

870122

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ANALISIS DE LAS CONSIDERACIONES Y CUIDADOS EN EL MANEJO  
ESTOMATOLOGICO DEL NIÑO CARDIOPATA

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

**NORA COLUMBA ROBLES BARAJAS**

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



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.

" ANALISIS DE LAS CONSIDERACIONES Y CUIDADOS EN EL MANEJO ESTOMATOLOGICO DEL NIÑO CARDIOPATA ".

I N D I C E

	Pág.
Introducción.....	1
CAPITULO I Tipos de cardiopatías.....	2
a) Congénitas.....	2
b) Adquiridas.....	7
CAPITULO II Importancia de anamnesis para la evaluación - - clínica del niño.....	12
a) Antecedentes familiares.....	16
b) Antecedentes médicos.....	18
c) Problema actual.....	19
CAPITULO III Manejo preparatorio y regimen profiláctico para - la realización del tratamiento estomatológico... ..	22
a) Interconsulta.....	25
b) Uso de antibióticos.....	26
c) Otras consideraciones generales.....	29
a) Pacientes bajo tratamiento con anticoagu- - lantes.....	29
b) Pacientes con disrritmias	30
Casuística: 3 casos clínicos tomados de la prác - tica privada.....	32
Conclusiones.....	37
Bibliografía.	

## INTRODUCCION.

Mientras un organismo conserve el estado de equilibrio que llamamos salud, la interrelación de sus partes por contigüidad y a distancia se realizará para beneficio total y parcial de sus elementos constituyentes. La sangre, en su veloz movimiento que le permite recorrer el circuito total en unos cuantos segundos, llevará hasta el último rincón, hasta la más pequeña estructura orgánica, todo lo necesario de oxígeno, alimento, defensa y humedad, trayendo a su vez en el viaje de vuelta, el bióxido de carbono y los materiales de desecho que habrán de eliminarse. Pero cuando el estado de salud se encuentra alterado y dentro del organismo existan áreas infectadas, la sangre recogerá sus productos sépticos y en su recorrido les ofrecerá sitios que, por causas diversas, les den facilidades para su localización y desarrollo. No son conocidas todas las causas que hacen posible este fenómeno pero sí ha podido comprobarse que los órganos constitucionalmente defectuosos y la electividad que adquieren los microorganismos en los focos infecciosos, juegan un importante papel en dicha localización. El acarreo de productos sépticos por la sangre en las condiciones dichas es indudable más desde el punto de vista de la lógica que de la medicina.

Con el fin de disminuir los casos de emergencias que ocurren en el consultorio y descubrir un trastorno de índole general antes de realizar el tratamiento dental del niño, el dentista podrá aplazarlo hasta que el paciente sea examinado por su médico de cabecera, también tendrá más conocimiento acerca de los procedimientos para establecer diagnóstico médico básico como método auxiliar de la odontología.

# CAPITULO I

## TIPOS DE CARDIOPATIAS

## C A P I T U L O I

### TIPOS DE CARDIOPATIAS

No ha pasado mucho tiempo en la historia de la pediatría desde que la experiencia del pediatra con pacientes con enfermedad cardíaca se limitaba únicamente a niños que sufrían fiebre reumática y cardiopatía reumática. Ahora el lactante o el niño con cardiopatía no debe de negarse a que sufra alguna anomalía grave con los beneficios de la cirugía.

Es útil, lo mismo que costumbre, dividir las enfermedades cardiovasculares pediátricas en dos categorías principales: a) congénitas, - b) adquiridas. (14)

#### a) Cardiopatía congénita:

Aproximadamente el uno por ciento de los nacidos vivos, encuentran como complicación alguna malformación cardiovascular.

Las malformaciones cardiovasculares congénitas se deben de ordinario a un desarrollo embrionario anómalo de una estructura normal o de la incapacidad de tal estructura para superar la etapa temprana de desarrollo embrionario. (13)

Las malformaciones se deben a una compleja interacción entre los sistemas genéticos multifactorial y ambiental que no permite una especificación sencilla de la etiología, solo en raras ocasiones puede atribuirse a un factor casual en su génesis. La rubéola materna y el abuso del alcohol, son dos factores ambientales que se sabe perfectamente que interfieren con la cardiogénesis normal en el hombre. (13)

Desde un punto de vista genético se resumen las causas de problemas congénitos, diciendo que:

"1. Un gene mutante único, es responsable de un desarreglo de la estructura y de la función de un sistema o de parte de un sistema".

"2. Existen padecimientos de origen multifactorial en los que los factores nocivos adquiridos o del ambiente, tienen enorme importancia"

"3. Las aberraciones cromosómicas son hereditarias o adquiridas".  
(6)

Los defectos cardíacos congénitos sin cianosis más frecuentes son los siguientes:

1. Persistencia del conducto arterioso.
2. Defectos en la pared interventricular.
3. Defectos en la pared interauricular.
4. Coartación aórtica.
5. Estenosis de la válvula pulmonar.
6. Estenosis de la válvula aórtica. (13)

Los hallazgos bucales en pacientes con cardiopatías congénitas sin cianosis, no difieren de los pacientes que tienen corazones normales.

La coartación de la aorta es una anomalía del desarrollo caracterizado por disminución importante del diámetro del arco aórtico, inmediatamente después del origen de la arteria subclavia izquierda. (13) Las alteraciones hidrodinámicas producen una presión arterial mucho mayor en miembros superiores y cabeza que en extremidades inferiores. Para evitar este defecto de la aorta, la principal circulación colateral se

hace a nivel de las arterias intercostales que se dilatan considerablemente e imprimen en el borde inferior de las costillas muescas que pueden observarse en las radiografías. (15)

Los aspectos bucales, hay una gran dilatación de las arterias maxilares y de las ramas que van a cada diente en las radiografías de la mandíbula, se notan muy bien las imágenes debidas a estos grandes vasos. (5)

Healy y Duley (27) encontraron cuatro casos de coartación de la aorta basándose en alteraciones de las radiografías dentales, y Kener-y Col (28) encontraron que los cuatro incisivos superiores eran muy grandes en los pacientes, las pulpas dentales mostraban una importante dilatación capilar. (5)

La mayoría de los niños con coartación son asintomáticos. El paciente puede sufrir molestias, como cefalalgia, epistaxis, extremidades frías y claudicación con el ejercicio y presión arterial baja. (10) No se palpan los pulsos en extremidades inferiores.

Persistencia del conducto arterioso, defectos de la pared interventricular y defectos de la pared interauricular, son malformaciones con defectos que permiten el paso de sangre de izquierda a derecha (cortocircuito arteriovenoso), la sangre pasa del lado arterial al lado venoso, hacen disminuir por el contrario el flujo aórtico.

En la persistencia del conducto arterioso, es la persistencia del sexto arco aórtico izquierdo que pone en comunicación de la aorta con la arteria pulmonar. Algunos pacientes son propensos a tener bronquitis, aumento de la actividad física a menudo se verá que tienen las yemas de los dedos sumamente rojas.

En realidad, varias malformaciones congénitas con alto flujo pulmonar tienen hiperactividad física y sudoración profusa, que es la que ocasiona enfriamiento a estos pacientes, tienen producción calórica excesiva y un problema circulatorio cutáneo que impide perder calor por radiación y lo hace por el mecanismo de evaporación.

Un dato valioso en la estenosis de la válvula pulmonar en casos de gran elevación de la presión ventricular derecha es un latido venoso - yugular visible. (6)

En la estenosis de la válvula aórtica, la estrechez del vaso impide el riego adecuado tanto al cerebro como al resto del organismo, y los pacientes pueden sufrir cefalea lipotimias, sensación de desmayo y aún perder la conciencia por esfuerzo. Se ha observado que los niños con la forma clásica de estenosis aórtica dentalmente padecen de microdoncia, dientes cónicos y morfología atípica de los molares temporales. (18)

Los defectos cardíacos congénitos con cianosis más frecuentes son los siguientes:

1. Tetralogía de Fallot.
2. Transposición de los grandes vasos.
3. Atresia tricúspide.
4. Retorno venoso pulmonar anómalo total. (14)

Una de las características muy comunes en estos pacientes cardiopatas, es el ensanchamiento y engrosamiento de las falanges terminales de los dedos de las manos y de los pies, y la orientación convexa de las uñas, llamados por ello "Dedos en palillo de tambor". (14) Presentan crisis hipóxicas, (13) los niños presentan una respiración sibilante, (14) la cianosis incluye la coloración azul de las uñas, de la - -

piel y mucosa debida a un aumento de la cantidad de hemoglobina reducida, o de derivados de la hemoglobina, en los pequeños vasos de estas áreas. La cianosis es más acentuada en los labios, el lecho ungueal, las orejas, las eminencias malares, mucosas y membranas, muy característicamente en las palmas de las manos y las plantas de los pies, que parece que le hubieran puesto tinta. (13)

A menudo son niños hipodesarrollados y crecen muy lentamente, se presentan cianóticos con el ejercicio, su defecto provoca una desviación de derecha a izquierda. (13) Estas enfermedades tienen en común mayor flujo aórtico que pulmonar, (a excepción de la transposición de los grandes vasos) hace crecer fundamentalmente el ventrículo derecho (con excepción de la atresia tricuspídea). (6)

Las características clínicas bucales de pacientes con cardiopatías congénitas con cianosis, son dientes con un tono blanco azulado que se le ha llamado blanco papel o color de leche desnatada, y esto es más característico en los incisivos superiores. (11) Las investigaciones histológicas del tejido pulpar, han demostrado la presencia de hipermia total con vasos sanguíneos de diámetro muy grande. (12) El diámetro de los vasos sanguíneos de los pacientes cianóticos miden 180 micrones, en contraste con los 60 a 80 micrones medidos en pacientes normales o acianóticos. (11) Prevalece la gingivitis, por lo tanto las encías sangran con facilidad, son edematosas e hiperplásicas. La elevada prevalencia de gingivitis se origina en la mala higiene bucal. Esto sucede porque estos pacientes no son vistos frecuentemente por el dentista debido a los problemas especiales que desencadenan su tratamiento. (11)

Todos estos tipos de cardiopatas, pueden tener la oportunidad de ser corregidos mediante la cirugía. Las anomalías congénitas cardíacas complicadas más frecuentes por endocarditis bacteriana, son las cardio

## b) Cardiopatía adquirida:

De las cardiopatías adquiridas solo interesan a nuestros propósitos la reumática, o sea aquellos trastornos cardíacos provocados por un ataque de fiebre reumática que provocó daño a una o más de las válvulas cardíacas. Y la endocarditis bacteriana que se presenta en forma de septicemia que evoluciona como si se tratara de una enfermedad crónica.

La fiebre reumática: Es una afección que involucra al músculo cardíaco y a sus válvulas, las articulaciones y otros tejidos conectivos, aparecen en el cerebro en 20% de los casos. (6) La enfermedad debe su importancia principal a los problemas cardíacos, que pueden resultar mortales durante la fase aguda de la enfermedad o desembocar en cardiopatía, enfermedad crónica producida por la deformación y cicatrización de las válvulas cardíacas. (13)

Numerosos estudios clínicos y epidemiológicos, han demostrado una estrecha relación entre las infecciones por estreptococos del grupo A y la fiebre reumática, casi siempre puede demostrarse inmediatamente, en la etapa aguda de la fiebre reumática, un antecedente de infección estreptocócica. Además en los estudios a largo plazo se vió que la fiebre reumática suele presentar recurrencia cuando hay infecciones estreptocócicas intercurrentes. Es posible evitar los ataques tanto primario como secundario de la enfermedad, mediante la prevención o el tratamiento inmediato de las infecciones estreptocócicas con antimicrobianos. Tiene que haber alguna infección faríngea para que se desencadene el fenómeno reumático. La fiebre reumática suele presentarse de una a tres semanas después de la infección estreptocócica. (5)

La frecuencia de la fiebre reumática depende del ambiente familiar a que está expuesto el paciente, las infecciones, los hábitos alimentici

cios, y algunas condiciones de vivir, factores económicos, el nacimiento como el que ocurre en instituciones cerradas o en familias que viven en pequeños cuartos, tienen un aumento en la frecuencia de la fiebre reumática. (21)

La fiebre reumática es principalmente enfermedad de la infancia, las incidencias más grandes es de 5 y 12 años, alcanzando a los 15 años el 70 por ciento de los pacientes han sido afectados. Es más común en climas fríos y húmedos, la enfermedad prevalece en el invierno o al iniciar la primavera. (21) La causa principal del daño progresivo al corazón, en pacientes con fiebre reumática son los ataques repetidos de ésta. Los pacientes que sufrieron previamente crisis de fiebre reumática aumenta considerablemente hasta 5 a 50 por ciento, quedando relación también con la virulencia de la infección reactivadora. Una vez que se haya tratado el ataque agudo de la fiebre reumática, hay que controlar las infecciones sucesivas por el estreptococo Beta Hemolítico mediante profilaxis continua con antibióticos. El fármaco de elección es la penicilina y deberá ser administrada en forma continua. (13)

Los signos y síntomas son la corea (movimiento involuntario), los síntomas de carditis aguda, la artritis reumática, o los nódulos subcutáneos típicos pueden ser los síntomas iniciales. La criatura suele quejarse de dolor de garganta, y presenta temperatura de 38 a 39°C. En ocasiones, se produce una erupción cutánea eritematosa, el eritema marginado durante la crisis aguda. La artritis reumática se caracteriza por afectar articulaciones sucesivas, que están rojas, hipersensibles y dolorosas. (21)

Endocarditis Bacteriana: Ocurren algunas enfermedades sin ninguna evidencia de antecedente manifiesto, pero otras maniobras instrumenta-

das de los aparatos gastrointestinal o genitourinario, o cirugía cardíaca. (14)

El riesgo de endocarditis, está notablemente aumentado cuando hay enfermedad periodontal o inflamación gingival. (2)

Para la endocarditis tienen gran predisposición los pacientes con defectos reumáticos o congénitos de corazón o vasos; en la actualidad, el 40 al 60 por ciento de los pacientes con endocarditis infecciosa su fren tales defectos cardíacos subyacentes, que le predisponen a la enfermedad. (5)

Con el empleo creciente de la cirugía cardíaca, y la implantación de prótesis valvulares, cada vez es más frecuente la endocarditis su perpuesta al trasplante valvular. Muchas veces resulta difícil de termin<sub>ar</sub> los factores casuales inmediatos, pero el traumatismo quirúrgico y las extracciones dentales suelen relacionarse cronológicamente con el comienzo de los síntomas clínicos. (5)

Las bacteremias transitorias pueden ocurrir después de cualquier tratamiento dental, procedimiento quirúrgico bucal o cualquier otro tipo de maniobras que involucre el tracto respiratorio superior. En condiciones normales, un simple cepillo dental o la masticación de dulces pueden inducir bacteremias.

El microorganismo identificado es el estreptococo viridians, el que, en el caso de una bacteremia puede alojarse en las zonas cardíacas de cicatrización o estasis.

Si aunamos a ello una mala higiene oral, y la presencia de enfermedades periapicales y periodontales, se verán aumentadas la cantidad de

microorganismos fastidiosos, dispuestos a penetrar a la circulación sanguínea y establecerse en las estructuras previamente dañadas, originando así graves padecimientos.

Ningún padecimiento tenía un pronóstico tan constantemente fatal como éste, hasta el advenimiento de los antibióticos. Se presenta en forma de septicemia que evoluciona como si se tratara de una enfermedad crónica que tarda semanas, meses y a veces más de un año para llegar a su desenlace final que es la muerte. Considerada durante mucho tiempo como un padecimiento raro por el escaso número de casos informados, en la actualidad se ha demostrado que esto se debió a que muchos de ellos pasaron inadvertidos. (22)

La enfermedad es tan progresiva que a veces pasan varios meses sin que se manifiesten los síntomas. El paciente sufre debilidad progresiva, pérdida de peso, disnea, anorexia y dolores articulares y musculares, en general hay febrícula. (14)

Cuando han aparecido sobre las válvulas cardíacas las lesiones vegetales fibrinosa (brombos) con invasión microbiana. Constituyen un foco de diseminación intermitente de microorganismos en todo el cuerpo. Estas lesiones vegetativas son sumamente friables, y pueden dar origen en el 20 al 40 por ciento de los pacientes a fragmentos pequeños que forman émbolos sépticos, que causan por ejemplo, hemorragias petequiales en conjuntiva y mucosa bucal. (22)

Los circuitos dentarios son particularmente importantes y frecuentes por muchas razones: El número de dientes en la boca, la frecuencia extraordinaria de procesos cariosos y de los padecimientos parodontales; por las condiciones ideales de vida y desarrollo que ofrecen a los gérmenes anaerobios, por la activa absorción séptica de sus produc

tos, por las vías sanguíneas y linfáticas particularmente durante la masticación de alimentos resistentes; y de manera preponderante por la frecuente falta de precauciones operatorias y quirúrgicas por parte del cirujano dentista. (1)

## CAPITULO II

### IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA LA EVALUACION CLINICA DEL NIÑO.

## C A P I T U L O   I I

### IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA LA EVALUACION CLINICA DEL NIÑO.

Las minusvalías físicas y psíquicas, comprenden errores congénitos, enfermedades crónicas o secuelas de enfermedades y lesiones que interfieren en las funciones normales, hasta el punto que el sujeto que las padece necesita una considerable ayuda de su propia familia o de la comunidad.

Los factores que hacen que la asistencia dental del minusválido - constituya un problema especial:

- La incapacidad o la enfermedad crónica pueda producir directamente enfermedades dentales.
- La enfermedad puede agravar una incapacidad.
- Algunas incapacidades disminuyen en la persona que las padece, - la motivación o las posibilidades de solicitar asistencia dental o mantener una buena higiene oral.
- Algunas incapacidades pueden dificultar ciertos tratamientos dentales complicados.
- Algunos minusválidos no toleran una intervención quirúrgica dental ordinaria.
- La medicación o el tratamiento pueden aumentar el riesgo de que se produzcan enfermedades dentales. (17)

Muchos odontólogos tienen cierto temor a tratar a pacientes con problemas médicos, en parte porque no se sienten seguros, no saben qué problemas esperar o qué modificaciones, si las hay, son necesarias para un problema médico determinado.

Hay muchas áreas de controversia en el manejo de estos problemas. Los puntos de vista del odontólogo y del médico, se presentan cuando es posible enfatizando que, aunque se requiere de los odontólogos un conocimiento operativo de los problemas médicos, desde el punto de vista médico legal, el médico del paciente debe tomar la decisión final en áreas discutibles. Si hay un desacuerdo importante, puede buscarse una segunda opinión, pero es necesario ser prudente. No puede dejar de señalarse el enfoque en equipo y la importancia de la comunicación de rutina con los médicos que atienden el caso.

La historia médica y odontológica completa, obtenida y registrada adecuadamente, proporciona al dentista información muy valiosa durante su examen y le pone en guardia respecto a la posibilidad de afecciones físicas que debe tener en cuenta durante la exploración y el planteamiento de la terapéutica. (20)

El realizar un buen interrogatorio, es un verdadero arte, que requiere capacidad de percepción y cierto grado de intuición. El interrogatorio se puede considerar una conversación profesional planeada, que permite al paciente comunicar al dentista sus síntomas, sensaciones y a veces sus temores, con el fin de determinar si son reales o equivocados.

La perfección y la utilidad final del interrogatorio del paciente, con fines diagnósticos, dependen en grado considerable de las buenas relaciones entre el dentista y su paciente. El interés, el calor huma-

no y la comprensión que muestra el dentista, son factores importantes para sus relaciones con el paciente, y le permite realizar un interrogatorio provechoso.

Una de las mejores reglas para el dentista consiste en imaginarse en el lugar del paciente y tratar de actuar como él. Un tono de voz suave y amable es de gran importancia para captar la confianza del enfermo y de los padres. Un dentista apurado, impaciente, falto de simpatía, probablemente deje de obtener muchos datos. (5)

Si el acercamiento es cordial y amistoso por parte del dentista, rápidamente se hará amigo del paciente infantil, y los padres se integrarán sobremedida. La totalidad del examen rutinario deberá llevarse a cabo con movimientos lentos y fluidos, y utilizar el mínimo de instrumental para causar un mínimo de impresión al niño. Las preguntas del odontólogo y sus afirmaciones deberán adoptar la forma de conversación normal. De esta manera se ahorra tiempo y se prepara adecuadamente al niño y a los padres para cualquier cuidado dental que pueda seguir. Una vez que el odontólogo asegura la cooperación amistosa y fácil, progresará por etapas de examen adecuadas. (9)

El diagnóstico de enfermedad depende de una historia clínica adecuada. A pesar de que el dentista no necesita de una historia muy detallada de su paciente, es importante ser cauto en cuanto a sus antecedentes, síntomas y signos, así como fármacos administrados, pues estos pueden alterar el tratamiento del problema odontológico. Solo algunos pacientes consideran que su enfermedad previa o síntomas de origen no dental pudieran tener significado de importancia para el dentista y unos cuantos son orientados por su médico general para que reporten el tratamiento bajo el cual se encuentra, al ser examinados por un problema bucal. (3)

Son muchos los pacientes, con problemas graves de salud ambulatorios, que solicitan consulta del dentista. Son necesarias precauciones especiales durante el tratamiento de pacientes con enfermedades generales. (19)

Es importante que el odontólogo esté familiarizado con la historia médica y la atención pasada del niño. La asistente dental puede obtener información preliminar suficiente para proporcionar al odontólogo un conocimiento de la salud general del niño y alertar al profesional sobre la necesidad de requerir información adicional.

La ficha puede ser llenada por los padres. Sin embargo es más eficaz que la asistente dental formule las preguntas de una manera informal y que después presente lo descubierto y dé sus propias observaciones y resumen del caso al odontólogo. Los padres a menudo no dan voluntariamente información sobre el estado de salud actual del niño. (18)

La anamnesis se hace en forma de breves notas dispuestas en lógica correlación y se registra en una ficha de historias que se coloca en un sobre particular para cada caso, en que se puedan archivar los roentgenogramas y los informes de las consultas. (16)

Se debe inquirir el motivo que obligó al paciente a solicitar consulta para que exponga los signos y síntomas, los cuales deben de registrarse con el mayor cuidado. (19)

La duración y enfoque de la historia depende de las circunstancias que rodean cada caso.

Se hace una prospectiva general del paciente al entrar a la sala, primeramente se observará estatura, cómo camina, cuales son sus aspectos

tos generales, postura y color de piel.

a) Antecedentes familiares:

Los antecedentes familiares permiten obtener información de enfermedades transmisibles o que tienden a afectar familias enteras. Como es el caso de tuberculosis, fiebre reumática, migraña, trastornos psiquiátricos o neuróticos, ciertas variedades de cáncer, alergias e hipertensión arterial, es clásica la naturaleza hereditaria de las hemofilias y la diabetes. (19)

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente, también nos puede proporcionar información sobre el valor que le dan los padres a sus propios dientes, y la actitud hacia el odontólogo. Deben anotarse las edades y el estado de salud de los padres y hermanos, preguntar la causa de los que fallecieron. Un paciente que su abuelo haya muerto de infarto al miocardio, requiere de un manejo cuidadoso. (5)

Hay casos en que los padres de cardiopatas congénitos son familiares consanguíneos. La relativa rareza de este hecho, anima a imputarle significativo genético de la cardiopatía del hijo. Parece que se hereda la dextrocardia si los familiares son consanguíneos. Un ejemplo, se ha visto una madre y su hijo con comunicación interauricular, otra madre e hijo con comunicación interventricular, un padre y su hijo con tetralogía de Fallot corregida quirúrgicamente y su hija con tronco común. Un padre con arco aórtico a la derecha y comunicación ventricular; su hijo con tronco común y arco "aórtico" a la derecha. Se ha visto la comunicación interauricular en cuatro generaciones de una familia. (6)

Algunas malformaciones congénitas tienen una base genética indudable y otras tienen una combinación de causas genéticas (Anders 1965) - (23) y ambientales o multifactoriales. (6)

La designación de problemas hereditarios no debe usarse con ligereza, pues a menos que se descubra con varias generaciones un problema determinado cardíaco, o de otra naturaleza, no puede dársele ese calificativo y habría que pensar en la enorme serie de problemas ambientales que pueden ocurrir durante la formación del producto (Cox, 1972). (25), (6)

La edad avanzada del padre también tiene importancia, en el determinismo de cardiopatías congénitas. La altura elevada es además desfavorable (Banchemo 1963). (24), (6)

La influencia de las infecciones sobre todo la rubéola, madres embarazadas que padecieron la rubéola durante el primer trimestre del embarazo, dieron a luz hijos con malformaciones congénitas cardíacas, y de otras partes del cuerpo (Gregg 1965). (26) Otro tipo de infecciones que causan problemas en el hijo, son virus coxsackie B, virus de la parotiditis, virus de la gripe asiática, mujeres infestadas con toxoplasma tienen niños con defectos congénitos, abortos frecuentes o mortinatos (Molina Pasquel 1971). (29) La diabetes, anestesia e intervención quirúrgica, influencia de drogas y fármacos, alcoholismo en las madres durante el embarazo, son factores que pueden afectar al hijo, y pueden poner en alerta al dentista. (6)

Las estadísticas vitales son esenciales para el registro del consultorio, de aquí se puede observar el nivel social de la familia. Al dentista le interesa de sobre manera si el paciente procede de una familia longeva, así como la enfermedad que causó la muerte de sus dis-

tintos miembros, y si prevalecieran las enfermedades de la familia. -  
(17)

b) Antecedentes Médicos:

Los antecedentes médicos, pueden resultar fundamentales en ciertas enfermedades de la boca. Aún cuando los antecedentes médicos no ayudan al diagnóstico exacto de la enfermedad principal, proporciona al clínico cierta información acerca del estado físico del paciente, su posible reacción a las infecciones, y sus reacciones emocionales, cosas que pueden modificar tanto el tratamiento como el diagnóstico. (18)

Importa que el dentista sea un verdadero experto en el reconocimiento de signos y síntomas sugestivos de enfermedades generales, y en el caso de sospechar alguna de ellas durante el interrogatorio puede estar indicada una investigación adicional, consulta o ambas. Los antecedentes médicos contienen información acerca de cualquier enfermedad grave que haya sufrido el niño en el pasado o que aún persistan. Enfermedad grave es poco preciso, se pedirá al paciente que mencione las enfermedades que requirieron atención médica, o que lo obligaron a permanecer en cama. Además de indagar sobre enfermedades graves en general, el dentista preguntará específicamente al paciente si está enterado de sufrir alguna enfermedad del corazón, fiebre reumática, "dolores de crecimiento", soplos cardíacos y otras manifestaciones de fiebre o cardiopatías reumáticas. (19)

También se debe de pedir al paciente todas las hospitalizaciones previas, y diga porqué fueron. El registro de transfusiones de sangre, si las hubo, quizá se debieron a enfermedad grave, lo que constituye una doble prueba para un paciente poco comunicativo. Hay que incluir-

los tipos de alergias como podrían ser a los antibióticos, o hasta del mismo anestésico. Es preciso preguntar una y otra vez al paciente qué medicamentos está tomando o tomó hace poco. Cuando el enfermo no conozca la naturaleza del medicamento, es aconsejable llamar por teléfono al médico tratante. Con regularidad el paciente con fiebre reumática olvida que ingiere penicilina todos los días. Es preciso recordar a los pacientes que por "medicamentos" se entiende todo lo que se ingiere aparte de los alimentos. (4)

El estudio de aparatos y sistemas, es una lista de síntomas atribuibles a varios sistemas de órganos del cuerpo. El estudio consiste en preguntar en forma metódica al paciente si sufre síntomas susceptibles de indicar alguna enfermedad de dichos sistemas de órganos. Es importante este paso, pues algunos pacientes quizá no relacionen los síntomas que sufren con ninguna anomalía o enfermedad, y por lo tanto, no piensan en mencionárselo al dentista, en ausencia de preguntas específicas. (19) Por ejemplo, si se pregunta al paciente "¿Todo anda bien del lado del corazón?", puede decir que sí, pero un estudio más cuidadoso del sistema cardiovascular consiste en preguntar al paciente si sufre fácilmente de sofocación, si tiene dolor precordial, si tiene edema de tobillos, cianosis, disnea de esfuerzo, ortopnea, etc., de esta manera es posible reconocer la existencia de síntomas y signos de enfermedad cardiovascular. En el cuestionario ordinario, se incluyen los síntomas susceptibles de indicar enfermedad general de interés en odontología. (5)

#### b) Problema actual:

Una buena práctica psicológica consiste en pedir a los padres y al

paciente, relate su enfermedad actual "problema" con sus propias palabras. Habitualmente, se registra en términos no técnicos. Luego se pide al paciente que "cuente" desde cuándo (fecha) observó los síntomas experimentados, y los tratamientos previos. Los detalles completos de la enfermedad actual constituyen la historia de ésta. Los síntomas del paciente representan la suma de sus experiencias subjetivas, incluyendo sus reacciones emocionales. Se construye así la historia de la enfermedad actual. (16)

Dentro de lo posible, no hay que interrumpir al paciente. Deben evitarse las preguntas tendenciosas. El paciente debe expresar sus emociones y reacciones al ambiente que lo rodea, pero sin alejarse demasiado del tema de la enfermedad actual. Tampoco conviene subrayar errores en la utilización por el paciente de ciertos términos técnicos, o la interpretación de síntomas durante el interrogatorio. Si el paciente suspende el relato de su enfermedad, en general basta con repetirle la última frase pronunciada para que continúe.

Las razones que tenga el paciente para buscar tratamiento odontológico, y los detalles del caso, podrían parecer fáciles de obtener, y existe la tentación de confiar estas tareas a personal auxiliar. En ciertos casos, este método puede ser satisfactorio; pero en otros, lo que permite comprender el verdadero problema no es tanto lo que dice el enfermo, sino más bien en la forma en que lo dice. (5)

A veces el diagnóstico correcto pasa inadvertido si el dentista no toma el tiempo necesario para hablar con el paciente, y valorar tanto su respuesta emocional frente a las preguntas, como la forma en que describe su enfermedad.

Cuando el paciente indica una historia de enfermedad cardíaca, el odontólogo debe tratar de conocer en forma precisa la naturaleza del problema.

## C A P I T U L O   I I I

MANEJO PREPARATORIO Y REGIMEN PROFILACTICO PARA LA  
REALIZACION DEL TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO.

## C A P I T U L O   I I I

### MANEJO PREPARATORIO Y REGIMEN PROFILACTICO PARA LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO.

Cualquier defecto del sistema cardíaco que produzca grandes diferencias en los niveles de presión, determinará una acumulación de sangre o la mala circulación de la sangre, aumentará las probabilidades de endocarditis bacteriana, y se deberán tomar medidas profilácticas.-(18)

Es importante hacer algunas consideraciones de los dos tipos de tratamiento odontológico que tiene especial relación con la endocarditis bacteriana: La extracción dentaria debe ser considerada como una operación quirúrgica bucal menor, la que se debe practicar ajustándose a las exigencias de la técnica quirúrgica. (22) La extracción dentaria se practica las más de las veces por causa infecciosa del diente mismo, o del parodonto; otras razones son la conveniencia ortodóncica o protésica. Cuando existe una causa infecciosa que indique la extracción, la ruptura o desgarramiento de los tejidos en íntimo contacto con las áreas infectadas, causará la ruptura de vasos sanguíneos y linfáticos, a través de los cuales se absorberán los productos sépticos y esto provocará una bacteremia transitoria durante el acto quirúrgico y aproximadamente 10 minutos después de terminado. Esto es en el caso de la extracción simple sin complicaciones; pero si la extracción es difícil, la larga duración, traumática y de piezas con infección intensa, la bacteremia es más grave en calidad, cantidad y duración. (20)

La extracción dentaria es la causa principal de la bacteremia, y por ésta razón se deben exigir cuidados especiales: radiografías preoperatorias en todos los casos, medicación antimicrobiana pre, trans y

postoperatoriamente (más adelante se hablará en detalle), evitar las extracciones múltiples si es posible, evitar el traumatismo previniendo la técnica quirúrgica a emplear, y en el caso de fractura radicular, preferir la técnica de colgajo al empleo séptico y anticuado del elevador o botador de raíces; cuidar de la asepsia cuanto sea posible y man tener la asepsia de la boca por lo menos 5 días.

La extracción dentaria se ha practicado siempre de un modo empírico e improvisado. Es triste tener que decir que en la masa profesional anónima, la forma de llevarla a cabo en la actualidad no se diferencia mucho de la que se empleó a principios de siglo. Poco ha servido el es fuerzo de los cirujanos bucales y de las sociedades respectivas para enseñar y divulgar las técnicas modernas. (7)

Los tratamientos de endodoncia deben ser vistos con muchas reservas, pues las características anatómicas e histológicas de los conductos radiculares no permiten que el tratamiento endodóntico tenga la perfección que se le atribuye teóricamente. En muchas ocasiones los trayectos no son simples y únicos, pues tienen o pueden tener ramificaciones insospechables e indetectables que la radiografía es incapaz de exhibir. La luz de los conductos dista mucho de ser circular o siquiera elíptica, lo que hace imposible su limpieza por medio de instrumentos de acción rotatoria. En el piso de la cámara pulpar de los molares, la forma de los conductos se aparta de lo que sería favorable para una buena limpieza; y si a eso agregamos que los dientes de la dentición primaria son más ramificados y de trayectos más insospechables, que cuentan con gran cantidad de conductos accesorios y que fácilmente se dejan áreas sépticas que son causa potencial de fracaso. (12)

Las foráminas accesorias, son poco frecuentes en los dientes uni

rradiculares; por el contrario son muy frecuentes en los molares; los restos pulpaes microscópicos quedan necrosados dentro de ellas y fácilmente se gangrenan dando origen a la infección periapical. Estas foraminas no son siempre apicales; si lo fueran se estudiaría la forma de aplicar la apicectomía. Las situaciones descritas, contribuyen a que en forma potencial haya en la boca focos infecciosos que se encuentran en íntima relación con el torrente sanguíneo. Existen muchas formas de agredir a la pulpa dentaria; las causas pueden ser, mecánicas, físicas, químicas, biológicas y tróficas, o los tratamientos endodónticos, los cuales provocan una lesión traumática que rompe la continuidad de su paquete vasculonervioso; el sobrecalentamiento del instrumento cortante que quema la dentina al preparar un diente anestesiado, la aplicación de medicamentos cáusticos en cavidades cariosas, la acción de caries abandonada a sí misma que después de invadir la pulpa la destruye y provoca diferentes complicaciones, o el trastorno trófico que interrumpe la circulación de la arteriola del diente. Estos son algunos de los diversos ejemplos de dientes necróticos o muertos en la boca.

La gangrena de la pulpa total o de la remanente en los conductos accesorios causada por infección endógena, produce infecciones perirradiculares crónicas en las que el estreptococo viridians anaerobio encuentra medios de vida ideales. Su virulencia específica atenuada e insidiosa, incapaz de causar destrucción en el hueso ni síntomas subjetivos, que hacen que a las lesiones no se detecte con las radiografías y no se sospechan por la ausencia de los signos de la inflamación. (7)

En lo que respecta a las pulpotomías, se ha comprobado que se provocan bacteremias transitorias, las concentraciones de microorganismos que entran por la pulpa dental son menores que en la manipulación gingival de los procedimientos de operatoria dental, o bien en las extrac

ciones dentarias; además el resto del tejido pulpar está cubierto con agentes bactericidas como es el formocresol y nunca está expuesta la pulpa dental a los fluidos bucales, en los cuales estos organismos son encontrados. (8)

En todos los procedimientos restaurativos que requieren el uso de matrices, bandas, cuñas o grapas para dique de hule que traumatizan los tejidos gingivales, hay que proteger a los niños con profilaxis anttibiótica. (2)

a) Interconsulta:

El propósito de la interconsulta es la de asegurar el bienestar continuo del paciente. Es responsabilidad básica del odontólogo de atención primaria, arreglar lo relativo a una interconsulta siempre que sea en el mejor interés del paciente. La razón principal para pedir consejo, es obtener asistencia en el diagnóstico, tratamiento o manejo del problema de un paciente. Puede uno no tener a la mano las instalaciones físicas o los servicios apropiados, y puede necesitarse determinado conocimiento o capacidad específica, o como se hace evidente a menudo en el cuidado de la salud, la necesidad de sabiduría colectiva en la toma de decisiones que pudiera requerirse. La necesidad de seguridad de la familia del paciente, frecuentemente juega un papel en la decisión de buscar consulta. De hecho, los médicos con frecuencia usan una seguridad similar para calmar sus propias incertidumbres o por propósitos prácticos médicos legales.

Puede haber dudas concientes o inconscientes por parte del dentista para a su vez buscar consulta, por temor de que tal acción puede reflejar incompetencia. Como profesionales de la salud, debemos recono :

cer y confrontar este dilema humano y el impuesto por el estado generalmente más alto del que goza el especialista en nuestra sociedad. No puede disminuirse el bienestar del paciente por estas consideraciones. Debe hacerse un esfuerzo para formular un proceso de la toma de decisiones balanceado que defina y reconozca la contribución de cada persona involucrada, y notablemente la del especialista. (14)

b) Uso de antibióticos:

El antibiótico de elección para la profilaxis del paciente cardíaco es la penicilina. Aunque los antibióticos de amplio espectro reducen la bacteremia, no se puede confiar en ellos para erradicar los implantes bacterianos iniciales que se forman sobre el endocardio defectuoso.

Existe controversia en la literatura acerca de cuando deberá iniciarse la protección de antibióticos; ya sea una o dos horas antes del tratamiento o varios días antes del mismo. Las últimas recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón indican al dentista y al médico que se debe administrar la penicilina una o dos días antes del tratamiento. No es recomendable administrar antibióticos como profilaxis varios días antes de la realización de los procedimientos dentales, por el temor de provocar que las bacterias sensibles, normalmente presentes en la cavidad bucal y vías respiratorias superiores (estreptococos viridans y estafilococos), sean reemplazadas por cepas penicilinarresistentes. La endocarditis bacteriana ocasionada por estas cepas, plantearían dificultades terapéuticas mayores.

Método intramuscular:

Un día antes del tratamiento: Penicilina procaínica 600,000 U. y - 600,000 U. de penicilina sódica cristalina por vía intramuscular, una o dos horas antes del tratamiento.

Después del tratamiento: Penicilina procaínica 600,000 U. por vía intramuscular cada día durante dos días. (20)

#### Método Oral:

Aunque el método más seguro para administrar la penicilina el día del tratamiento es por vía intramuscular, por razones prácticas algunos dentistas prefieren utilizar la vía oral cuando se cuenta con la cooperación de los padres y del niño.

Día del tratamiento: .25 grs. de alfafenoximetil penicilina V, o - 500,000 U. de penicilina G amortiguada cada 4 ó 6 hrs. Además deberá administrarse una dosis adicional una hora antes del tratamiento. (1)

Después del tratamiento: Se continúa con la misma dosis, es decir .25 gr. de alfafenoximetil penicilina V ó 500,000 U. de penicilina G - amortiguada cada 4 ó 6 hrs. por cada día durante dos días.

En niños menores de 4 años de edad, penicilina procaínica 300,000 U. y 100,000 U. de penicilina cristalina I.M. c/24 hrs.; en mayores de 4 años 600,000 U. y 200,000 U. de penicilina cristalina c/24 hrs. desde 24 hrs. antes de iniciado el tratamiento estomatológico, durante el mismo día después. Además se administra penicilina sódica cristalina - 500,000 U. 30 minutos antes de cualquier procedimiento dental. (1)

La única contraindicación a los regímenes anteriores es la hiper -

sensibilidad a la penicilina (alergia). Todos los pacientes deberán ser minuciosamente interrogados para detectar antecedentes que sugieran alergia a la penicilina, e incluso si hay total seguridad, no se prescribirá ésta, en estas circunstancias se indicará eritromicina en dosis de 250 mg. por vía oral 4 veces diarias para adultos y niños mayores. Para niños pequeños es suficiente la dosis de 50 mg. por kilo por día, dividida en 4 dosis regularmente espaciadas. La dosis total no debe exceder de 1 mg. por día. (5)

Es necesario proporcionar una protección antibiótica más amplia a los pacientes con válvulas cardíacas protésicas antes de la manipulación dental para prevenir la implantación y multiplicación de las bacterias en el endotelio del corazón o en la prótesis. Hay que evitar especialmente las extracciones múltiples o procedimientos extensos cuando hay contaminación dental debido al aumento de la intensidad de la bacteremia en estas circunstancias. Se aconseja la siguiente profilaxis antibiótica antes de la manipulación dental. La noche antes del procedimiento se indicará penicilina V 0.25 gr., c/4 hrs. por vía oral. Una hora antes del procedimiento se aplicará por vía intramuscular penicilina procaínica 600,000 U., estreptomina .5 mg., y por último penicilina sódica cristalina 600,000 U. Durante los 3 a 5 días después del procedimiento se usará penicilina procaínica 600,000 U. intramuscular cada 12 hrs. más estreptomina .5 mg. I.M. c/12 hrs. (1)

Como alternativa postoperatoria, se puede administrar penicilina V 0.25 gm. vía oral cada 4 hrs. Si el paciente es alérgico a la penicilina se usarán dosis equivalentes de otro antibiótico preferentemente eritromicina 0.25 g. I.M., o 1 gm. por vía oral. Si los procedimientos se hacen en un medio donde los estafilococos penicilinarresistentes son posibles contaminadores, se agregará oxacilina de 1 a 2 gm. por vía oral cada 6 hrs. (5)

Procedimientos locales.- Son frecuentes las bacteremias postoperatorias a tratamientos parodontales o maniobras gingivales, por lo que se recomienda enjuagues orales previos al tratamiento con enjuagato -- rios fenolados durante 30 segundos. Posteriormente a ellos conviene -- irrigar los surcos gingivales de las zonas afectadas con 20 mililitros de la misma solución fenolada mediante una jeringa adaptada con una -- aguja roma. Se obtienen resultados similares mediante el empleo de una solución de yodo polivinilpirrolidona. (12)

c) Otras condiciones generales:

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

a) Pacientes bajo tratamientos con anticoagulantes.-

En algunas ocasiones es necesario efectuar cirugía dental a pacientes que se encuentran bajo tratamiento con drogas anticoagulantes - - (Warfarina, acenocumarina, etc.) las cuales provocan una prolongación del tiempo de protrombina comunmente medido mediante la determinación de los factores II, VII, y X. La administración crónica puede disminuir la concentración del factor IX (factor de Christmas o componente-tromboplastínico de plasma) que puede determinarse por la determinación del tiempo parcial de tromboplastina. Al suspender el fármaco, hay una elevación de la concentración de estos factores hasta los niveles normales. La anticoagulación se mantiene en casi todos los pacientes portadores de prótesis; el tiempo de protrombina debe ser mantenido en el rango terapéutico alrededor del doble del nivel de control hasta la fecha determinada para la cirugía. Entonces, se suspende el anticoagulante por dos o tres días antes de la operación y se deja que el tiempo de protrombina vuelva al nivel normal o cercano a él. No se aconseja el uso de la vitamina K para conseguir el restablecimiento más rápido del tiempo de protrombina, salvo que se trate de una emer -

gencia quirúrgica, ya que puede llevar a un estado de hipercoagulación. La trombosis de una prótesis o la embolia arterial periférica son accidentes raros cuando las drogas anticoagulantes se suspenden por poco tiempo. La administración de cumarínicos se reinicia al primero o segundo día postoperatorio, y se restaura el nivel terapéutico de anticoagulantes lo antes posible. (20)

#### b) Pacientes con disrritmias.-

Ha llamado mucho la atención la variedad de problemas del ritmo que se producen durante el tratamiento dental de pacientes ambulatorios por lo que se harán algunas consideraciones anestésicas.

Anestesia General.- Es conveniente hacer el control electrocardiográfico de pacientes con enfermedades cardíacas que son sometidos a cirugía dental bajo anestesia general. También es preciso que el cardiólogo o el médico que hacen este control estén familiarizados con las substancias anestésicas utilizadas, así como capacitados para reconocer los efectos rápidamente cambiantes de los estímulos que actúan sobre el corazón durante la anestesia y la operación. Debido a que es muy posible que la arritmia se produzca durante la inducción e intubación endotraqueal, es aconsejable el control osciloscópico del electrocardiograma durante estas maniobras y en toda la operación. (18) Las extrasístoles ventriculares frecuentes o el ritmo nodal reflejan la mayoría de las veces hipoxia o relajación muscular inadecuada y son presagios de taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. Si la irritabilidad ventricular persiste después del control de la oxigenación y relajación, es posible eliminar los focos ectópicos mediante dosis intermitentes de 50 a 100 mg. de lidocaína por vía intravenosa. Por supuesto deben tenerse a la mano un desfibrilador eléctrico apro-

piado para la aplicación externa y después de la operación continuar con la administración de oxígeno hasta que el paciente recupere totalmente la conciencia. Durante el período postoperatorio inmediato es conveniente efectuar controles electrocardiográficos. (5)

Anestesia local.- El manejo de pacientes con cardiopatía a los que se les va a efectuar tratamiento dentales con anestesia local, deben ser considerados en forma individual. Ciertos pacientes con alteraciones avanzadas de la conducción e irritabilidad ventricular clínicamente significativa, pueden ser mejor tratados a nivel hospitalario con controles electrocardiográficos. La mayoría de las veces no surgen dificultades pero si existe algún antecedentes de hipersensibilidad a alguna droga será necesario revalorar el caso. La sedación preoperatoria es de gran utilidad, ya que probablemente los efectos de la ansiedad son más dañinos al sistema cardiovascular que los anestésicos locales que se aplican. (5)

## CASUÍSTICA

## CASO # 1

NOMBRE: V.G.N.  
SEXO: F  
EDAD: 7 años  
LUGAR DE ORIGEN: Guadalajara, Jal.  
ESCOLARIDAD: 2o. Primaria  
NIVEL SOC. ECONOMICA: Alto  
SITUACION ODONTOLOGICA: Presenta inflamación periodontal en la zona IV por exfoliación.

ESTADO GENERAL: La paciente tiene "Diabetes Juvenil" recientemente diagnosticada, y aparte presenta "Soplo Cardíaco", se encuentra actualmente controlada por su médico.

CONSIDERACIONES ESPECIALES: La paciente nos fue remitida por el pediatra; en virtud que presenta inflamación periodontal en IV, y tiene un agrandamiento desproporcionado en la mandíbula en la zona del ganglio submandibular el cual presenta todas las características de un flemón. Se le estuvo administrando positen c/8 hrs. durante 10 días, también tomaba insulina protamina c/36 hrs. y durante el periodo agudo c/12 hrs. tomaba la insulina I.M.

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO: Se realizó la extracción del IV posteriormente se tomaron radiografías periapicales y oclusales de la zona para descartar cualquier posibilidad de origen odontológico, situación que se comprobará al no tener ningún hallazgo ni radiográ-

fico ni clínico de que el origen de la inflamación fuera dental. Por consiguiente se remitió nuevamente con su pediatra, con la impresión diagnóstica de que el flemón tendría que ser drenado extraoralmente y que su origen no era dental. con la autorización del pediatra y el cardiólogo se drenó teniendo un éxito total el tratamiento.

## CASO # 2

NOBRE: M.I.G.G.  
SEXO: F  
EDAD: 8 años  
LUGAR DE ORIGEN: Sayula, Jalisco  
ESCOLARIDAD: 3o. Primaria  
NIVEL SOC. ECONOMICA: Medio-bajo  
SITUACION ODONTOLOGICA: Presenta absceso dento alveolar moderado en  $\overline{16}$  y caries de distinto grado en  $\overline{6V}$ ,  $\overline{6}$  siendo la más profunda en  $\overline{6}$  |  $\overline{6V}$  V

ESTADO GENERAL: Se detectó y confirmó la presencia de fiebre reumática en la paciente hace un año.

CONSIDERACIONES ESPECIALES: Se inició un tratamiento con ampolletas de Benzetacil 1'200,000 U. por vía intramuscular c/20 días, el cual lo abandonó.

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO: A sabiendas de sus antecedentes de fiebre reumática, se premedicó a la niña con pemprocilina en ampolletas de 800,000 U. cada 24 horas durante 10 días. Se realizó el tratamiento normalmente elaborando la rehabilitación por cuadrantes iniciando por inferior izquierdo donde se hizo la extracción del primer molar permanente; una vez concluido el tratamiento dental se remitió nuevamente con su médico.

## CASO # 3

NOMBRE: F.S.C.  
SEXO: M  
EDAD: 9 años  
LUGAR DE ORIGEN: Guadalajara, Jalisco  
ESCOLARIDAD: 4o. Primaria  
NIVEL SOC. ECONOMICA: Alto  
SITUACION ODONTOLOGICA: Por fines ortodónticos (tratamiento de extracciones seriadas). Se necesita extraer III, III  
III III

ESTADO GENERAL: El paciente presenta trastornos circulatorios.

CONSIDERACIONES ESPECIALES: El paciente se encuentra perfectamente controlado por el cardiólogo el cual administra constantemente protección antibiótica con penicilina G 800,000 U. c/24 horas, al tercer día las extracciones y terminando con la última ampolla con la última extracción. Aparte tomaba anti-coagulante, Sintrom.

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO: Se solicitó autorización por escrito del cardiólogo para ejecutar el tratamiento obteniendo por el mismo conducto la respuesta con las siguientes indicaciones:

- 1.- Ejecutar una extracción a la vez.
- 2.- Utilizar anestésico sin vasoconstrictor (Xilocaína sin epinefrina).
- 3.- Utilizar compresas de celulosa oxidada (Gel-foam) para lograr mejor cicatrización.

4.- Las citas fueron c/36 horas. Así se ejecutó el tratamiento completándolo con la colocación de una barra lingual y un "Botón de Nance". El tratamiento se realizó tranquilamente sin ninguna complicación.

## CONCLUSIONES

## C O N C L U S I O N E S .

En los últimos años la Estomatología, ha ido recuperando un lugar que de antemano le pertenece dentro de las múltiples especialidades de la medicina moderna preventiva y psicosomática que no considera campos y especialidades separados e independientes, para admitir básicamente la unidad orgánica. Así, las especialidades médicas son sólo el resultado lógico de tener que fragmentar el conocimiento para concentrarlo y profundizarlo en razón directa con la disminución de sus horizontes; pero de ningún modo, la manifestación de que el cirujano dentista se ha sentido capaz de separar su campo de acción del resto del organismo. La continuidad de los tejidos, sus funciones de cooperación recíproca, el mando supremo del sistema nervioso central y de las funciones endocrinas, y finalmente esa interrelación íntima de tejidos, órganos y sistemas que establece ese maravilloso medio interno constituido por la sangre, no permite pensar que sea posible la separación física y funcional de los territorios orgánicos. Y si a esto añadimos que el ser humano se caracteriza por tener un alma que le permite pensar, sentir y querer, factor que frecuente y desgraciadamente se olvida en el ejercicio de la medicina, más convencidos estaremos de la imposibilidad de considerar la independencia de un sistema circulatorio de un aparato digestivo y hasta de un diente con respecto del todo orgánico.

## BIBLIOGRAFIA

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Castellanos Suárez, José Luis.  
Profilaxis Antibiótica en Odontología, Enfoque en Prevención de -  
Endocarditis infecciosa.  
Práctica Odontológica, Vol. 8 No. 8  
Agosto 1987. p.p. 12-13
- 2.- Barber K. Thomas, Luke S., Larry.  
Odontología Pediátrica.  
1era. Edición. México, D. F.  
Editorial El Manual Moderno, 1986.
- 3.- Bayley, B.J., Leinster S.J.,  
Enfermedades Sistemáticas en Odontología.  
1era. Edición, México, D. F.  
Editorial Científica, 1984.
- 4.- Blair, Donald M.,  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.  
4ta. Edición., Vol. 1., México, D. F.  
Editorial Interamericana., 1982.
- 5.- Burket, Laster W., Rinch Malcom A.,  
Medicina Bucal de Burket, Diagnóstico y Tratamiento.  
3ra. Edición, México, D. F.  
Editorial Interamericana., 1980
- 6.- Espino Vela, Jorge  
Introducción a la Cardiología.,  
10a. Edición., México, D. F.,  
Mendez Oteo Editor., 1980.

- 7.- Farrill S. L.,  
La Intima Relación de los Tratamientos Odontológicos con la Endocarditis Bacteriana Sub-aguda.  
Or. Of. de la Asociación Nacional de Estomatología.,  
Vol. 8 No. 2., Diciembre de 1970, p.p. 30
- 8.- Farrington, I. H.,  
The Incidence of Transit Bacteremia Following Pulpotomies on Primary Teeth.,  
Journal of Dentistry for Children.  
Vol. 40 No. 175. May-Jun., 1973. p.p. 14.
- 9.- Finn, Sidney B.,  
Odontología Pediátrica.  
4a. Edición.  
Editorial Interamericana., 1982.
- 10.- Godman M. J.,  
Pediatric Cardiology, Heart Disease in the Newborn.,  
4a. Edición., Vol. 2  
Edimburg London and New York.,  
Churchill Livingstone., 1979
- 11.- Gould M.S., and Picton D. C. A.,  
The Gingival Condition of congenitally Cyanotic Individuals.,  
British Dental Journal., Vol. 109 No. 96.  
Jun., 1960., p.p. 90
- 12.- Harvey W. P.,  
Bacterial Endocarditis Related to Cleaning and Feelling of teeth.  
Arizona Dental Journal., Vol. 7 No. 793.  
March 1961., p.p. 60-70

- 13.- Harrison Tinnsley, Randolph.  
Principios de Medicina Interna.  
6a. Edición., Vol. 2, México, D. F.,  
Editorial Mc. Grow-Hill., 1983.
- 14.- Hoekelman, Robert A., Blatman, Saul y otros.  
Control of Bacteremia Associated with Extraction of Teeth.  
Oral Surgery., Vol. 30 No. 453.  
May 1970., p.p. 30.
- 16.- Kurt, H. Thomas.  
Estomatología.,  
3a. Edición., Barcelona España  
Salvat Editores., 1962.
- 17.- Magnusson, Benget O.,  
Odontopediatría Enfoque Sistemático.  
3a. Edición., Barcelona España.,  
Salvat Editores., 1985.
- 18.- Mc. Donald, Ralph  
Odontología para el Niño y el Adolescente.  
3a. Edición., México, D. F. 1975.
- 19.- Michell Standish, Hast.  
Propedéutica Odontológica  
1a. Edición., México, D. F.  
Editorial Interamericana., 1983.
- 20.- Nowak, Arthur J.,  
Odontología para el paciente Impedido.,

Buenos Aires, Argentina., 3a. Edición  
Editorial Mundi., 1979.

- 21.- Scherf, David, Boyd, Linn, J.,  
Cardiovascular Deaseases.,  
1a. Edición., Philadelphia.,  
J. B. Lipincott Company., 1974.
- 22.- Wiessinger Gutiérrez, Alejandro  
Bacteremias Posteriores a la Profilaxis Dental en Pacientes Pediã  
tricos.  
Asociación Dental Mexicana., Vol. XL, No. 3.  
Mayo-Junio 1983., p.p. 59-62.

#### CITA BIBLIOGRAFICA

- 23.- Anders y Chelius en: Espino Vela, Jorge.,  
Introducción a la Cardiología.  
10a. Edición., México, D. F.  
Méndez Oteo Editor., 1982., p.p. 322 (6)
- 24.- Banchemo en: Espino Vela, Jorge.,  
Introducción a la Cardiología.  
10a. Edición., México, D. F.,  
Mendez Oteo Editor., 1982., p.p. 322., (6)
- 25.- COX en: Espino Vela, Jorge.,  
Introducción a la Cardiología.,  
10a. Edición., México, D. F.,  
Méndez Oteo Editor., 1982., p.p. 322., (6)

- 26.- Gregg en: Espino Vela, Jorge  
Introducción a la Cardiología.  
10a. Edición., México, D. F.  
Mendez Oteo Editor., 1982., p.p. 322., (6)
- 27.- Healy y Duley en: Burket Laster W., Rich Malcolm  
Medicina Bucal de Burket, Diagnóstico y tratamiento.  
3a. Edición., México, D. F.  
Editorial Interamericana., 1980., p.p. 338., (5)
- 28.- Kener y Col en: Burket Lasterster W., Rich Malcolm.,  
Medicina Bucal de Burket, Diagnóstico y Tratamiento.  
3a. Edición., México., D. F. Editorial Interamericana., 1980,  
p.p. 338., (5)
- 29.- Molina Pasquel en: Espino Vela, Jorge.,  
Introducción a la Cardiología.  
10a. Edición. México, D. F.  
Mendez Oteo Editor., 1982., p.p. 232. (6)