteliales de naturaleza vascular y de carácter infiltrativo. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo; preferentemente en la piel y el tejido subcutáneo; en la boca aparece en: labios, paladar, encía y lengua. Su apariencia general es semejante al hemangioma y se diferencia de este por su tendencia al sangrado y su carácter invasivo.

Características clínicas.- Histológicamente, se compone de células endoteliales, arregladas en columnas y con numerosos capilares y anastomosis vasculares.

Tratamiento.- El tratamiento es quirúrgico, acompañado de radioterapia. (11)

5.- CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.- Se le conoce también con el nombre de cáncer epidermoide y representa casi el 90% de los cánceres orales; por lo que su detección precoz y tratamiento es sumamente importante.

Su evolución tiene dos etapas, en la primera o fase de iniciación, las células epiteliales normales se convierten en células tumorales latentes; en la segunda fase de promoción, estas células son estimuladas por la acción repetitiva de agentes carcinogénicos, hasta convertirse en tumoraciones visibles.

La distribución intraoral de este tipo de carcinoma es aproximadamente como sigue:

Lengua	49%
Piso de la boca	19%
Mucosa alveolar	13%
Paladar	11%
Mucosa bucal	8%

La relación de frecuencia entre hombres y mujeres es de 3 a 1 y su aparición aumenta después de los 40 años.

Los agentes carcinógenos se pueden dividir en:

Intrínsecos: (alcoholismo, avitaminosis y sífilis) (informes más recientes parecen descartar la sífilis como factor significativo).

Extrínsecos: (tabacos, radiaciones solares, traumatismos por prótesis, dientes fracturados, calor por pipa).

El aspecto clínico del carcinoma de células escamosas, presenta algunas variaciones; sobre todo, en su iniciación, en la que se puede observar como una zona eritematosa, como una placa blanquesina o como una masa polinodular con ulceración superficial.

Al ir evolucionando toma el aspecto de una masa tumoral, indurada en la base y con los bordes irregulares, invade profundamente los tejidos adyacentes. En cualquier lesión con características semejantes a las descritas, que haya evolucionado lentamente, sin causa apa-

rente y en la que hayan fallado los tratamientos habituales, debe considerarse como sospechoso de carcinoma y se impone por tanto, practicar biopsia y estudio anatomopatológico consiguiente.

Características clínicas.- Se caracteriza por masas o cordones irregulares de células escamosas que invaden los tejidos subyacentes. En la región central de estas masas, las células están queratinizadas. Las células que forman el grueso de la lesión, poseen núcleos más grandes y su citoplasma tiende a la eosinofilia.

Tratamiento.- Como en todos los cánceres, se indica la erradicación quirúrgica amplia, acompañada de quimioterapia y radiaciones, con control permanente del enfermo. (11)

6.- AMELOBLASTOMA.- El ameloblastoma, es una neoplasia verdadera con tejido del tipo del órgano del esmalte, que no llega a una diferenciación tal que pueda formar esmalte. (11)

La etiología exacta del ameloblastoma se desconoce, aunque varios investigadores han formado teorías en las que se le atribuyen diversos orígenes como: restos epiteliales de Malassez, remanentes de la vaina de Hertwig, restos celulares del órgano del esmalte, restos epiteliales de quistes odontogénicos, anomalías en el desarrollo del órgano del esmalte y la capa basal de la mucosa bucal.

Thomas y colaboradores opinan que es muy difícil que el ameloblastoma se derive de un quiste no neoplásico.

Características clínicas.- Este tipo de lesión es indolora y de crecimiento lento, afecta con mayor frecuencia al maxilar inferior y se -

presenta en ambos sexos entre la tercera y quinta década de la vida, es invasivo y presenta recidiva en muchos casos, aunque solo en un pequeño número de casos se ha reportado metástasis, generalmente causadas por metástasis faciales. El aspecto microscópico tiene variaciones pero siempre hay proliferación epitelial y estroma.

Tratamiento.- La resección o hemiresección quirúrgica son el tratamiento de elección, aunque hay investigadores que sugieren radioterapia o quimioterapia cuando el tumor es inoperable.

7.- MIXOMA ODONTOLOGICO.- Es un tumor de los maxilares y la mandíbula que se origina presumiblemente del tejido mesenquimatoso del germen dentario. Se presenta después de los 20 años y antes de los 50, tanto en hombres como en mujeres, con mayor frecuencia en la mandíbula, produce dilatación ósea marcada y deformación facial, en algunas ocasiones se puede presentar dolor intenso. (11)

Características clínicas.- No hay evidencia clínica que demuestre el origen odontogénico, pero esto es lo más probable ya que no se ha reportado ningún caso de mixoma en huesos fuera del esqueleto facial.

El mixoma está formado de células estrelladas dispuestas libremente, con prolongaciones citoplasmáticas que tienden a anastomarse. La sustancia intercelular es mucoiderica en ácido hialurónico. En algunos tumores se observa epitelio alrededor del borde del tumor.

Tratamiento.- El tratamiento para este tipo de lesión es la enucleación seguida de cauterización aunque es una neoplasia benigna la recidiva es frecuente.

FIBROMA AMELOBLASTICO.- Es una neoplasia odontogénica mixta por que hay proliferación de elementos epiteliales y mezenquimatosos sin formación de esmalte y dentina. Se presenta en ambos sexos entre los 5 y 20 años de vida. La lesión es de crecimiento lento y no tiende a ser invasiva, suele producir una dilatación indolora y asintomática, radiográficamente se ve una radiolucencia con una ligera condensación marginal. La localización más común de esta lesión es la región molar mandibular.

Características clínicas.- El estudio histológico de esta lesión pone en evidencia que el fibroma está encapsulado, formado por islas de células epiteliales que pueden ser cuboidales o columnares.

El componente mezenquimatoso, es tejido conectivo primitivo que se asemeja al de la pulpa dental.

Puede haber vasos sanguíneos y en áreas del tejido conectivo hialinización.

Tratamiento.- La eliminación quirúrgica es el tratamiento de elección; la cirugía es conservadora debido a que el tumor no invade el hueso. Se ha notado poca tendencia a la recidiva.

9.- **ODONTOMA.**- Es un tumor de origen epitelial y mesenquimatoso cuyas células han dado lugar a la formación de esmalte y dentina; en la literatura se citan tres tipos de odontoma, el ameloblástico, el complejo y el odontoma compuesto.

El odontoma complejo se caracteriza por poca morfodiferenciación, es decir, es una masa simple e irregular de tejido que no tiene parecido con ningún diente.

El odontoma compuesto, tiene morfodiferenciación e histodiferenciación, la dentina y el esmalte están compuestos de manera muy similar a la de los dientes normales y la apariencia del odontoma es muy parecida a la de ellos, solo hay variaciones en cuanto a tamaño.-(11).

El odontoma ameloblástico es un tumor con numerosas células ameloblásticas y estructuras dentales sólidas.

La etiología es desconocida.

Características clínicas.- Analizaremos los dos tipos de odontomas más frecuentes, el complejo y el compuesto, el odontoma ameloblástico lo veremos por separado.

Pueden aparecer en cualquier época de la vida, pero se les encuentra más comúnmente entre los 10 y 30 años, no son malignos suelen ser asintomáticos y generalmente son pequeños, pueden estar asociados al desarrollo de un quiste dentígeno y producir expansión ósea.

Pueden estar asociados a dientes sin erupcionar porque en ocasiones se sitúan a nivel de las raíces de los dientes deciduos y obstaculizan la erupción de los permanentes.

Tratamiento.- La extirpación quirúrgica.

10.- ODONTOMA AMELOBLASTICO.- Es una neoplasia en la que se encuentran células ameloblásticas y estructuras calcificadas e irregulares.

La etiología es desconocida.

Características clínicas.- Aparece frecuentemente en niños y se puede desarrollar tanto en mandíbula como en maxilar. Es de lento crecimiento y puede causar expansión o sea, en ocasiones hay dolor - aunque no intenso y generalmente hay absorción osea.

Tratamiento.- Es controversial. (11)

11.- CARCINOMA DEL SENDO MAXILAR.- Esta neoplasia, no es frecuente, pero es peligrosa porque los síntomas se pueden confundir fácilmente con un proceso dentario.

La etiología es desconocida, pero es frecuente en pacientes que han tenido sinusitis.

Características clínicas.- Afecta más a hombres y se presenta después de la quinta década de la vida. El primer signo importante es el agrandamiento del proceso alveolar superior que puede ir acompañado de aflojamiento y destrucción de los molares, puede haber tumefacción de la cara abajo del ojo y obstrucción nasal, dolor dentario de origen inexplicable o parestesias de la piel y mucosa.

Tratamiento.- Puede ser quirúrgico, combinado con radiaciones, la hemimaxilectomía ha dado buen resultado.

Pronóstico.- Este tipo de cáncer es bastante malo. (11)

12.- CARCINOMA DE LA ENCÍA Y MUCOSA ALVEOLAR.- El cáncer de la encía es una neoplasia frecuente, que en ocasiones no es oportunamente diagnosticada debido a su similitud con infecciones comunes, que afectan encía y mucosa alveolar.

La etiología es desconocida.

Características clínicas.- Se desarrolla generalmente después de los 60 años y tiene igual insidencia en ambos sexos. Afecta más frecuentemente a la encía mandibular aunque puede presentarse en la encía del maxilar.

Su aspecto suele ser variado, puede verse como un nódulo con superficie granular, una úlcera indolora rodeada por tejido inflamatorio, o bien tener un aspecto francamente verrugoso.

Este tipo de neoplasia invade al hueso en un 50%, en muchas ocasiones ocurre la fractura patológica del hueso involucrado.

El tratamiento de lesión es el quirúrgico. (11)

13.- ADENOMA PLEOMORFO.- (tumor mixto) Es el más común de los tumores glandulares salivales, y constituye más del 50% de todos los casos de tumores originados en las glándulas salivales principales y menores y el 90% de todos los tumores glandulares benignos.

Características clínicas.- La localización más común es en la glándula parótida, aunque puede aparecer en cualquiera de las glándulas principales o en las accesorias distribuidas en toda la boca, es más frecuente en mujeres.

El paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño a veces con crecimiento intermitente. Este tumor, particularmente el de la glándula parótida, es en forma típica, una lesión que no presenta fijación a los tejidos más profundos ni a la piel que lo cubre, - suele ser una lesión irregular nodular de consistencia firme, aunque a veces se palpan zonas de degeneración, cuando estos tumores son superficiales.

Es raro que la piel se ulcere a pesar de que alcanzan grandes tamaños, no hay dolor, pero el malestar local si es frecuente.

Tratamiento y Pronóstico.- La extirpación quirúrgica. (11)

14.- ADENOMA CANALICULAR.- Es un tumor glandular benigno salival.

Características clínicas.- Se origina casi exclusivamente en el tejido de las glándulas salivales accesorias intrabucales y en la gran mayoría de los casos, se presenta en el labio superior, es más frecuente en personas mayores de 60 años, suele presentarse como un nódulo firme, bien circunscrito, de crecimiento lento particularmente en el labio, no es fijo y puede despalzarse hasta cierta distancia.

Tratamiento y pronóstico.- Extirpación quirúrgica, su recidiva es rara.

15.- ADENOMA PLEOMORFO MALIGNO. (Tumor mixto).- A veces sucede que los tumores tienen un cuadro benigno, pero dan metástasis a manera de una lesión primaria, aunque se asemejen a un tumor benigno, presentan zo

nas citológicamente malignas.

Características clínicas.- No hay diferencia clínica obvia entre el adenoma pleomorfo benigno y el maligno.

Tratamiento y pronóstico.- Es esencialmente quirúrgico, tiene un elevado índice de recidivas que son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación.

16.-CARCINOMA QUISTICO ADENOIDEO.- Es una forma de adenocarcinoma tan característica como para justificar una separación en la clasificación de los tumores glandulares malignos. Lesiones histológicamente similares se producen en las glándulas salivales accesorias intrabucales - así como las lagrimales y de los senos paranasales, faringe, traquea, bronquios, piel y mamas.

Características clínicas.- Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia por este tumor son parótida, submaxilar y accesorias del paladar y la lengua. Es más común entre la quinta y sexta década, las manifestaciones son: dolor local temprano, parálisis del nervio facial, en caso de tumores parotídeos fijación de estructuras profundas e invasión local. Algunas de estas lesiones, particularmente las intrabucales, tienen ulceración de la superficie.

Tratamiento y pronóstico.- Es fundamentalmente quirúrgico y de irradiación. (11)

17.- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.- Este carcinoma se compone de células secretorias de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variables.

Características clínicas.- La mayoría de los carcinomas mucoepidermales de las glándulas salivales principales, se originan en la glándula parótida, aunque también se pueden asentar en otras glándulas principales y especialmente en las accesorias intrabucuales.

El tumor de alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor como síntoma temprano. La parálisis facial es frecuente.

El carcinoma no es encapsulado sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos y en un elevado porcentaje de casos, a metastatizar a los ganglios linfáticos regionales.

Tratamiento y pronóstico.- Es quirúrgico, en algunos casos responde a radiaciones. (11)

Obj.- 3.6 MENCIONAR LAS DIFERENTES MALOCCLUSIONES Y PATOLOGIAS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Es importante recordar que la maloclusión es una deformidad o una alteración del desarrollo, y no una enfermedad.

La primera responsabilidad del dentista es mantener o restaurar la oclusión para permitir el funcionamiento normal de la cavidad bucal. Además debe procurarse evitar las dos principales enfermedades de los dientes, la caries y la afección periodontal.

La articulación temporomandibular en el hombre difiere de otras articulaciones en lo siguiente: es una articulación doble. Como las articulaciones derecha e izquierda son extensiones posteriores del maxilar, una articulación no puede funcionar sin la otra. Se trata de una articulación a presión. Esto queda indicado por el tejido fibroso avascular que cubre las superficies articulares, y el disco articular fibroso avascular. No hay cartilago en el tejido fibroso que cubre la superficie articular de las partes óseas de la articulación ni el menisco (disco). Hay una interdependencia de función a base de una triada equilibrada de las articulaciones derecha e izquierda, el contacto de los dientes, y el sistema neuromuscular relacionado. La oclusión de los dientes provoca un paso mecánico definitivo o sea un punto final del cierre de las articulaciones, y constituye una fuente bastante precisa de sensación propioceptiva mandibular. No se trata de una verdadera articulación de fosa-cóndilo; la profundidad de la fosa no es funcional. Es en realidad una articulación de cóndilo y eminencia con las partes articulares que son la superficie articular del cóndilo maxilar y las superficies inclinadas posterior y inferior de la eminencia articular del hueso temporal.

Con el nombre de maloclusión se conocen las grandes variaciones de la posición de los dientes. A continuación mencionaremos las diferentes maloclusiones que podemos hallar en boca:

1.- APIÑAMIENTO GENERAL.- Se ve frecuentemente cuando los premolares y molares están en buena posición, y, puede ser alterada por:

- a) Extracción precoz de temporales.
- b) Detención en el desarrollo del maxilar.
- c) Desarrollo excesivo en el tamaño de los dientes.
- d) Dientes supernumerarios.
- e) Erupción de terceros molares en arcadas pequeñas.

2.- MORDIDA CERRADA.- Cuando los dientes de la arcada superior cubren más de un tercio a los dientes de la arcada inferior, es aceptable, pero si es mayor de tal manera que no se vean los incisivos.

La sobremordida horizontal (overjet), es la distancia que existe entre la superficie vestibular de los dientes inferiores y la superficie lingual de los dientes superiores y que normalmente es de 2 mm.

De los métodos existentes que clasifican las maloclusiones, hay uno que se conserva en su totalidad tal como fué enunciado, este sistema es el de Angle. El sistema se basa en las relaciones antero-posteriores de ambos maxilares y más específicamente a la relación entre los primeros molares permanentes maxilares y mandibulares.

En el método de Angle, existen tres clases que se exponen a continuación:

3.- MORDIDA ABIERTA.- Se considera cuando un grupo de dientes no hace contacto con sus antagonistas, puede ser anterior o posterior.

4.- MORDIDA CRUZADA.- Se considera cuando los dientes inferiores se encuentran por fuera de los superiores y puede ser: anterior, posterior, unilateral y bilateral. (14)

MORDIDA BORDE A BORDE.- Se considera cuando los bordes incisal de los dientes superiores hacen contacto con los bordes incisales de los dientes inferiores y puede ser anterior o posterior.

5.- MALPOSICIONES INDIVIDUALES DE LOS DIENTES.- Se refiere a la relación de los dientes de una arcada con los dientes proximales de la misma y en menor grado, con los dientes del arco opuesto.

La línea de oclusión de los dientes y la línea media de la cara, son la guía para las siete posiciones: (14)

- a) Mesial, el diente que está cerca de la línea media de la cara, posición común en el arco dental pero aún en la línea de oclusión.
- b) Distal, diente alejado de la línea media, pero aún en la línea de oclusión.
- c) Labial, incisivo o canino fuera de la línea de oclusión hacia los labios; bucal, un diente posterior hacia los carrillos.
- d) Lingual, un diente dentro de la línea de oclusión, hacia la lengua.
- e) Torsi ó giroversión, diente que se ha girado en su eje.

- f) Infraerupción, diente más abajo del plano de oclusión.
- g) Supraerupción, diente por encima del plano de erupción.

La sobremordida vertical (overbite), es la distancia que existe entre el borde incisal de los dientes superiores y el borde incisal de los dientes inferiores. Normalmente, el borde incisal de los dientes superiores llega hasta la unión del tercio medio con el tercio incisal de los inferiores.

Empíricamente se ha visto que la oclusión considerada "ideal" cumple casi totalmente las funciones de la masticación, del habla y estéticas. Sin embargo, se debe señalar que una buena oclusión "funcional" puede también satisfacer estas necesidades incluso aunque no sea "ideal" o hasta "normal".

Por definición, una oclusión funcional es la que permite una función normal. El concepto de oclusión normal se desarrolla a partir de las descripciones en los textos clásicos y de los conocimientos en anatomía dental en la que todos los dientes están alineados de forma regular y precisa, sin desviaciones, sin estar amontonados o espaciados, y con una interrelación precisa entre las cúspides y las fosas de los dientes opuestos. Esta alineación se conoce más bien como "ideal". Sin embargo, es importante señalar que esta oclusión ideal casi no existe en la naturaleza y que no hay ninguna prueba de que sea un requisito esencial para tener una buena salud dental. La oclusión normal se define como una que se acerca mucho a la ideal. Se considera que las pequeñas desviaciones en la posición de los dientes entra dentro de los límites biológicos normales.

- A) CLASE I.- (Neutroclusión). En esta clasificación entran todas aquellas oclusiones en las que se observa una relación ante anteroposte—rior entre los maxilares. Tomando en cuenta la posición de los primeros molares superior e inferior, estas se encontrarán situadas de la—manera siguiente: la cúspide mesiovestibular del primer molar supe—rior descansa en la foseta mesiovestibular del primer molar inferior.
- B) CLASE II.- (Distocclusión-retrognatismo). Esta clase de oclusión se -observa una relación distal de la mandíbula con el maxilar. Su situa—ción es: la cúspide distovestibular del primer molar superior descan—za sobre la foseta mesiovestibular del primer molar inferior. (14)

División I.

- 1.- Distocclusión bilateral — incisivos en posición labial - anterior.
- 2.- Respiración bucal.

Subdivisión I.

- 1.- Distocclusión unilateral — incisivos en posición labial- anterior.

División II

- 1.- Distocclusión bilateral — incisivos en linguoversión.

Subdivisión I.

- 1.- Distocclusión unilateral — incisivos en linguoversión.

C) CLASE III.- (Mesioclusión-prognatismo). Constituyen esta clase todas aquellas oclusiones en las que existe una relación mesial de la mandíbula con el maxilar. De esta manera, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior descansa sobre la foseta distovestibular del primer molar inferior.

División.-

Ambos primeros molares inferiores en relación oclusal mesial al molar superior. Bilateralmente mesial.

Subdivisión.-

Unilateralmente mesial. (14)

La articulación temporomandibular es una de las más importantes y peor conocidas de todas las muchas del cuerpo. Antes, debido a su particular posición anatómica en relación con otras estructuras, el odontólogo solía considerarla ajena a su responsabilidad. Pese a muchos adelantos hechos, la mayoría de investigaciones experimentados en los problemas de la articulación temporomandibular quedarán de acuerdo que estamos apenas en los umbrales del desarrollo del conocimiento de estos trastornos.

6.- TRASTORNOS INFECCIOSOS.- Puede resultar de invasión bacteriana o de participación de la articulación desde una infección vecina que se propague.

Signos y síntomas.- 1) caracterizado por los signos de la inflamación; enrojecimiento, hinchazón, fiebre, malestar general; 2) de

lor en la articulación afectada y a su alrededor, a consecuencia del edema y la presión intracapsular, 3) limitación del movimiento de los maxilares por exceso de líquido, dolor y espasmo muscular concomitante, 4) fluido articular, 5) desviación hacia la articulación afectada al abrir la boca.

Diagnóstico.- Se establece según los signos y síntomas. La radiografía suele ser normal a menos que la infección sea tan crónica - que haya causado destrucción ósea.

Tratamiento.- 1- Antibióticos, 2- analgésicos, 3- compresas - húmedas calientes a la cara para facilitar la relajación muscular, - 4- dieta líquida y blanda para disminuir la función, 5- reposo de la función maxilar, 6- extracción del líquido articular por aspiración - para ayudar a identificar el germen patógeno.

Pronóstico.- Suele ser bueno. (5)

7.- TRASTORNOS ARTRITICOS.- Artritis reumatoide. Es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido. Los pacientes muchas veces tienen el antecedente de otras afecciones articulares.

El 8% aproximadamente de los pacientes examinados, buscando - un posible trastorno temperomaxilar (intracapsular o extracapsular), - se comprobó que sufrían una artritis reumatoide generalizada.

El antecedente de artritis reumatoide es útil. Las radiografías pueden dar datos demostrativos, en forma de aplanamiento del condilo, lesión destructora de su superficie articular, y espacio articu

lar aumentado. Si los procesos destructores del cóndilo son intensos, puede desarrollarse una mordida anterior abierta. Los primeros cambios en la articulación reumatoide pueden incluir la sinovial, engrosándose su revestimiento y acumulándose líquido. Por lo tanto, puede haber dolor aunque no existan anomalías en las radiografías.

Signos y síntomas.- Dolor articular en uno o ambos lados, limitación del movimiento del maxilar inferior, dificultad para masticar, desviación del maxilar inferior al abrir la boca, cierto dolor muscular provocado por desequilibrio funcional y la tensión que origina la enfermedad, cambios en las articulaciones interfalángicas proximales, algunas veces articulación hinchada y "caliente".

Tratamiento.- Analgésico para el dolor, reposo para la articulación ejercicio ligero, dieta líquida y blanda, medicamentos antiinflamatorios, suelen ser útiles las compresas calientes húmedas, tranquilizar al paciente explicándole la situación y creando confianza en el tratamiento.

Pronóstico.- No es previsible. (5)

8.- ARTRITIS OSTEODEGENERATIVA.- Esta forma de artritis, la más frecuentemente observada en la articulación temporomaxilar, acompaña a la presión excesiva y a la edad, originando un remodelado óseo, espolones, cambios degenerativos y, posiblemente, anquilosis.

Signos y síntomas.- Es frecuente el dolor en la articulación o alrededor de la misma. También puede haber dolor en músculos de la masticación. El movimiento del maxilar está limitado. Crepitación o

ruido, a veces. Puede haber desviación del maxilar inferior al abrir la boca. Los síntomas suelen ser unilaterales y de vieja fecha. El proceso puede acompañarse de cambios en las articulaciones interfalángicas terminales. (5)

Diagnóstico.- Aparte de la edad del paciente, las radiografías sirven para establecer el diagnóstico. Los datos son los siguientes: - aplanamiento de la superficie articular del cóndilo y el hueso temporal, formación de rebordes o "espolones", sobre todo en segmentos anteriores del cóndilo, espacio articular estrechado, contorno superficial de la articulación en el hueso temporal.

Tratamiento.- Analgésicos para el dolor, calor húmedo para la participación muscular, medicación para la relajación muscular, reposo para el maxilar, pero con cierto ejercicio moderado después de aplicar las compresas, sosten de las articulaciones, en casos extremos, - cuando todo ha fracasado, debe pensarse en la cirugía (condilectomía - alta).

Pronóstico.- No disponemos de un tratamiento definitivo que pueda lograr la recuperación completa de la anatomía y fisiología normales.

9.- ANQUILOSIS.- Una de las complicaciones de la afección traumática o infecciosa de la articulación temporomaxilar, es la anquilosis. Anquilosis ósea significa fusión ósea completa, con movimiento mínimo. La anquilosis fibrosa permite abrir un poco más la boca.

La mayor parte de casos se observa en personas jóvenes; muchas veces crean asimetría facial. Se producirá desviación hacia la articulación anquilosada al abrir el maxilar. No son raros los signos de micrognatia.

Tratamiento.- Quirúrgico.

Pronóstico.- Hay cierta limitación de funciones y desviación al abrir la boca, después de la cirugía.

10.- TRASTORNOS FUNCIONALES.- Subluxación.- Es la posición uni o bilateral del cóndilo por delante de la eminencia articular, con recuperación de la normalidad durante la actividad fisiológica.

Signos y síntomas.- El ruido articular es frecuente; puede relacionarse con el movimiento del cóndilo por delante de la eminencia articular, o en combinación con una falta de relación precisa entre el cóndilo y el menisco. Esto resulta de una coordinación funcional insuficiente entre los fascículos inferior y superior del músculo pterigoideo externo. Se observa una depresión facial profunda por delante del trago. Desviación del maxilar si la subluxación es unilateral. No suele haber dolor. El paciente no suele darse cuenta de la situación. La articulación está ampliamente abierta, pero puede cerrarse voluntariamente. (5)

Tratamiento.- Esta contra-indicado en ausencia de síntomas o de patología, puede ser necesario relajantes musculares y compresas húmedas calientes, para disminuir la "tensión" en los músculos masticatorios, cuando el síntoma principal es el ruido articular, suele poder-

se tratar con terapéutica muscular, la hiperfunción y la actividad muscular extensa, pueden disminuirse con dieta blanda y líquida, se advierte al paciente que al abrir mucho la boca, como al bostezar, quizá perciba un chasquido.

. Pronóstico.- La subluxación y el chasquido pueden evitarse con el tratamiento, excepto si se abre mucho la boca.

11.- LUXACION.- La luxación resulta de una posición uni o bilateral del cóndilo por delante y arriba de la eminencia articular, y se acompaña de desequilibrio neuromuscular. Suele necesitarse manipulación digital o relajación muscular para establecer la posición normal del cóndilo.

En general la luxación no depende del traumatismo; puede provenir de una inclinación de la superficie posterior de la eminencia articular. Este trastorno resulta de espasmo de los músculos que cierran la boca al masticar (masetero, pterigoideo interno, temporal) después de una abertura máxima del maxilar, con el cóndilo por delante y arriba de la eminencia articular.

Signos y síntomas.- La boca está abierta y no puede cerrarse, el dolor puede ser intenso por fatiga muscular y distensión ligamentosa, el paciente muchas veces tiene actitud de pánico, depresión facial profunda por delante del trago, hay desviación del maxilar con luxación unilateral, chasquido agudo.

Diagnóstico.- En los datos radiográficos, los cóndilos están por delante de la eminencia articular y, además, por encima de ellos.

Frecuentemente hay angulación profunda de la superficie posterior de la eminencia articular.

Tratamiento.- Manipulación digital, si la contracción muscular es intensa puede estar indicada una anestesia general, o la inyección de curare para lograr relajación muscular suficiente, después de la reducción hay que dejar en reposo al maxilar con función limitada, debe establecerse tratamiento del espasmo muscular (calor húmedo bilateral durante 10 minutos, tres veces al día, relajantes musculares, dieta líquida y blanda, ejercicio muscular muy moderado), se recomienda investigar posibles factores psicofisiológicos y hay que tranquilizar al paciente acerca del futuro. (5)

Pronóstico.- El control de la luxación puede ser muy bueno.

TRASTORNOS EXTRACAPSULARES.- Este es el problema más frecuente que observa el clínico. Incluye enfermedad o trastorno por fuera de los límites del ligamento capsular.

12.-DISFUNCION MIDAPONEUROTICA DOLOROSA.- La inmensa mayoría de los llamados "problemas de la articulación temporomaxilar" observados por los dentistas, incluyen dolor o hipersensibilidad, chasquido y limitación de movimientos del maxilar, por fatiga o espasmo muscular. El proceso debe distinguirse de los problemas intracapsulares; por lo tanto no debe clasificarse como un trastorno de la articulación temporomaxilar per se.

Los músculos de masticación suelen estar afectados. Incluyen masetero, pterigoideo externo, pterigoideo interno y temporal.

La masticación dolorosa, o la estabilización muscular con alteración de la función del maxilar inferior, se considera como un síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa.

Existe tan estrecha relación entre el fondo psicofisiológico y el cuadro clínico de la disfunción mioaponeurótica. La mayor parte de pacientes son mujeres de menos de 40 años, con uno o más hábitos bucales (parafunción) y pueden tener discrepancias de oclusión. En la historia clínica, guarda relación el trastorno con un problema emocional y signos clínicos de tensión y nerviosidad.

Las funciones extensas y continuas de masticación, deglución-palabra y expresión, combinadas con un cúmulo de factores psicofisiológicos, pueden originar el síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa.

Signos y síntomas.- Dolor o hipersensibilidad, generalmente unilateral, en los músculos de la masticación, que no siempre es agudo, constante o de clasificación específica. Cuando a la palpación es dolorosa una zona muscular, específica, y limitada, se ha considerado la zona desencadenante, limitación del movimiento maxilar, desviación del maxilar al abrir la boca, chasquido o crepitación de la articulación (síntoma intracapsular de origen extracapsular), plenitud, a veces con ruido en el oído, dificultad para masticar, subluxación, luxación, signos de tensión, ansiedad o nerviosidad en el paciente, es frecuente observar hábitos bucales o parafunción. Son frecuentes también los signos de bruxismo (bordes laterales de la lengua mordidos, cicatrices en la mucosa bucal, atrición extensa de dientes), se obser

van a veces anomalías graves de la oclusión, el paciente puede tener sensación subjetiva de pérdida de audición, probablemente asociada con ruidos más que una verdadera dificultad para oír. Esto puede comprobarse por audiograma. (5) (11).

Tratamiento.- Ayuda emocional y cuidado de la personalidad, relajantes musculares, calor húmedo a los dos lados de la cara, cuello, o ambos durante 10 minutos, tres veces al día, ejercicio. Se han utilizado planos de mordida, guarda de noche y otros medios con buen resultado.

13.- TRASTORNOS YATROGENOS.- Son factores yatrógenos frecuentes, las intervenciones dentales prolongadas, la inflamación después de un tratamiento, la tensión o presión excesiva impuesta a la musculatura masticatoria y sus ligamentos, y la inyección de bloqueo maxilar anterior-don irrigación de la inserción tendinosa del músculo temporal.

Los factores señalados incluyen, dolor muscular o tendinoso y limitación de los movimientos del maxilar. Los síntomas son más intensos cuando el paciente está tenso y ansioso.

Tratamiento.- Consúltese el tratamiento del síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa.

Pronóstico.- El control adecuado de los síntomas generalmente logra suprimir las molestias en casi todos los casos. (5)

14.- TRASTORNOS TRAUMATICOS.- Cualquier golpe que lesione los músculos y estructuras relacionadas, puede clasificarse de factor etiológico, un

golpe externo a la cabeza, que no produce fractura es la causa más frecuente.

Signos y síntomas.- Dolor, mioaponeurótico o intracapsular cuando está afectada la articulación, hinchazón de la zona del golpe, limitación del movimiento maxilar, asimetría (tejidos blandos), desviación al abrir la boca, unilateral.

Tratamiento.- Véase el síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa.

Pronóstico.- Es muy favorable.

15.- TRASTORNOS DE ORIGEN DENTAL LOCAL.- Es debido casi totalmente a factores locales que estimulan la función mandibular excéntrica. En este grupo no suele haber factores psicofisiológicos. La reparación de defectos dentales aislados, el tratamiento de zonas locales de infección dentro de la boca, la corrección de traumatismo de oclusión, quizá sean necesarias para suprimir factores locales.

Signos y síntomas.- Dolor unilateral (mioaponeurótico), chasquido, desviación al abrir la boca.

Diagnóstico.- Se establece el diagnóstico del problema dental local, y con la desaparición de los síntomas de MPD al resolverse la enfermedad dental.

Tratamiento.- Después de suprimir el problema dental local, reducir el espasmo muscular con calor húmedo, emplear medicamentos y fisioterapia para restablecer la función neuromuscular equilibrada.

Pronóstico.- Será bueno con tratamiento adecuado. (5)

16.- TRASTORNOS POR INFECCIONES.- Infecciones en tejidos vecinos, como parotiditis, sinusitis, amigdalitis, etc., pueden afectar la función mandibular. Si la infección es de origen dental, puede tratarse dentro de la boca. Hay que vigilar si existen estados de tensión y ansiedad asociados. En caso afirmativo, el clínico tiene que iniciar las técnicas de tratamiento antes señalados.

Signos y síntomas.- Limitación de movimientos de maxilar inferior, dolor específico y localizado, hinchazón bilateral, fiebre, desviación al abrir la boca, malestar general, tensión y ansiedad relacionadas con la preocupación del paciente acerca de su estado.

Pronóstico.- Si puede eliminarse el estado infeccioso, el pronóstico de la disfunción mioaponeurótica dolorosa, es muy satisfactorio.

17.- TRASTORNOS OTOLÓGICOS.- Las infecciones del oído, como otitis media o furunculo en el conducto, pueden causar signos y síntomas similares a los de una disfunción intra o extra capsular:

- a) Dolor o hipersensibilidad en el oído.
- b) Sensación de plenitud.
- c) Ruidos de oído.
- d) Limitación para abrir la boca.
- e) Fiebre.
- f) Malestar general.
- g) Síntomas unilaterales.

Esta indicado mandar al paciente a un otorrinolaringologo. -

(11)

Pronóstico.- Es excelente con tratamiento adecuado de la enfermedad -
otológica.

18.- OSTEOMIELITIS.- Es una inflamación del hueso que comienza en la médula ósea y se propaga hasta el periostio de la región involucrada en el proceso inflamatorio.

La inflamación puede ser aguda o crónica en la mandíbula y el maxilar, la osteomielitis aguda es una secuela de una infección perigapical que se disemina a través de los espacios medulares del hueso, - es común hallar estafilococos albus o aureus en el exudado.

Características macroscópicas.- Se puede presentar en cualquier hueso del cuerpo; cuando se presenta en la mandíbula se difunde rápidamente mientras que en el maxilar queda bien localizado.

El dolor, la fiebre y la linfadenopatía son síntomas comunes - en la enfermedad y los dientes involucrados en el proceso están muy - sensibles y generalmente el paciente deja de comer, puede haber parestesia en los labios.

Radiográficamente en los primeros estadios de la osteomielitis, no se nota ningún cambio, pero dos o tres semanas después de iniciado el proceso, empiezan a aparecer zonas radiolúcidas y rarefacción de las trabéculas. (11)

Características microscópicas.- En los espacios medulares hay un denso infiltrado inflamatorio, con abundantes leucocitos polinucleares, linfocitos y células plasmáticas. Generalmente desaparecen los osteoblastos que rodean a las trabéculas y se necrosan porciones considerables de hueso.

Tratamiento.- Se debe establecer un drenaje de la supuración y dar antibióticos para controlar la infección.

Obj.- 3.7 IDENTIFICAR LOS QUISTES MAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL.

Los quistes (o sea, cavidades llenas de líquido revestidas de epitelio en los maxilares y tejidos blandos de cara, suelo de la boca y cuello) pueden causar hinchazones intrabucales o extrabucales que clínicamente tengan aspecto de tumor benigno. Las estructuras uniloculares y multiloculares, transparentes a rayos X, descubiertas en los maxilares por exámen radiográfico, también deben distinguirse de los crecimientos sólidos en el maxilar, distinción que no siempre puede establecerse observando la radiografía. Sin embargo, la mayor parte de quistes son pequeños, no distienden los tejidos de superficie, y suelen poderse reconocer por exámen radiográfico dental sistemático. Otros se descubren al investigar un diente desvitalizado, en ocasión de abscesos dentales agudos por infección secundaria del quiste, o por pérdida de dientes y (en raros casos) por fractura del maxilar.

Se ha reunido una lista muy amplia de tipos diferentes de quistes que afectan los maxilares y tejidos bucales vecinos; una clasificación útil los separa en quistes de origen odontógeno y quistes nacidos de células asociadas con la lámina dental (quistes odontógenos).

No odontógenos.

- 1.- Quistes de hendiduras (incluyendo los globumaxilares, nasolabiales, mandibulares medianos, linguales anteriores, dermoides, epidermoides, palatinos del recién nacido y nasopalatinos).
- 2.- Neuroquistes (quistes óseos aneurismáticos, estáticos y solitarios).
- 3.- Quistes de conducto tirogloso. (5) (11) (36)
- 4.- Quistes linfopiteliales (de hendidura branquial).

Odontógenos

- 1.- Dentígeros
- 2.- De erupción
- 3.- Gingivales y periodónticos
- 4.- Radiculares (periapicales)
- 5.- Tumores queratinizantes quísticos
- 6.- Queratoquistes odontógenos

De esta clasificación mencionaremos los más frecuentes:

- 1.- QUISTE MAXILAR ANTERIOR MEDIO.- (Quiste del conducto nasopalatino; quiste del conducto incisivo). Se localiza en el conducto incisivo, o cerca de él, es el tipo más común de quiste maxilar del desarrollo o fisural. Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino, estructura embriológica que se compone de un conducto o cordón de células epiteliales que se halla adentro del con-

ducto incisivo. Este comunica las cavidades nasal y bucal y se forma cuando los procesos palatinos se fusionan con el premaxilar, dejando un pasaje a cada lado del tabique nasal. Cuando estos conductos pares y los canales se acercan a la cavidad bucal, se fusionan y salen a través de una abertura común en el hueso palatino, inmediatamente detrás de la papila palatina.

Características clínicas.- Aparecen a cualquier edad, incluso en el feto, aunque su descubrimiento clínico se hace con mayor frecuencia entre la cuarta y la quinta década. Dan escasas manifestaciones clínicas. El 40% de los casos son asintomáticos. A veces, se infectan por algún mecanismo desconocido, y producen dolor e inflamación, se abren por una pequeña fístula en la papila palatina o cerca de ella. En esos casos, de esa zona se extrae por presión una minúscula gota de líquido acuoso o pus.

Características radiográficas.- Suelen ser descubiertos en el examen radiográfico de rutina de los dientes. Se observa una zona radiolúcida redonda, oval o acorazonada, por lo general simétrica y bilateral y bien delimitada. La zona está en la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores, o sobre ellas, y pueden producir la separación o la divergencia de las raíces.

Tratamiento.- La excisión quirúrgica puede no estar justificada pues son asintomáticos, además, raras veces se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso. (11)

2.- QUISTE PERIAPICAL.- Es una secuela bastante común del granuloma originado por necrosis del órgano pulpar.

Al propagarse el proceso inflamatorio, de la pulpa al periápi-
ce, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico, (llamada granulo-
ma apical) que estimula a los restos epiteliales de Malassez, del paro-
donto normal, estos proliferan y forman una cavidad epitelial que fre-
cuentemente se llena de fluido constituyendo el quiste periapical.

Características clínicas.- La mayoría son asintomáticos y se les descu-
bre al hacer un estudio radiológico de rutina o porque el diente aso-
ciado muestra caries profunda.

Características radiográficas.- Es imposible diferenciar entre un gra-
nuloma y este tipo de quiste, es generalmente pequeño y no produce --
agrandamiento maxilar.

Tratamiento.- Se puede extraer el diente y realizar cuidadosamente el-
curetaje de la zona periapical del alveolo, o hacer tratamiento endo-
dóntico y eliminar el quiste por medio de apicectomía. En ambos casos-
se debe tener cuidado de no dejar fragmentos de la pared quística pues-
puede dar origen al quiste residual. (11)

3.- QUISTE DENTIGERO.- Tiene su origen en una alteración del epitelio redu-
cido que rodea al diente después de que la corona ha sido formada com-
pletamente; la corona del diente se proyecta dentro de la luz de la ca-
vidad física, la cual se puede formar por proliferación y transforma-
ción quística de islas de células epiteliales dentro de la pared de te-
jido conectivo del folículo dental.

Características clínicas.- Las localizaciones más frecuentes son a ni-
vel del tercer molar inferior y canino y tercer molar superior, dien-

tes que desde luego no harán erupción. Es potencialmente agresivo ya que al expanderse el hueso puede causar asimetrías faciales, destruir las raíces de los dientes adyacentes o desplazarlos severamente y causar dolor al agrandarse.

Características radiográficas.- Se encuentra una zona radiolúcida más o menos simétrica alrededor del diente no erupcionado. No se debe confundir el espacio folicular normal con un quiste; algunas veces el área radiolúcida puede estar limitada por una línea esclerótica que representa la reacción ósea.

Tratamiento.- Hacer la remoción quirúrgica integral. Puede ser útil insertar un drenaje quirúrgico para que salga el líquido, hay aposición ósea y sea menos traumática la remoción. (11)

4.- QUISTE PRIMORDIAL.- Se designa así a un diente derivado del órgano adamantino que se desarrolla por degeneración y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte, antes de que se forme esmalte o dentina calcificados.

Esta degeneración da lugar a un espacio físico, limitado por epitelio escamoso estratificado. El quiste primordial lo encontramos en lugar de un diente y no asociado a él.

Características clínicas.- Este tipo de quiste varía mucho en tamaño y generalmente no es doloroso, pero cuando es grande, puede causar desplazamiento de los dientes.

Características radiográficas.- Se ve como una radiolucencia redonda u ovoidea en una área en la que el diente permanente no se formó.

Tratamiento.- Requiere de remoción quirúrgica y curetaje del hueso ad
yacente. (11)

Obj.- 3.8 MENCIONAR LAS ENFERMEDADES QUE SE MANIFIESTAN CON MAYOR FRECUENE
CIA EN LAS GLANDULAS SALIVALES.

Las enfermedades de las glándulas salivales han planteado proble-
mas diagnósticos, ya que reacciones de tipo infeccioso, inmune y hormonal
pueden ocasionar cuadros clínicos similares. Por lo tanto, el exámen fi-
sico, por si sólo, no basta para establecer un buen diagnóstico. En la ma-
yor parte de casos es necesaria una valoración completa, incluyendo histo-
ria y pruebas de laboratorio. La amplitud de la investigación varía mu-
cho; por ejemplo, el diagnóstico de un sialolito suele necesitar solamen-
te una radiografía para confirmación, mientras que el diagnóstico de un -
trastorno inmune puede requerir biopsia, centelleografía, estudio de inten-
sidad de flujo salival, y análisis de tipo bioquímico y hematológico.

La sialografía es la visualización radiográfica de las ramifica-
ciones de los conductos de las glándulas parótidas o submaxilares median-
te la inyección intraductal de una solución de contraste radiopaca. Aun-
que este método ha llegado a ser un valioso factor en el diagnóstico de -
las enfermedades de las glándulas salivales, sólo es uno de los elementos
de que dispone el investigador. Para determinar la naturaleza de un proce-
so patológico, se requiere la valoración de todos los datos disponibles.-
Constituyen aspectos importantes en la labor diagnóstica la Historia Clí-
nica, la exploración física, los datos de laboratorio, los signos radioló-
gicos, las manifestaciones dentarias, el sondeo de los conductos y el exá-
men de la calidad y cantidad de la saliva.

Es muy importante saber que las lesiones pueden originarse no sólo en las glándulas salivales principales, sino también en las glándulas salivales accesorias intrabucuales difusas. Y por tanto es posible ver lesiones de las glándulas en el labio, paladar, lengua, mucosa vestibular, piso de boca y zona retromolar. (11)

- 1.- MUCOSELE.- Es un quiste de retención localizado en las glándulas salivales accesorias o en sus conductos; generalmente existen antecedentes traumáticos y ocasionalmente algunos cálculos en el conducto excretor.

La alteración se presenta principalmente en el labio inferior, mejillas, lengua y paladar; es excepcional en el labio superior. Se observa como una vesícula circunscrita que mide desde varios milímetros hasta uno o dos centímetros; de consistencia blanda, permaneciendo el aspecto de la mucosa normal. Una vez que el quiste alcanza determinado tamaño, permanece así durante algunos meses; en algunos casos se vacía espontáneamente, dejando salir material mucilaginoso; en estos casos la recurrencia es frecuente.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica de los acini (lóbulo de una glándula compuesta) glandulares afectados. (11)

- 2.- RANULA.- Es un quiste de retención, de paredes gruesas, que aparece en el piso de la boca, abarcando los conductos submaxilar y sublingual. Ocasionalmente se extiende más allá del milohioideo hasta el cuello. Su etiología es probablemente traumática.

Características clínicas.- La lesión es de desarrollo lento y aparece como una masa indolora de consistencia blanda, ocupando parte de un

lado del piso de la boca, la mucosa que la cubre es de apariencia normal, solo en los casos muy avanzados aparece de color azul translúcido.

Tratamiento.- Difiere según la gravedad del caso y va desde la excisión de la glándula o conductos, a la extirpación completa del órgano (11).

3.- SIALDADENITIS.- Inespecífica crónica.

Es una enfermedad inflamatoria insidiosa de las glándulas salivales principales, que se caracteriza por la hinchazón intermitente de estas glándulas, lo cuál conduce a la formación de masas fibrosas apreciables a simple vista.

Se observó que esta enfermedad remite en forma espontánea en la pubertad o puede en casos extenderse hasta la edad adulta.

La causa más frecuente es la presencia de cálculos en los conductos salivales.

Al eliminarse el factor etiológico, suele haber una remisión de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Si no se hace el tratamiento, la glándula salival puede ser reemplazada por tejidos fibrosos, que pueden ser de tipo tumoral por su extensión. (36)

4.- SIALOLITIASIS.- (Piedra del conducto salival; cálculo del conducto salival). Es la presencia de concreciones cálcicas en conductos o glándulas salivales. Se forman por el depósito de sales cálcicas en torno a un núcleo central que puede componerse de células epiteliales

decomadas, bacterias, cuerpos extraños o productos de descomposición bacteriana.

Características clínicas.- Existe dolor moderadamente intenso, antes y después de las comidas, debido a la estimulación psíquica de flujo-salival, junto con la hinchazón de la glándula salival.

La oclusión del conducto impide el libre flujo de saliva y este estancamiento o acumulación de saliva bajo presión produce dolor y tumefacción que puede repercutir en celulitis.

A veces el cálculo no ocasiona síntomas notables en el conducto o la glándula. En algunos casos, se encuentran grandes cantidades de pequeños cálculos que ocluyen el sistema de conductos. Los cálculos, particularmente en la porción más periférica del conducto, son palpables si tienen tamaño suficiente; puede observarse radiográficamente por medio de la sialografía.

La sialolitiasis se presenta a cualquier edad, pero es más común en adultos de edad, pero es más común en adultos de edad mediana. En ocasiones muy raras, afecta los conductos de las glándulas salivales accesorias menores o intrabucales.

Tratamiento.- Es posible eliminar a veces los cálculos pequeños mediante manipulación. Los de mayor tamaño suelen requerir la excisión quirúrgica. Si están cerca de la glándula o en ella y en particular si son múltiples, puede ser necesario extirpar la glándula. El sialolito solitario no suele recidivar, aunque se han presentado algunas recidivas múltiples crónicas. (36).

CAPITULO IV.

Obj. 4 RELACIONES ENTRE PROFESIONISTAS DEL AREA DE LA SALUD.

El odontólogo con base en su estudio clínico, tendrá la obligación de orientarse y consultar con el médico cuando determinado caso clínico requiera interconsulta para realizar un tratamiento odontológico - satisfactorio.

Cuando el odontólogo ha realizado el Estudio Clínico aplicando - los procedimientos propedéuticos, para obtener un diagnóstico, pronóstico y un plan de tratamiento y al terminarlo detecta una patología, que - le impide llevar a cabo determinado tratamiento odontológico, ya que la función del clínico es la de llegar a un diagnóstico y resolver el problema patológico que se identifique en el momento en que se llevó a cabo el Estudio Clínico.

En caso de que exista alguna duda en relación al estado clínico del paciente, el odontólogo deberá orientarse por medio de una entrevista con el médico que atiende al paciente. Con lo cual entre los miembros del equipo sanitario discutirán con interés el plan de tratamiento odontológico en todo aquello que se relacione con los problemas específicos del enfermo. (29)

Obj. 4.1.- RELACIONES GENERALES ENTRE PROFESIONISTAS DEL AREA DE LA SALUD.

Dentro del área de la salud existe una barrera entre los diferentes miembros que la componen ya que cada uno se concentra dentro del cam

po en el cual desenvuelve y los que resienten ésta división dentro del -
área de la salud son los individuos que requieren de los servicios, ya -
que no son considerados como unidades integrales biopsicosociales sino co-
mo entidades aisladas, por lo tanto para que al individuo se le considere
como un ser con pensamiento, funciones y sentimientos debe existir una in-
terrelación entre los miembros del área de la salud.

Al existir la comunicación de los miembros del área de la salud -
(Psicólogos, Odontólogos, Médicos y Enfermeras) tendrá que resolverse, --
patologías que afecten a los individuos, por lo cual se analizarán los da-
tos obtenidos por medio del Estudio Clínico, en la cual cada área tendrá-
que valorar para poder satisfacer las necesidades de salud ya sea cuando-
Medicina encuentre una patología oral o traumatismo mental, se verá obli-
gado a establecer la comunicación con Odontólogos y Psicólogos para solu-
cionar el problema de salud y para integrar el individuo a su ámbito so-
cial para que se reestablezca la homeostasis del individuo. (29)

En relación a los pacientes que atiende Psicología, puede darse -
el caso de cierto tipo de pacientes (impedidos, lisiados, traumatados etc.)
que requieran de los servicios de medicina y odontología, también estará-
obligado tanto moral como legalmente a remitir a estos individuos para -
su atención elaborando un estudio valorativo del individuo. (2)

Para Odontología su función dentro del área de la salud también -
será de igual responsabilidad que la de medicina y psicología, puesto que
tiene la obligación de elaborar un Estudio Clínico previo a cualquier tra-
tamiento integral que se vaya a realizar. (2) (8) (19).

Obj. 4.2.- UNIFICACION DE CRITERIOS.

La función de los clínicos es la de llegar a un diagnóstico para tratar la problemática que se presente dentro de la comunidad con respecto a los problemas de salud ya sean médicos, odontológicos y psicológicos. Por tal razón cuando exista alguna duda con relación al estado clínico del paciente deberá de haber una interconsulta entre los clínicos.

El médico es un miembro vital del equipo sanitario y estará más que deseoso por discutir un plan de tratamiento odontológico y psicológico en todo aquello que se relacione con los problemas específicos del enfermo.

El odontólogo es responsable ante el paciente, de consulta al médico y al psicólogo y de ser orientado aunque no dirigido por los consejos de éstos, excepto bajo circunstancias poco comunes, la responsabilidad ante el paciente no podrá ser compartida en igualdad de condiciones con los otros miembros del área de la salud. La mayoría de los desacuerdos entre los miembros del área de la salud se deben principalmente a la falta de comunicación entre ellos, un caso palpable que se ha notado en el transcurso del desarrollo de la odontología con relación a medicina y psicología es que ésta es considerada por estos como un arte realizado por artesanos y no la consideran como una ciencia que consta de un razonamiento y conocimientos previos los cuales en la aplicación del Estudio Clínico se demostrará que el odontólogo es capaz de valorar al individuo como un ser biopsicosocial ante la atención de salud prestada por el odontólogo y deberá ser capaz de lograr la comunicación tanto con medicina como con psicología en lo que conocemos como interconsulta para demostrar la-

verdadera unificación de criterios propedeúticos que nos ayuden a resolver los problemas de salud de los individuos que requieran tratamiento odontológico, médico o psicológico. (19) (29)

Una vez que ya se ha logrado la comunicación, con respecto a la función del psicólogo cuando se requiera de interconsulta en determinado problema odontológico que impida llevar a cabo el tratamiento, la misión del Psicólogo es la de preparar al paciente para que acuda a eliminar los problemas dentales que le aquejen por Strees que influye en un momento determinado del paciente.

En resumen podemos decir que como el bienestar físico, emocional y social de los pacientes constituye un punto común de interés para el odontólogo, médico y psicólogo es indispensable que estén en estrecha relación en la práctica diaria. Por desgracia uno ni otros se hallan preparados para establecer tal relación, debido a su preparación limitada. Hemos de darnos cuenta de que uno de los vacíos en la formación de nuestros colegas profesionales en el área de la salud, no obstante el profesionista concienzudo tiene presente que no es posible lograr una salud general óptima sin una buena salud tanto mental como bucal. Las implicaciones de la salud y la enfermedad general en la práctica dental se tienen menos en cuenta. El odontólogo ha de tomar sobre sí la responsabilidad de ayudar a sus colegas profesionistas a una mejor comprensión de lo que es la odontología actual.

Con respecto a la odontología la relación que con más frecuencia se lleva a cabo es con el médico y ésta relación debe estar basada en el mutuo respeto, el odontólogo no debe depender abiertamente del médico. Debe aportar sus conocimientos y su experiencia cuando haya que estable-

cer un juicio. El odontólogo no ha de tener reparo en consultar con el médico cuando está en juego el interés del paciente. (29)

La forma de llevar a cabo una interconsulta para unificar criterios es la siguiente:

Una interconsulta es una deliberación relativa al diagnóstico, al método de tratamiento del paciente en forma adecuada. Cuando un odontólogo consulta con un médico hay que recordar que la responsabilidad básica con respecto al paciente radica en el individuo que ha solicitado la interconsulta, se debe relacionar la información proporcionada con todos los demás datos obtenidos durante el Estudio Clínico y registrados en la historia clínica del paciente. La decisión final con respecto al curso subsiguiente por parte del odontólogo, debe hacerla él mismo y después es responsable de tal decisión. No es correcto, ni puede defenderse desde el punto legal, la pretensión de que el médico asuma la responsabilidad del tratamiento seguido por el paciente en el consultorio del odontólogo. A mayor abundamiento, hay que evitar que el médico se crea en situación de dictar la conducta que ha de seguir el odontólogo.

Cada vez es más frecuente que médico y odontólogos combinen sus esfuerzos con el tratamiento de pacientes hospitalizados. Si el paciente es ingresado por el odontólogo quién en consecuencia es reconocido por el protocolo del hospital como "médico encargado del paciente", prevalece la relación anteriormente descrita. Tal vez es más corriente que sea el médico quién ingrese al paciente y que solicite una consulta con el odontólogo. En tal caso, la única función de éste es proporcionar información al médico. No debe esperar a priori que sus recomendaciones sean seguidas ni

debe molestarse que prescindan de ellas, debe recordar que el paciente está bajo la responsabilidad del médico y que el odontólogo no puede realizar ningún tratamiento hasta que se autorice expresamente. (29)

Cada vez que un odontólogo examine o trate a un paciente hospitalizado, es esencial que se anote en forma adecuada en el Estudio Clínico de éste. Dejar de hacerlo constituye una infracción grave del protocolo del hospital, que causará el descrédito del odontólogo y puede crear complicaciones legales al médico encargado del caso.

La mayoría de las interconsultas estarán en relación con pacientes ambulatorios. El odontólogo debe exponer claramente al médico el motivo de la consulta y para ello lo mejor será hacerlo por escrito.

El paciente odontológico al cual se le aconseja vea a su médico para aclarar un problema de salud no ha de convertirse en enlace verbal entre ambos profesionales. Puede pedirse al paciente que lleve un sobre cerrado con preguntas, escritas del odontólogo, hay que esperar una respuesta por escrito, y si no se recibe debe reclamarse. Igual el odontólogo ha de responder por escrito a todo médico que haya solicitado una consulta con él. El odontólogo prudente conserva una copia de cualquier comunicación que salga de su despacho. (19) (29) (34)

Algunas veces es necesario que médico, odontólogo y psicólogo también cuando se requieran de sus servicios se consulten por teléfono en la unificación de criterios. Puede llamar el médico para discutir a fondo el caso de un paciente al cual se le ha pedido que examine. Pero es más-

frecuente que la llamada parte del odontólogo que trata a un paciente con una enfermedad sistémica, que requiera atención inmediata por una urgencia dental; con frecuencia es necesario en interés del paciente, discutir el problema médico telefónicamente. Aunque lo ideal sería que el médico enviara por escrito después las orientaciones dadas por teléfono pocas veces puede llevarse a la práctica pero hay que intentarlo por ética profesional, pero esto pasa cuando es un médico muy atareado. En tales casos el odontólogo tiene que archivar el informe escrito y datado de la llamada telefónica.

Damos por supuesto que la consulta telefónica antes mencionada siempre se realiza con un médico que conoce bien al paciente en cuestión. No está bien solicitar información referente a un paciente al cual el médico no ha visto desde hace tiempo. No hay que esperar que de consejo médico con respecto a cuestiones que para él son hipotéticas. (19)

Obj. 4.3.- REMISION DEL PACIENTE A ESPECIALISTAS DE LA MISMA PROFESION.

La recomendación lleva en si el traspaso del paciente con el fin de que pueda llevar el beneficio y los conocimientos así como las experiencias de otro colega. A diferencia de la consulta, la recomendación implica que la responsabilidad básica del paciente, o de una faceta determinada de su tratamiento, pasa a otro. De acuerdo con ello, el práctico que acepta la recomendación suele acompañarla de informes valiosos, no puede dictar el curso futuro de la terapéutica que hay que seguir.

Es un proceder prudente con respecto al paciente y buena ética profesional, hacer todas las recomendaciones por escrito. Cuando un odontólogo recomienda un paciente a un especialista, debe entregarle una nota

en la cual exponga detalladamente el motivo de la recomendación. Debe incluir los comentarios pertinentes acerca del estado de la boca del paciente y toda la información adicional útil, como los resultados de los exámenes de laboratorio. El odontólogo debe exponer el diagnóstico probable del problema médico del paciente, junto con las razones en las que se basa, con frecuencia hay que indicar varios diagnósticos probables. (29)-(34).

En muchos casos, si el odontólogo no tiene idea de cuál pueda ser el problema médico, no tiene en que basarse para recomendar al paciente. Es preferible desde el punto de vista de las relaciones interprofesionales, que el odontólogo haga un diagnóstico de probabilidad erróneo, que no tener un comentario inteligente que hacer acerca del problema médico en cuestión. Equivocarse no ha de avergonzar a nadie; manifestar una ignorancia total de las enfermedades generales es vergonzoso para el odontólogo como individuo y para la profesión odontológica.

Traspasar un paciente a un especialista sin ninguna información puede causar perjuicios al primero. Si se le envía solicitando datos vagos tales como "debe examinarse la sangre", el especialista se encuentra en un dilema. Puede descubrir razones para "examinar la sangre", pero para salvar la paz del odontólogo y actuar de acuerdo con lo que espera el paciente, se verá obligado a ordenar una serie de análisis caros e innecesarios, un problema similar puede ser fruto de una indicación vaga de que se examine el estado de las glándulas endócrinas del paciente. (2)

La endocrinología es una ciencia sumamente compleja y por ahora inexacta, y tal petición no tiene una respuesta razonable. No es raro que

el odontólogo que pide que se examine a un paciente para averiguar si presenta carencias nutritivas, olvidándose al parecer de que no existen -- pruebas de laboratorio que permitan confirmar sus sospechas (excepto -- en el caso de deficit de hierro "anemia ferropénica" o de vitamina C). A nadie beneficia las peticiones irrazonables o sin fundamento que puedan -- hacerse al especialista, tanto en la consulta como cuando se le envía un enfermo. (19) (29) (34).

CAPITULO V.

RELACION CLINICO-PACIENTE.

Obj. 5.- QUE EXISTA UNA BUENA RELACION CLINICO-PACIENTE PARA ELABORAR UN ESTUDIO CLINICO SATISFACTORIO.

Cada individuo desarrolla su propio patrón de su conducta por lo que cada paciente que llegue a nuestro consultorio, deberemos tratarlo de manera propia a su integridad biopsicosocial; teniendo en cuenta que nuestro trato deberá llevar un enfoque, sencillo, sensible y comprensivo que ayudará al paciente a sobrellevar, o tal vez a dominar una experiencia odontológica. Es muy importante recordar que cualquier experiencia desagradable o traumática deben evitarse, ya que esto será favorable para sus futuros contactos con el odontólogo.

Para el mejor logro de este propósito, el odontólogo debe sobre todas las cosas poseer un dominio absoluto del terreno en que se trabaja, - que en este caso será el conocimiento del paciente ya sea infantil, adulto o anciano; básicamente nos referimos a las fases que presenta cada tipo de paciente en su conducta, por tal razón nuestros pacientes difieren sus actitudes entre cita y las subsecuentes.

Una forma muy sensata de actuar del odontólogo, es conocer a su paciente antes de realizarle el tratamiento odontológico. (29).

Obj. 5.1.- OBSERVACION Y COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO DEL PACIENTE.

Los servicios odontológicos pueden constituirse una experiencia - agradecida tanto para el paciente como para los odontólogos. Las experiencias desagradables obedecen a menudo a la preparación inadecuada del pa-

ciente para el tratamiento y al fracaso en conseguir una comunicación sin reservas entre el paciente y el odontólogo.

Por lo tanto es indispensable que la introducción del paciente en el ambiente del consultorio sea una experiencia placentera. Por esa razón el odontólogo debe de adoptar una actitud tranquilizadora, comprensiva, cordial, cortés y serena. (29).

Se han sugerido orientaciones excelentes para entablar una buena relación con los pacientes. Entre ellas incluye el diagnóstico y el plan de tratamiento perfectos, una actitud tranquilizadora pero no prematuramente optimista, los estímulos sin exageración, las explicaciones claras y definidas al paciente y la condición en actuar según las necesidades de éste. (29)

La entrevista personal constituye un importante paso preliminar en todo tratamiento dental. Proporciona la mejor oportunidad para ganarse su confianza y para comenzar a evaluar su temperamento. Esta consulta ha de preceder al Estudio Clínico y se ha de efectuar en un despacho privado de ambiente adecuado. La conversación concerniente a la salud del paciente, a sus anteriores experiencias con odontólogos y a las razones por las cuales solicita tratamiento, permite atisvar los factores que entran en juego para determinar la personalidad de aquel.

Los temperamentos de los individuos varían ampliamente de una persona a otra. El de una persona es una veleta que orienta sobre su capacidad de cooperar y de aceptar la responsabilidad que le incumbe si desea que el tratamiento resulte eficaz. (29).

La clasificación de los pacientes según su temperamento de una forma lógica y utilizable, es la siguiente:

I.- Clasificación infantil en Odontopediatría.

- a) Niños Tímidos.
- b) Niños Miedosos.
- c) Niños Temperamentales.
- d) Niños Incorregibles.
- e) Capacidad Intelectual.

II.- Pacientes Adolescentes y Adultos.

Estos pacientes por las características que presentan en su patrón de conducta lo clasificamos en:

- a) Filosofía-Racional.
- b) Emocional-Nerviosa.
- c) Crítica-Metódica.
- d) Indiferente.

III.- Pacientes Geriátricos.

Respecto a los pacientes geriátricos que visitan al odontólogo deben hacerse de acuerdo a la mentalidad que presente en el consultorio odontológico clasificándolo de la siguiente manera:

- a) Mente Filosófica.
- b) Mente Exigente.
- c) Mente Histérica.
- d) Mente Indiferente.

1.- CLASIFICACION INFANTIL EN ODONTOPEDIATRIA.

Desde el punto de vista práctico, hay dos grandes clasificaciones que se pueden aplicar según la conducta del niño: Cooperadores y no Cooperadores; en el segundo grupo, es donde se presentan los problemas en el manejo dentro del consultorio dental, y donde el odontólogo deberá aportar su máximo esfuerzo para comprender los problemas que originan esas conductas hacia el tratamiento. Dentro de este subgrupo tendríamos:

a) El niño tímido, asustadizo o vergonzoso.- La timidez es una reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez, y puede estar ocasionado por diversas causas, como son, la falta de oportunidad para alternar con personas fuera de su ambiente hogareño, poco afecto y desatención, así como excesiva crítica y autoridad por parte de los padres. O bien tratarse de un niño dependiente con una inmadurez emocional.

El niño asustado nos será mas fácil, relativamente, de reconocerle, pues tratará de esconderse trás su madre, mirará al suelo, o hacia otro sitio mientras se le hable. Responde a pocas preguntas si es que le hace y generalmente utiliza monosílabas o pocas palabras. Es muy importante que el odontólogo lo sitúe lo más rápido posible, ya que mientras el pequeño mantenga "su caparazón" no cooperará.

Es muy común encontrar este tipo de conducta en niños de edad preescolar que no han concurrido al jardín de niños, lo que hasta cierto punto les ha aislado. Esta problemática es más frecuente en las zonas rurales, donde los niños al no tener oportunidad de asistir a la escuela, limitan sus experiencias, sus juegos y sus temas de conversación al ambiente hogareño. (29) (34).

Tanto el odontólogo como su asistente, tienen una gran responsabilidad; hacer de las visitas al dentista una cuestión de carácter agradable, en la que todas se conozcan, y así se familiaricen. Para ello es necesario que todos los colaboradores del odontólogo principalmente su asistente, aprendan el nombre por el cual llaman al niño en su hogar, así como también algo de su pasatiempo favorito; ya que todos los niños tienen siempre un juego o un proyecto sobre el cual gustan de hablar a las gentes que ellos tratan por lo cual él responderá favorablemente si el dentista y su asistente le demuestran un interés sincero. Además de servir éste período como precalentamiento.

b) El niño Miedoso.- Todo mundo ha experimentado en alguna ocasión miedo o ansiedad en una u otra forma o en grado variable. La diferencia entre estas emociones no es muy clara ni definida; ya que ambas reacciones psicológicas y fisiológicas, entre las que figuran emociones y sentimientos desagradables y molestos que son respuestas anticipadas internas mostrando la intuición de un peligro o bien ante un acontecimiento desagradable. (34)

Fundamentalmente los psicólogos emplean el término ansiedad para designar un estado que se caracteriza por un tono emocional desagradable y la incertidumbre acerca del futuro. Mientras que el miedo se define como algo más concreto, es decir se teme a cosas de las cuales se tiene más información.

El niño a través de su desarrollo aprende la cualidad desagradable de muchas clases de acontecimientos, por lo tanto existen diversas causas de ansiedad, entre las cuales se encuentra un grupo de gran impor-

tancia para el odontólogo que es "ansiedad producida por el daño físico - potencial" este tipo de ansiedad se produce cuando el niño asocia algunos estímulos con un dolor posible (el niño puede haber experimentado el característico de estos acontecimientos, o bien como veremos más adelante se ha obtenido esa información a través de sus padres o familiares).

Es de suma importancia que el odontólogo se percata de un estado de ansiedad en los pacientes para evitar lo más posible que esto desencadene en una situación real de miedo. Agregando a esto, la acción tan determinante que tiene la ansiedad en la conducta humana, puesto que suele dar lugar a actitudes que entran en conflicto con la satisfacción de - - otros motivos, como pueden ser la exigencias paternas o bien las presiones de personas adultas. (34)

La responsabilidad de preparar psicológicamente al niño para su tratamiento dental debe ser en primera instancia por vía paterna; ya que en caso contrario el dentista será el que tendrá que enfrentar el problema. Para lo cual él debe tener el conocimiento de la emoción del miedo - en el niño, saber qué y cómo se produce, lo cual trataremos brevemente.

El miedo y la cólera son respuestas primitivas desarrolladas para proteger de daños y autodestrucción. La estimulación sensorial o mejor tal vez diríase emocional, está descargada por función del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca acción cortical. El hombre con un desarrollo altamente cortical puede controlar sus emociones hacia una orden a través de la racionalización y determinación. Por tanto en niños demasiado jóvenes para racionalizar la conducta, su control es difícil. El pequeño, en muchos aspectos se comporta de una manera

primitiva y esforzándose para combatir o rehuir la situación y cuando puede hacerlo, el miedo se incrementa haciéndose extremadamente difícil la comunicación entre el niño y la persona que este con él en este caso el odontólogo. Esta situación puede presentarse aún en niños mayores, cuando su miedo, subjetivo la mayoría de las veces, no les permite la racionalización y por lo tanto tampoco canalizar su emoción.

No obstante la generalidad es que a medida que la edad del niño aumenta las respuestas emocionales pueden ser controladas más y más por la corteza a través de las funciones físicas. (34)

El Valor del Miedo.- Como mencionamos anteriormente, el miedo es de gran valor cuando tiene una dirección y un control adecuado; ya que si bien, cuando se producen estímulos negativos perjudica al pequeño, es también un mecanismo protectivos que actúa como preservación para él mismo.- Por lo cual la situación natural de la emoción del miedo puede ser utilizado para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas de cualquier naturaleza, ya sea física o social; dada ésta característica lo conveniente es que se oriente al niño no en dirección de erradicar el miedo, sino más bien en la canalización de éste hacia los peligros que existen. Es así como el miedo servirá como un mecanismo de protección hacia el peligro real y como impedimento hacia una conducta antisocial.

Tipo de Miedo.- Existen generalmente dos tipos de miedo; aunque en realidad son dos formas de adquirir el miedo: objetiva y subjetiva.

La primera forma consistirá en aquellas temores que son producidos por una estimulación física directa que generalmente no son ocasiona-

dos por los padres ni personas del ambiente infantil, aunque estos estímulos son experimentados por el niño y obviamente son de naturaleza desagradable.

Un niño que ha tenido previo contacto con el odontólogo y ha sido manejado con una absoluta falta de tacto que ha infligido excesivo pánico, necesariamente desarrollará un gran miedo a cualquier futuro tratamiento dental. Es una labor muy difícil, lograr que un niño lastimado regrese al dentista por voluntad propia. Cuando se le induce a regresar, el odontólogo debe realizar un total dominio emocional sobre el pequeño y proceder lentamente para lograr y obtener la confianza del niño. Otra de las causas que pueden interferir al manejo del niño es la conducta que hayan tenido para con él las personas de hospitales donde haya tenido que permanecer, ya que si ésta fue desagradable él los asociará con las gentes que vistan de la misma forma, y le despertará temores injustificables aparentemente.

Por ello debemos evitar el causar el mas leve dolor en el paciente pequeño. Con esto lograremos un grave avance en su confianza y lógicamente en su tratamiento. (34)

El miedo subjetivo está basado en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por otras personas sin que él las haya tenido por experiencia. Un niño es muy propenso a la sugestión, si el niño escucha a alguien contar de hechos que producen pena y dolor, pronto desarrollará miedo hacia ese suceso; la escena mental que le produce miedo, la retendrá el niño, y gracias a la imaginación tan vivida en la infancia, -

esta será amplificada formidablemente, desafortunadamente cuando el niño-escucha de sus padres, compañeros de juego o familiares el supuesto terror al dentista, acepta este hecho como real y tratará de evitarlo si le es posible. (34)

Este tipo de miedo también puede adquirirse por imitación. Cuando un niño observa miedo en otros, pronto él puede demostrar miedo por el mismo objeto o situación como si realmente lo sintiera. Esta situación se presenta con frecuencia si estas actitudes se observan en los padres; ya que la angustia infantil, así como algunas otras actitudes negativas están estrechamente relacionadas con la angustia paterna. (34)

Pese a que los padres aportan la mejor influencia sobre sus niños-los miedos subjetivos también se adquieren a través de material como libros, periódicos, radio, etc., no obstante, lo efectivo de estas influencias dependerá de la potencia, la repetición de el estímulo y la sugestibilidad del niño, e indiscutiblemente de los padres.

Los niños frecuentemente utilizarán el miedo con propósitos ulteriores, incluso como mecanismo protector del dentista, ya que así tal vez el niño no se vea obligado a acudir a su cita dental. Por tanto el juicio de si el miedo es real o no lo decidirá el dentista conjuntamente con los padres. En última instancia cabría señalar que cada niño tendrá su respuesta propia a la emoción del miedo y en muchas ocasiones ésta respuesta dependerá de la innata capacidad física y mental del pequeño para dominar sus emociones.

Miedo y crecimiento.- De la misma forma que el miedo infantil varía con la edad, variará de manera de manejarlo; ya que la conducta emocio-

nal como todas las otras conductas va unida a una maduración, la cual es dependiente del desarrollo del individuo. (34)

Una de las cuestiones más importantes dentro de la provocación de miedos es el rol de las madre, ya que ella desempeña el papel de seguridad y confianza sobre el niño acentuándose sobre todo en pequeños hasta de 2 ó 3 años y con frecuencia persiste en edades más avanzadas.

Por la importancia de este hecho es muy conveniente tratar de conocer los temores de la madre y la relación que media con su pequeño. De la misma forma atender las variaciones que se presentan en la manifestación del miedo por parte del pequeño, ya que el niño de 2 años temerá a objetos o situaciones diferentes que un niño mayor y por lo tanto deberá orientarse le de diferente forma y lo mejor posible de acuerdo a sus actitudes.

c) Niños temperamentales.- Es el caso de los niños que se sienten muy protegidos por sus padres; y es mayor su incidencia en los niños que en las niñas; son desafiantes en cuanto el odontólogo se acerca a ellos, no obstante, no hacen rabietas, no lloran y raramente hablan mucho. Algunas de sus expresiones comunes y más frecuentes son "No abriré la boca", "No quiero que me hagan nada en la boca", y en muchas ocasiones al tratar el odontólogo de explicarle el porqué debe permitir su tratamiento dental, él contestará que no le importa si sus dientes están cariados o tienen cavidades.

En contraste con el niño tímido, este niño presenta una arrogancia exterior; y si tratamos de obtener alguna cooperación de su parte, habremos de apelar a su fanfarronería.

La forma más indicada de probar el inicio del tratamiento es contar con la confianza del padre así como su consentimiento para que el niño entre sólo a la sala operatoria; el odontólogo deberá imponerse por medio de un reacondicionamiento en el niño y tratará sutil y hábilmente de dejar bien establecido quien manda dentro del consultorio. Al final del tratamiento, generalmente estos niños son excelentes pacientes y verdaderos amigos del odontólogo. (34)

d) Niños Incorregibles o Consentidos.- Es el clásico niño resultante de una excesiva indulgencia, o por el contrario, de un rechazo por parte de los padres. Al entrar al consultorio es capaz de asumir actividades tales como patear, lloriquear, golpear o incluso tirarse al suelo, desplegando arranques de mal humor, intentando por estos medios de persuadir a la madre o a su compañera o acompañante para que lo saque del consultorio y lo lleve a su casa. Ante esta actitud, los padres generalmente comienzan a hacer promesas que al chiquillo no interesan, es decir, él siente que domina o maneja totalmente la situación debido al rol que sus padres desempeñan en su vida diaria y del hecho de adquirir casi todo lo que pide.

En el trato de niños que presentan este tipo de conducta, es necesario entrevistarse con el padre y determinar, dado el consentimiento de éste, el tratamiento a seguir, ya que en este tipo de casos el odontólogo no deberá mostrar su enojo ni demostrar que está irritado, mucho menos expresar antipatía por el niño, ya que si el padre se da cuenta pensará en la poca habilidad del operador o bien, tendrá motivos para asumir una actitud protectora hacia su hijo, lo que significa darle su apoyo y dificultar aún más el tratamiento y manejo del pequeño, puesto que generalmente los niños son capaces de percibir las actitudes de los adultos y su reacción será

sin duda muy negativa para el odontólogo. Por lo que es muy importante para éste tener el suficiente valor para ver más allá de la escena presente, ya que si es capaz de abordar el problema con benevolencia y determinación de triunfo, sin tener en cuenta las disparidades habrá ganado amigos y pacientes por mucho tiempo; por el contrario una aventura desafortunada, o una mala técnica de manejo en el niño puede significar la pérdida de la familia - como pacientes y aún de sus amigos. (29) (34)

Esto puede suceder en casos donde el odontólogo admitió su fracaso - utilizando frases como "démosle una nueva cita a Carlos y veremos como reacciona después de la próxima vez".

Es casi seguro que la próxima vez no será diferente y no habrá obtenido nada con la espera.

Ahora bien, el odontólogo jamás deberá utilizar la psicología más pobre de ridiculizar al niño o avergonzarlo; pero tampoco deberá presentarse a que el niño asuma la posición de manipulador, es decir quien marca las reglas de el juego es el odontólogo.

Algunas veces los niños pasan por la entrevista inicial sin mayor problema; pero cuando se inicia el tratamiento operatorio, empiezan las objeciones por parte del pequeño y comienza a gritar o bien a resistirse, es entonces cuando se decide la forma de conducirlo a que coopere explicándole con calma los procedimientos a seguir indicándole que se tratará de incomodarle lo menos posible, pero evitando el hecho de prometerle que no le haremos tal o cual cosa, o que no le dolerá. En el caso de que su actitud persista se llevará al padre a la sala y se le plantearán los procedimientos -

sobre todo él de que el niño permanezca en el cubículo de operatoria solo con el dentista, indicando al niño que en cuanto termine su cita él podrá volver al lado de su padre.

e) Capacidad Intelectual.- Hay niños intelectualmente avanzados que no se adaptan a su primera experiencia dental. Generalmente no cesan de hacer comentarios o preguntas como disuasorias, tal vez porque se dan cuenta de que los odontólogos no pueden actuar en estas circunstancias. Si el odontólogo no pueden actuar en estas circunstancias. Si el odontólogo es paciente, comprensivo y tranquilizador y no se muestra brusco, generalmente obtendrá una respuesta favorable de un niño de capacidad intelectual media o superior a la media y que no padezca ninguna minusvalía física u orgánica. - (34)

II.- PACIENTES ADOLESCENTES Y ADULTOS.

Estos pacientes por las características que presentan en su patrón de conducta lo clasificamos en:

a) Filosófica-Racional.- Los pacientes pertenecientes a esta categoría son personas inteligentes y comprensivas que aceptan el hecho de que necesitan restauraciones removibles. Les interesa conocer sus problemas, hacen preguntas lógicas, e intentan comprender y sacar el mejor partido posible de sus desfavorables situaciones orales. En muchos casos aceptan el consejo y las recomendaciones del odontólogo y confían en que éste les prestará el mejor servicio que su situación permite.

b) Emocional-Nerviosa.- Permanecen a esta categoría los pacientes que al parecer son incapaces de relajarse. Para calmar a estas personas hay

que adoptar una actitud amable y simpática. A menudo explican una larga historia de molestias continuas y creen que nunca se sentirán cómodos con la dentadura postiza. Para tratar a estos pacientes el odontólogo ha de desplegar una paciencia sin límites.

c).- Crítica-Metódica.- Este grupo comprende a los perfeccionistas. El paciente crítico-metódico a menudo exige que el dentista le garantice el éxito del tratamiento. Tienen la idea equivocada de que una restauración le ha de prestar igual servicio que los dientes naturales sanos. Las mujeres pertenecientes a este grupo son sumamente exigentes en lo que concierne al aspecto, y con frecuencia insisten en modificaciones que hacen imposible la armonía o que violan los principios mecánicos ortodoxos.

d) Indiferente.- El descuido en la actitud, las acciones y la indumentaria caracterizan a este grupo de pacientes. No son capaces de asumir la responsabilidad que les corresponde en el cuidado de la dentadura y constituyen pacientes mediocres. Generalmente muestran despreocupación por su estado de salud oral presente o futura. A menos que se pueda cambiar radicalmente la actitud de indiferencia el tratamiento de estos pacientes es una experiencia descorazonadora y con frecuencia abocada al fracaso. (29)

III.- Respecto a los pacientes geriátricos que visitan al odontólogo debe hacerse de acuerdo a la mentalidad que presente en el consultorio odontológico clasificándolo de la siguiente forma:

a) Mente Filosófica.- Los que tienen un tipo de mente equilibrada, que han venido anteriormente a hacerse una extracción y carecen de experien

cia en llevar dentaduras artificiales; éstos dependen del odontólogo para un diagnóstico correcto, pronóstico y educación.

Aquellos que han llevado dentaduras satisfactoriamente, gozan de buena salud y poseen una mente equilibrada, siendo posible que necesiten posteriores servicios.

b) Mente Exigente.- 1.- Los que mientras padecen mal estado de salud están seriamente preocupados por el aspecto y eficiencia de las dentaduras postizas y, por lo tanto, renuncian a aceptar el consejo del odontólogo y no quieren someterse a que se le extraigan sus dientes naturales.

2.- Aquellos que llevan dentadura artificial y no les satisface ni en apariencia ni en utilidad y que dudan hasta tal punto de que la habilidad del dentista les pueda prestar un servicio satisfactorio que incluso insisten a veces, en que les den una garantía por escrito o esperan que el dentista haga repetidas pruebas sin que se les cobre nada.

c).- Mente Histérica.- 1.- Son los que, con mala salud y con la boca en condiciones de abandono patológico, temen la asistencia dental y se someten a la extracción de dientes como último recurso, estando convencidos de que no pueden llevar dentaduras artificiales.

2.- Estos han intentado llevar dentaduras artificiales, que constituyeron un fracaso, por lo cual están completamente desanimados; son de temperamento sumamente nervioso, muy exigentes, y esperan de las dentaduras artificiales suma eficacia y un aspecto igual al de la más perfecta de las dentaduras naturales.

d) Mente Indiferente.- A este grupo pertenecen los despreocupados en lo que respecta a su aspecto y sientan poca o ninguna necesidad de masticar. Por lo tanto, son poco persistentes, y se molestan muy poco en llegar a acostumbrarse a usar dentadura. (37)

En resumen podemos decir que la clasificación de los pacientes es razonable o poco razonable, realista o poco realista.

Blum en 1960 hizo pruebas psicológicas a pacientes que mostraban - que el qué és poco sensato tiene:

1.- Esperanzas poco razonables respecto del médico y de la medicina, en cuanto a la rapidez y certeza del diagnóstico y tratamiento, y recelo, en lo que se refiere al poder y desinteresada benevolencia del clínico.

2.- Desconfianza acerca de la factura y una básica falta de voluntad de pagar, a no ser que se obtenga unos resultados plenamente satisfactorios.

3.- Una creencia sin fundamento de que el clínico, por naturaleza y por regla general, es incompetente, desagradable y poco digno de confianza.

Mientras que se observan estos casos en relación con la práctica de la medicina, su aplicación en odontología resulta evidente.

Blum va más lejos y pregunta ¿De que material estan hechos estos pacientes?. Después de un discreto interrogatorio, los pacientes poco sen-

satos admitirán y reconocerán que poseen esas cualidades, como tensión nerviosa, superstición, hipersensibilidad, miedo, naturaleza demasiado crítica, voluntad débil, tristeza frecuente, tendencias perfeccionistas y a veces estupidez.

Su panorama social es similar. En general, las personas insensatas están peor educadas que las razonables y frecuentemente son obreros o trabajadores especializados o semi-especializados. Por el contrario, los pacientes razonables, a menudo son profesionales o directivos. Y manteniendo las diferencias de educación y ocupación, los pacientes un tanto insensatos tienen normalmente ingresos económicos más bajos que los razonables. Blum resume sus investigaciones diciendo que la educación, vocación y sueldo son indicadores del número de pacientes razonables y poco razonables en cualquier población. Personas con poco sentido común se encuentran con más frecuencia en las clases bajas y en la clase media baja; las personas sensatas se encuentran más a menudo entre la clase alta y la clase media alta.

El más difícil de los pacientes poco razonable es el individuo neurótico. Estos sujetos esperan lo imposible, requieren toda la capacidad del odontólogo y le culpan de cualquier resultado que no sean el que ellos esperan. El paciente paranoico, que cree que todo el mundo esta contra de él y que nadie quiere ayudarle es también difícil y puede ser peligroso si el tratamiento o sus resultados no son lo que él esperaba. La persona depresiva es otro paciente difícil porque no posee persistencia en su comportamiento; de pronto, su dentadura está bien y el dentista es un héroe; al poco rato, "los dientes nunca estuvieron bien, mi boca está tan irritada que así no llegaré a ninguna parte.

Ninguna disertación sobre " la persona " será completa si no se examina al individuo con insistencia. Este tipo, que constituye un elevado porcentaje de los problemas con que se ha de enfrentarse el dentista, es fácil reconocer. La forma en que la naturaleza prepara el organismo para la tensión es mediante la descarga de adrenalina en el torrente sanguíneo, para que así disponga de la energía necesaria para afrontar los problemas de emergencia.

Algunas personas, por su naturaleza química y emocional, están constantemente en actitud tensa y de alerta. Su sistema nervioso está muy sensible, y reacciona ante el más pequeño estímulo que no afectará a las personas normales. Estos pacientes son generalmente delgados y presentan típicos faciales; otros muchos son mujeres en edad de la menopausia o postmenopausia; puede que se sientan desgraciadas por perder a su cónyuge, porque sus hijos se han casado y les han dejado o porque no tienen ningún objetivo en la vida que les compense. Ellas tienden a encerrarse en sí mismas y a examinarse y son rápidas en descubrir una irritación, o la más ligera muestra prematura de contagio de los dientes, o de movimiento de la dentadura. Pueden asustarse muchísimo si descubren cualquier cosa, por pequeña que sea, que pueda parecerles "cáncer". Y como su juventud desaparece, estas mujeres suelen ser muy difíciles de complacer estéticamente, y piden al dentista con insistencia que les elimine las arrugas de la cara y les coloque dentaduras especialmente "bonitas" o fuera de lo normal, cuando ambas cosas pueden que no estén al alcance del dentista. La mayoría de estos pacientes son neuróticos, pero no necesariamente psicóticos; las situaciones psicológicas, difíciles, a menudo, suelen tener relación con problemas de nutrición.

Obj. 5.2 INTERRELACION ENTRE CLINICO-PACIENTE.

a) Conocimiento del paciente.

Como pudimos notar cada paciente desarrolla su patrón de conducta por lo que cada paciente que llegue al consultorio, deberemos tratarlo de una manera especial; teniendo en cuenta que nuestro trato deberá llevar un enfoque sencillo, sensible y comprensivo que ayudará al paciente a sobrellevar, o tal vez a dominar una experiencia odontológica. Es importante recordar que si dicha experiencia no le es desagradable con el odontólogo.

Para el mejor logro de este propósito, el odontólogo debe sobre todas las cosas poseer un dominio absoluto del terreno en el que trabaja, que en este caso será el conocimiento del paciente; básicamente nos referimos en las fases que el paciente presenta en su conducta y que seguramente son la razón de que nuestro paciente difiera en sus actitudes entre una cita y la siguiente.

Una forma muy sensata de actuar por parte del odontólogo, es el conocer al paciente antes de sentarlo en el sillón dental. En ocasiones los padres llaman por teléfono en caso de que sea a un niño el que se va a atender o el propio paciente llama para concertar su cita, lo cual puede ser utilizado por el dentista para obtener información.

Durante la primera visita, trataremos de conocer las inquietudes del paciente así como las cosas que le gustan, para poder hacer más placentera su estancia en el consultorio, ya que esto puede ser un factor definitivo ya que se le infunde confianza al paciente. (29)

Llegando a este punto, podemos pronosticar o anticipar como será la reacción del paciente ante el tratamiento dental y el odontólogo. Como-

podemos apreciar, si logramos el mayor conocimiento de nuestro paciente, - tendremos la mitad de la victoria ya que la técnica y el manejo a seguir - lo determina en gran parte su conducta.

b).- Manejo del Paciente.- Una vez que el dentista ha logrado un - conocimiento del paciente, y lo ha situado en el ámbito del consultorio. - El dentista hace uso del lenguaje y de actitudes que permitan guiar la conducta del paciente hacia una mayor cooperación. Entre los cuales mencionamos los siguientes:

La conversación del dentista: para que sea posible establecer una - conversación con el paciente, el dentista debe ubicarse en el nivel de éste, tanto en palabras como en ideas; esto significa utilizar frases y palabras de poca dificultad que el paciente pueda comprender y que deben estar al nivel del paciente.

Es importante además, que el dentista sepa escoger el tema de conversación, que como situaciones familiares que generalmente se dan en los - pacientes pequeños, hasta hablar de temas de interés para los pacientes mayores. (34)

Jamás se debe menospreciar la inteligencia del paciente, sobre todo en el caso de hablarle al estarlo atendiendo, ya que si el dentista le - hace preguntas que el paciente tiene que contestar, puede ser esto una excusa para detener el tratamiento dental por algunos momentos.

Uso de palabras que promueven miedo.- Durante su conversación, el - dentista deberá evitar el uso de palabras que puedan despertar inquietud - o miedo en el paciente. Muchos miedos subjetivos no son a los procedimien-

tos mismos, sino el miedo que produce el decir una palabra.

La decepción puede ser evitada dentro del trabajo con paciente - de primera vez, utilizando palabras que substituyan a las que impliquen miedo, dolor o temor, y que permanezca al lenguaje que utiliza el paciente a diario. (34)

Ordenes contra sugerencias.- En el curso del tratamiento dental es necesario, para asegurar la cooperación del paciente, tener en cuenta lo siguiente:

El odontólogo jamás preguntará al paciente con una suplica, o una pregunta de que si lo hará, puesto que realmente está dándole a elegir entre complacer y negarse dando como resultado una conducta errónea. Porque si él rechaza la sugerencia su conducta automáticamente será inaceptable. Por lo que es preferible no sugerir sino ordenar, aunque de una manera firme, agradable y con seguridad. El odontólogo no debe titubear para sonreír a su paciente pero sin dejar a un lado la firmeza.

c) Habilidad y cualidades del odontólogo.- Establecer una comunicación verdadera con el paciente es uno de los objetivos principales durante el tratamiento dental, y aún considerando los aspectos que hemos mencionado, existen otros de importancia como son:

Habilidad y Velocidad del Dentista.- Cuando ya se ha realizado toda una labor de convencimiento hacia la aceptación del tratamiento, es necesario seguir conservando la confianza del paciente. Durante la atención a niños, el mejor camino siempre es la forma más simple de trabajo, este no necesariamente significa un trabajo sucio, o de técnica inferior. Por el contrario es todo un orden dentro del trabajo a realiza que

implica: instrumental y material a utilizarse preparados con anticipación, para que una vez iniciada la sesión operatoria no haya pérdida de tiempo alguno.

El dentista puede y debe programar sus deberes con destreza para así mismo evitar molestias e incomodidades. Como mencionamos ya con anterioridad, el valor de una asistente eficiente es una ayuda incalculable en el control del paciente y facilitando los procedimientos operatorios.

Una labor realizada conjuntamente dará por resultado trabajos - realizados de una manera rápida, sencilla pero de calidad, que no permitirán que el dentista pierda pacientes. (3)

Esto sólo será posible mediante una planeación correcta del tiempo de trabajo en cada paciente durante el día (1).

RAZONABILIDAD DEL DENTISTA.- Ante el comportamiento infantil, el dentista debe ser razonable y realista. No censurar al niño porque esto - significa asustarlo, tratemos de colocarnos en su lugar y entender el por qué de su comportamiento.

Respetar sus emociones es básico, pero si ellos no están dentro - de los patrones conductales deseados para el trabajo dental, tratar de - cambiarlos. El eje del niño le permitirá adaptarse a la situación. Dar al paciente una oportunidad para participar en los procedimientos. Si él puede estrechar la algodónera en sus manos o sostener los rollos de algodón - sentirá que es parte del servicio y se mostrará interesado, cooperativo.- Dar un trato individual con sentimientos y emociones y no como un objeto - inanimado es de gran provecho para el niño y aún más para el dentista.

El Dentista y su Autocontrol.- Un dentista jamás deberá perder su temperamento y verse enojado. Así como el miedo, la ira es una respuesta emocional inmadura. Esto es una respuesta de derrota y una indicación al paciente de que ha conseguido manejarlo. El paciente tiene una marcada ventaja sobre el dentista ya que la ira o el enojo disminuyen la habilidad para razonar claramente y hacen lo propio con las respuestas. (34)

Si el odontólogo pierde el control de si mismo y levanta la voz sólo conseguirá asustar más al paciente e incrementar el problema.

Si el odontólogo no se reconoce capaz de controlar su enojo lo mejor será despedir al paciente y dejar que otro odontólogo lo atienda. Permitir que otro odontólogo lo atienda, es mejor que arruinar psicológicamente al paciente para todo tratamiento dental futuro.

Lo agradable del dentista.- Ser agradable y natural en todas sus acciones es un buen plan del dentista, evitar causar recelo en los pacientes mediante estas actitudes llega a convertirse en algo rutinario sin mucho esfuerzo.

Esta relación agradable no sólo debe incluir al niño sino extenderse hacia los padres, esto podría lograrse mediante el envío de recordatorios de las citas de sus hijos o bien llamando por teléfono cuando se ha realizado un tratamiento de emergencia los padres agradecerán el que por la tarde o al día siguiente se le llame para preguntar como siguió la molestia de su niño, o bien cuando el niño ha enfermado y cancela su cita, el dentista enviar una tarjeta deseando pronto alivio. En

Desde el punto de vista clínico, los objetivos de la entrevista inicial con el enfermo son, además de establecer con él una relación significativa: a) identificar la presencia de síntomas psíquicas y psicofisiológicos, b) conocer si hay en su vida actual (familiar, ocupacional y social) situaciones generadoras de conflicto, frustración, pérdida o amenaza de pérdida de su seguridad, c) identificar sus actitudes hacia su experiencia de la enfermedad, d) identificar los rasgos dominantes de su carácter, distinguiendo entre meras maniobras situacionales y otras que son expresión de tendencias permanentes, es decir de su estilo y forma de relación consigo mismo y con los demás.

La focalización del interés del examinador en las cuatro áreas señaladas, le permitirá formarse además de un criterio nosológico, una opinión sobre los aspectos situacionales, psicodinámicos y caracterológicos de mayor significación en el caso particular de ese enfermo.

Lo que se ha señalado, sólo esto no tiene demasiada importancia, ya que se deja abierta la posibilidad de completar y afinar en las consultas subsecuentes la información obtenida y de ampliar el conocimiento del enfermo como persona. Cuando sea oportuno, la indagación puede ampliarse, pidiendo al enfermo que haga un relato autobiográfico que incluya sus experiencias más significativas en el curso de su vida. Un aspecto de este relato, que permite ahondar aún más profundamente en la personalidad del enfermo si así se desea, es la que se refiere a sus experiencias de los primeros años, la atmósfera que rodeó su vida en la infancia, la calidad de la relación con sus padres, hermanos y otras personas importantes en su núcleo familiar. (1)

fin todos los detalles que el dentista pueda o sepa utilizar serán gratificantes para él.

La odontología es una profesión grata y agradable, utilizar esta gracia en favor del dentista significa éxito; si se definiera a un buen odontólogo, los requisitos serían: gracia, habilidad, conocimiento e inteligencia. (1)

Obj. 5.3.- EVALUACION GENERAL DEL PACIENTE, CONCEPTOS Y CRITERIOS:

No importa cuan minucioso haya sido el estudio clínico de un paciente, quedará inconcluso sino se exploran en él las áreas psicológicas de interés clínico. Para ello se requiere que el estudio clínico habitual sea ampliado en varias direcciones y una actitud apropiada de l - examinador.

Tanto estudiantes como profesionistas clínicos, aún aquellos - que tienen viva advertencia de la importancia de los factores psicológicos en la patología humana, pueden encontrar al hacer el exámen psicológico en sus enfermos algunas dificultades. Por una parte, es probable - que su formación y disciplina les capaciten mejor para manejar conceptos morfológicos y funcionales que conceptos psicológicos y por otra, una indignación psicológica, aún restringida y con metas limitadas, requiere la dedicación a cada paciente de un tiempo adicional. De cualquier modo, el estudio psicológico como complemento de el estudio clínico defiere - en sus alcances y en sus metas del que se practica a los enfermos mentales en una institución especializada. (1)

La indagación Clínico-Psicológica no debe omitirse aún cuando - las quejas iniciales del enfermo apunten claramente hacia un padecimiento orgánico, por las mismas razones que harían imperdonable que se omitiera interrogar al enfermo acerca de la presencia de alteraciones en - los sistemas circulatorios, digestivo, respiratorio, etc. simplemente - porque presenta como motivo explícito de la consulta, un síntoma mental.

Es claro que el interrogatorio clínico psicológico debe tener en cada caso profundidad que permitan al enfermo y las circunstancias. En - ocasiones el interrogatorio en relación con una área determinada debe - de ser extenso e insistente, en otros casos el interrogatorio en ese mismo capítulo puede ser innecesario o inoportuno y debe ser omitido del todo. (1)

Por ejemplo, es inoportuno interrogar a un enfermo moderadamente deprimido o que sufre de angustia y temores irracionales, acerca de la - presencia de alucinaciones delirios o perturbaciones del juicio, sínto- mas que sólo ocurren cuando hay alteraciones del estado mental. Tampoco - es sensible interrogar acerca de los problemas personales a alguien que - sufre una infección aguda, un estado avanzado de arterioesclerosis o un - tumor maligno. Sin duda, sus problemas pueden influir en el curso de su - enfermedad, pero este hecho resulta de escasa trascendencia en el caso - particular. (1)

Es de esperarse que el clínico, y aún el estudiante, tengan un - discernimiento necesario para no incurrir en errores. El contacto inicial con un enfermo permite, en la mayor parte de los casos, saber si está - confuso y desorientado, si conserva el contacto con la realidad. La de- licadeza, en el sentido de jerarquización de los problemas, la capacidad

de verlos en su justa perspectiva, son función del buen juicio del clínico que se afirma a través del tiempo, con la experiencia.

Antes de entrar de lleno al método del estudio clínico, se quiere llamar la atención del principiante hacia algunos puntos que tienen interés. A diferencia de lo que generalmente se supone es más frecuente que la causa de que los enfermos omitan comunicar datos relativos a su estado emocional y a sus problemas personales, radique en el clínico y no en el enfermo. Frecuentemente ocurre que en cuanto un enfermo intenta expresarse e incluye en su relato referencias a su estado anímico y a sus situaciones personales, el clínico se muestra impaciente o desinteresado. Un interés genuino en el enfermo como persona, y una permisiva sin apresuramientos, no tienen substitutos.

Es necesario conducir el estudio clínico de los pacientes de modo de no susitar en ellos respuestas erróneas y de no bloquear su espontaneidad. En otras palabras, es necesario presentar al enfermo preguntas que abran el diálogo y evitar las tiendan a cerrarlo. Las preguntas, cuya finalidad aclarar secuencias y concretar hechos y fechas pueden venir después.

Quando un enfermo se muestra excesivamente reservado, puede ser conveniente darle una explicación que justifique a su ojos el paso del estudio a un terreno más personal. Decirle que se sabe que las dificultades psicológicas y los problemas influyen en los estados de salud y enfermedad y que por ello estamos interesados en conocer algo sobre su estado de ánimo, sus preocupaciones y circunstancias de su vida. No hay que olvidar que muchas personas ni siquiera se imaginan que puede haber alguna relación entre sus síntomas y su estado de ánimo y sus problemas, y por

otra parte, no pocas veces los síntomas sirven inconscientemente de soluciones a problemas que el enfermo no ha sido capaz de enfrentar y que por lo tanto tiene un valor en la economía personal que no es aparente a primera vista.

Son la actitud del clínico, su calor, su paciencia, su habilidad como observador, su forma de conducir el estudio clínico, las que determinan su poder de penetración en la intimidad de la relación clínico-paciente. (1)

RESULTADOS.

Al concluir el desarrollo de la tesis, se determina el carácter verdadero con respecto a la importancia del Estudio Clínico, que debe tener la Odontología. Puesto que los resultados que se obtuvieron no son del todo satisfactorios ya que como se manifiesta en el fundamento del tema, el Estudio Clínico se reduce a ser simplemente una historia clínica, siendo que está es una parte íntegra del Estudio Clínico, como lo son a la vez los procedimientos propedéuticos, la exploración física y los auxiliares de diagnóstico (desarrollados anteriormente).

Al desarrollar el análisis de la historia clínica de E.N.E.P. Zaragoza, se encontró que las partes que la integran se han mantenido estáticas, puesto que no ha estado sujeta a cambio evolutivo ni crítico respecto a las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, debido probablemente a los cambios constantes de personal académico dentro de la E.N.E.P. "Zaragoza", por lo que se debe elaborar y modificar la historia clínica, para que inicie la transformación más actualizada, de nuestra Historia Clínica para hacerla más comprensible, ya que estas muchas veces causaba confusiones debido a la falta de unificación de criterio por parte de los profesores.

La historia clínica actual había sido programada para los primeros cuatro semestres de la primera generación (76-79), en la cual esta sería enfocada a la población infantil, pero a partir del quinto semestre de esta generación contarían con una historia clínica propia para la población adulta, y a la fecha va la generación (79-82), y la historia clínica sigue siendo la misma, lo cual demuestra su estancamiento en el que se encuentra, por lo tanto la nueva forma de historia clínica, vendría -

a revolucionar a la forma estancada, haciendo de esta nueva forma más sencilla, accesible y completa para poder establecer una forma que vaya de acuerdo a las condiciones sociales culturales y económicas de nuestro país y de la zona de influencia de la E.N.E.P. "Zaragoza", para la obtención de datos reales con respecto a la enfermedad que más prevalezca en la zona o región donde se realice el Estudio Clínico. Todo esto se fundamenta en base a la aplicación de una encuesta de investigación que se realizó tanto a la población estudiantil y profesores de la carrera de odontología de los diferentes semestres (3o. a 8o. semestre). Obtuvimos resultados desalentadores debido a que la gran mayoría de la población estudiantil y profesorado, no respondieron al objetivo que se pretendía, que era el de observar el grado de aplicación de conocimientos sobre el estudio clínico y la importancia científica como cimiento del tratamiento odontológico, sino que, es más bien realizada mecánicamente por parte de la población estudiantil debido a que no fundamenta más el conocimiento en la aplicación de su estudio clínico, ya que nomás se concreta a lo aprendido en el módulo de estudio clínico y radiográfico y muchas de las veces ni a eso, debido que sólo tiene una importancia relativa para lograr cubrir los objetivos que le son pedidos por el plan de estudios. Con respecto al nivel privado no existe un estudio clínico concretamente y a la vez están desubicados de lo que es el estudio clínico, tanto que no llevan ni siquiera un archivo clínico satisfactorio, un dato, que notamos que los estudiantes, profesores y profesionistas privados, en su gran mayoría no define lo que es historia clínica, expediente clínico así como estudio clínico el cual estos términos son muy confundidos.

La encuesta era con el fin de comparar el grado de conocimientos, sobre el estudio clínico y las partes que lo componen, el desarro-

llo con relación de las enfermedades sistémicas y propias del aparato es-
tomatognático, así como el conocimiento de la relación clínico-paciente -
y clínicos del área de salud, a la vez el aspecto legal que guarda el es-
tudio clínico en la práctica; que al comparar los resultados obtenidos -
son:

En la población encuestada es el 97.5% no contesto, ni entrego, -
el 1.5 % contestó el grado de conocimientos que tenía, el 2.0 % se abstu-
vieron.

DISCUSION:

En base al estudio que realizamos con respecto a la metodología que se utiliza en la E.N.E.P. "Zaragoza" a nivel de formación profesional, observamos que existen deficiencias en relación a la elaboración de un Estudio Clínico completo para llevar a cabo los tratamientos clínicos que realizan, ya que sólo se toma como requisito para la cobertura de actividades que se deben cubrir de acuerdo al programa de enseñanza, y por lo tanto sólo se realiza una parte del Estudio Clínico, por esta razón se le resta interés a los procedimientos metodológicos y la valoración que le da el clínico (estudiante) al Estudio Clínico es solamente como la de un requisito a llenar para poder iniciar un tratamiento, lo que conlleva a que la mayoría de los tratamientos se encuentran con muchas deficiencias para ser exitosos.

Una medida para superar estas deficiencias que encontramos es la de llevar a cabo el Estudio Clínico minuciosamente y paso por paso para detectar cualquier patología existente por medio de los auxiliares de diagnóstico, una vez localizada la patología podremos tener la comunicación con los otros miembros del área de la salud, para obtener la información necesaria para poder obtener un diagnóstico correcto y para que las posibilidades de fracaso sean nulas.

El clínico debe prever cualquier situación en la que se pueda ver involucrado y pueda estar de por medio su prestigio y bienestar, para lo cual deberá tener presente la importancia de elaborar un buen Estudio Clínico completo y los beneficios que le pueda presentar al hecho de tener todos los documentos que recopile en la realización de él (Estudio Clínico), ya que en caso de tener problemas legales los documentos con -

los que cuenta pueden hacerle menos difícil ese problema.

El hecho de que el clínico tenga en su poder dichos documentos - no va a estar enfocado nada más para el esclarecimiento de problemas de tipo legal, sino que también van a servir para resolver cualquier problema de tipo moral de la responsabilidad que representa el tratamiento del paciente para él, además de la confianza que va a sentir dicho paciente al observar que su tratamiento se está llevando a cabo minuciosamente. - En caso de que el paciente sienta que su tratamiento está resultando deficiente, el clínico tendrá bases para poder explicar al paciente cual era su estado inicial y las evoluciones que ha tenido ya que en los documentos que el clínico tiene en su archivo clínico tiene los datos de la secuencia que ha llevado en el tratamiento, así como la evolución del estado de salud del paciente como unidad integral, y no sólo como una boca que se está tratando.

Por lo antes expuesto podemos decir que todo individuo que se presente al consultorio debe ser considerado como un ser y el tipo de tratamiento que se le debe brindar sea integral, dando a entender con este que no sólo nos debemos limitar a observar y tratar las enfermedades que se relacionan con la boca, sino también a nivel sistémico, por lo cual se debe hacer un Estudio Clínico Completo para que exista un respaldo tanto para el paciente como para el Clínico; el paciente sentirá un respaldo moral y el clínico tendrá un respaldo para cualquier problema de tipo legal que se le presente.

CONCLUSIONES:

A nuestro juicio debe quedar perfectamente establecida la necesidad de elaborar el Estudio Clínico en la práctica diaria del odontólogo, donde éste manifieste un verdadero y concreto criterio metódico, con respecto a la integridad biopsicosocial de los individuos, así como las técnicas propedeúticas, exploración física, auxiliares de diagnóstico y conocimiento actualizado de la patología de las enfermedades, ya sean las causas de estas tanto sociales, biológicas y psicológicas.

En la atención de la integridad del individuo que requiere mucho más que el conocimiento y habilidad técnica, es también imprescindible el interés que se le de al paciente en la comunicación que debe existir con el odontólogo. Debido que tanto el odontólogo como paciente requiere de una comunicación mutúa para lograr lo que ambos interesa la salud e integridad biopsicosocial del organismo, es conveniente que esta comunicación sea mutúa, cuando el odontólogo y el paciente conozca el origen de los problemas que lo aquejan, el Estudio Clínico ayudará a establecer un mejor diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento para obtener re-sultados satisfactorios.

En el análisis de la historia clínica ésta determina que los alumnos de E.N.E.P. "Zaragoza" no se le ha concientizado con respecto a la importancia de los datos que se obtienen en cada una de las partes que integran la historia clínica y una manera adecuada de vaciar la in-formación en ella debido a la falta de unificación de criterios por par-te de los profesores. Por lo cual; a).- No presenta un valor cualitati-
vo; b).- Presenta un aspecto meramente de trámite para los alumnos de la E.N.E.P. "Zaragoza", para poder llevar a cabo sus tratamientos odonto

lógicos; c).- El Estudio Clínico es limitado a la historia clínica y llevado mecánicamente por los alumnos; d).- La historia clínica se ha mantenido estática y no ha estado sujeta a cambios ni modificaciones de en terna de juicio por el personal académico de odontología por lo que se la considera incompleta; e).- El Estudio Clínico sólo se practica a nivel hospitalario y formación profesional; f).- El Estudio Clínico necesita mayor difusión a nivel privado para su mejor realización operativa.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

1. Promover el mejoramiento de la atención de los individuos y comunidad a través del Estudio Clínico.
2. Aplicar medidas de protección y específica con el Estudio Clínico en el aspecto legal, tanto para el clínico como para los pacientes.
3. Utilizar los métodos propedeúticos en el Estudio Clínico para la obtención del diagnóstico (tanto directos como indirectos), que ayude a constituir la base para la planeación y aplicación de medidas terapéuticas correctas.
4. Realizar estudios a nivel comunitario por medio del Estudio Clínico - para conocer la frecuencia de las enfermedades y así plantear un servicio de salud correcto.
5. Efectuar la detección de enfermedades, para dar tratamiento temprano a los padecimientos orales y sistémicos, utilizando metódica y científicamente el estudio clínico, por medio de la aplicación de las medidas propedeúticas y terapéuticas.
6. Que se den a conocer los resultados de las prácticas clínicas realizadas en la comunidad por el departamento de odontología social para conocer la frecuencia de las enfermedades que aquejan a la población.
7. Realizar reuniones periódicas para analizar y reestructurar las partes que integran la Historia Clínica.

8. Que los clínicos esten constantemente actualizándose en los adelantos científicos sobre las patologías, para que cada vez el Estudio Clínico sea más satisfactorio.
9. Para poder realizar cualquier tratamiento se debe tener el Estudio Clínico completo.
10. Que exista comunicación e interrelación entre los profesionales del área de la salud con respecto a la mejor atención de la comunidad, por medio del Estudio Clínico.
11. Crear conciencia en los estudiantes de odontología sobre la importancia que representa el Estudio Clínico, para preservar la integridad bio-psico-social de la comunidad.
12. Que en la práctica profesional privada se siga realizando el Estudio Clínico.

A N E X O S

- a).- Glosario.
- b).- Encuesta.
- c).- Historias Clínicas

G L O S A R I O

- ADENOPATIA : Enfermedad de los ganglios linfáticos.
- ANAFILAXIA : Aumento de la sensibilidad del organismo a un antígeno - que provocó la reacción.
- ANOREXIA : Falta de apetito.
- ANOXEMIA : Disminución del oxígeno en la sangre.
- ANOXIA : Oxidación insuficiente.
- ANTISEPSIA : Es el método que se propone evitar el desarrollo de los - microbios o trata de destruir a los mismos para combatir- o impedir la instalación de procesos infecciosos.
- APOPLEJIA : Suspensión brusca y más o menos completa de todas las fun- ciones cerebrales con pérdida súbita del conocimiento y - motilidad voluntaria y conservación de la circulación y - respiración.
- ARGIRIA : Coloración grisácea de la piel y mucosas por el uso conti- nuado de sales de plata al interior.
- ASEPSIA : Método o procedimiento por el que intenta impedir la lle- gada de los gérmenes patógenos al organismo humano, y evi- tar por lo tanto las infecciones.
- ASIALIA : Falta o deficiencia de saliva.
- ATAXIA : Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente - de los movimientos musculares sin debilidad o espasmo de- estos.

- ATETOSIS : Movimientos continuos involuntarios, lentos, extravagantes de los dedos principalmente, debidos por lo común a una - lesión del cuerpo estriado.
- BIOPSIA : Exámen del organismo vivo en oposición a necropsia, y especialmente exámen microscópico de una porción de tejidos obtenido de un cuerpo vivo.
- CEFALEA : Cefalalgia, dolor de cabeza.
- CETOACIDOSIS : Estado caracterizado por la formación excesiva de cuerpos-cetónicos. Acidosis.
- CIANOSIS : Coloración azul ó lívida de la piel y mucosa, especialmente debida a anomalías cardiacas, causa de la oxigenación - insuficiente de la sangre.
- CLONIA : Término general para los movimientos musculares de pequeña extensión sin efecto locomotor.
- CLONISMO : Sucesión de espasmos y convulsiones clónicas.
- DISNEA : Dificultad en la respiración. Puede ser inspiratoria o respiratoria.
- DISFAGIA : Deglución difícil.
- ECCEMA : Afección inflamatoria, aguda o crónica, de la piel originada por varias causas.
- EDEMA : Acumulación abundante de líquido seroalbuminoso en el tejido celular.

- EMBOLIA : Obstrucción brusca de un vaso, especialmente una arteria, por un cuerpo arrastrado por la vía sanguínea.
- ENDOSCOPIA : Exámen o inspección directa de una cavidad o conducto con instrumentos ópticos adecuados a la región que se explora.
- EPISTAXIS : Hemorragia de las fosas nasales.
- ERITEMA : Enrojecimiento difuso de la piel producido por la congestión de capilares y que desaparece por compresión.
- ESPUTOS : Materia procedente de las vías respiratorias inferiores - que llega a la boca por medio de esfuerzos de expectoración y es escupida o tragada.
- GASEOSA : Producida por burbujas de aire o gases.
- GLICOSURIA : Presencia de glucosa en la orina.
- HEMIPLEJIA : Parálisis de un lado del cuerpo.
- HEMOPTISIS : Expectoración de sangre.
- HIPOXIA : Anoxia moderada.
- ICTERICIA : Coloración amarilla de la piel debido a pigmentos biliares en la sangre.
- LABILIDAD : Inestable, facilidad en un cambio de estado afectivo.
- LINFOADENOPATIA: Término común para la afecciones de los ganglios o el tejido linfático.
- LIPOTIMIA : Desmayo, delirio (declinación de las facultades mentales), pérdida súbita del conocimiento.
- MELENAS : Expulsión de sangre alterada por el ano, sola o con heces.

- NEFRITIS : Inflamación del tejido renal.
- NEURITIS : Afección inflamatoria de un nervio o nervios caracterizados por dolor o trastornos sensitivos, motores o trófi-
cos, según el nervio afectado.
- NOSOLOGIA : Estudio individual de las enfermedades.
- OCCIPUCIO : Porción posterior e inferior de la cabeza (hueso occipi-
tal).
- PALIATIVO : Aplíquese al remedio que alivia, pero no cura; sintomáti-
co.
- PARAPLEGIA : Parálisis más o menos completa de partes simétricas de am
bos miembros superiores, inferiores o de los cuatro miem-
bros.
- PARAXIL : Paralelo a un eje. Paraaxial.
- PERSPIRACION : Transpiración o vaporización que se efectúa constantemente
a través de la piel; puede ser insensible o sensible (suda-
ción).
- PIORREA : Inflamación purulenta de los alveolos dentarios (flujo o -
derrame de pus).
- PIROGENO : Productor de fiebre.
- PLACEBO : Preparación farmacéutica desprevista de principio activo -
que se administra con carácter psicoterápico.
- POLIFAGIA : Hambre voráz o canina, uso de toda clase de alimentos.
- POLIURIA : Secresión abundante de orina.

- PURPURA : Manchas rojas en la piel constituidas por diminutos extravasados sanguíneos subcutáneos.
- REPLECION : Llenura, plétora.
- RUBOR : Enrojecimiento inflamatorio, cara, cuello, etc.
- SEMILOGIA : Sintomatología.
- SEPSIS : Infección pútrida, septicemia.
- VERTEX : Vertice, de la cabeza especialmente.
- XEROSTOMIA : Sequedad de la boca por defecto de secreciones, boca seca, asialia.

ENCUESTA REALIZADA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO CLINICO.

1.- Que significa para usted el Estudio Clínico ?

2.- ¿ Que diferencia existe entre ficha clínica, historia clínica, expediente clínico y estudio clínico ?

3.- Que importancia tiene el estudio clínico dentro de su actividad ?

4.- ¿ Lo lleva cabo en su práctica ?.....Si o No
Especifique:

5.- ¿ Quien elabora el estudio clínico ?

Ud. mismo () Su asistente () ¿ Porque ?

6.- ¿ Que procedimientos clínicos juzga necesarios para realizar el estudio clínico ?

7.- ¿ Que importancia representen los datos obtenidos mediante el estudio clínico en cuanto a antecedentes personales, patológicos, no patológicos y socio-económicos en la evaluación clínica?

8.- ¿ Considera que la condición socio-económica puede influir en el estudio clínico ? de algunos ejemplos.

9.- ¿ Realizará un examen físico aparte del estudio clínico ?

10.- ¿ Que métodos utilizaría para evaluar o llevar a cabo el estudio clínico ?

11.- ¿ Es frecuente su relación en el diálogo con otros profesionales del área de la salud ?

12.- ¿ Lleva a cabo interconsulta cuando detecta alguna enfermedad, ya sea sistémica o local ?

13.- ¿ Que enfermedades considerará más frecuentes de identificar por medio del estudio clínico ?

14.- ¿ Que importancia tienen los signos vitales ?

15.- ¿ Cuando se requieren análisis de laboratorio, los conoce y los sabe interpretar ?

16.- ¿ Cual es el enfoque que se le da al estudio clínico para realizar determinado tratamiento odontológico ?

17.- ¿ Cual debe ser la relación entre el clínico y el paciente ?

18.- Considerará que la historia clínica de S.M.E.P. "Caragoza" sea completa ? Si o No
Especifique: _____

19.- ¿ Cree necesario llevar un archivo clínico ?.....Si o No
Especifique: _____

20.- ¿ Que seguridad legal tiene el estudio clínico ante los
pacientes para el clínico ? _____

Comentarios sobre esta encuesta: _____

Prof. semestre que imparta: _____

Para alumnos: Semestre que cursan. _____

HISTORIA CLINICA
ODONTOLOGIA

Nombre _____ EXP. _____

Sexo _____ Edad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____

_____ Domicilio _____

Telefono _____ Lugar y fecha de nacimiento _____

_____ Nombre y dirección del Médico _____

_____ Telefono _____

I. MOTIVO DE LA CONSULTA. Urgencia _____ Tratamiento _____

II. PADECIMIENTO ACTUAL _____ Signos y síntomas _____

_____ Fecha de aparición _____

. Evolución _____

Duración _____ Estado actual _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

a.- Higiene:

Buena _____ Regular _____ Mala _____

b.- Condición socio-habitacional:

habitación; No. de dormitorios _____ Tiene suficiente ventilación en el dormitorio si o no Cuantas personas duermen en el _____
Sanatorio: Colectivo _____ Privado _____ o tiene _____

c.- Inmunizaciones:

B.C.G. _____ Antivarilosa _____ Antibolus _____

D.P.T. _____ Otras _____

d.- Costumbres:

Tabaquismo Si o No Frecuencia _____

Alcoholismo Si o No Frecuencia _____

Drogadicción Si o No frecuencia _____

e.- Condición Socio-deportivo-intelectual:

Práctica usted algún deporte si o No Con que frecuencia _____

Grado de estudio _____

Que diversiones realiza _____

Cada cuando _____

Cada cuando decaenso: _____

f.- Hábitos dietéticos:

Cuantas veces al día come: _____

Que alimentos ingiera:

Carne _____ Cuantas veces a la semana _____

Fruta _____ Cuantas veces a la semana _____

Huevo _____ Cuantas veces a la semana _____

Leche _____ Cuantas veces a la semana _____

Pescado _____ Cuantas veces a la semana _____

Verdura _____ Cuantas veces a la semana _____

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Esquema de interrogatorio.

A.- Sistemicos nutricionales:

1.- ¿ Tiene apetito?.....Si o No.

2.- ¿ Distingue bien el sabor de los alimentos?.....Si o No.

3.- ¿ Tiene mucha sed ?.....Si o No.

4.- ¿ Tiene mal sabor de boca ?.....Si o No.

¿ A que le sabe ? _____

5.- ¿ Siente dificultad al pesar los alimentos ?.....Si o No.

6.- ¿ Tiene dolor de estómago ?.....Si o No.

7.- ¿ Siento alguna molestia cuando llegan los alimentos al estómago ?.....Si o No.

8.- ¿ Tiene retortijones, cólicos, gases en abundancia ?
.....Si o No.

9.- ¿ Cuantas veces obra en las 24 hrs. ? _____

10.- ¿ Hay dolor al obrar ?.....Si o No.

11.- ¿ Ha tenido diarreas continuas ?.....Si o No.

B.- Cardiovasculares:

1.- ¿ Tiene palpitaciones, obedecen al esfuerzo ?...Si o No.

2.- ¿ Se fatiga y siente sofocación al caminar ?.....Si o No.

3.- ¿ Se fatiga con pequeños o grandes esfuerzos ?...Si o No.

4.- ¿ Ha tenido sangrado por alguna parte de su cuerpo?.....
.....Si o No.

5.- ¿ Se ha hinchado de alguna parte de su cuerpo ?..Si o No.

¿ De que parte ? _____

6.- ¿ Siente mareos ?.....Si o No.

7.- ¿ Tiene dolor de cabeza constante ?.....Si o No.

- 8.- ¿ Le surben los oídos ?.....Si o No
- 9.- ¿ Siente hormigueo en alguna parte del cuerpo ?....Si o No
- 10.- ¿ Siente calambres o que se le duerma alguna parte del cuerpo ?.....Si o No
- 11.- ¿ Por los ojos, le pasan manchas o como neblinas que vayan y vayan ?.....Si o No

C.- Hepáticos:

- 1.- ¿ Ha notado inflamación en la zona derecha inferior debajo de la costilla ?.....Si o No
- 2.- ¿ Ha tenido vómito, náusea o diarrea ?.....Si o No
- 3.- ¿ Al orinar ha observado un color negrusco ?.....Si o No
- 4.- ¿ Ha notado alguna vez cambio de coloración de su piel ?.....Si o No

D.- Renales:

- 1.- ¿ Orina con mucha frecuencia ?.....Si o No
- 2.- ¿ Aproximadamente cuanto en 24 hrs. ? _____
- 3.- ¿ Su orina esta mezclada con sangre ?.....Si o No
- 4.- ¿ Cuando termina de orinar siente la necesidad de seguirlo haciendo ?.....Si o No
- 5.- ¿ Siente dificultad al orinar ?.....Si o No
- 6.- ¿ Siente alguna molestia al hacerlo, como dolor, sensación de ardor ?.....Si o No

E.- Endocrinos:

- 1.- ¿ Ha notado que pierde peso rápidamente ?.....Si o No
- 2.- ¿ Por ejercicio, dieta o alguna otra cosa ? _____
- 3.- ¿ Ha notado un aumento de volumen en su cuello ?...Si o No
- 4.- ¿ Le sudan las manos con frecuencia sin darse cuenta ?.....Si o No
- 5.- ¿ Ha subido de peso rápidamente en los últimos días ?.....Si o No
- 6.- ¿ Ha notado que cantidad de orina secreta ? _____
- 7.- ¿ Come mucho entre comidas ?.....Si o No

F.- Respiratorios:

- 1.- ¿ Siente dificultad al pasar aire por la nariz ?...Si o No
- 2.- ¿ Tiene tos continua por accesos aislada, produce vómitos o es seca, desgarrada con dificultad ?.....Si o No

- 3.- ¿ Es abundante la expectoración ?.....Si o No
- 4.- ¿ De que color es ?.....
- 5.- ¿ Tiene dolor en el pecho, la espalda o los costados; au-
mente el dolor al respirar profundamente ?.....Si o No

G.- Neoplásicos:

- 1.- ¿ Ha notado algún abultamiento ?.....Si o No
- 2.- ¿ Aumenta de tamaño rápidamente ?.....Si o No
- 3.- ¿ Siente dolor en el cuello, axilas o ingles ?.....Si o No
- 4.- ¿ Ha tenido heridas que tarden en sanar y se abran poste-
riormente ?.....Si o No
- 5.- ¿ Ha tenido o padece algún tumor ?.....Si o No
¿ En que parte ?.....
- 6.- ¿ Se le cae con frecuencia el cabello ?.....Si o No
- 7.- ¿ Ha observado crecimiento en las encías ?.....Si o No

H.- Nerviosos:

- 1.- ¿ Padece epilepsia ?.....Si o No
- 2.- ¿ Se angustia con frecuencia, se inquieta o irrita fácil-
mente ?.....Si o No
Especifique.....
- 3.- ¿ Se siente deprimido ?.....Si o No
- 4.- ¿ Siente que lo persiguen ?.....Si o No
- 5.- ¿ Sueña bien ?.....Si o No
- 6.- ¿ Cuantas horas ?.....Si o No

I.- Infecciosos:

- 1.- ¿ Ha padecido alguna fiebre eruptiva ?.....Si o No
- 2.- ¿ Padece a menudo dolor e inflamación en articulaciones ?
.....Si o No
- 3.- ¿ Padece fiebre reumática ?.....Si o No
- 4.- ¿ Tuvo alguna vez enfermedad venérea como sífilis u otra -
enfermedad ?.....Si o No
- 5.- ¿ Ha padecido enfermedades virales como hepatitis, herpes
o alguna otra ?.....Si o No
- 6.- ¿ Ha tenido abscesos ?.....Si o No
- 7.- ¿ Padece o padeció de parositosis intestinal ?.....Si o No
- 8.- ¿ Ha tenido escoriaciones en la boca que hayan sido difícil-
les de curar ?.....Si o No
- 9.- ¿ Tiene tos y catarros frecuentes ?.....Si o No

IV.- Hemorrágicos:

- 1.- ¿ Ha tenido sangrado prolongado después de una intervención quirúrgica ?..... Si o No
- 2.- ¿ Ha presentado heridas en las cuales su sangrado continúa más del tiempo debido ?..... Si o No
- 3.- ¿ Si ha sangrado por la nariz, cual fue el motivo ?_____
- 4.- ¿ Ha tenido hemorragias rectales ?..... Si o No
- 5.- ¿ Cuando tose expulsa secreción con sangre ?..... Si o No
- 6.- ¿ Ha notado manchas en su piel o en las encías ?..... Si o No
- 7.- ¿ Tiene vómito con sangre ?..... Si o No
- 8.- ¿ Le salen moretones sin causa alguna ?..... Si o No

V. ANTECEDENTES HEREDITARIOS O FAMILIARES.

Especificar con número en el cuadro de enfermedades que padece o padeció:

Padre___ Madre___ Abuelo: Materno___ Paterno___ Abuela: Materna___ Paterna___ Hermanos___ Tíos___.

- 1.- Diabetes, 2.- Hipertensión, 3.- Tuberculosis, 4.- Epilepsia, 5.- Sífilis, 6.- Toxicomanías, 7.- Mentales, 8.- Neoplasias, 9.- Cardiopatías, 10.- Vasculares.

VI. ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD.

1.- Ha reaccionado desfavorablemente a:

- Anestésicos locales..... Si o No
- Penicilina u otros antibióticos..... Si o No
- Carbitúricos o sedantes..... Si o No
- Analgésicos..... Si o No
- Alimentos u otras sustancias..... Si o No

Especificar su uso_____

VII. ANTECEDENTES FEMENINOS.

- 1.- Está embarazada..... Si o No
- 2.- Que tiempo tiene._____
- 3.- Ha tenido aborto..... Si o No
- 4.- Ha que se debió._____

VIII. ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.

1.- Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida.....Si o No

A que edad _____ Motivo _____

2.- ¿ Ha sido hospitalizado durante el último año ?..Si o No
Motivo _____

3.- ¿ Esta tomando actualmente algún medicamento ?...Si o No
Cual _____ Uso _____
Dose Fárm. _____ Tiempo de empl. _____

IX. EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

1.- Cráneo: Braquicefalo _____ Dolicocefalo _____ Mesocefalo _____

2.- Perfil: Recto _____ Cóncavo _____ (prognata) _____ Convexo _____
(Retrognata) _____

3.- Tez (Color de piel) _____

4.- Labios: Tamaño; Grande _____ Mediano _____ Chico _____.

5.- Ganglios linfáticos:

a) Se palpan.....Si o No

b) ¿ En caso positivo ? describa: Duros _____ Fijos _____

Con movilidad _____, Aumento de tamaño _____, Número _____, Dolor a la palpación _____.

6.- Articulación Temporo-Mandibular:

a) Con desplazamiento en función.....Si o No

b) Con ruidos en función.....Si o No

c) Dolorosa.....Si o No

Describe (Hacia que lado). _____

X. EXAMEN INTRABUCAL. (TEJIDOS BLANDOS)

	Color	Consist.	Integri.	Forma y Volumen
I.- Bucosas				
a.- Vestibularia				
b.- Especializada				
c.- Revestimiento				
II.- Amígdalas				
III.- Ítemo de las fauces				
IV.- Orofaringe				

EDAD									
PROFESIÓN									
Análisis de diagnóstico: _____									

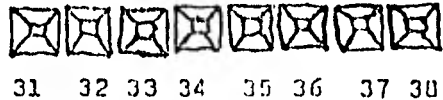
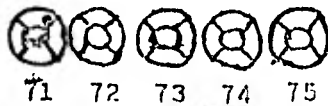
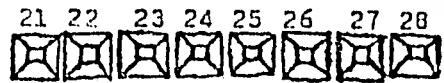
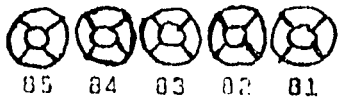
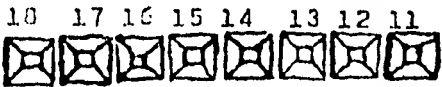
XIII. EXAMEN DE TEJIDOS DUROS (ODONTOGRAMAS).

1.- Operatoria y terapia pulpar:

- Cariadas (Marcar con rojo). No. de piezas _____
- Obturadas (Marcar con azul). No. de piezas _____
- Pulpectomia _____ Pulpotomia _____ (Marcar con verde).

2.- Exodoncia y Cirugía Menor:

- Extracción indicada (Marcar con café) No. de piezas _____
- Cirugía de dientes retenidos y tercer molar (Marcar con amarillo) No. de piezas..... _____
- Ausentes (Marcar con una cruz en azul). No. de piezas _____



3.- Parodoncia:

- Profilaxis superficial (marcar con rojo), No. de diente afectado;

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65

85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

- Profilaxis profunda (marcar con azul en el odontograma), No. de diente afectado;

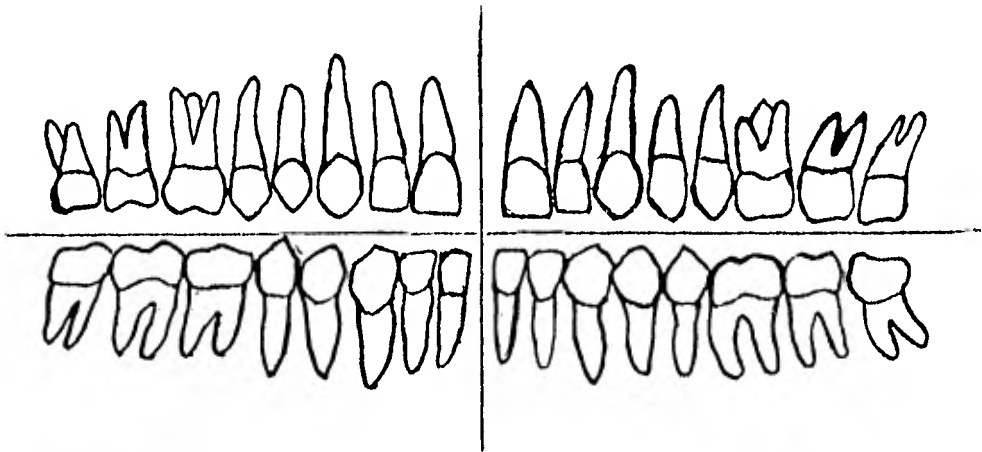
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
-------------------------	-------------------------

48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
-------------------------	-------------------------

- Raspado y curetaje (marcar con café en el parodontograma), No. de diente afectado;

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
-------------------------	-------------------------

48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
-------------------------	-------------------------



4.- Prótesis:

- Fija : Adecuada___ Inadecuada___ Necesaria___.
- Removible: Adecuada___ Inadecuada___ Necesaria___.
- Total : Adecuada___ Inadecuada___ Necesaria___.

Marcar con rojo la zona que requiere proteais en el odontograma los dientes que la necesitan:

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

5.- Ortodoncia:

- Interseptiva___.
- Correctiva___.

Análisis de estudio: Secuencia de la erupción___, Modelos de estudios___, Exámen de R "X", para el análisis de dentición mixta___.

Aparatos que se emplearan para el tratamiento:

Placa Hawley___, Mantenedor de Espacio: Fijo___ o Removible___, Recuperador de Espacio___, Plano Inclinado - Anterior___.

Marcar en el odontograma los dientes a tratar con azul:

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

XIV. EXAMENES.

a.- Exámenes Estomatológicos: Oclusión___, Higiene Oral Simplificado___, Modelos de Estudio___, Analisis de Dintición Mixta___, Analisis de Secuencia de la Erupción Dental___, Operatoria y Terapia Pulpar___, Exodoncia y Curugfa Menor___, Tratamiento Parodontal___, Tratamiento Protésico___, Tratamiento Ortodontico___.

b.- Auxiliares de diagnóstico.

1.- Exámenes radiográficos:

Tipo de estudio_____

Estructuras

Hallazgos

2.- C.A. Tipo de estudio

Estructuras

Hallazgos

3.- Exámenes de laboratorio: Tipo de estudio; Biometría hemática: Glóbulos rojos____. Glóbulos blancos____. Fórmula leucocitaria____. Medición de hemoglobina____. Frotis teñido____. Citología exfoliativa____. Tiempo de sangrado____. Tiempo de sangrado____. Tiempo de coagulación____. Tiempo de tromboplastina parcial____. Tiempo protrombina____. Glucosa en sangre____. Análisis de orina____. Biopsia____. Cultivo con antibiograma____. Hallazgos --
Clínicos:

4.- Interconsulta

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA
U R G E N C I A

Nombre _____ . Expediente _____

Sexo _____ . Edad _____ . Estado Civil _____ . Ocupación _____

Domicilio _____ Telefono _____

Nombre y dirección de su médico _____

Padecimiento Actual _____ Signos y síntomas _____

Fecha de aparición _____

Evolución _____

Duración _____

Estado actual _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

1.- ¿ Esta usted bajo tratamiento médico ?..... Si o No

¿ Desde cuando ? _____

2.- ¿ Es usted alergico a la penicilina ?..... Si o No

¿ Cuando lo noto ? _____

3.- ¿ Es usted propenso a la hemorragia ?..... Si o No

¿ En que condiciones se ha presentado ? _____

4.- ¿ Ha tenido complicaciones con la anestesia local ?..... Si o No

¿ Como fue ? _____

5.- ¿ Padece actualmente alguna enfermedad ?..... Si o No

¿ Cual es ? _____

EXAMEN ORAL.

TEJIDOS BUCALES	NORMAL	ANORMAL
LABIOS		
MEJILLAS		
PALADAR DURO		
PALADAR BLANDO		
LENGUA		
PISO DE LA BOCA		

Observaciones: _____

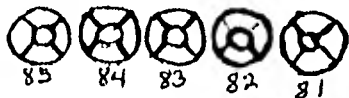
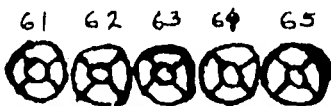
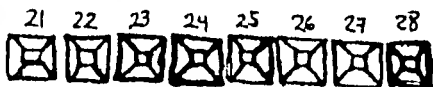
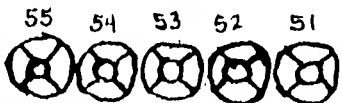
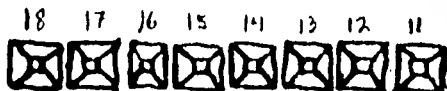
EXAMEN PARODONTAL

Placa bacteriana	Si	No
Wateria alba		
Sarro	Supragingival	
	Infragingival	
	Si	No
Gingivitis		
Movilidad dental		
Bolsas parodontales		
Absceso parodontal		
Reabsorción ósea		

Observaciones: _____

TEJIDOS DURES.

- a.- Cariadas; No. de piezas afectadas: _____
- b.- Obturadas; No. de piezas: _____
- c.- Extracciones Indicadas; No. de piezas: _____



Diagnóstico: _____

Pronóstico: _____

Estudios complementarios: _____

PLAN DE TRATAMIENTO.

Consulta	fecha	Actividad programada	Actividad realizada	Cons.	R.S.

Firma de conformidad y autorización del paciente para realizar el tratamiento.

Nombre y firma del odontologo

Fecha de iniciación del tratamiento: _____

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Abreu Luis Martin. Fundamentos del Diagnóstico. Mendez Cervantes. México 1980. 4a. Edición. pp. 29-30, 63-68.
- 2.- Aguilar C. Leopoldo. Medicina Institucional y Social. México - 1969. 2a. Edición. pp. 1-20, 140-142, 153-162.
- 3.- Barroso Eduardo. Estudio Analítico del Expediente Clínico. Facultad de Medicina de la UNAM. México 1977.
- 4.- Berkow Robert, Talbot, John H. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Merck & Dohme Research Laboratories. Rahway, N.J. - Edición en Español. 1978. pp. 17- 97- 1798.
- 5.- Burket W. Lester. Medicina Bucal. Interamericana. México 1977 6a. Edición. pp. 129, 217-220, 223-224, 226-227, 229-233, 240, 247, - 274-275, 281, 311, 328-330, 373-375, 547-548.
- 6.- Carranza G. Angel de L. Manifestaciones Alérgicas en Estomatolo-
gía. Tesis E.N.E.P. "Zaragoza". México 1981 pp. 102-104, 107-109,-
110-111.
- 7.- Cazares Hernández Laura. Christen María (et al). Técnicas Actuales de Investigación Documental. Trillas. México 1980.
- 8.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Odontología Forense. Inter-
americana. México 1977. pp. 19-31.

- 9.- Conybere John Sir. Compendio de patología Médica para Estudiantes. Labor. España 1960. 12a. Edición. pp. 1-3, 248-249, 497-502, 649-650.
- 10.- Diana Clifort Kimber, Manual de Anatomía y Fisiología. Prensa Médica Mexicana. México 1970. 2a. Edición. pp. 456, 460.
- 11.- División Sistema de Universidad Abierta. Patología Bucodental. - UNAM. 1980. pp. 6-10, 15-17, 24-27, 35-37, 42, 44, 73, 80-84, - 94, 102-103, 111-114, 117, 122, 173, 184, 254-255, 253.
- 12.- E.N.E.P. "Zaragoza". Características Biológicas de la Población - Adulta. Material de Apoyo. 5o. Semestre. 1977 pp. 1-15.
- 13.- E.N.E.P. "Zaragoza". Estudio Clínico y Radiográfico. Material de apoyo. 2o. Semestre. 1977. pp. 1-2.
- 14.- E.N.E.P. "Zaragoza". Material de apoyo. 3er. Semestre. 1978.
- 15.- E.N.E.P. "Zaragoza". Estudio Radiográfico. Material de Apoyo 6o. Semestre. 1979. pp. 1-20.
- 16.- Fay J.T. Dental Procedures for the Dental Patient With Cardiovascular Disease. J.A.D.A. 78. pp. 105. 1969.
- 17.- Glickman Irving. Periodontología Clínica. Interamericana. México- 1974. 4a. Edición. pp. 65, 85-87, 248, 321-326, 332-333, 406-410, 501, 660.

- 18.- Gómez Mattaldi. Radiología Odontológica. Interamericana 3a. -
Edición. México 1977. pp. 63, 124-127, 149, 152, 165.
- 19.- González Solorio Silverio. Comunicación Personal.
- 20.- Harrison. Medicina Interna. La Prensa Médica Mexicana.
Fournier. pp. 244.
- 21.- Hotz Rudolf. Odontopediatria. Panamericana. Argentina 1977. pp.-
113-117.
- 22.- Leavell Trorup. Hematología Clínica. 2a. Edición. 1967. pp.220-
224.
- 23.- Mahlon H. Delp y Robert T. Manning. Propedeútica Médica de Mayor.
Interamericana México 1970. 7a. Edición. pp. 37-44, 56, 140-148.
- 24.- Martínez Cervantes Luis. Clínica Propedeútica Médica.
Francisco Mendez Oteo. México 1979. pp. 10-14, 19-29.
- 25.- Mascaró y Porcar, José María. Diccionario Médico. Salvat. Barcelo
na 1972.
- 26.- Mc. Bride R. Stanley. Signos y Síntomas. Interamericana.
México 1981. 5a. Edición. pp. 347-348.
- 27.- Mc. Carty Frank. Emergencias en Odontología. El Ateneo. México -
1973. 2a. Edición. pp. 8, 11, 35, 46. 136-142, 245-250.
- 28.- Mejía Ortiz Guadalupe. Hernández Gasca Patricia. Prevención y Tra
tamiento de Enfermedades Parodontales. Tesis México 1980.

- 29.- Morris L. Alvin. Las Especialidades Odontológicas de la Práctica - General. Labor. España 1974. pp. 15-24, 49-59, 65-70, 83-84, 93-95, 104-106, 115-130.
- 30.- Odontólogo. Moderno. Volumen 2. No. 8. Octubre 1973. pp. 16-27.
- 31.- Pagola J. G. Manejo Práctico de los Antimicrobianos. México 1972. pp. 29, 31.
- 32.- Reader's Digest. Enciclopedia Médica de Selecciones. Gran Libro de la Salud. México, 1971. 2a. Edición. pp. 89-92.
- 33.- Remedios Odontológicos Aceptados, Edición XVIII. 1963 pp. 1-3.
- 34.- Reyes Álvarez Ana M. Manejo del Niño en el Consultorio Dental. Tesis. México 1978. U.N.A.M. pp. 32-65.
- 35.- Salvat Editores. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Salvat. Barcelona 1968. 10a. Edición.
- 36.- Shafer, Hine y Levy. Tratado de Patología Bucal. Interamericana. México 1977. 3a. Edición. pp. 37-49, 58- 67, 68-77, 82-85, 99-101, 328-331, 340-345, 348, 363, 364, 514, 533, 548-549, 797, 807.
- 37.- Sherry L. Prótesis Total. Mundi. 3a. Edición México. 1974. pp. 12-25.
- 38.- Starshak J. Thomas. Cirugía Bucal Preprotética. Interamericana. México 1977. 2a. Edición. pp. 1-10.

- 39.- Tenenbauro León. Odontopediatría- Ortodoncia- Terapéutica.
Mundi. México 1957. pp. 144.
- 40.- Williams Rojas M. Inmunología. Colina. Medellín, Colombia 1978.
4a. Edición. pp. 1, 162.
- 41.- Wintrobe M. H. Hematología Clínica. Interamericana. México 1969.
3a. Edición. pp. 916.
- 42.- Zagarelli V Edward. Diagnóstico en Patología Oral. Salvat. Barcelona.
pp. 11, 322, 617, 620-621.